



**Universidade do Estado do Rio de Janeiro**

Centro Biomédico

Faculdade de Enfermagem

Ana Luiza Barreto Zapponi

**Necessidades de saúde de mulheres na atenção básica**

Rio de Janeiro

2017

Ana Luiza Barreto Zapponi

**Necessidades de saúde de mulheres na atenção básica**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Orientador: Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens

Coorientadora: Prof.<sup>a</sup> Dra. Florence Romijn Tocantins

Rio de Janeiro

2017

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBB

Z35 Zapponi, Ana Luiza Barreto.  
Necessidades de saúde de mulheres na atenção básica / Ana Luiza Barreto Zapponi. - 2017.  
113 f.

Orientador: Octavio Muniz da Costa Vargens  
Coorientadora: Florence Romijn Tocantins  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Faculdade de Enfermagem.

1. Enfermagem em saúde pública. 2. Enfermagem de atenção primária.  
3. Saúde da mulher. I. Vargens, Octavio Muniz da Costa. II. Tocantins, Florence Romijn. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Faculdade de Enfermagem. IV. Título.

CDU  
614.253.5

Autorizo, apenas para fins acadêmicos e científicos, a reprodução total ou parcial desta tese, desde que citada a fonte.

---

Assinatura

---

Data

Ana Luiza Barreto Zapponi

**Necessidades de saúde de mulheres na atenção básica**

Tese apresentada, como requisito parcial para obtenção do título de Doutor, ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Área de concentração: Enfermagem, Saúde e Sociedade.

Aprovada em 11 de dezembro de 2017.

Coorientadora:

Prof.<sup>a</sup> Dra. Florence Romijn Tocantins  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Banca Examinadora:

---

Prof. Dr. Octavio Muniz da Costa Vargens (Orientador)  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Carla Marins Silva  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Thelma Spindola  
Faculdade de Enfermagem - UERJ

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Anna Maria de Oliveira Salimena  
Universidade Federal de Juiz de Fora

---

Prof.<sup>a</sup> Dra. Selma Villas Boas Teixeira  
Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

Rio de Janeiro

2017

## DEDICATÓRIA

À ela que é o meu porto seguro. Meu colo. Meu chão. Meu céu. Minha mãe. Ao meu lado sempre. Essa conquista é nossa!

## AGRADECIMENTOS

À querida Florence Romijn Tocantins, que desde a graduação esteve ao meu lado. Sua dedicação, compromisso e ética profissional foram desde sempre referência e alicerces para o meu caminhar na vida profissional. Agradeço pela confiança, pelo aprendizado compartilhado, pela parceria, paciência, pelo auxílio sempre presente diante dos obstáculos encontrados. Obrigada por ter me apresentado a fenomenologia de Alfred Schutz e pelas tantas lições que somente grandes mestres podem ensinar. Você é o meu mestre Yoda, meu professor Dumbledore, meu Gandalf. Sou eternamente grata por ter você em minha vida.

Ao meu orientador Octavio Muniz da Costa Vargens, que me acolheu como orientanda há seis anos atrás durante a especialização em enfermagem obstétrica e desde então deu-se início a uma enriquecedora parceria. Ter tido você como meu orientador durante todos esses anos permitiu um grande crescimento e amadurecimento acadêmico. Nossas conversas em cada encontro foram riquíssimas para um crescimento além do escopo profissional. Sua visão de mundo, sempre crítica e reflexiva foi um afago e estímulo para o meu coração durante um dos momentos mais desafiadores da minha vida. Obrigada por acreditar no meu potencial, por me ouvir. Não teria chegado até aqui na minha trajetória profissional se não fosse por você. Obrigada, obrigada, obrigada!

Ao meu marido Felipe Gomes, pela extrema paciência, carinho, amor, parceria e compreensão. Ter você ao meu lado durante esses anos todos, principalmente nas minhas crises de ansiedade, que foram mais intensas, nesses últimos dois anos, foi primordial para eu ter chegado até aqui. Sem palavras para agradecer o seu companheirismo e de acreditar em mim em tantos momentos que nem eu acreditava. Por sempre me incentivar a ir atrás dos meus sonhos e da minha felicidade, aceitando os possíveis obstáculos que poderiam surgir em nosso caminho devido as minhas escolhas. Te amo cada vez mais.

À minha mãe, Tânia Dias Barreto, por ser meu porto seguro. Você é uma inspiração de vida. Sem dúvida, não seria o que sou hoje sem você.

Ao meu pai, Zapponi e meu avô Birão, por toda a ajuda durante a minha vida. Por terem, com esforço e amor, fazer possível eu conseguir estudar inglês e ser fluente em uma segunda língua.

À minha Tia Rita por simplesmente ser a melhor tia que eu e meus irmãos poderíamos ter. Por sempre estar ao meu lado e disposta a ajudar sempre durante todos esses anos de vida e estudo.

Aos meus irmãos, Marcela e Rômulo por aturarem o meu mau humor sempre que a demanda dos estudos era maior do que acreditava ser capaz de lidar. E ambos sempre certos que eu daria conta das exigências acadêmicas.

À minha família pelo amor incondicional e presença fundamental em todos os momentos desta trajetória. Obrigada por tudo o que fazem por mim!

À professora Benedita Maria Rêgo Deusdará Rodrigues, pelo carinho, cuidado e vasto conhecimento. Seu olhar humano e cuidadoso durante as aulas do doutorado só ratifica que um bom professor é aquele com uma visão de mundo para além das fronteiras meramente acadêmicas. Foi um privilégio tê-la como professora.

À Carolina de Mendonça Coutinho e Silva por ter me ajudado na trajetória de dar entrada do estudo no Comitê de Ética em Pesquisa. Obrigada por sempre se mostrar disponível e me ajudar sempre que foi necessário.

Às professoras doutoras Florence Romijn Tocantins, Benedita Maria Rêgo Deusdará, Adriana Lemos Pereira e Carla Marins Silva por participarem do meu exame de qualificação e contribuírem para um melhor delineamento desta pesquisa.

Às professoras doutoras Anna Maria de Oliveira Salimena, Florence Romijn Tocantins, Carla Marins Silva, Thelma Spindola, Adriana Lemos Pereira, Selma Villas Boas Teixeira e Célia Pereira Caldas por aceitarem participar da banca examinadora de defesa de tese, agregando e abrilhantando ainda mais a conclusão desta etapa.

Às mulheres usuárias da Atenção Básica do município do Rio de Janeiro depoentes deste estudo, que compartilharam suas vivências nos centros municipais de saúde e quem sem elas a realização deste estudo seria inviável.

O mundo da vida está aí. Parece-nos imutável, mas não é. Na realidade, somos atores sociais de um mundo constituído anteriormente a nós, mas que inicia o seu processo de construção para o nosso universo subjetivo e intersubjetivo a partir do momento em que nele começamos a habitar. É a nossa ação neste mundo que permite que ele se construa continuamente em nós, por nós e com o outro. Transformamos e somos transformados ao longo de nossas vidas, tecendo histórias que nos situam biograficamente motivados para conduzirmos as mudanças das estruturas sociais em que vivemos. O que vou apresentar agora revela uma faceta do meu processo de mudança e de intervenção neste mundo. Este trabalho, que ontem era um projeto, hoje já se constitui em ato, configurando-se em cerne de infinitas possibilidades que me conduzirão ao encontro de novos desafios.

*Deíse Moura de Oliveira*

## RESUMO

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. *Necessidades de saúde de mulheres na atenção básica*. 113f. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Esta investigação tem por objetivos específicos identificar as necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres atendidas na atenção básica em saúde e discutir a contribuição do profissional enfermeiro para a atenção às necessidades de saúde da mulher no contexto da atenção básica. Metodologicamente caracteriza-se por uma pesquisa qualitativa, com abordagem apoiada na fenomenologia sociológica de Alfred Schutz. O estudo foi desenvolvido em Unidades Básicas de Saúde. Os participantes da pesquisa foram mulheres atendidas nestas unidades. Como instrumento para coleta de dados foi utilizado um roteiro de entrevista abordando a situação biográfica das entrevistadas e duas perguntas fenomenológicas: “Qual é o seu propósito ao procurar a atenção básica de saúde?”, e “O que você espera ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde?” A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) e Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal de Saúde e de Defesa Civil-RJ. Resultados: Através da análise dos motivo-para emergiram duas categorias concretas do vivido que permitiram identificar que o típico da ação da mulher que é atendida na atenção básica é cuidar da saúde mediante realização de exames. A realização do exame citopatológico e a realização do exame de mamografia foram as necessidades de saúde que emergiram das falas das mulheres. Evidenciou-se que o processo decisório de cuidar da saúde mediante a realização de exames está fundamentado no conceito proposto por Heller de necessidades naturais necessárias. A identidade da mulher em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na atenção básica está ancorada na realização de exames, sendo tal característica identitária sedimentada no seu mundo social. Enquanto o conceito de necessidade de saúde, que fundamenta as ações das equipes de saúde da atenção básica, for calcado na concepção de saúde como ausência de doença influenciará constantemente a percepção pelas mulheres quanto à estrutura da realidade social da atenção básica, traduzido como o típico da ação procurar atendimento na atenção básica para cuidar da saúde mediante realização de exames. Trazer para a prática assistencial da atenção básica o conceito de necessidades de saúde de forma ampliada e relacionada com os determinantes sociais de saúde é um dever para legitimar as Políticas e Programas de Atenção Básica que tem como preceito superar o modelo biomédico hegemônico. O conceito ampliado de necessidades de saúde permitirá atender as necessidades de saúde das mulheres atendidas na unidade básica além de reiterá-las ou ampliá-las, o que exigirá a instauração de um novo processo de trabalho. Conclui-se que as necessidades de saúde podem funcionar como analisadoras das práticas em saúde, o que implica por parte das equipes de saúde, em esforço de tradução e atendimento às necessidades trazidas pela população. A categoria concreta do vivido que emergiu nesta pesquisa é uma resposta ao desafio de implementação para a prática profissional do conceito ampliado a saúde presente na nossa constituição e nos princípios do Sistema Único de Saúde.

Palavras-chave: Atenção primária à saúde. Saúde pública. Saúde da mulher. Enfermagem.

## ABSTRACT

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. *Health needs of women in primary care*. 113f. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

The objective of this research is to identify the health needs presented by the women attending the basic health care and to discuss the contribution of the nurse practitioner to the attention to the health needs of women in the context of basic care. Methodologically it is characterized by a qualitative research, with an approach based on the sociological phenomenology of Alfred Schutz. The study was developed in Basic Health Units. The study participants were women attended at these units. As an instrument, an interview script was used, addressing the biographical situation of the interviewees and two phenomenological questions: "What is your purpose in seeking basic health care?" And "What do you expect in seeking care focused on the health of women in the Basic Health Unit?" The research was approved by the Research Ethics Committee of the Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) and Research Ethics Committee of the Municipal Department of Health and Civil Defense-RJ. Results: Through the analysis of the *motive-to* have emerged two concrete categories of the lived that allowed to identify that the typical of the action in the basic attention is to take care of the health through conducting examinations. The cytopathological examination and the mammography examination were the health needs that emerged from the women's speech. It was evidenced that the decision-making process of taking care of the health by means of the examinations is based on the concept proposed by Heller of necessary natural necessities. The identity of the woman in seeking care focused on women's health in basic care is anchored in the conduct of examinations, and this identity characteristic is sedimented in their social world. While the concept of health need that underlies the actions of health care teams of basic care is based on the conception of health as absence of illness will constantly influence the perception by women about the structure of the social reality of basic care, translated as the typical action seek care in basic care to take care of health by performing examinations. Bringing the concept of health needs in an expanded way and related to the social determinants of health to the practice of basic health care is a duty to legitimize the Policies and Programs of Basic Attention that has as a precept to overcome the hegemonic biomedical model. The expanded concept of health needs will meet the health needs of the women served in the basic unit, as well as reuse or expand them, which will require the establishment of a new work process. It is concluded that health needs can act as analyzers of health practices, which implies on the part of the health teams, in an effort of translation and attendance to the necessities brought by the population. The concrete category of experience that emerged in this research is a response to the challenge of implementing the professional practice of the expanded concept of health in our constitution and in the principles of the Unified Health System.

Keywords: Primary health care. Public health. Woman's health. Nursing.

## RESUMEN

ZAPPONI, Ana Luiza Barreto. *Necesidades de salud de las mujeres en la atención básica*. 113f. 2017. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

Objetivos: identificar las necesidades de salud presentadas por las mujeres que asisten a la atención básica de salud y discutir la contribución de la enfermera a la atención de las necesidades de salud de las mujeres en el contexto de la atención básica. Metodología: investigación con enfoque en la fenomenología sociológica de Alfred Schutz. El estudio fue desarrollado en Unidades Básicas de Salud. Los participantes fueron mujeres atendidas en estas unidades. Instrumento: se utilizó un guión de entrevista, abordando la situación biográfica de los entrevistados y dos cuestiones fenomenológicas: "¿Cuál es su propósito al buscar la atención básica de salud?", Y "Lo que usted espera al buscar atención orientada hacia la salud de la mujer en la Unidad Básica de Salud?" La encuesta fue aprobada por el Comité de Ética en Investigación de la Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ) y el Comité de Ética en Investigación de la Secretaría Municipal de Salud y de Defensa Civil-RJ. Resultados: A través del análisis de los motivos-para emergieron dos categorías concretas de lo vivido que permitieron identificar que el típico de la acción de la mujer que es atendida en la atención básica es cuidar de la salud mediante la realización de exámenes. La realización del examen citopatológico y la realización del examen de mamografía fueron las necesidades de salud que surgieron de las mujeres. Se evidenció que el proceso decisorio de cuidar de la salud mediante la realización de exámenes está fundamentado en el concepto propuesto por Heller de necesidades naturales necesarias. La identidad de la mujer en buscar atención orientada hacia la salud de la mujer en la atención básica está anclada en la realización de exámenes, siendo tal característica identitaria sedimentada en su mundo social. El concepto de necesidad de salud que fundamenta las acciones de los equipos de salud de la atención básica es calcado en la concepción de salud como ausencia de enfermedad influencia constantemente la percepción por las mujeres en cuanto a la estructura de la realidad social de la atención básica, traducido como el típico de la acción buscar cuidar de la salud mediante la realización de exámenes. Trazar para la práctica asistencial de la atención básica el concepto de necesidades de salud de forma ampliada y relacionada con los determinantes sociales de salud es un deber para legitimar las Políticas y Programas de Atención Básica que tiene como precepto superar el modelo biomédico hegemónico. El concepto ampliado de necesidades de salud permitirá atender las necesidades de salud de las mujeres atendidas en la unidad básica además de reiterarlas o ampliarlas, lo que exigirá la instauración de un nuevo proceso de trabajo. Se concluye que las necesidades de salud pueden funcionar como analizadores de las prácticas en salud, lo que implica por parte de los equipos de salud, en esfuerzo de traducción y atención a las necesidades traídas por la población. La categoría concreta de lo vivido que emergió en esta investigación es una respuesta al desafío de implementación para la práctica profesional del concepto ampliado a la salud presente en nuestra constitución y en los principios del Sistema Único de Salud.

Palabras clave: Atención primaria a salud. Salud pública. Salud de la mujer. Enfermería.

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

APS	Atenção Primária à Saúde
BI-RADS	<i>Breast Imaging Reporting and Data System</i>
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
CNDSS	Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde
COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
CONEP	Comissão Nacional de Ética em Pesquisa
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
DSS	Determinantes sociais de saúde
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
ECM	Exame clínico das mamas
ESF	Estratégia Saúde da Família
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus / Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
INCA	Instituto Nacional de Câncer
LGBT	Lésbicas Gays Bissexuais e Transexuais
OMS	Organização Mundial de Saúde
PACS	Programa Agente Comunitário de Saúde
PAISM	Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
PHPN	Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento
PNAB	Política Nacional de Atenção Primária
PNPM	Plano Nacional de Políticas para as Mulheres
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PNQM	Programa Nacional de Qualidade da Mamografia
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SISMAMA	Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama
SMSDC	Secretaria Municipal em Saúde e Defesa Civil
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Tumores Malignos
UICC	União Internacional Contra o Câncer
UBS	Unidade Básica de Saúde

## SUMÁRIO

	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1	<b>REFERENCIAL TEMÁTICO</b> .....	19
1.1	<b>As necessidades de saúde como fio condutor da pesquisa</b> .....	19
1.2	<b>A atenção à saúde da mulher: políticas e programas de saúde como subsídios para atender as necessidades de saúde das mulheres</b> .....	22
1.3	<b>A perspectiva longitudinal dos cuidados em saúde na Atenção Básica como fator potencializador para atender as necessidades de saúde da mulher</b> .....	25
1.4	<b>Dos dados epidemiológicos ao itinerário terapêutico: a atenção à saúde da mulher e o câncer de mama</b> .....	29
2	<b>REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO</b> .....	39
2.1	<b>A fenomenologia social de Alfred Schutz</b> .....	39
3	<b>TRAJETÓRIA DO ESTUDO</b> .....	47
3.1	<b>Cenário</b> .....	47
3.2	<b>Participantes</b> .....	47
3.3	<b>Instrumento</b> .....	48
3.4	<b>Coleta de dados</b> .....	49
3.5	<b>Organização e análise dos resultados</b> .....	51
3.6	<b>Questões éticas</b> .....	52
4	<b>RESULTADOS E DISCUSSÃO</b> .....	54
4.1	<b>Situação biográfica das mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde</b> ..	54
4.2	<b>Necessidades de saúde da mulher assistida na Atenção Básica de Saúde ...</b>	60
4.2.1	<u>Motivos para: significado da ação por parte da mulher de procurar a Unidade Básica</u> .....	60
4.2.2	<u>Categoria concreta do vivido: a mulher ao procurar a Unidade Básica de Saúde</u> .....	65
4.3	<b>Necessidade de saúde voltada para a saúde da mulher no contexto da Atenção Básica</b> .....	68
4.3.1	<u>Motivos para: significado da ação por parte da mulher ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na unidade básica de saúde</u> .....	68

4.3.2	<u>Categoria concreta do vivido em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde .....</u>	70
4.4	<b>O típico da ação da mulher atendida no serviço voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde .....</b>	75
4.5	<b>O papel do enfermeiro para atender as necessidades de saúde das mulheres na atenção básica .....</b>	78
	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS .....</b>	93
	<b>REFERÊNCIAS .....</b>	95
	<b>APÊNDICE A – Instrumento .....</b>	108
	<b>APÊNDICE B – Termo de consentimento Livre e Esclarecido .....</b>	109
	<b>ANEXO - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa .....</b>	110

## INTRODUÇÃO

Este trabalho defende a tese de que as necessidades de saúde de mulheres na atenção básica envolve realização de exames em detrimento à detecção precoce do câncer de mama.

O interesse pela assistência a saúde das mulheres e particularmente, ao rastreamento e detecção precoce do câncer de mama teve início na minha graduação de enfermagem como bolsista de iniciação científica. Durante dois anos estudei o panorama da incidência e mortalidade por câncer de mama no Brasil e Rio de Janeiro em uma pesquisa epidemiológica. Após ter o conhecimento quantitativo sobre o câncer de mama em nosso país, busquei no mestrado compreender através de uma pesquisa qualitativa a ação profissional do enfermeiro na atenção básica voltada para a saúde da mulher. Fez-se relevante saber se o enfermeiro, na consulta de enfermagem, tinha como propósito a detecção precoce do câncer de mama. O resultado da pesquisa pôde identificar uma possível resposta para aqueles tantos dados epidemiológicos que já estava familiarizada acerca do câncer de mama. O resultado principal da dissertação foi de que o enfermeiro não possui como propósito da sua ação profissional a detecção precoce de câncer de mama na assistência a saúde da mulher. Com esse resultado, aprofundo agora no doutorado a mulher que procura e é atendida na atenção básica de saúde e qual o seu propósito em procurar este serviço.

Paralelamente a minha trajetória acadêmica, minha mãe foi diagnosticada com câncer de mama em estadiamento avançado e foi necessária a retirada total da mama esquerda e linfedectomia do braço esquerdo em 2009. Aprofundei-me na temática da saúde da mulher e câncer de mama tanto na vida profissional quanto pessoal.

O câncer de mama é detectado tardiamente no Brasil, sendo um dos fatores para a alta mortalidade em nosso país. As evidências científicas estabelecem que há tratamentos eficazes e com bom prognóstico quando detectado e diagnosticado precocemente (MONTAZERI, 2003; WIESNER, 2007).

A concepção de diagnóstico precoce, muitas vezes se confunde com a expressão detecção precoce do câncer de mama. A detecção precoce envolve a identificação de alterações celulares no tecido mamário de uma massa, detectado através da palpação a partir de 3mm (AAROE et al., 2010; BROOKS; CAIRNS; ZELENIUCH-JACQUOTTE, 2009; DAVIS, HANASH, 2006; MAI; SULLIVAN; CHIARELLI, 2009). O diagnóstico precoce do câncer de mama compreende a identificação de alterações celulares presentes na corrente sanguínea e/ou no tecido mamário (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012).

O diagnóstico precoce ocorre através de mutações na estrutura do ácido desoxirribonucleico (DNA) da mama, mutações estas que possibilitam alterações do genoma e uma divisão celular rápida (BROOKS; CAIRNS; ZELENIUCH-JACQUOTTE, 2009; DAVIS; HANASH, 2006). Nesta fase o tumor é uma pequena lesão em fase inicial (GONÇALVES et al., 2009), sem expressão clínica (AZEVEDO; KOCH; CANELLA, 2005), sendo, portanto, a presença do tumor em situ (MARTINEZ-ALONSO et al., 2010). No que se refere às estratégias de identificação do tumor, o diagnóstico precoce ocorre através do reconhecimento da presença de alterações na corrente sanguínea (AAROE et al., 2010), possibilitando analisar estas alterações a partir da observação precoce de microRNAs de biomarcadores do câncer de mama (AAROE et al., 2010; SCHUMMER et al., 2010; ZHAO et al., 2010).

Estudos realizados no Brasil (SILVA et al., 2011; VASQUES; PERES, 2012; ZAGO et al., 2005) indicam diferenças nas taxas de mortalidade por câncer entre capitais e cidades do interior, até mesmo em comparações dentro do mesmo estado. Mulheres com idade igual ou maior que 60 anos vêm apresentando redução da mortalidade na capital e no estado do Rio de Janeiro, diferentemente do aumento verificada na região metropolitana e no interior do estado. O declínio das taxas de mortalidade na capital e no estado pode ser resultante do maior acesso das mulheres aos serviços de saúde para diagnóstico e tratamento do câncer de mama (FERREIRA; MATTOS, 2015).

Vale lembrar que o Pacto pela Vida foi importante no processo de disseminação de informação e educação da Saúde da Mulher, contemplando ações de detecção precoce de câncer de mama e de colo de útero. Nota-se que as diferenças de tendência observadas entre capital e interior ocorre de forma similar em outros estados brasileiros, onde o câncer de mama apresentou taxas de mortalidade de maior magnitude fora das capitais em comparação com os demais municípios (BRASIL, 2006b; SILVA et al., 2011). Parte dessas diferenças pode estar associada ao acesso aos serviços de saúde para o diagnóstico precoce e assistência oncológica adequada, o que proporcionaria um melhor prognóstico (FERREIRA; MATTOS, 2015).

Em contrapartida, o exame clínico das mamas e o autoexame, embora não sejam mecanismos de diagnóstico precoce do câncer, consistem em estratégias de detecção precoce de anormalidades no tecido mamário. Mesmo não sendo recursos que detectem a neoplasia na fase pré-clínica, possibilitam a identificação destas anormalidades na fase clínica precoce, tornando-se uma maneira eficaz na interrupção da evolução da doença a partir de tratamentos específicos (MAI; SULLIVAN; CHIARELLI, 2009).

Tendo por referência que a Atenção Básica a Saúde atua de forma descentralizada em todo o país e que, neste sentido, acompanha os usuários longitudinalmente, compreende-se que as necessidades de saúde das mulheres atendidas por este serviço se faz muito mais presente do que na atenção de alta complexidade, no qual a resolução de problemas vai de encontro na cura ou reabilitação de doenças. O Caderno de Atenção Básica de controle do câncer de mama e colo uterino (BRASIL, 2013a) reafirma que as ações de promoção ocorrem sobremaneira na atenção básica por estar mais próxima do cotidiano das mulheres e por acompanhá-las ao longo da vida. O Caderno de Atenção Básica afirma que a maior parte das ações no diagnóstico precoce de câncer de mama ocorre na rede básica à saúde pelo fato das tantas ações de rastreamento, que consistem em realizar sistematicamente testes ou exames em pessoas saudáveis, quanto às ações de detecção precoce, que consiste em captar precocemente alguém que apresenta sintomas ou alterações no exame físico realizado cotidianamente pelas equipes.

Há diversos manuais que auxiliam o profissional de saúde, dentre eles o enfermeiro, na detecção precoce do câncer de mama na rede básica a saúde tais como Recomendações para a redução da Mortalidade por Câncer de Mama no Brasil (BRASIL, 2012), o Caderno de Atenção Básica – controle dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013a), a Política Nacional na Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2011b), o Manual Técnico de Técnico de Pré Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006d) e o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (RIO DE JANEIRO, 2012).

A competência profissional do enfermeiro é importante para que se cumpra os princípios exigidos no Código de Ética Profissional da Enfermagem. Faz parte do compromisso e do código de ética profissional do enfermeiro participar, como integrante da sociedade, das ações que visem satisfazer às necessidades de saúde da população. Sendo assim, a assistência prestada à mulher na atenção básica de saúde deve visar satisfazer as necessidades de saúde apresentada de acordo com o Conselho Federal de Enfermagem (COFEN, 2007).

A competência profissional é definida como a capacidade de mobilizar e articular saberes e valores, integrando conhecimentos no processo cotidiano de saber agir que confere resultados às ações (SCHAEFER; JUNGES, 2014). A Enfermagem teve mudanças tanto no âmbito da educação quanto da prática ao longo dos anos. Na educação, ela se apresenta quando foram aprovadas as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Curso de Graduação em Enfermagem (Res CNE/CES nº 03) (BRASIL, 2001), buscando responder à necessidade de

formar profissionais mais críticos e reflexivos, incorporando a ética de modo transversal durante todo o processo educativo, o que ainda se configura como um desafio (PAGANINI; EGRY, 2011). Na prática, podem ser observados seminários, grupos de discussão e espaços de educação permanente com o objetivo de qualificar cada vez mais os serviços e os profissionais de Enfermagem (BORDIGNON et al., 2011). É inerente aos princípios fundamentais do enfermeiro atuar na promoção da saúde da mulher e coletividade a partir da relação estabelecida com a população numa relação de corresponsabilidade através da rede de cuidados (COFEN, 2007).

Para que ocorra essa rede de cuidados faz-se necessário voltar às necessidades de saúde trazida pela usuária do serviço ao longo de todo o período que foi e é atendida pela Atenção Básica, possibilitando um atendimento de qualidade pelos profissionais de saúde (HINO et al., 2009). As necessidades de saúde podem funcionar como analisadoras das práticas em saúde, considerando que seu reconhecimento e enfrentamento estão vinculados aos princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), o que implica, por parte das equipes de saúde, em esforço de tradução e atendimento às necessidades trazidas pela população.

Para fundamentar teoricamente a esta pesquisa fez-se necessário apropriação do conteúdo das políticas de saúde para as mulheres, da constituição do SUS e de seus princípios e da história do desenvolvimento da ginecologia como especialidade que trata da saúde das mulheres. Nesse processo, outras leituras foram fundamentais para entender como se configura o modelo atual de atenção à saúde das mulheres. Entre essas leituras destacam-se a noção de gênero, os modos como são definidas as necessidades de saúde, a produção histórica e cultural do que se entende por “feminino”; a relação das mulheres com seu corpo e sua sexualidade, entre outros, são aspectos que permeiam a consulta de enfermagem e precisam ser compreendidos. Essas leituras trouxeram aprendizados, especialmente com relação às necessidades das mulheres que procuram a consulta de enfermagem voltada para a saúde da mulher.

### **Justificativa e relevância do estudo**

Necessita-se investigar as necessidades de saúde de mulheres atendidas no contexto da Atenção Básica por compreender que uma vez identificadas, se torna um instrumento de grande importância para análise das práticas de saúde possibilitando uma melhor compreensão e possíveis medidas organizacionais para que o serviço de atenção básica possa atender às necessidades trazidas pelas usuárias do SUS.

Entende-se que os conhecimentos produzidos por essa pesquisa podem ser relevantes para a atenção à saúde da mulher. Alguns dados podem até já ser conhecidos pelos serviços no que diz respeito ao espaço da consulta de enfermagem voltada para a saúde da mulher, mas, a compreensão das necessidades de saúde das mulheres que buscam o serviço na atenção básica pode contribuir para a revisão das consultas de enfermagem voltadas para a saúde da mulher, como subsídio para o fortalecimento da educação permanente dos trabalhadores e como indicadores para a busca de recursos para a melhoria das condições de trabalho no que se refere aos recursos físicos, estrutura e recursos humanos, especialmente na área da saúde das mulheres (SARRETA, 2009). Neste sentido, ouvir as usuárias atendidas nesse cenário contribuiu para conhecer e problematizar as aproximações e distanciamentos entre o que é proposto nas políticas e programas dirigidos à saúde das mulheres e o cuidado realizado nas Consultas de Enfermagem na Atenção Básica.

### **Questões norteadoras**

As questões que fundamentam o desenvolvimento desta pesquisa são: Quais são as necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres atendidas na atenção básica? Um dos motivos para a mulher buscar atendimento na Unidade Básica é a detecção precoce do câncer de mama? Como o profissional enfermeiro pode contribuir para atender às necessidades de saúde da mulher e àquelas relacionadas à detecção precoce do câncer de mama no contexto da atenção básica?

### **Objeto**

O objeto do presente estudo é necessidades de saúde de mulheres na atenção básica.

### **Objetivos**

Para atender ao objeto de estudo proposto, foram estabelecidos os seguintes objetivos:

#### a) Objetivo Geral

- Analisar as necessidades de saúde de mulheres no contexto da atenção básica em saúde com relação à detecção precoce do câncer de mama;

#### b) Objetivos Específicos

- Identificar as necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres atendidas na atenção básica em saúde.

- Discutir a contribuição do profissional enfermeiro para a atenção às necessidades de saúde da mulher no contexto da atenção básica.

## 1 REFERENCIAL TEMÁTICO

### 1.1 As necessidades de saúde como fio condutor da pesquisa

Esta pesquisa tem por fundamento que o termo necessidades de saúde se faz presente em todo o contexto assistencial, mas que ao mesmo tempo apresenta diferentes concepções na área da saúde. Pinheiro et al. (2010) destacam que o termo “necessidades de saúde” não é algo fácil de definir, pois há diversas abordagens teórico-conceituais que buscam compreendê-lo. Segundo Cecílio (2001), Mandú (2005) e Stotz (1991), a definição de necessidades de saúde é bastante complexa. Stotz (1991), em sua tese, diz que há diferentes concepções sobre necessidades de saúde, conforme diferentes correntes ideológicas utilizadas na área do planejamento em saúde. Sob esse ponto de vista, “necessidades de saúde” pode ter diferentes interpretações nas políticas, nos serviços de saúde e nas experiências singulares de vida dos usuários. Para Schraiber (2012), estas diferenças podem se constituir em divergentes leituras sobre o que se configura em “necessidade de saúde” nas instâncias das políticas e das práticas.

No Brasil, Wanda de Aguiar Horta formulou uma teoria para explicar a natureza da Enfermagem, definir seu campo de ação e a metodologia científica para embasar sua prática (PEREIRA et al., 2012). Horta se fundamentou na Teoria da Motivação Humana de Maslow, no qual adotou o conceito de necessidades humanas básicas. Esta teoria considerava que os seres humanos têm necessidades comuns que motivam seu comportamento e com base nesses princípios, propôs uma hierarquia de necessidades. Ele as organizou sob a forma de uma pirâmide, em cuja base estariam as necessidades fisiológicas, seguidas pelas de segurança, amor/relacionamento, estima e, no topo, as de realização pessoal. As necessidades superiores somente se manifestariam quando fossem atendidas as de ordem imediatamente inferiores.

Wanda de Aguiar Horta foi a primeira brasileira a formular uma teoria de Enfermagem. Em sua teoria afirmava que a Enfermagem é uma ciência e também uma arte no assistir o ser humano no atendimento de suas necessidades básicas, a fim de torná-lo independente dessa assistência, e quando possível, pelo ensino do autocuidado; de se recuperar, manter e promover a saúde em colaboração com os demais profissionais (HORTA, 1979).

O conceito de necessidades utilizado por Wanda de Aguiar Horta influenciou gerações de enfermeiras brasileiras e ainda é o mais presente no ensino e na prática de Enfermagem

atualmente.

Campos e Mishima (2005) identificaram na literatura duas abordagens referentes ao conceito de necessidades em saúde: uma primeira, mais abstrata, presente nos trabalhos de Heller e Mendes-Gonçalves, e outra, concreto-operacional, presente nos textos de Stotz. Segundo Heller (1996), as necessidades em saúde podem ser conceituadas como um desejo consciente dirigida em todo momento para um certo objeto que motiva uma ação. Heller (1996) identifica duas categorias de necessidades em saúde: necessidades naturais e necessidades socialmente determinadas (OLIVEIRA, 2012). A primeira refere-se às necessidades físicas, do campo biológico, que ela denomina *necessidades necessárias*. A segunda diz respeito às necessidades relacionadas a desejos conscientes, aspirações, intenções dirigidas a um objeto (proporcionado por uma objetivação social) que motiva uma ação, existindo uma correlação entre necessidades pessoais e sociais.

Oliveira (2012) afirma que as necessidades humanas são, ao mesmo tempo, naturais e sociais, pois para continuar a existir, o ser humano deve relacionar-se com a natureza, por meio do trabalho. Por isso, ela diz que não é possível chamar de naturais quaisquer necessidades humanas, mesmo aquelas relacionadas à sobrevivência, pois, mesmo essas, para serem satisfeitas exigem a aplicação de poderes que fazem do ser humano um ser sócio-histórico.

A partir de distintas abordagens, as “necessidades de saúde” podem ser definidas em diferentes dimensões como necessidades naturais, aquelas relativas à preservação da espécie, ou como necessidades que dizem respeito à liberdade e autonomia do ser humano (EGRY et al., 2009). Osório, Servo e Piola (2011) consideraram que as necessidades envolvem as dimensões da sobrevivência humana, dos direitos à saúde e dos elementos relacionados aos determinantes sociais da saúde, além da dimensão concreto-operacional que envolve o modo como o planejamento em saúde estabelece as necessidades de saúde. Para Stotz (1991, p.15), "necessidades de saúde são potencialidades uma vez que as carências comprometem, motivam e mobilizam as pessoas".

Para os pesquisadores citados as necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente, sendo a expressão particular das necessidades sociais. Nesse sentido, Santos (2014) aponta que a produção de necessidades de saúde é influenciada pelo contexto social, histórico e econômico, pelo modo como as pessoas vivenciam situações como problemas que vêm a se constituir em necessidades de saúde e pela forma como os serviços de saúde reconhecem e acolhem essas necessidades as quais, embora sejam construídas socialmente, devem ser captadas individualmente.

Ricardo Bruno Mendes Gonçalves fez a transposição da perspectiva helleriana de necessidades para a saúde (PEDUZZI, 2002). Para ele, a satisfação de uma necessidade é o produto de um processo de trabalho. O trabalho resulta da aplicação da ação dos seres humanos sobre um objeto determinado, em resposta a uma necessidade que, ao ser reiterada ou ampliada, dá origem a outro processo de trabalho, caracterizando, dessa forma, a circularidade existente entre necessidades e processos de trabalho.

Para Stotz (2004), as necessidades em saúde são individuais, biológicas, social e historicamente determinadas e satisfazê-las socialmente é um sinal do seu reconhecimento. Embora as necessidades em saúde sejam sentidas individualmente, ele destaca que o sistema social de atenção procura considerá-las por meio de questões abstratas, baseadas em indicadores, por exemplo. Ao considerar apenas alguns indicadores acaba por descontextualizar as pessoas dos determinantes de seu processo saúde-doença, privilegiando determinadas condições de saúde e ocultando ou reprimindo outras necessidades de saúde.

Cecílio (2001), assim como Stotz (2004), considera que as necessidades em saúde só podem ser captadas no âmbito individual. Advoga que, adotar as necessidades como eixo norteador das práticas em saúde, exige a construção de novos saberes para reorganizar o processo de trabalho, gestão e planejamento em saúde. Salienta a necessidade de conceituar necessidades em saúde de forma que os trabalhadores da área possam se apropriar do conceito e implementá-lo no cotidiano do trabalho em saúde. Cecílio (2001) propõe uma taxonomia de necessidades em saúde, agrupando-as em quatro grandes grupos: boas condições de vida, acesso às tecnologias, criação de vínculos e autonomia.

O primeiro grupo, **boas condições de vida**, está relacionado aos aspectos mais funcionalistas dos indivíduos no modo de produção das sociedades que melhor explicam o processo saúde-doença.

O segundo grupo relaciona-se ao **acesso e consumo das tecnologias de saúde** utilizadas para melhorar e prolongar a vida. O autor parte do conceito de tecnologias leve, leve-dura e dura, proposto por Merhy e Franco (2003), ressaltando que não tem a pretensão de hierarquizá-las. Porém, destaca que o poder de uso de cada tecnologia deve estar relacionado às necessidades de cada pessoa.

O terceiro grupo diz respeito à **criação de vínculos** entre usuários e profissionais de saúde, objetivando o desenvolvimento de uma relação de confiança. O vínculo é entendido como mais que uma formalidade, pois implica um encontro de subjetividades, uma relação de confiança contínua, pessoal e intransferível.

E, por fim, o quarto grupo, que diz respeito à necessidade que cada pessoa apresenta

em relação à **autonomia** para andar a vida e que implica mais que informação e educação, pois exige dos sujeitos à reconstrução dos sentidos de sua vida, tendo essa ressignificação um peso efetivo em seu modo de viver, bem como na satisfação de suas necessidades de forma ampliada.

No contexto da Atenção Básica as concepções de necessidades de saúde articulam-se mais com as perspectivas de Cecílio (2001) e de Mandú (2005), por entender-se que estas se relacionam com mais clareza nas necessidades e determinantes sociais. Cecílio (2001) argumentou que necessidade de saúde diz respeito a ter boas condições de vida, seja no aspecto relativo às condições ambientais, sociais e de trabalho, no acesso às tecnologias de saúde, na questão do vínculo do usuário com os profissionais e o serviço de saúde, ou, ainda, na autonomia do sujeito para satisfazer suas necessidades. Mandú (2005) concordou que as necessidades de saúde estão relacionadas às condições de vida, ao acesso às tecnologias e às experiências de vida. Para a autora, a satisfação dessas necessidades resulta na manutenção da qualidade da vida como a expressão da potencialidade humana de lidar com as condições da vida.

Nessa lógica, entende-se que a identificação de necessidades de saúde é significativamente influenciada pelos determinantes sociais de saúde (DSS). Segundo a Comissão Nacional Sobre Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS), os DSS são as condições nas quais as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem, influenciam os seus estilos de vida e determinam os seus padrões de saúde. Os DSS estão relacionados a fatores econômicos, sociais, culturais, étnico-raciais, psicológicos e comportamentais que interferem no processo saúde-doença (NOGUEIRA, 2012) e, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2011), são os principais responsáveis pelas iniquidades em saúde.

## **1.2 A atenção à saúde da mulher: políticas e programas de saúde como subsídios para atender as necessidades de saúde das mulheres**

A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PAISM) trouxe com um de seus avanços o direcionamento de ações para inclusão e promoção do acesso aos serviços de saúde de grupos de mulheres que, até então, eram invisíveis às políticas de saúde como as negras, indígenas, presidiárias, lésbicas, na terceira idade, com deficiências e trabalhadoras

rurais que passam a ser contempladas com ações de saúde que procuram atender suas necessidades específicas (BRASIL, 2011b). A Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher, criada em 2004 inovou ao investir na consolidação de avanços no campo dos direitos reprodutivos e sexuais das mulheres além de buscar promover ações para reduzir a morbimortalidade por câncer de mama, do colo de útero e infecção por HIV.

Em suas diretrizes, a PNAISM (2011) reconhece que o perfil epidemiológico da população feminina brasileira diferencia-se nas diversas regiões do país, e aponta que essas diferenças devem ser consideradas na implantação e implementação dessa política a fim de atuar de forma mais próxima à realidade local.

Outras políticas e planos foram implementados após a PNAISM para também garantir os direitos das mulheres brasileiras. Entre elas, a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) criada em 2006, destaca a importância de se trabalhar com os determinantes de saúde da população com propósito de criar mecanismos capazes de reduzir as situações de vulnerabilidade e promover a equidade, a participação e o controle social nas políticas públicas (BRASIL, 2014, BRASIL, 2010a).

Nesta perspectiva, o Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (PNPM) (2013-2015) veio ao encontro das políticas criadas anteriormente, definindo ações que promovem os direitos das mulheres ao buscar a melhoria de suas condições de vida e ampliar o acesso aos meios e serviços para a promoção da saúde integral (BRASIL, 2013b).

Vale ressaltar que Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de Aids e outras Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) (2007) e da Política Nacional de Saúde Integral de Lésbicas, Gays, Bissexuais, Travestis e Transexuais (LGBT) (2010) foram iniciativas criadas para diminuir as iniquidades e desigualdades na saúde desses grupos, particularmente aquelas advindas da questão de gênero, ambas criadas na mesma lógica que as políticas anteriores (BRASIL, 2010b).

Nesse cenário, outras políticas como a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos (BRASIL, 2005) e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal (BRASIL, 2007) buscaram reforçar os direitos sexuais e reprodutivos das mulheres, através da garantia do acesso aos meios anticoncepcionais, à esterilização cirúrgica e à reprodução assistida, bem como à humanização do cuidado nas diversas fases de sua vida.

Os direitos sexuais e reprodutivos são parte integrante dos direitos humanos e, basicamente, abrangem o exercício da vivência da sexualidade sem constrangimento, da maternidade voluntária e da contracepção autodecidida (LEMOS, 2014). A Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos, uma prioridade do governo (BRASIL, 2005)

foi criada visando garantir os direitos de homens e mulheres, adultos(as) e adolescentes, em relação à saúde sexual e à saúde reprodutiva, enfocando, principalmente, o planejamento familiar. As propostas e diretrizes da Política englobavam: Ampliação da oferta de métodos anticoncepcionais reversíveis no SUS, elaboração e distribuição de manuais técnicos e de cartilhas educativas, capacitação dos profissionais de saúde da atenção básica para assistência em planejamento familiar, seminário para pactuação da Política Nacional para Atenção Integral à Saúde da Mulher, atenção em reprodução humana assistida na rede SUS, ampliação do acesso à esterilização cirúrgica voluntária no SUS, ampliação do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas, termo de cooperação com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres, elaboração de documento sobre saúde sexual e reprodutiva para os países do Mercosul, apoio e desenvolvimento de pesquisas, atenção à saúde sexual e à saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, atenção à saúde de homens e mulheres em situação de prisão, implantação e implementação de serviços para atenção às mulheres e adolescentes vítimas de violência sexual e doméstica e para atenção humanizada às mulheres em situação de abortamento e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal.

Várias conquistas foram alcançadas desde a criação do SUS, podemos citar a municipalização e o aumento de investimentos na saúde, os quais têm resultado na ampliação da quantidade e qualidade de serviços (SOUZA; MIRANDA; FRANCO, 2011). Especialmente no campo da saúde das mulheres, destacam-se vários programas criados com o intuito de melhorar a atenção a este contingente da população, como: o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN); os programas de controle do câncer de colo de útero e de mamas fortalecidos pelo desenvolvimento de um sistema de informação chamado Siscolo e Sismma; e o Programa de Prevenção, Assistência e Combate à Violência Contra a Mulher.

No âmbito das políticas, destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde das Mulheres (PNAISM), que tem como foco a integralidade e a promoção da saúde das mulheres; a Política Nacional de Planejamento Familiar e a Política Nacional de Enfrentamento à Violência contra as Mulheres, que permitem potencializar a intersetorialidade destacada na primeira política (BRASIL, 2011b).

O modelo de gestão vigente, centralizado e vertical, dificulta a participação dos trabalhadores no planejamento e avaliação de suas ações, torna a comunicação entre trabalhadores e serviços inadequada, além de gerar o desconhecimento da realidade do território no qual atuam e dos resultados de suas ações (BRASIL, 2011a). Neste cenário, emerge uma significativa dissociação entre gestão e atenção, com reflexos nos processos de

trabalho, os quais que se tornam fragmentados (GUEDES; PITOMBO; BARROS, 2009). Uma alternativa apontada para resolver essa questão é a organização e regulação dos serviços, tendo como base as redes de atenção à saúde (BRASIL, 2006c).

No âmbito de atenção à saúde das mulheres destaca-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), instituída em 2004. A PNAISM trouxe avanços importantes para o campo da atenção à saúde das mulheres, diferenciando-se das políticas do século passado que focavam no ciclo gravídico-puerperal, desconsiderando as dimensões do ser mulher e seus modos de andar a vida (FREITAS et al., 2009; MEDEIROS; GUARESCHI, 2009).

O Movimento Feminista também foi um grande aliado nas mudanças dos programas e políticas de saúde voltadas a saúde da mulher. Trouxe outro olhar para as questões de saúde das mulheres como os direitos sexuais e as questões de gênero (MEDEIROS; GUARESCHI, 2009). A partir das demandas desse movimento, foi criado o Programa de Saúde Materno-infantil, na década de 1970, com foco no planejamento familiar (FREITAS et al., 2009) e em 1984 é criado o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM) no qual propôs inovações na atenção à saúde das mulheres.

Conforme Medeiros e Guareschi (2009), a criação do PAISM rompeu a lógica anterior ao trazer a integralidade como diretriz e propor novos modos de pensar os processos de trabalho, a capacitação de recursos humanos, as práticas educativas e a articulação entre diferentes níveis de gestão. Nesta perspectiva, Medeiros e Guareschi (2009) destacaram, ainda, que o PAISM antecipou-se à criação do SUS e às proposições da PNAISM, apresentando, na época da sua criação, uma visão ampliada sobre a saúde das mulheres.

### **1.3 A perspectiva longitudinal dos cuidados em saúde na Atenção Básica como fator potencializador para atender as necessidades de saúde da mulher**

Em 2005, o Ministério da Saúde definiu a Agenda de Compromisso pela Saúde que agrega três eixos: O Pacto em Defesa do Sistema Único de Saúde (SUS), o Pacto em Defesa da Vida e o Pacto de Gestão. Entre as macroprioridades do Pacto em Defesa da Vida, possui especial relevância o aprimoramento do acesso e da qualidade dos serviços prestados no SUS, com a ênfase no fortalecimento e na qualificação estratégica da Saúde da Família; a promoção, informação e educação em saúde. Nesta direção, a promoção da saúde estreita sua

relação com a vigilância em saúde, numa articulação que reforça a exigência de um movimento integrador na construção de consensos e na execução das agendas governamentais a fim de que as políticas públicas sejam cada vez mais favoráveis à saúde e à vida, e estimulem e fortaleçam o protagonismo dos cidadãos em sua elaboração e implementação, ratificando os preceitos constitucionais de participação social (BRASIL, 2006b).

A Política Nacional de Atenção Básica afirma que a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde. É o contato preferencial dos usuários com os sistemas de saúde. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social (BRASIL, 2012).

A Atenção Básica tem como fundamentos e diretrizes:

- Possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade e resolutivos, caracterizados como a porta de entrada aberta e preferencial da rede de atenção, acolhendo os usuários e promovendo a vinculação e corresponsabilização pela atenção às suas necessidades de saúde. [...] O serviço de saúde deve se organizar para assumir sua função central de acolher, escutar e oferecer uma resposta positiva, capaz de resolver a grande maioria dos problemas de saúde da população e/ou de minorar danos e sofrimentos desta, ou ainda se responsabilizar pela resposta, ainda que esta seja ofertada em outros pontos de atenção da rede. A proximidade e a capacidade de acolhimento, vinculação, responsabilização e resolutividade são fundamentais para a efetivação da atenção básica como contato e porta de entrada preferencial da rede de atenção;
- Adscriver os usuários e desenvolver relações de vínculo e responsabilização entre as equipes e a população adscrita, garantindo a continuidade das ações de saúde e a longitudinalidade do cuidado. A adscrição dos usuários é um processo de vinculação de pessoas e/ou famílias e grupos a profissionais/equipes, com o objetivo de ser referência para o seu cuidado. O vínculo, por sua vez, consiste na construção de relações de afetividade e confiança entre o usuário e o trabalhador da saúde, permitindo o aprofundamento do processo de corresponsabilização pela saúde, construído ao longo do tempo, além de carregar, em si, um potencial terapêutico. A longitudinalidade do cuidado pressupõe a continuidade da relação clínica, com construção de vínculo e responsabilização entre profissionais e usuários ao longo do tempo e de modo permanente, acompanhando os efeitos das intervenções em saúde e de outros elementos na vida dos usuários, ajustando condutas quando necessário, evitando a perda de referências e diminuindo os riscos de iatrogenia decorrentes do desconhecimento das histórias de vida e da coordenação do cuidado;
- Coordenar a integralidade em seus vários aspectos, a saber: integrando as ações programáticas e demanda espontânea; articulando as ações de promoção à saúde, prevenção de agravos, vigilância à saúde, tratamento e reabilitação e manejo das diversas tecnologias de cuidado e de gestão necessárias a estes fins e à ampliação da autonomia dos usuários e coletividades; trabalhando de forma multiprofissional, interdisciplinar e em equipe; realizando a gestão do cuidado integral do usuário e coordenando-o no conjunto da rede de atenção. A presença de diferentes formações profissionais, assim como um alto grau de articulação entre os profissionais, é essencial de forma que não só as ações sejam compartilhadas, mas também tenha lugar um processo interdisciplinar no qual progressivamente os núcleos de

competência profissionais específicos vão enriquecendo o campo comum de competências, ampliando, assim, a capacidade de cuidado e de toda a equipe. Essa organização pressupõe o deslocamento do processo de trabalho centrado em procedimentos, profissionais para um processo centrado no usuário, onde o cuidado do usuário é o imperativo ético-político que organiza a intervenção técnico-científica (BRASIL, 2012, p. 20-22).

Aliados ao objetivo de qualificar as ações de saúde na Atenção Básica, os Protocolos da Atenção Básica (BRASIL, 2015) cumprem uma função primordial que é oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos trabalhadores da Atenção Básica. Compondo a equipe mínima da Saúde da Família – juntamente com médico, técnicos em enfermagem e agentes comunitários de saúde – e outras modalidades de equipes de Atenção Básica, enfermeiras e enfermeiros desenvolvem atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme as atribuições estabelecidas na Portaria nº 2.488/2011, obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem nº 159/1993 e nº 358/2009 (COFEN, 1993, 2009). A ênfase aqui se justifica pelo fato de que, observadas as disposições legais da profissão, algumas de suas atividades são referendadas pela existência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor federal.

O processo de trabalho das Unidades Básicas de Saúde implica o planejamento e execução de ações a partir de um olhar atento para os determinantes sociais do processo saúde-doença, pautando-se na revisão contínua de seu próprio fazer, em busca da promoção da máxima autonomia dos indivíduos. Pesquisas desenvolvidas por Starfield (2004) comprovaram que nações com sistemas de saúde centrados na Atenção Primária à Saúde (APS) obtêm melhores resultados em indicadores sociais, com maior racionalidade. Assim, enfrentam diretamente os agravos decorrentes das grandes iniquidades no acesso a bens e serviços. Nesse processo, igualmente produzem e reproduzem valores sociais.

Teixeira (2003) e Vecchia (2011) afirmam que ao longo da história o cuidado primário no Brasil constituiu-se de diversos modelos assistenciais, com a exigência de articulação entre níveis de atenção: a denominada centralidade do cuidado realizado em Rede. Desde 1994, a Política Nacional de Atenção Básica estrutura-se guiada pela Estratégia Saúde da Família (ESF) e ao Programa Agente Comunitário de Saúde (PACS) com o objetivo de potencializar os princípios do SUS: prosseguir com a expansão do acesso; consolidar a municipalização, e coordenar a integralidade da assistência. E, fundamentalmente, propor mudanças no modelo mercantilizado e hospitalocêntrico hegemônico no país (VECCHIA, 2011).

A Política de Promoção da Saúde afirma que o trabalho em rede, com a sociedade civil

organizada, exige que o planejamento das ações em saúde esteja mais vinculado às necessidades percebidas e vivenciadas pela população nos diferentes territórios e, concomitantemente, garante a sustentabilidade dos processos de intervenção nos determinantes e condicionantes de saúde (BRASIL, 2010a).

Ações e procedimentos são entendidos aqui como resultantes de atos produzidos pelo trabalho em saúde e expressos nas intervenções de saúde sob a forma de cuidado (MERHY, 1999). Mais especificamente, toma-se “ações” como atos constituídos a partir do que Merhy e Franco (2003) chamaram de tecnologias leves (expressas em abordagens relacionais no encontro entre os profissionais de saúde e a usuária), leve-dura (definidas pelo conhecimento técnico) e dura (as que estão inscritas em máquinas e instrumentos).

O cuidado também é percebido como identidade e razão existencial da enfermagem (HENRIQUES; ACIOLI, 2004). Tal profissão, em sua trajetória, é associada ao termo cuidado e este é identificado na prática do enfermeiro como razão de ser, estimativa de valor social e econômico, desde o surgimento da profissão. A prática do enfermeiro é mediada por competências profissionais, saberes, habilidades e visões de mundo (FERREIRA; ACIOLI, 2010). É importante salientar que a sua prática cotidiana indica valores e concepções relacionados ao contexto social e histórico existentes. Estes valores e concepções definem a forma pela qual o enfermeiro enfrenta e constrói sua prática de cuidado no desenvolvimento de suas ações. Um dos objetivos mais relevantes desta prática é aliar os conhecimentos teórico-técnicos-científicos à sensibilidade humana para assistir o indivíduo em sua complexidade biopsicossocial. Varzin e Nery (1996), ao discorrer sobre o cuidado da enfermagem, diziam que desenvolvimento da consulta de enfermagem pressupõe uma relação de ensino-aprendizagem entre o enfermeiro e usuário, que coloca o indivíduo como sujeito ativo no cuidado e funciona como um recurso para a identificação e resolução compartilhada dos problemas do cliente.

O enfermeiro tem na prática desenvolvida em unidades básicas de saúde o desafio de implementar o cuidado em enfermagem na construção de relações interpessoais de diálogo, escuta, humanização e respeito (ACIOLI et al., 2014). O cuidado se mostra expressivo a partir do momento em que deixa de ser uma tarefa para ser uma ação que proporcione crescimento para quem cuida e para quem é cuidado (FONTES; ALVIM, 2008). A consulta de enfermagem apresenta-se como uma prática de cuidado desenvolvida pelos enfermeiros. Por meio dela há a oportunidade de realizar atividades educativas, fortalecer vínculo, conhecer e ouvir o usuário, além de ser orientada para os conflitos, as dificuldades e a resolução dos problemas do usuário dentro de seu contexto social (ACIOLI et al., 2014).

Para que a Atenção Básica possa cumprir seu papel na rede de atenção à saúde é fundamental que a população reconheça que as unidades básicas de saúde estão próximas a seu domicílio e podem resolver grande parte de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2015). Para isso, gestores e trabalhadores possuem a tarefa de organizar os serviços de modo que eles sejam, de fato, acessíveis e resolutivos às necessidades da população. Por meio do acolhimento, compreendido como uma escuta ativa e qualificada, que considera as demandas trazidas pelo usuário, a equipe de saúde define as ofertas das unidades básicas de saúde para o cuidado e estabelece critérios que definem as necessidades de encaminhamentos desse usuário para outro ponto da rede de atenção à saúde.

A rede de atenção básica foi eleita por se tratar da “porta da entrada”, especialmente das mulheres ao sistema de saúde. Essa rede é responsável pela referência e contrarreferência das usuárias nos diversos níveis de complexidade do sistema, garantindo seu acesso e os princípios de universalidade, equidade e integralidade através de ações intersetoriais e da promoção da saúde conforme os princípios da Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012). A consulta de enfermagem no contexto da atenção básica também possibilita a assistência contínua da mulher em diferentes fases da vida, desde a infância até a fase adulta. Essa forma de atenção e cuidado é possível na atenção básica, por ter como seus princípios a promoção, prevenção, tratamento e recuperação da saúde. No âmbito da atenção secundária e terciária as ações de saúde são em sua grande maioria, resolutivas no que se trata de tratamento e recuperação de agravos. Sendo assim, o presente estudo tem como cenário de pesquisa a atenção básica em saúde.

#### **1.4 Dos dados epidemiológicos ao itinerário terapêutico: a atenção à saúde da mulher e o câncer de mama**

O câncer de mama é a primeira causa de morte entre as mulheres, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2013). Mundialmente, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres, abrangendo 23% dos cânceres femininos que são diagnosticados em mais de 1,1 milhões de mulheres a cada ano (ANDERSON; CAZAP, 2009). Mais de 411 mil mortes a cada ano são resultado desta neoplasia, e é responsável por mais de 1,6% dos óbitos femininos por todas as causas, sendo o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo (JONES et al., 2006). Países como Japão, Singapura e Korea registraram um aumento três vezes maior de

câncer da mama em seus países nos últimos quarenta anos. China e a Índia apresentam padrões similares, com aumento de 20% e 30%, respectivamente (HARFORD et al., 2008).

Na América Latina, o câncer de mama é a principal causa de morte entre as mulheres (LOZANO-ASCENCIO et al., 2009) liderando o cenário epidemiológico, com alta prevalência e mortalidade desde a década de 90 (LEWIS et al., 2008). No Brasil, o câncer de mama também é o mais incidente entre as mulheres, correspondendo por 22% dos casos novos a cada ano e sendo responsável por 13.345 óbitos no ano de 2011 e com estimativa de 57.120 casos novos para o ano de 2014 (INCA, 2015).

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, resulta de uma proliferação incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos (BRASIL, 2013a). Tais alterações genéticas podem provocar mudanças no crescimento celular ou na morte celular programada, levando ao surgimento do tumor (AAROE et al., 2010). O processo de carcinogênese é, em geral, lento, podendo levar vários anos para que uma célula prolifere e dê origem a um tumor palpável (BRASIL, 2013a). Esse processo apresenta os seguintes estágios: iniciação, fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção, fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula alterada; e progressão, caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013).

Embora se conheça os fatores de risco, o câncer de mama não pode ser evitado. Porém, a descoberta do câncer de mama em suas fases iniciais proporciona elevadíssimas chances de cura para o cliente e, na maior parte dos casos, permite oferecer tratamento não mutilador (INCA, 2011a, 2011b; PECORELLI, 2003).

Esta neoplasia é um problema de saúde pública no Brasil e um desafio que vem representando para o sistema de saúde no sentido de se garantir o acesso pleno e equilibrado da população ao diagnóstico e tratamento dessa doença. A adoção de práticas que contemplasse o diagnóstico precoce possibilitou uma mudança na tendência da taxa de mortalidade, reduzindo em aproximadamente 30% das mortes por câncer de mama nos últimos anos em países como Estados Unidos e o Reino Unido (INCA, 2008; KEMP et al., 2002). O rastreamento pela mamografia em todo o país atingindo a maioria da população associado com acompanhamento anual dos profissionais com essas mulheres pode ser a resposta para a redução na mortalidade por câncer de mama (AAROE et al., 2010; MAI; SULLIVAN; CHIARELLI, 2009).

A ocorrência do câncer de mama varia entre países segundo o grau de desenvolvimento socioeconômico, sendo as taxas nos países de alta renda muito superiores às de média e baixa renda (FOROUZANFAR, 2011; BRAY et al., 2012). No entanto, não existe um diferencial claro na mortalidade pela doença porque esses últimos ainda têm índices de sobrevida por câncer de mama muito baixos (YOULDEN et al., 2012). A melhoria na sobrevida das pacientes em países desenvolvidos nas últimas décadas foi decorrente do aumento do alerta sobre a doença, da detecção precoce e do aprimoramento do tratamento.

Diferentemente destes países onde há um aumento da incidência do câncer e redução da mortalidade por esta causa, o Brasil apresenta um aumento da incidência dos casos de câncer de mama associado com o aumento da mortalidade (BRASIL, 2002). O padrão de mortalidade por câncer de mama permanece elevado no Brasil pelo fato do diagnóstico ser estabelecido na fase tardia da doença (INCA, 2013) com o câncer em estadiamento III e IV da doença (COSTA et al., 2012; THULER; MENDONÇA, 2005).

No Brasil, onde o câncer de mama é o principal tipo de neoplasia maligna que afeta as mulheres, o Ministério da Saúde preconiza, desde 2004, o exame clínico anual para mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos de idade e a mamografia bienal para as mulheres entre 50 e 69 anos – com recomendações mais intensas para as que pertencem a grupos de alto risco (BRASIL, 2004). Após quase uma década não foram localizados estudos que avaliem, em âmbito nacional, o grau de implantação dessas recomendações e os resultados obtidos. Tampouco foi avaliada, até o momento, a capacidade do Sistema Único de Saúde (SUS) de produzir serviços para cumprir seus propósitos de controle do câncer de mama no país e, em última instância, atender às necessidades de saúde das mulheres brasileiras.

Em 2009 foi implantado o Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) para padronização da coleta de dados sobre o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento do câncer da mama em todo o país e permitir a avaliação das ações de controle da doença (SANTOS; KOCH, 2010). Avaliações sobre o rastreamento do câncer de mama com base no SISMAMA, publicadas até o momento, limitaram-se a descrever as características principais do sistema e a estimar sua cobertura e qualidade com abrangência regional (PASSMAN et al., 2011).

No SISMAMA, subsistema do SIA, instalado nos serviços públicos ou nos prestadores contratados pelo SUS e nas Coordenações de Saúde da Mulher das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, são registrados os dados de solicitação e resultados de exames de mamografia, citopatológicos e anatomopatológicos de mama (biópsia e peça cirúrgica) (AZEVEDO E SILVA et al., 2014). Na unidade de saúde, o profissional, ao identificar uma

usuária assintomática dentro da faixa etária preconizada pelo Ministério da Saúde deve solicitar a “mamografia de rastreamento” em formulário padronizado e fazer o seu encaminhamento (BRASIL, 2004).

Para mulheres sintomáticas de qualquer faixa etária, a solicitação deve ser feita com indicação clínica de “mamografia diagnóstica”. O laudo de mamografia padronizado com base no sistema de classificação *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS) é entregue à mulher, a qual deve se dirigir ao profissional que solicitou o exame para conduta apropriada (AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY, 2012). Por sua vez, o encaminhamento para fechar o diagnóstico apoia-se na interpretação da categoria BI-RADS.

O estadiamento do câncer é baseado na classificação dos Tumores Malignos (TNM), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2013; BRASIL, 2004). A letra T da classificação representa a dimensão do tumor, a letra N representa a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais e a letra M informa a presença ou não de metástase à distância. A combinação de diversas subcategorias do TNM (letras e números) determina os estádios clínicos, que variam de I a IV (BRITO, 2004; BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2005). No estágio III e IV, mais comumente diagnosticados no Brasil, os tumores apresentam mais de 5 cm em sua maior dimensão.

As biópsias são realizadas em unidades secundárias de referência para patologias mamárias e em hospitais do SUS e o diagnóstico histológico também deve ser registrado no SISMAMA. Quando há confirmação do diagnóstico, havendo indicação de tratamento cirúrgico, a mulher é encaminhada para hospitais especializados em cirurgia mamária e o procedimento é registrado então no SIH. Para receber o pagamento é necessário que o serviço que realizou qualquer um dos procedimentos gere um Boletim de Produção Ambulatorial no SIA. Nesse momento, as informações epidemiológicas devem ser enviadas para as Secretarias de saúde para a consolidação, no SISMAMA, dos dados de cada estado. As declarações de óbito em todo o país são registradas no SIM que hoje atinge uma cobertura superior a 90%.

Após o recebimento de um exame “positivo” cabe ao profissional de saúde da atenção básica realizar o acompanhamento desta usuária, encaminhar ao serviço de referência para confirmação diagnóstica e realização do tratamento (BRASIL, 2013a). Nesse processo, é fundamental a avaliação da usuária, avaliar a compreensão que a mesma tem sobre a sua doença e estimular a adesão ao tratamento. O sistema logístico da rede de saúde deve permitir que a atenção básica tenha acesso a relatórios do tratamento durante a sua realização, bem

como a contrarreferência quando o serviço especializado realizar a alta dessa usuária. Muitas vezes, mesmo após a alta, a usuária demanda cuidados especiais, principalmente na periodicidade de acompanhamento.

O diagnóstico precoce deve-se fazer tão logo o processo da doença seja detectável, no início de patogênese (ANDERSON; CAZAP, 2009; NIGENDA; CABALERO; GONZÁLEZ-ROBLEDO, 2009; YANG et al., 2010). Para detecção precoce do câncer de mama recomenda-se rastreamento por meio do exame clínico da mama; rastreamento por mamografia para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos; exame clínico das mamas e mamografia anual a partir dos 35 anos para mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama e a garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2004; INCA, 2015).

A detecção precoce do câncer de mama se insere na prevenção secundária, dita por Leavell e Clark (1976) em que se observam os primeiros estágios de patogênese e as primeiras lesões discerníveis. Neste nível de prevenção devem ser feitas medidas individuais e coletivas para a descoberta de casos, pesquisas de triagem, exames seletivos e possui como principais objetivos curar e evitar o processo da doença e evitar complicações e sequelas (GALUKANDE, KIGULI-MALWADDE, 2010; INCA, 2012).

Neste sentido, a atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que consiste desde a promoção, a proteção da saúde e a prevenção de agravos como também o diagnóstico, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012).

Com este entendimento, a ação profissional do enfermeiro, nas consultas voltadas para a saúde da mulher, deve ser capaz de detectar precocemente anormalidades na mama que possa ser eventualmente a fase inicial do câncer. A detecção precoce deve ser descoberta neste nível de atenção para evitar a detecção no estágio avançado, pois este estadiamento avançado favorece para a mortalidade por esta causa específica. Neste nível de atenção, que compreende a Atenção Básica, a relação profissional-usuário de saúde se faz presente em condições que possibilita um vínculo sem necessariamente a mulher estar doente, criando uma relação de corresponsabilidade e permitindo o protagonismo desta mulher perante a sua saúde.

A Política Nacional de Atenção Primária (BRASIL, 2012) corrobora com esta afirmativa ao definir como características do processo de trabalho das equipes de atenção

básica a realização do acolhimento com escuta qualificada perpassando pela avaliação das necessidades de saúde tendo em vista a responsabilidade da assistência integral e resolutiva. O enfermeiro neste contexto utiliza tecnologias de cuidado complexas e variadas que devem auxiliar no manejo das demandas e necessidades de saúde apresentadas pelo grupo da população atendida (BRASIL, 2012).

O Caderno de Atenção Básica (BRASIL, 2013a) apresenta como estratégia de cuidado a Linha de Cuidado, como uma ferramenta para o enfermeiro e outros profissionais de saúde da atenção básica utilizarem para garantir as ações voltadas para a ação integral na promoção da saúde, na prevenção, no tratamento, na reabilitação e nos cuidados paliativos do câncer de mama, englobando diferentes pontos de atenção à saúde, com o objetivo de alcançar bons resultados clínicos, a custos compatíveis, com base na evidência disponível na literatura científica.

A Linha de Cuidado do Câncer da Mama (BRASIL, 2013a) tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado, qualificado e em tempo oportuno. A Linha de Cuidado do Câncer de mama é organizada a partir das seguintes diretrizes:

#### 1. Prevenção e detecção precoce

Fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer de mama, enfatizando que o controle do peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas, são formas de preveni-lo.

Alertar médicos e população sobre os riscos associados à terapia de reposição hormonal.

Fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer de mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama.

Realizar o diagnóstico precoce de lesões sugestivas de câncer de mama e encaminhá-las com prioridade para atenção especializada.

Organizar o rastreamento das mulheres de 50 a 69 anos em áreas cuja elevada ocorrência deste tipo de câncer justifique esta iniciativa.

#### 2. Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM)

Garantir imagens radiográficas de alto padrão com doses mínimas de radiação.

Incluir todos os serviços de mamografia no Programa Nacional de Qualidade em Mamografia.

#### 3. Acesso à confirmação diagnóstica

Definir e pactuar serviços de referência para a confirmação diagnóstica dos casos suspeitos.

Regular o acesso à confirmação diagnóstica, propiciando que casos referenciados pela atenção primária com lesão palpável, ou outros sinais e sintomas suspeitos tenham prioridade.

#### 4. Tratamento adequado e em tempo oportuno

Definir e pactuar com unidade terciária de referência para tratamento dos casos confirmados.

Garantir que todas as mulheres, com diagnóstico de câncer de mama confirmado, iniciem seu tratamento o mais breve possível.

Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha seu diagnóstico complementado com a avaliação do receptor de estrogênio e progesterona.

Permitir que as mulheres com câncer da mama sejam acompanhadas por uma equipe multidisciplinar especializada, que inclua médicos (cirurgião, oncologista clínico e radioterapeuta), enfermeiros, psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas.

Garantir que toda mulher com câncer da mama receba cuidados em um ambiente hospitalar que acolha suas expectativas e respeite sua autonomia, dignidade e confidencialidade.

Garantir que todo hospital que trate câncer da mama tenha Registro Hospitalar de Câncer em atividade.

Garantir que toda mulher com câncer da mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas e suporte social, espiritual e psicológico (BRASIL, 2013, p. 26-27).

Ainda no Caderno de Atenção Básica nº 13 (BRASIL, 2013a), há especificações quanto às ações exclusivas do enfermeiro voltadas para o rastreamento, detecção, tratamento e recuperação do câncer de mama, tais como:

Atender as usuárias de maneira integral; realizar consulta de enfermagem e exame clínico das mamas; solicitar exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local; examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados ao câncer de mama; avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento do câncer de mama; prescrever tratamento para outras doenças detectadas como DSTs, na oportunidade do rastreamento; realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária; avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, realizar o encaminhamento para unidades de internação; contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe; participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde (BRASIL, 2013, p. 35).

O Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2015) enfoca especificamente as atribuições do enfermeiro na prevenção e detecção precoce do câncer de mama embora tenha orientações contrárias ao que preconiza o Caderno de Atenção Básica - Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. O exame clínico das mamas, segundo este Protocolo somente deve ser realizado se houver queixa mamária por parte da mulher que procura o serviço e não mais fazer o exame clínico das mamas em toda consulta de enfermagem. O Protocolo segue essa orientação por afirmar que o exame clínico das mamas não tem benefício bem estabelecido como rastreamento. O autoexame das mamas também deixa de ser um recurso utilizado para orientação de reconhecimento de lesões e passa a ser recomendado para que a mulher tenha conhecimento do seu próprio corpo e no caso da mulher retornar com alguma queixa após o autoexame, o enfermeiro deve valorizar as queixas

e percepções da usuária (BRASIL, 2015). Nas ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, o referido documento apresenta quatro níveis de prevenção para o câncer de mama: Prevenção Primária, Prevenção Secundária, Prevenção Terciária e Prevenção Quaternária.

A Prevenção primária intervém sobre os fatores de risco modificáveis para o câncer de mama. Sendo assim, o Protocolo (BRASIL, 2015) estabelece que o enfermeiro deve estimular a manutenção do peso das pacientes em uma faixa saudável e da prática de atividades físicas e aconselhar a redução do consumo de álcool e cessação do tabagismo.

A Prevenção secundária é a realização do rastreamento conforme indicação e é de responsabilidade do profissional de saúde fazer a ponte com outros pontos da Rede de Atenção à Saúde nos casos positivos. Também é de responsabilidade do enfermeiro e do médico de família apoiar a família de forma íntegra e dar atenção às queixas de alterações reportadas e realizar a investigação necessária visando à detecção precoce, encaminhando para atenção especializada quando indicado.

A Prevenção terciária diz respeito a reabilitação da mulher e o dever do enfermeiro em auxiliá-la no retorno às atividades e a reinserção na comunidade. Cabe ao profissional de saúde, dentre eles o enfermeiro, orientar os cuidados, manter o acompanhamento clínico e o controle da doença. Também é atribuição do enfermeiro orientar quanto aos direitos dos portadores de câncer e facilitar o acesso a eles, quando necessário.

A Prevenção quaternária enfoca em evitar ações com benefícios incertos para a mulher e o dever de protegê-la de ações potencialmente danosas, sendo elas: não solicitar mamografia de rastreamento na população menor de 50 anos e maior de 70 anos ou com periodicidade menor de dois anos. Também coloca como papel do enfermeiro a realização do rastreamento de forma individualizada, fornecendo informações claras quanto aos benefícios e riscos da ação e compartilhando as decisões com a mulher.

Porém, o enfermeiro ao assistir à mulher na atenção básica à saúde não tem como propósito da sua ação profissional a detecção precoce de anormalidades na mama (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012). A ação principal dos enfermeiros que atendem as mulheres nas unidades básicas de saúde tem como propósito o cumprimento de ações preventivas voltadas principalmente para o período gravídico da mulher.

O Manual Técnico de Pré-Natal e Puerpério – Atenção Qualificada e Humanizada (BRASIL, 2006d), o Caderno de Atenção Básica nº 13 – Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (BRASIL, 2013a) e o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (RIO DE JANEIRO, 2012) apresentam ações profissionais voltadas para a detecção

precoce de anormalidades na mama, sendo estas ações voltadas predominantemente para o corpo físico da mulher. Embora tais documentos apresentem ações para o enfermeiro no que tange a detecção precoce do câncer de mama, o mesmo não resulta em atitudes que visem a detecção de precoce de anormalidades na mama (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012).

Para que o nível básico de atenção à saúde seja capaz de oferecer uma atenção integral é fundamental a interação ativa entre provedor e usuário (TEIXEIRA, 2005; VILLELA et al., 2009), sob a forma de acolhimento – atitude do profissional e da equipe de receber, escutar e tratar de forma humanizada os usuários e suas demandas –, e cuidado – preocupação e responsabilidade pelo outro, o usuário (CAMARGO, 2008). Esta particularidade da atenção básica à saúde aponta para o entendimento de que necessidades de saúde não se remetem apenas a necessidades de cuidados médicos. Necessidades de saúde devem ser compreendidas como os resultados de articulações singulares entre condições biológicas, sociais e psíquicas de um sujeito em um dado momento da vida (CECÍLIO, 2001).

Como exposto, de acordo com Cecílio (2001), as necessidades de saúde podem ser organizadas em torno dos quatro eixos: boas condições de vida, acesso às tecnologias capazes de melhorar e prolongar a vida, vínculos com a equipe e com os serviços de saúde e autonomia quanto ao modo de levar a vida. Esta compreensão ampla das necessidades de saúde deve corresponder à oferta de uma atenção integral à busca das respostas possíveis ao conjunto das necessidades de saúde percebidas pelo profissional em cada indivíduo à sua frente.

A enfermagem é uma profissão comprometida com a saúde e a qualidade de vida da pessoa, atuando na promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde (INCA, 2008). Nesse sentido, é fundamental a ação do enfermeiro durante a consulta de enfermagem na Atenção à Saúde da Mulher, na detecção precoce do câncer de mama, por meio do acolhimento, no exame clínico das mamas, na educação em saúde, nas orientações sobre o autoexame das mamas, visando o (re)conhecimento do seu corpo e possibilitando o empoderamento feminino.

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (BRASIL, 2007) a humanização e a qualidade da atenção são condições essenciais para que as ações de saúde se traduzam na resolução dos problemas identificados, na satisfação das usuárias, no fortalecimento da capacidade das mulheres frente à identificação de suas demandas, no reconhecimento e reivindicação de seus direitos e na promoção do autocuidado.

O enfermeiro participa como um integrante da equipe de saúde, das ações que visem satisfazer as necessidades de saúde da população e da defesa dos princípios das políticas públicas de saúde garantindo a universalidade de acesso aos serviços de saúde e a integralidade da assistência (COFEN, 2007).

A partir destas situações, entende-se que ocorre uma relação entre o usuário e o profissional de saúde no âmbito da atenção básica que possibilite que o enfermeiro em sua consulta de enfermagem identifique as necessidades de saúde trazidas pela mulher no qual o rastreamento do câncer de mama pode vir a ser uma delas.

## 2 REFERENCIAL TEÓRICO-METODOLÓGICO

### 2.1 A fenomenologia social de Alfred Schutz

Alfred Schutz, importante pensador na área da filosofia e sociologia, nasceu em Viena (Áustria), em 1899, e faleceu em Nova Iorque (EUA), em 1959. Dedicou-se à fenomenologia, à metodologia das ciências sociais e à filosofia de Edmund Husserl, sendo sua principal contribuição o desenvolvimento da filosofia fenomenológica de Husserl como a base para fundamentar a sociologia da compreensão derivada do trabalho de Max Weber (SCHUTZ, 1972).

Schutz teve como embasamento os trabalhos de Max Weber e Edmund Husserl. Wagner (2012) explica que Max Weber inspirou Schutz ao trazer à tona uma perspectiva de interpretação da realidade social pautada na significação dos atos pelo sujeito que os pratica. A contribuição de Schutz ao postulado de Weber foi aprofundar o significado da ação do homem no mundo social. Neste sentido, Schutz recorre a Husserl o arcabouço filosófico que lhe permitiu compreender os fenômenos sociais a partir do significado atribuído pelo sujeito à ação, amparando-se nos conceitos de intencionalidade e intersubjetividade.

A fenomenologia, de acordo com Husserl, visa descrever as coisas nelas mesmas, tais como elas se manifestam à consciência. Desse modo, não se caracteriza por ser um método com fins meramente práticos. Ela se propõe a uma compreensão e interpretação humana tal como ela é vivida e como se apresenta antes de se tornar objeto da percepção científica (DOMINGOS, 2011).

Nesta abordagem, o pesquisador preocupa-se com a natureza do que vai investigar sendo colocadas em suspensão as explicações e teorias ou qualquer indicação que defina previamente o fenômeno (MARTINS; BICUDO, 2005).

A abordagem fenomenológica "requer um interesse em desvelar o fenômeno, descobrir significados, desenvolver compreensão e explorar o fenômeno na maior diversidade possível" (PRADO; LEITE, 2015, p. 549). A perspectiva fenomenológica se apresenta como uma alternativa de investigação que contribui para um olhar efetivo sobre as experiências relacionadas ao processo saúde-doença de seres humanos e, principalmente, as vividas em diferentes cenários assistenciais e de atenção à saúde (TERRA et al., 2006). A abordagem

fenomenológica, com característica compreensiva, tem sido utilizada cada vez mais em pesquisas na área da Enfermagem (CARVALHO; VALLE, 2002).

Schutz se propõe a realizar uma investigação filosófica acerca da natureza da ação, recorrendo basicamente à obra de Husserl com a finalidade de trabalhar o conceito de significado (JESUS et al., 2013). O conceito de significado é analisado a partir do cotidiano e não mais na esfera da redução fenomenológica transcendental. O conceito de significado refere-se agora a compreensão da ação de pessoas no mundo da vida, como sujeito em si ou na relação intersubjetiva, mediada pela descrição eidética, por uma estrutura invariável, de uma sociedade composta por mentes viventes e conscientes do mundo que estão inseridas (WAGNER, 2012).

Para Schutz (2003), a fenomenologia social tem como proposta a análise das relações sociais no mundo da vida e como ponto originário a relação intersubjetiva, a relação entre sujeitos. Neste sentido, ele afasta-se de Husserl e de outros fenomenólogos que privilegiam a percepção da dimensão transcendental como sendo a mais importante para a fenomenologia e direciona seus trabalhos para ação, uma vez que esta é a raiz das relações humanas.

Jesus et al. (2013) explicam que para a fenomenologia social, o mundo cotidiano é o cenário onde o ser humano vive, o qual já se encontra estruturado previamente, anterior ao seu nascimento. A leitura dessa realidade estabelecida faz o homem agir de modo natural, a partir do que lhe é apresentado como realidade social. Além disso, tem a capacidade de intervir naturalmente nesse mundo, influenciando e sendo influenciado, transformando-se continuamente e alterando as estruturas sociais. Schutz (2009) denomina natural essa forma de o sujeito colocar-se no mundo da vida.

Para Schutz (2008), o mundo cotidiano é considerado um mundo cultural e intersubjetivo, uma vez que os homens coexistem e convivem entre si, não só de maneira corporal e entre objetos, mas também pelo fato dos seres humanos serem dotados de uma consciência que é essencialmente similar. Com isso, pode-se dizer que é intersubjetivo porque o sujeito vincula-se em diferentes relações sociais, compreendendo e sendo compreendido por meio delas (JESUS et al., 2013) É cultural, porque desde o princípio esse mundo é um universo de significação que deve ser interpretado para orientar e conduzir o ser humano (SCHUTZ, 2008).

Ao falar da relação entre sujeitos, Schutz (2008) ressalta que esta tem características próprias, cujas ações ocorrem de maneira consciente e intencional, possuindo um significado para o ator. Dessa forma, destaca que o significado da ação tem sempre intenção subjetiva pois é um ato de atribuição por parte do sujeito e refere-se a uma vivência humana, devendo

ser analisado na vida social cotidiana e não na esfera de redução transcendental (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Neste sentido, o aspecto crucial da ação é o seu caráter intencional e de projeção, que tem a sua origem na consciência da pessoa e, como tal, toda e qualquer ação só pode ser compreendida mediante o significado que esta pessoa confere a sua ação – a interpretação do significado de uma ação só pode ocorrer pela subjetividade da própria pessoa (TOCANTINS, 1993). De acordo com Schutz (2003), a interpretação subjetiva do significado é, sobretudo, uma tipificação do mundo da vida, a maneira pela qual as pessoas interpretam o seu próprio agir e o do outro.

Em sua obra, Schutz aponta uma preocupação com a objetividade e a subjetividade nas ciências sociais quando apresenta a questão do “sentido da ação” definida pelo sujeito e a postura do pesquisador. Sendo assim, a preferência pelo aspecto subjetivo é garantia única de que o mundo da realidade não será substituído por um mundo construído pelo pesquisador e que, na verdade, não existe (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003). Portanto, para compreender o significado da ação de uma pessoa, a preocupação primária deve se referir aos elementos relevantes que esta pessoa confere à sua ação, pois a pessoa é responsável pela definição do significado da ação como da situação da qual ela faz parte.

Ao realizar este estudo em relação às necessidades de saúde das mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde a intenção é buscar o sentido desta ação social expressa pelas mulheres que estão aguardando atendimento ou foram atendidas na atenção básica a partir de suas vivências no mundo da vida. Somente essas mulheres poderão dizer a intencionalidade da ação de procurar o serviço básico de saúde. Schutz destaca que o mundo da vida é o mundo de nossas vivências. É um mundo onde a experiência é comum entre nós, uma vez que somos contemporâneos no tempo e no espaço (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

O mundo da vida, ou mundo cotidiano, é a essência da ação social, pois é onde os homens entram em mútua relação uns com os outros e consigo mesmo. Neste mundo, cada pessoa se insere de maneira própria segundo sua situação biográfica que é única, pessoal e individual. No entanto, como atores do mundo social, dispomos de uma série de conhecimentos que nos estão disponíveis e serão compartilhados com os outros homens (DOMINGOS, 2011).

Para viver nesse mundo, explicado por Schutz (2008), o homem orienta-se pelo modo como define o cenário da ação, interpreta suas possibilidades e enfrenta seus desafios. Isso precede o reconhecimento da situação atual do sujeito, construída por uma história sedimentada em todas as suas experiências subjetivas prévias (SCHUTZ, 2008). A matriz de

toda ação social tem um sentido comum, contudo cada pessoa se situa de uma determinada maneira específica no mundo da vida, o que Schutz (2003) denomina de situação biográfica.

Schutz diz que o homem está situado biograficamente no mundo da vida, as novas vivências são determinadas mediante um tipo constituído em vivências anteriores, organizadas em nosso acervo de conhecimentos (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003). Como diz Schutz, o ser humano está situado em um contexto histórico e suas vivências estão articuladas às diferentes situações que definem o sentido comum de toda a ação social (SCHUTZ, LUCKMANN, 2003).

A ação é uma conduta humana projetada pelo sujeito de maneira consciente e intencional. Ela nunca está isolada ou desvinculada de outra ação e do mundo de relações. A ação é derivada das vivências inscritas na subjetividade (JESUS et al., 2013), constituindo fios condutores da ação no mundo social. Mas as ações diferem dos atos, pois o ato é algo realizado e a ação é algo a ser feito. A ação terá sempre um interesse, uma motivação e uma direção. Ela visa algo para alguém e diz respeito àquilo que virá. Tem uma perspectiva de futuro e o ato diz respeito àquilo que já passou (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Ao buscar a fundamentação para a ação faz-se necessário ir ao encontro da teoria da motivação existencial que inclui as razões para realizar determinada situação, os que se relacionam ao alcance de objetivos, expectativas, projetos são denominadas “motivos para” e as razões enraizadas em vivências passadas que se fundamentam nos antecedentes, no acervo de conhecimentos, na experiência de vida no âmbito biopsicossocial da pessoa, são denominados “motivos porque”. Só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva a partir da reflexão do ato concretizado. Os “motivos porque” refere-se a algo que foi feito e os “motivo para”, ao que será feito (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Os “motivo para” remetem o homem para um comportamento futuro e estão diretamente relacionados com a sua situação biográfica e o acervo de conhecimentos disponíveis no momento da projeção da ação (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003).

Os “motivos porque” são razões enraizadas em vivências passadas que dizem respeito aos atos consumados. Constituem-se na bagagem de conhecimento que herdamos dos nossos predecessores. Só é possível reconstruir esses motivos em retrospectiva a partir da reflexão do ato concretizado (DOMINGOS, 2011).

Sob esta perspectiva, as experiências vivenciadas pelas mulheres assistidas na Atenção Básica e sua intencionalidade ao procurar o serviço de saúde traz uma ação que tem em vista um projeto futuro, os “motivos para”. Por isso, a importância de se buscar o significado desta ação por meio da fenomenologia social.

Para Schutz (2008), a fenomenologia se interessa pelo retorno a este mundo da vida que é de domínio público, pois é nele que vivemos, trabalhamos, amamos e nos comunicamos. Por isso, se diz que a fenomenologia social caminha na elaboração das tipificações cotidianas do vivido social, na compreensão do processo intersubjetivo da construção significativa da vida social e na compreensão dos significados da ação.

O conjunto de "motivos para" refere-se às situações típicas, com meios e finalidades típicas. Sob o ponto de vista das ciências sociais, a compreensão possível do ser humano no mundo do cotidiano dá-se por meio de uma ótica subjetiva das relações sociais (JESUS et al., 2013). Schutz (2003) fala que a transcendência dessa compreensão requer que o pesquisador distancie do sujeito para observá-lo e elabore um esquema conceitual a partir da objetivação da matriz subjetiva de sentido, agrupando as informações acerca do mundo do senso comum - a tipificação.

A tipificação refere-se a um esquema conceitual que reúne as vivências conscientes de uma pessoa ou de um grupo no mundo social. Trata-se de uma representação invariante da ação ou da pessoa/grupo que a torna homogênea abstando-se das características individuais (JESUS et al., 2103 apud SCHUTZ, 2008).

Para elaborar as tipificações e alcançar a estrutura do sentido da ação social deve-se fazer uso de um esquema conceitual, a tipologia do vivido, que, de acordo com Schutz, é uma síntese de reconhecimento em que são reunidas as vivências conscientes de uma pessoa ou de grupo (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003). Por constituir-se em uma elaboração objetiva do mundo subjetivo, poderá ser transmitida pela linguagem significativa, sendo compreendida por aqueles que vivenciam tal situação.

As mulheres configuram-se em um grupo social que possui características típicas permeadas pelo contexto sócio, histórico e cultural que fundamentam a decisão de realizar ou não determinadas ações em relação a sua saúde e sua vida. Por isso, a importância de compreendermos como se dá o vivido social e como se dá a emergência da reflexão sob estes vividos sociais no emergir dos conceitos ou das categorias, tal como elas são vividas concretamente no mundo da vida.

A Enfermagem tem como fundamento da sua ação, cuidar de pessoas. E esta ação envolve atos, comportamentos e atitudes que estão relacionados com o processo saúde-doença. Os atos realizados variam conforme as situações de cuidado e com o tipo de relacionamento nelas estabelecidos (WALDOW; BORGES, 2011).

O cuidado profissional da enfermagem requer um tipo de relação social específica entre os sujeitos que dela participam. O cuidado é elevado à dimensão técnica-científica, o diferencia do praticado pelo senso comum, além de se pautar na intersubjetividade, no acervo de conhecimentos e na situação biográfica do profissional e da população assistida (JESUS et al., 2013). O processo de cuidar entre a mulher que procura o serviço básico de saúde e o enfermeiro requer o estabelecimento de uma relação face a face que Schutz define como aquela no qual os sujeitos envolvidos estão conscientes um do outro e voltados mutuamente, no mesmo tempo e espaço (SCHUTZ, 2008).

A relevância de considerar a essência humana ao cuidar das pessoas e a busca por novas maneiras de olhar o cuidado justifica a adoção da investigação qualitativa com abordagem da fenomenologia social de Alfred Schutz na Enfermagem (BAPTISTA; MERIGHI; FREITAS, 2011).

No que se refere ao referencial metodológico, a abordagem fenomenológica de Alfred Schutz focaliza o sujeito como um ser singular considerando suas vivências e experiências e, ao mesmo tempo, sujeito no cotidiano da vida (SCHUTZ, 2008);

Cuidar do outro, tem-se como pressuposto, considerar o campo de atuação da Enfermagem como sendo de interação entre sujeitos, reconhecendo-o como ambiente e espaço complexos de atividades humanas que necessitam de compreensão da ação social dos sujeitos nele presentes (CAMATTA et al., 2008).

A fenomenologia social de Alfred Schutz constitui uma possibilidade de se pensar, fundamentar e desenvolver a ação de investigar e cuidar em Enfermagem, tendo como eixo norteador as relações sociais estabelecidas no mundo da vida. Tal referencial valoriza a dimensão intersubjetiva do cuidado e o traduz como a mais originária das relações existentes entre os seres humanos (JESUS et al., 2013, p. 740).

Os motivos de cada sujeito são expressos em ações no mundo da vida natural. Quando os motivos deste sujeito são expressos em ações ao se dirigir ao outro e este do mesmo modo se reporta com uma ação, Schutz (1962) denomina de relação social. A relação social de Schutz pode ser através do modo direto a partir da relação face a face. Para tanto, há de ter uma direção do eu para o tu e vice-versa, carecendo de interesse, envolvimento, trocas, estabelecendo assim a relação social dita por Schutz (POPIM; BOEMER, 2005).

A realidade é dada por nós, em formas históricas e culturais de validade universal, mas a maneira em que estas formas são traduzidas em individualidade depende da totalidade da vivência de uma pessoa construída ao longo de sua existência (SCHUTZ, 1962). Assim,

Schutz (2008) traz a concepção de situação biográfica a qual permite captar a maneira como a pessoa se localiza no campo da ação, interpreta a sua possibilidade e desafios. Vale ressaltar que a situação biográfica tem como característica fundamental o fato de que a qualquer momento em sua vida, o indivíduo tem o que Schutz (2008) chama de *estoque de conhecimento à mão* que é composto de tipificações a partir das suas experiências vividas. É esta bagagem que define os elementos relevantes para uma determinada ação.

Para compreender o fenômeno estudado - as necessidades de saúde das mulheres atendidas na atenção básica de saúde -, faz-se necessário voltar à consciência do motivo que leva o indivíduo a procurar determinado atendimento. De acordo com a fenomenologia de Alfred Schutz (1962), apreende-se o motivo de uma ação através da sua apreensão dos *motivos para*.

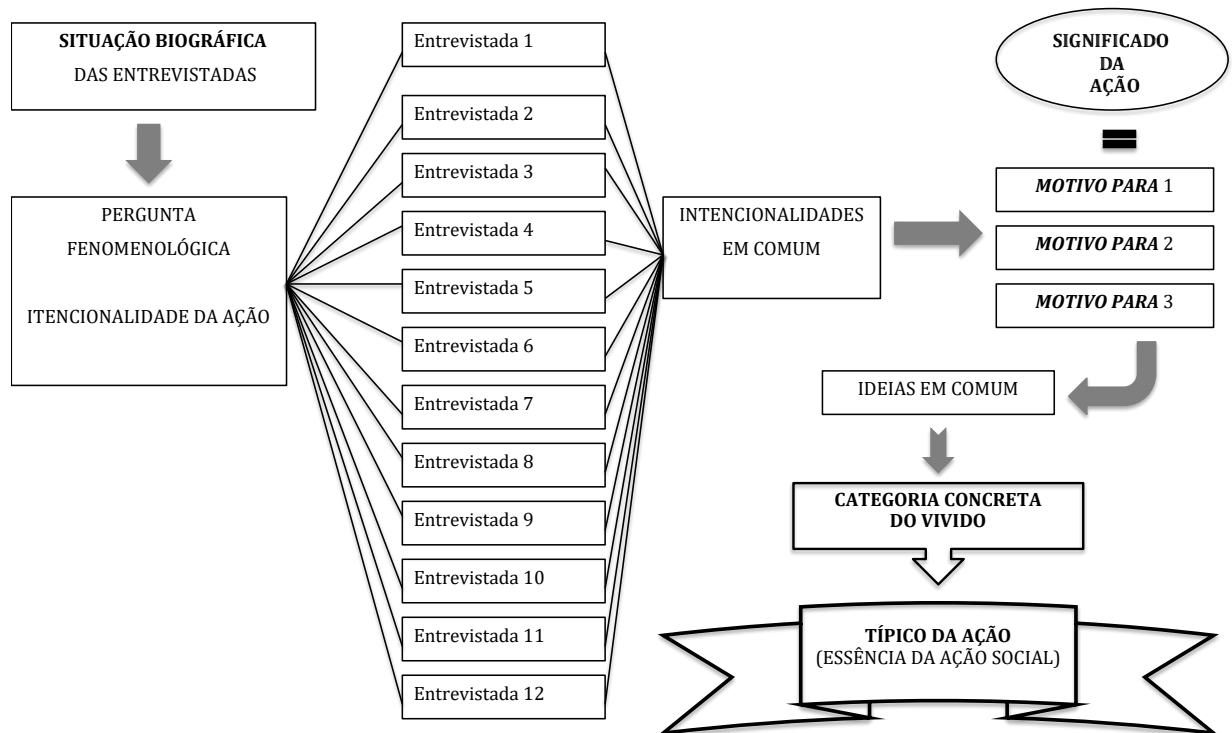
A fala das mulheres quanto a sua motivação constitui a exteriorização de suas intencionalidades, que são captadas pelo pesquisador durante a entrevista (JESUS et al., 2013). Busca-se compreensão intersubjetiva por meio da apreensão dos motivos da ação humana estruturada no bojo da experiência e, conseqüentemente da ação que integra a relação social (JESUS et al., 2013). A leitura cuidadosa e a análise crítica do conteúdo dessas falas possibilitam a identificação e a descrição dos significados da ação - a categorização - com conseqüente compreensão do fenômeno estudado. O acesso do significado da ação envolve um modo peculiar de olhar para um determinado aspecto da vivência da pessoa, a partir da consciência temporal interna que se baseia em um contexto motivacional.

As categorias resultantes do estudo fundamentado na fenomenologia social de Alfred Schutz são denominadas concretas e são as sínteses objetivas dos diferentes significados da ação que emergem das experiências dos sujeitos (TOCANTINS; SOUZA, 1997).

O conjunto organizado de categorias concretas do vivido permite construir objetivamente o típico da ação, considerando uma construção teórica (TOCANTINS; SOUZA, 1997). Para tanto, faz-se necessário que esta contenha o significado da ação social em foco e expresse com rigor metodológico o referencial da fenomenologia social de Alfred Schutz, como demonstrado no Quadro 1, a seguir.

Desse modo, buscou-se nas obras de Alfred Schutz fundamentação para compreender as necessidades de saúde das mulheres atendidas na Atenção Básica, possibilitando analisar como a situação biográfica e o estoque de conhecimento a mão influencia na motivação em procurar os serviços na Atenção Básica e aqueles voltados à saúde da mulher.

Quadro 1 - Demonstrativo da análise fenomenológica de Alfred Schutz



### **3 TRAJETÓRIA DO ESTUDO**

Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem fenomenológica. No que se refere ao referencial teórico-metodológico para guiar este estudo, a fenomenologia social de Alfred Schutz foi o referencial escolhido por ter como fundamento que em toda ação que o sujeito desenvolve têm um sentido intencional e busca aí atender suas expectativas, suas metas na vida. Contudo este sentido e significado somente o próprio indivíduo pode desvelar (TOCANTINS; LIMA, 2009).

#### **3.1 Cenário**

Considerando que o objeto deste estudo são as necessidades de saúde das mulheres atendidas na Atenção Básica e que, portanto, em qualquer Centro Municipal de Saúde mulheres são atendidas e que estas procuram o serviço a fim de terem as suas necessidades de saúde atendidas pelos profissionais que ali realizam a assistência a população teve-se como cenário as Unidades Básicas de Saúde da Área Programática 2.2 da cidade do Rio de Janeiro.

#### **3.2 Participantes**

Foram incluídas neste estudo mulheres que estavam aguardando atendimento na Unidade Básica de Saúde para ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde na área da saúde da mulher.

**Critérios de inclusão:** Foram incluídas na pesquisa mulheres com idade mínima de 18 anos que são usuárias das unidades básicas de saúde realizando atendimento na área da saúde da mulher.

**Critérios de Exclusão:** Foram excluídos da pesquisa usuários do sexo masculino, mulheres com desequilíbrios psicomotores e psicológicos, mulheres que estavam acompanhando outra mulher, porém não procura ou não é atendida na Unidade Básica de

Saúde assim como aquelas que não quiseram participar da pesquisa após a apresentação e leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

A captação das mulheres ocorreu nos ambientes de espera para o atendimento. No CMS Heitor Beltrão há uma área comum para a espera de atendimento para todos os consultórios o que foi um facilitador em captar as mulheres que aguardavam atendimento independente se era para algum serviço específico para a saúde da mulher. No CMS Maria Augusta Estrella as áreas de espera eram compartimentalizadas de acordo com os programas de saúde. Portanto, nesta unidade entrevistei mulheres de cada área de espera a fim de atender o objeto do estudo. Uma vez que as mulheres aceitavam participar da pesquisa após eu explicar do que se tratava, elas liam e assinavam o TCLE (APÊNDICE B) e nos dirigíamos a uma área da escolha da mulher no qual ela se sentia confortável para a realização da entrevista.

### 3.3 Instrumento

O instrumento utilizado foi um roteiro de entrevista constando questões sobre a situação biográfica dos entrevistados, questões sobre ações realizadas pelos profissionais de saúde acerca da detecção precoce do câncer de mama e as perguntas fenomenológicas: Qual é o seu propósito ao procurar a Atenção Básica de Saúde? O que você espera ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde? (APÊNDICE A).

A entrevista fenomenológica faz-se necessária para a compreensão intuitiva do vivido, com o propósito de acessar as experiências do mundo social. Esta modalidade de entrevista constitui um recurso que permite ao sujeito que vivencia o fenômeno expressar o significado da sua ação desenvolvida no mundo de suas relações (TOCANTINS; SOUZA, 1997).

As entrevistas semiestruturadas combinam perguntas abertas e fechadas, onde o participante do estudo tem a possibilidade de discorrer sobre o tema proposto. O pesquisador deve seguir um conjunto de questões previamente definidas, mas ele o faz em um contexto muito semelhante ao de uma conversa informal (BONI; QUARESMA, 2005). Esse tipo de entrevista é muito utilizado quando se deseja delimitar o volume das informações, obtendo assim um direcionamento maior para o tema, intervindo a fim de que os objetivos sejam alcançados.

A entrevista semiestruturada também tem como vantagem a sua elasticidade quanto à duração, permitindo uma cobertura mais profunda sobre determinados assuntos. Além disso, a interação entre o entrevistador e o entrevistado favorece as respostas espontâneas. Boni e Quaresma (2005) afirmam que este tipo de entrevista são possibilitadoras de uma abertura e proximidade maior entre o entrevistador e entrevistado, o que permite ao entrevistador tocar em assuntos mais complexos e delicados, quanto menos estruturada a entrevista maior será o favorecimento de uma troca mais afetiva entre as duas partes. Desse modo, estes tipos de entrevista colaboram muito na investigação de aspectos afetivos e valorativos dos informantes que determinam significados pessoais de suas atitudes e comportamentos. As respostas espontâneas dos entrevistados e a maior liberdade que estes têm podem surgir questões inesperadas ao entrevistador que poderão ser de grande utilidade na pesquisa.

As falas foram gravadas a partir do consentimento do entrevistado, considerando as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (APÊNDICE B) O conteúdo do instrumento do estudo visa inserir o sujeito entrevistado no contexto de suas experiências passadas e presentes e remetê-las ao seu futuro (motivo para) (SCHUTZ, 2008).

### **3.4 Coleta de dados**

Para captar as participantes que preenchessem os critérios de inclusão previamente estabelecidos houve o contato com a presidente do centro de Estudos da Área Programática 2.2 e posteriormente com os diretores do CMS Heitor Beltrão e do CMS Maria Augusta Estrella com a finalidade de obter a autorização de ter como campo de coleta de dados as unidades básicas. Após aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria Municipal em Saúde e Defesa Civil – SMSDC-RJ (CAAE: 56827716.9.0000.5282) (ANEXO) teve início a coleta de dados com as usuárias das Unidades Básicas de Saúde que estavam aguardando atendimento na própria unidade de saúde ou as que acabaram de serem atendidas.

Foi apresentado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) antes de iniciar a entrevista e apenas aquelas mulheres que o assinaram participaram da pesquisa. As entrevistas foram gravadas através de aparelho mp3, preservando a privacidade da entrevistada. Para preservar a privacidade, a mulher escolhia o local na unidade básica de

saúde que se sentia segura para responder as perguntas da pesquisa. O roteiro de entrevistas para a realização da pesquisa caracteriza-se por uma entrevista semiestruturada contendo aspectos relacionados à situação biográfica, questões sobre ações realizadas pelos profissionais de saúde acerca da detecção precoce do câncer de mama e duas perguntas fenomenológicas (APÊNDICE A).

Para alcançar os objetivos propostos e responder às inquietações desta pesquisa acerca das necessidades de saúde de mulheres atendidas na atenção básica, foi utilizada a entrevista fenomenológica, que visa à compreensão intuitiva do vivido. Esta modalidade de entrevista pressupõe a abordagem centrada na empatia pesquisador/sujeito e constitui-se um instrumento que permite ao participante revelar a sua experiência vivida quanto à ação desenvolvida no mundo social (OLIVEIRA, 2013).

A entrevista fenomenológica requer uma relação face a face - encontro direto e autêntico entre os sujeitos - tomada como o tipo mais importante de relação social. Esta possibilita à pessoa se manter aberta e acessível aos atos intencionais do outro, constituindo uma relação que permite o fluxo da consciência do sujeito se apresente ao pesquisador (SCHUTZ, 2008).

Fez-se necessário nortear a entrevista de modo coerente ao referencial adotado para a obtenção dos significados da ação. Desse modo é importante propor questões que evoquem a motivação, considerada o fio condutor da ação. Estes questionamentos objetivam inserir a entrevistada no contexto de suas experiências e remetê-la ao futuro (motivo para) (SCHUTZ, 2008). Neste sentido, as seguintes questões nortearam a entrevista: Qual é o seu propósito ao procurar a Unidade Básica de Saúde? O que você espera ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Atenção Básica?

A fim de garantir o anonimato, foi utilizada a letra "E" para a identificação das depoentes do estudo, seguida de números arábicos, considerando a ordem em que as entrevistas foram realizadas.

O número de participantes não foi preestabelecido, tendo sido definido o quantitativo de sujeitos quando o objetivo foi alcançado e as inquietações respondidas. Assim, as entrevistas foram encerradas quando os depoimentos das mulheres mostraram convergência dos "motivos para", possibilitando a constituição das características típicas dessas mulheres ao procurar atendimento na atenção básica. O período de coleta de dados foi realizado nos meses de janeiro, fevereiro e março de 2017.

### 3.5 Organização e análise dos resultados

Para apreender o sentido global da experiência vivenciada pelas mulheres em procurar o serviço de Atenção Básica no município do Rio de Janeiro, foram realizadas, inicialmente, leituras atentas e criteriosas de cada depoimento das 20 mulheres entrevistadas na íntegra. A leitura em profundidade proporcionou a emersão da essência da ação social expressa pelas mulheres, o que possibilitou a descrição densa dos significados, a categorização e compreensão do fenômeno estudado.

A análise dos dados consistiu inicialmente da transcrição das falas gravadas e a partir da leitura e releitura, foi possível agrupar o conteúdo significativo oriundo dos discursos, identificando a confluência de sentidos que compôs as categorias. As categorias, nos estudos fundamentados na fenomenologia social de Alfred Schutz são denominadas concretas, uma vez que seus conteúdos emergem do vivido. Para compor as categorias concretas, há o agrupamento dos sentidos convergentes que expressam o "motivo para" da ação. Para captar os *motivos para* houve um recorte das respostas em relação à questão fenomenológica: “Qual é o seu propósito ao procurar a atenção básica de saúde?” e “O que você espera ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde?”.

Schutz (2008) afirma que as categorias concretas constituem os constructos de segundo nível, elaborados pela ciência e originados da vivência dos sujeitos no mundo social.

As categorias concretas expressam os fenômenos sociais, tal como se apresentam no senso comum e envolvem tanto a reflexão dos participantes como a visão do pesquisador (CAPALBO, 1998). Além disso, os significados que as constituem não são necessariamente excludentes. Determinados aspectos das vivências podem estar presentes em mais de uma categoria, pois são inter-relacionadas (OLIVEIRA, 2013).

O conjunto organizado de categorias fez emergir as características típicas da ação da mulher em procurar atendimento na atenção básica, permitindo identificar o tipo pessoal ideal - estrutura invariável, única de uma sociedade composta de mentes viventes (SCHUTZ; LUCKMANN, 2003). A tipificação expressa um esquema interpretativo do mundo social que é utilizado na relação interpessoal para compreensão dos fenômenos do mundo de senso comum (OLIVEIRA, 2013).

O típico da ação trata-se de uma representação invariante da ação ou da pessoa/grupo que a torna homogênea, abstendo das características individuais (SCHUTZ, 2008). Por se constituir em uma elaboração objetiva, pode ser expressa mediante uma linguagem

significativa compreendida por aqueles que vivenciam situação semelhante. Oliveira (2013) ressalta que a tipificação pressupõe que o pesquisador considera princípios da ciência para garantir a validade científica dos modelos construídos (postulado da consciência lógica), a significação subjetiva da ação (postulado da interpretação subjetiva) e a compatibilidade entre as construções do pesquisador e as experiências do sentido comum da realidade social.

A compreensão do típico da ação no mundo social tem como eixo norteador o diálogo entre os resultados da pesquisa, o referencial teórico-metodológico da fenomenologia social de Alfred Schutz e as evidências científicas relacionadas à temática em estudo.

O conteúdo que constitui a tipificação do vivido pelas mulheres na ação de procurar a Atenção Básica foi interpretado à luz das evidências científicas referentes à temática pesquisada, considerando o contexto que permeia a vivência em foco. Sendo assim, estabeleceu-se um diálogo entre o que se mostrou como característica típica da ação da mulher em procurar o serviço de Atenção Básica e a produção do conhecimento na área, contextualizando a essência do fenômeno pesquisado no campo da ciência social, o que possibilitou o seu desvelamento.

### 3.6 Questões éticas

Antes da ida a campo, foi encaminhada à Gerência do Programa de Saúde da Mulher da Prefeitura a Folha de Rosto da Plataforma Brasil/ Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP) para assinatura e aprovação inicial e posterior encaminhamento ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (CEP- UERJ) e do Comitê de Ética da Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil (CEP- SMSDC).

A pesquisa somente foi desenvolvida após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade do Estado do Rio de Janeiro e pelo Comitê de Ética em Pesquisa da SMSDC-RJ (CAAE: 56827716.9.0000.5282) (ANEXO) e assinatura de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B). Após a aprovação do Projeto de Pesquisa pelo Comitê de Ética foi realizada a ida às Unidades de Saúde para então realizar as gravações das entrevistas com as mulheres que lá são atendidas, identificando o significado de procurar o atendimento à saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde.

Inicialmente, foi oferecido à mulher o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), descrevendo a pesquisa a ser realizada, segundo as normas da Resolução

466/12. Logo após o consentimento da usuária, mediante assinatura em duas vias do TCLE, foi apresentado o Roteiro de Entrevista (APÊNDICE A). O anonimato dos participantes da pesquisa será assegurado e as informações não serão usadas em prejuízo das pessoas, atendendo às normas da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. O material será descartado após o período de cinco anos.

## **4 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

### **4.1 Situação biográfica das mulheres atendidas na Atenção Básica de Saúde**

Serão apresentadas no Quadro 2, a seguir, as características que definem a situação biográfica das mulheres entrevistadas do estudo.

Quadro 2 - Situação biográfica das mulheres atendidas na atenção básica em saúde (continua)

Entrevistada	Idade	Tempo que frequenta a UBS	Ocupação	Profissionais que a atenderam na UBS	Quem mora com você	Escolaridade	Serviço que procura
E.1	52	46 anos	dona de casa	Médico	Eu, marido e minhas duas filhas	Ensino médio completo	Saúde da mulher Clínica Médica
E.2	62	4 anos	aposentada	Médica e Enfermeira	Eu e meu marido	Fundamental completo	Hipertensão Diabetes Catarata
E.3	64	3 anos	dona de casa	Médico	Eu e minha irmã	Fundamental Completo	Saúde Mental
E.4	84	15 anos	dona de casa	Médico	Eu e meu marido	Sei ler e escrever pouco Fundamental Incompleto	Hipertensão Artrite Artrose
E.5	53	53 anos	doméstica	Médico	Eu, meus dois filhos e minha nora	Ensino médio incompleto	Saúde mental
E.6	54	10 anos	dona de casa	Enfermeiras	Eu, meu marido, minha mãe e meus três filhos	Ensino médio completo	Saúde da Mulher Clínica médica Demanda Espontânea
E.7	35	19 anos	repcionista	Enfermeira e médico	Eu, meu marido e minhas três filhas	Fundamental completo	Saúde da mulher
E.8	71	54 anos	aposentada	Médico	Só eu	Ensino Médio Completo	Curativo Saúde da Mulher
E.9	47	primeira vez	funcionária pública	Médico	Eu, meu marido, minha filha, meu genro e minha neta	Ensino Superior Completo	Saúde da Mulher
E.10	54	4 anos	professora	Médico	Eu e meu marido	Ensino Superior Completo	Saúde da Mulher
E.11	21	10 anos	estudante	Médico e enfermeira	Eu, minha mãe, meu pai, meus três irmãos e minha filha	Ensino médio incompleto	Saúde da mulher Saúde da criança
E.12	70	16 anos	pedagoga aposentada	Médico	Sou viúva. Moro sozinha	Ensino Superior completo	Saúde da pessoa idosa Hipertensão
E.13	71	50 anos	do lar	Médico	Sozinha. Meu marido morreu em 2005.	Ensino superior incompleto	Clínica Geral Pegar medicação
E.14	30	1 ano	operadora de caixa	Enfermeira e médica	Eu, meu marido e minahs duas filhas	Ensino Fundamental completo	Saúde da Mulher Saúde da Criança

Quadro 1 - Situação biográfica das mulheres atendidas na atenção básica em saúde (conclusão)

Entrevistada	Idade	Tempo que frequenta a UBS	Ocupação	Profissionais que a atenderam na UBS	Quem mora com você	Escolaridade	Serviço que procura
E.15	69	40 anos	dona de casa	Médico	Eu, minha filha única e meu genro	Não estudou	Demanda espontânea Saúde da mulher Saúde da pessoa idosa
E.16	20	19 anos	estudante	Médico	Eu, minha mãe e minha bebê	Ensino Médio Incompleto	Saúde da mulher Saúde da Criança
E.17	63	20 anos	cuidadora de idosos	Médico e enfermeira	Eu e meu marido	Ensino Fundamental incompleto	Saúde da Pessoa Idosa Diabetes Catarata Saúde da Mulher
E.18	62	42 anos	dona de casa	Médico	Só eu	Ensino médio completo	Diabetes Hipertensão Saúde da Pessoa Idosa Saúde Mental
E.19	43	10 anos	Fisioterapeuta	Médico e Enfermeira	Eu, meu marido, minha filha mais velha e o namorado dela	Ensino superior completo	Saúde da Mulher Saúde da criança Diabetes Curativo
E.20	29	15 anos	estudante	Médico	Eu, minha mãe, meu namorado e meu filho	Ensino médio completo	Saúde da Mulher

Legenda: Unidade Básica de Saúde (UBS).

Para a fenomenologia social, o mundo da vida é o cenário onde o ser humano vive. A leitura que ele faz da realidade estabelecida o faz agir de modo natural, a partir do que lhe é apresentado como realidade social (CAPALBO, 1998; SCHUTZ, 2008). Além disso, tem a capacidade de intervir naturalmente nesse mundo, influenciando e sendo influenciado, transformando-se continuamente e alterando estruturas sociais. Para viver no mundo da vida (SCHUTZ, 2008), o homem se orienta pelo modo como define o cenário de ação, interpreta suas possibilidades e enfrenta seus desafios. Isso precede o reconhecimento da situação atual do sujeito que é constituída de uma história sedimentada por todas as suas experiências subjetivas prévias que não são anônimas, mas sim exclusivamente pertencentes a ele. O sentido comum é a matriz de toda a ação social e cada pessoa se situa de maneira específica no mundo da vida, o que Schutz (2008) denomina de situação biográfica.

A situação biográfica permite compreender mundo da vida em que as mulheres atendidas na atenção básica vivem. A situação biográfica das mulheres atendidas na atenção básica em saúde foi caracterizada através de idade, tempo que frequenta a unidade básica, ocupação, serviço que procura, com quem essa mulher convive em domicílio, escolaridade e profissionais que a atende na unidade básica de saúde como apresentado no Quadro 2.

O grupo de mulheres entrevistadas possui média de 53 anos de idade. O tempo médio de frequência nas unidades básicas de saúde é de 21 anos. As ocupações informadas foram: Dona de casa, aposentada, estudante, doméstica, recepcionista, funcionária pública, professora, operadora de caixa, cuidadora de idosos e fisioterapeuta. Dentre as participantes, 35% eram donas de casa; 35% das mulheres estão inseridas no mercado de trabalho; 15% das mulheres são estudantes e 15% são aposentadas. Quanto à escolaridade, 25% das mulheres concluíram o ensino médio, 20% possuem ensino superior completo e 20% o ensino fundamental completo. Quanto à moradia, 55% moram com seus filhos; 20% moram sozinhas e 25% vivem com seus companheiros e/ou com mais uma pessoa em domicílio. Em síntese, a mulher está na faixa etária dos 52 anos, é dona de casa, mora com os filhos e com escolaridade até o ensino fundamental completo.

Quanto aos serviços procurados pelas mulheres, 65% procuram a unidade básica de saúde para serem atendidas na área da saúde da mulher, outros serviços que apresentam uma grande demanda foram os serviços voltados para a saúde da criança, saúde da pessoa idosa e para o tratamento da hipertensão. Quanto aos profissionais que atenderam as mulheres no período em que frequentam as unidades básicas, tem-se que 65% foram realizados por médicos, 30% por médicos e enfermeiros e 5% somente por enfermeiros.

O propósito de saber qual o profissional atende a mulher teve como finalidade identificar se no grupo de mulheres houve a vivência do atendimento por profissional enfermeiro em consultas voltadas para a saúde da mulher. Assim, foi relatado que os profissionais enfermeiros atendem o grupo de mulheres entrevistadas o que viabilizou o alcance dos objetivos deste estudo.

Considerando que a maioria das mulheres é atendida por profissionais médicos torna-se pertinente, uma vez identificada a situação biográfica deste estudo que há atendimentos realizados por ambas as categorias profissionais e que as ações voltadas para a saúde na atenção básica pelo enfermeiro e médico possuem vários aspectos em comum, viabilizando a discussão do mundo social da mulher atendida na atenção básica.

Segundo o Caderno Básico - Controles dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2013a), cabe a ambos, consultas voltadas para a saúde da mulher:

Atender as usuárias de maneira integral.  
 Realizar a consulta e a coleta do exame citopatológico, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária.  
 Realizar consulta e o exame clínico das mamas, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária.  
 Examinar e avaliar pacientes com sinais e sintomas relacionados aos cânceres do colo do útero e da mama, bem como solicitar os exames adicionais.  
 Avaliar resultados dos exames solicitados e coletados, e, de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas, realizar o encaminhamento para os serviços de referência em diagnóstico e/ou tratamento dos cânceres de mama e do colo do útero.  
 Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como Doença Sexualmente Transmissível (DST), na oportunidade do rastreamento.  
 Realizar cuidado paliativo, na UBS ou no domicílio, de acordo com as necessidades da usuária.  
 Avaliar periodicamente, e sempre que ocorrer alguma intercorrência, as pacientes acompanhadas em AD1, e, se necessário, realizar o encaminhamento para unidades de internação ou Emad.  
 Contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe.  
 Participar do gerenciamento dos insumos necessários para o adequado funcionamento da unidade básica de saúde (BRASIL, 2013, p. 34-35).

As ações que diferem e são específicas a cada categoria, segundo o Caderno de Atenção Básica - Controle dos cânceres de colo do útero e mama (BRASIL, 2013a) são:

Atribuições do médico:  
 Solicitar mamografia, de acordo com a faixa etária e o quadro clínico da usuária.  
 Solicitar exame complementar à mamografia, como ultrassonografia, quando o laudo assim o indicar.  
 Atribuições do enfermeiro:  
 Solicitar exames de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos pelo gestor local (BRASIL, 2013, p. 34-35).

A participação dos profissionais nas atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, busca efetivar o controle social, a participação nas atividades de educação permanente e a realização de outras ações e atividades definidas de acordo com as prioridades locais (BRASIL, 2013a).

Destaca-se que no âmbito da atenção básica os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo (BRASIL, 2015). Neste sentido, faz-se necessário resgatar os conceitos de atenção integral e promoção da saúde uma vez que faz parte das atribuições dos profissionais de saúde, dentre eles o enfermeiro, realizar ações no qual estes conceitos são os norteadores da sua prática no contexto da atenção básica e se apresentou na situação biográfica em relação aos serviços procurados pelas mulheres e os profissionais que a atendiam.

A integralidade, está descrita na Lei Orgânica de Saúde 8.080 (BRASIL, 1990a, 1990b) no artigo 7, capítulo II como um "conjunto articulado e contínuo de ações e serviços preventivos e curativos, individuais e coletivos, exigidos para cada caso, em todos os níveis de complexidade do sistema".

A integralidade perpassa por três sentidos. No primeiro conjunto de sentidos a integralidade se relaciona como um valor a ser sustentado, um traço da boa medicina (MATTOS; PINHEIRO, 2006). Consiste em uma resposta ao sofrimento do paciente que procura o serviço de saúde e em um cuidado para que essa resposta não seja a redução ao aparelho ou sistema biológico deste. A integralidade neste sentido está presente na conversa entre o profissional de saúde e o usuário que procurou o serviço de saúde, buscando reconhecer as necessidades das mulheres no que diz respeito à sua saúde. No segundo conjunto de sentidos proposto por Mattos e Pinheiro (2006), a integralidade requer a 'horizontalização' dos programas de saúde antes 'verticalizados' pelo Ministério da Saúde, ultrapassando a concepção de fragmentação das atividades no interior das unidades de saúde. O terceiro conjunto de sentidos da integralidade diz respeito às políticas desenhadas para dar resposta a um determinado problema de saúde ou aos problemas que afligem certo grupo populacional. O enfoque, após a análise dos resultados, que esta pesquisa faz é no primeiro conjunto de sentidos da integralidade proposta por Mattos e Pinheiro (2006), definida como integralidade da assistência.

A integralidade da assistência à saúde consiste no direito que as pessoas têm de serem atendidas no conjunto de suas necessidades e no dever do Estado tem de oferecer serviços de

saúde organizados para atender estas necessidades de forma integral. No que concerne à integralidade, como princípio do SUS, devemos visualizar a 'pessoa como um todo' e que suas necessidades sejam assistidas através de ações integradas de promoção da saúde, prevenção de doenças, além da cura e reabilitação; com a articulação intersetorial, interdisciplinar, intergovernamental e institucional, com intento de melhorar os níveis de saúde e a qualidade de vida das pessoas (XIMENES NETO, CUNHA, 2006; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012).

A integralidade implica, além da articulação e sintonia entre as estratégias de produção da saúde, na ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, quer individual e/ou coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades em saúde (BRASIL, 2004, 2006a).

A integralidade envolve a assistência realizada pelos profissionais de saúde através da integração das ações promocionais, preventivas e curativas como conceito estrutural e constituinte nas práticas de produção do cuidado tendo uma ação interativa entre profissional de saúde e o sujeito do cuidado (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012). Nesta ação interativa, o vínculo se apresenta como o fio condutor desta relação. O vínculo aproxima quem oferece ou presta serviço de quem o recebe, personalizando a relação, que deve ser compromissada, solidária e aparecer como "fruto de uma construção social e parte de um esforço que envolve equipe, instituições e comunidade" (SILVA et al., 2004, p.79).

## 4.2 Necessidades de saúde da mulher na Atenção Básica de Saúde

### 4.2.1 Motivos para: significado da ação por parte da mulher de procurar a Unidade Básica

Nesta etapa do estudo, após a identificação da situação biográfica das mulheres entrevistadas, houve a leitura e a re-leitura das falas e estas foram agrupadas com o propósito de identificar o significado da ação da mulher em procurar a unidade básica de saúde.

Me cuidar... Fazer aquele exame de preventivo. E.1, 52 anos

Me tratar. Eu me trato devido a minha pressão alta e diabetes... E.2, 62 anos

- Ser bem atendida. E.3, 64 anos  
Cuidar da minha hipertensão. E.4, 84 anos
- Tratar de mim. E.5, 53 anos
- Tratar da minha saúde e da saúde da minha família. E.6, 54 anos
- Procurar um bom atendimento. Agora eu venho de 6 em 6 meses ou uma vez por ano para ver se continuo bem."E.7, 35 anos
- Cuidar mesmo de mim. E.8, 71 anos
- Cuidar das questões femininas. E.9, 47 anos
- Ser cuidada. E.10, 54 anos
- Ser cuidada. E.11, 21 anos
- Ser atendida. E.12, 70
- Cuidar da minha saúde. E.13, 71 anos
- Tratar de mim. E.14, 30 anos
- Tratar alguma doença... fazer algum exame. E.15, 40 anos
- Cuidar de mim. E.16, 20 anos
- Cuidar de mim... cuidar da minha diabetes. E.17, 63 anos
- Cuidar da minha diabetes. E.18, 62 anos
- Tratar da minha saúde...trato da minha diabetes, da minha ferida que tenho na perna. E.19, 43 anos
- Ir na consulta de ginecologia. E.20, 29 anos

O significado da ação que emergiu das falas foi: Se Cuidar. Através das falas das entrevistadas observa-se que a conotação de se cuidar envolve doenças crônicas.

A identidade da mulher em procurar a atenção básica está ancorada na conotação do se cuidar numa perspectiva de tratar enfermidades, sendo tal característica identitária sedimentada no seu mundo social. O estereótipo de cuidado a saúde está atribuído a ações de identificação e tratamento de doenças (BRASIL, 2013a), o qual precisa ser considerado neste estudo.

Schutz (1962) discute a estrutura social e salienta a relação social como elemento fundamental na interpretação dos significados. Para isso, elege como relevante a compreensão que se dá na cotidianidade da existência humana no mundo da vida (SCHUTZ, 2008). Para a fenomenologia social, este mundo é o cenário onde o ser humano vive, o qual se encontra estruturado previamente, anterior ao seu nascimento. A leitura que ele faz da realidade estabelecida o faz agir de modo natural, a partir do que lhe é apresentado como realidade

social. Além disso, tem a capacidade de intervir naturalmente nesse mundo, influenciando e sendo influenciado, transformando-se continuamente e alterando as estruturas sociais. A atitude da mulher no mundo social se dá de modo natural, pois se trata de uma atitude de correspondência aos pressupostos que lhe foram dados desde o nascimento. Na relação mulher/saúde/cuidado, cria-se um ambiente que possibilita uma interação permissível a influência mútuas.

Sendo assim, precisamos discutir sobre essa relação da mulher/saúde/cuidado em uma perspectiva histórica para compreender o significado da ação, se cuidar, que emergiu como resultado desta pesquisa.

Historicamente, o movimento da Reforma Sanitária estimulou inúmeras iniciativas dos governos municipais que anteriormente possuíam suas ações de saúde coletiva voltadas para a população rural (ELIAS; COHN, 1996). Os centros e postos de saúde passaram a ser estabelecimentos sanitários a prestar serviços básicos à população, não só em atividades voltadas para as epidemias e endemias como a malária, diarreia e doença de chagas mas também em ações voltadas para a realização de exames e assistência em áreas básicas como a clínica médica, pediatria e gineco-obstetrícia. Esse processo de descentralização da saúde previdenciária e da subsequente municipalização do sistema de saúde brasileiro se consolidou definitivamente com a promulgação da Constituição de 1988 e a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CAMPOS, 2006).

Por muitos anos a estrutura organizacional das unidades básicas de saúde era realizada através dos programas e ações voltadas para o tratamento e manutenção da saúde (RIO DE JANEIRO, 2010). Os programas eram um conjunto de práticas, a partir de um referencial epidemiológico, que utilizava como instrumento de intervenção diversas atividades articuladas e organizadas nos sentido de produzir efeito no plano coletivo. Campos (2006) explica que os programas de saúde implementados buscaram, em outras palavras, com base em prioridades elegíveis combinar tecnologias e intervenções de caráter clínico-epidemiológicas calcadas em medidas de impacto, eficácia, efetividade e eficiência comprovadas. Dentre os citados programas, havia o programa voltado especificamente para o controle de hipertensão e diabetes.

Os programas de saúde, tomando por base as especialidades de cada área técnica, acarretaram na fragmentação do trabalho desenvolvido nas unidades básicas. Geralmente, onde existia o recurso disponível, o cardiologista atuava no programa de controle da hipertensão, o pneumologista no programa de controle da tuberculose, o dermatologista no programa de controle da hanseníase e assim por diante. Os demais profissionais,

especialmente de enfermagem, distribuíram-se segundo as "especialidades", cada um cuidando de seu próprio campo de atuação sem integração uns com os outros (CAMPOS, 2003). Reproduziu-se um atendimento especializado, muito próprio do ambiente hospitalar, comprometendo as premissas da atenção básica, do vínculo entre usuários, famílias e profissionais.

Considerando que as mulheres entrevistadas frequentam a Unidade Básica de Saúde há 20 anos, nota-se que ao ter como significado da ação "se cuidar" na perspectiva de tratamento de doenças crônicas é necessário compreender que esta perspectiva dialoga com o que foi preconizado como ações de cuidados primários na atenção básica de saúde no início da sua implementação na década de 80 a partir dos programas de saúde voltadas para tratamento de doenças (BRASIL, 2012; OSORIO; SERVO; PIOLA, 2011).

Eu me trato devido a minha pressão alta e diabetes e agora vou tratar da minha catarata também. E.2, 62 anos

Cuidar da minha hipertensão. Sou cateterizada também. Tenho artrite e artrose. E.4, 84 anos

Para tratar alguma doença ou fazer algum exame. E.15, 69 anos

Venho para cuidar da minha diabetes, para o médico ver a minha catarata... eu sempre venho aqui para cuidar de mim. E.17, 63 anos

Cuidar da minha diabetes, pressão alta, fazer tratamento neurológico. E.18, 62 anos

Tratar da minha saúde. Aqui trato da minha diabetes, da minha ferida que tenho na perna. Aqui também fiz o meu pré-natal e vacinei minhas filhas. E.19, 43 anos

Para a fenomenologia social o modo de agir no mundo tem capacidade de influenciar e ser influenciado mudando a realidade estabelecida. Desde o ano 2000, o Ministério da Saúde repassou aos municípios a tarefa de gerenciar, de forma plena, as Unidades Básicas de Saúde em suas dimensões administrativa, técnica, financeira e operacional. Compreendida como um dos níveis do sistema de saúde e um campo específico de atuação foi definido como "conjunto de ações, de caráter individual ou coletivo, situadas no primeiro nível de atenção dos sistemas de saúde, voltadas para a promoção da saúde, a prevenção de agravos, o tratamento e a reabilitação" (BRASIL, 2012). Nesta definição, está implícita a importância do cumprimento da integralidade, isto é, o atendimento de necessidades que vão desde a promoção da saúde da comunidade até ações de reabilitação. Há também a preocupação da integração entre as atividades assistenciais e clínicas voltadas para os indivíduos e as ações programáticas, segundo os segmentos da população.

O Plano Municipal de Saúde (RIO DE JANEIRO, 2010) contribuiu para o planejamento da expansão dos serviços de Atenção Primária à Saúde na cidade do Rio de Janeiro. Uma nova política pública foi reimplementada e ampliada: as Equipes de Saúde da Família como base para esta mudança de atenção. Concomitantemente com a Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde, além da ampliação da rede de atenção básica no município do Rio de Janeiro, a forma de atuação dos profissionais também gerou mudanças sendo estas a Vigilância em Saúde e a Promoção a Saúde (BRASIL, 2014).

A Reforma dos Cuidados em Atenção Primária em Saúde foi estruturada a partir de quatro atributos essenciais: acesso e prestação de serviços de primeiro contato, a assunção de responsabilidade longitudinal pelo usuário (continuidade da relação profissional-usuário ao longo da vida) independente da ausência ou presença de doença, a garantia de cuidado integral a partir da consideração dos âmbitos físicos, psíquicos e sociais da saúde dentro dos limites de atuação das equipes de saúde, e a coordenação das diversas ações e serviços necessários para resolver necessidades menos frequentes e mais complexas. Além disso, contemplava também três atributos “derivados”: a orientação familiar, a orientação comunitária, através do conhecimento epidemiológico de determinada localidade e a competência cultural, que se refere à relação entre os profissionais de saúde com características culturais específicas (SORANZ; PINTO; PENNA, 2016).

Essa nova organização política e estrutural reforça o que Schutz (2008) fala do mundo da vida não privado, mas sim um mundo cultural e intersubjetivo. Para viver no mundo da vida, a mulher se orienta pelo modo como define o cenário da ação, interpreta suas possibilidades e enfrenta seus desafios. As mudanças nas políticas e programas voltados para saúde da população influenciam e são influenciadas pela população assistida. Em se tratando de mulheres atendidas nas Unidades Básicas, pode-se perceber que o modo como identificam o cuidado à saúde diz não só como a macroestrutura social entende-se por cuidado e saúde, mas como a microestrutura enxerga o que estar cuidando da sua saúde.

Agora tudo é clínica médica. Não tem mais sala de ginecologia, sala para tratamento de hipertensão e diabetes. Todo mundo atende tudo. E.7, 35 anos

Foi possível identificar através das falas das entrevistadas essa mudança organizacional estabelecida no município do Rio de Janeiro desde 2009 (RIO DE JANEIRO, 2010).

#### 4.2.2 Categoria concreta do vivido: a mulher ao procurar a Unidade Básica de Saúde

A organização e a análise do conjunto das falas para a compreensão da intencionalidade em procurar atendimento nas unidades básicas envolveu o contexto do significado da ação através da sua intencionalidade das mulheres - *motivo para*, de acordo com Alfred Schutz (SCHUTZ, 1962).

A partir da organização e análise do conjunto dos *motivos para* emergiram ideias em comum, vivenciadas pelos sujeitos da ação, qual seja, as denominadas categorias concretas do vivido (TOCANTINS; SOUZA, 1997). Esta análise permitiu o emergir da categoria concreta do vivido: Se cuidar.

Me cuidar... fazer aquele exame de preventivo." E.1, 52 anos

Me tratar. E.2, 62 anos

Ser bem atendida pelo médico... acompanhamento de neurologista. E.3, 64 anos

Cuidar da minha hipertensão. E.4, 84 anos

Tratar de mim. E.5, 53 anos

Tratar da minha saúde... tratar preventivo. E.6, 54 anos

Procurar um bom atendimento... tratar na ginecologia. E.7, 35 anos

Cuidar mesmo de mim. E.8, 71 anos

Tratar e cuidar das questões femininas....pedir mamografia. Isso tudo. E.9, 47 anos

Ser cuidada. E.10, 54 anos

Ser cuidada... vacinar a minha filha. E.11, 21 anos

Ser atendida. E.12, 70 anos

Cuidar da minha saúde. E.13, 71 anos

Tratar de mim. E.14, 30 anos

Tratar alguma doença... fazer algum exame. E.15, 69 anos

Cuidar de mim. E.16, 20 anos

Cuidar de mim... cuidar da minha diabetes. E.17, 63 anos

Cuidar da minha diabetes. E.18, 62 anos

Tratar da minha saúde...trato da minha diabetes, da minha ferida que tenho na perna. E.19, 43 anos

Ir na consulta de ginecologia. E.20, 29 anos

Após a leitura exaustiva das entrevistas observa-se que a intencionalidade da ação da mulher em procurar a Unidade Básica de Saúde é se cuidar, expressando a categoria concreta do vivido: Se cuidar. Novamente observa-se que a categoria concreta do vivido em procurar a unidade básica de saúde que é "se cuidar" está na perspectiva de tratamento dos agravos.

[...] tenho ataques epiléticos, eu tomo medicamentos e tenho que vir aqui buscar os remédios. Me trato aqui com o clínico geral. E.1, 52 anos

Me tratar. Eu me trato devido a minha pressão alta e diabetes e agora vou tratar da minha catarata também. E.2, 62 anos

Cuidar da minha hipertensão. Sou cateterizada também. Tenho artrite e artrose. E.4, 84 anos

Ser bem atendida pelo médico. Eu preciso de acompanhamento de neurologista. Eu tomo remédio controlado há muito tempo. E.3, 64 anos

[...] cuidar mesmo de mim. Agora eu estou com um ferimento na perna que tenho que estar cuidando sempre. E.8, 71 anos

Tratar e cuidar das questões femininas...pedir mamografia. Isso tudo. E.9, 47 anos

Tratar alguma doença... fazer algum exame. E.15, 69 anos

Cuidar de mim... cuidar da minha diabetes. E.17, 63 anos

Cuidar da minha diabetes. E.18, 42 anos

Tratar da minha saúde...trato da minha diabetes, da minha ferida que tenho na perna. E.19, 43 anos

Me tratar. E.2, 62 anos

Schutz (2008) define ação como a conduta humana projetada pelo sujeito de maneira autoconsciente, intencional, dotada de propósito, podendo ser manifesta ou latente. Nunca está isolada, desvinculada de outra ação, dissociada do mundo. A ação tem seus horizontes de racionalidade com a realidade social e pressupões uma tipificação que tem como cerne a vida de sentido comum. Desse modo, a ação de procurar a atenção básica de saúde por mulheres está alinhada à realidade social em que vivem. Sendo assim, a categoria concreta do vivido "se cuidar" configura-se como uma ação em fluxo, na qual coabitam projetos mais imediatos (tratar de enfermidades) e aqueles relacionados às expectativas geradas pela procura do serviço (se certificar que está "tudo bem"). Fica notório que ao ter como intencionalidade da ação em procurar a atenção básica medidas voltadas para tratamento de doenças crônicas e agravos, a visão biologicista é predominante.

A visão biologista faz parte do modelo biomédico e, portanto, vale aprofundarmos a discussão do modelo biomédico como pano de fundo para a intencionalidade da ação das

mulheres em procurar atendimento em um serviço que teoricamente não tem neste modelo o norteador de suas práticas assistenciais. O designado "modelo biomédico" influencia a formação profissional, a organização dos serviços e a produção de conhecimentos em saúde (FERTONANI et al., 2015).

Este modelo tem seu mérito e devemos reconhecer seus benefícios em promover o alívio da dor e o tratamento de diversas doenças que afligem a humanidade. No entanto, possui seus limites. A partir da década de 70 o modelo biomédico começa a gerar um movimento de críticas, tanto internacionalmente quanto no Brasil (CAPRA, 2012). Seus limites na atenção à saúde das pessoas são amplamente reconhecidos, destacando-se: o foco no indivíduo indiferenciado e predominantemente com intervenções no seu corpo e na parte afetada; a ênfase nas ações curativas e no tratamento das doenças, lesões e danos; a medicalização; a ênfase na atenção hospitalar com uso intensivo do aparato tecnológico do tipo material. Pode-se mencionar, ainda, a pouca ênfase na análise dos determinantes do processo saúde-doença, a orientação para a demanda espontânea, o distanciamento dos aspectos culturais e éticos implicados nas escolhas e vivências dos sujeitos e a incapacidade de compreender a multidimensionalidade do ser humano (MENDES, 2012).

A VIII Conferência Nacional de Saúde e a promulgação da Constituição em 1988 é uma forte resposta a este modelo, culminando com a conquista do SUS, em 1990 (BRASIL, 2016). Dentre os temas em discussão, o conceito de saúde torna-se um destaque e passa a ser compreendido como o resultado das condições sociais e de vida. Tornam-se direitos de cidadania, o direito à saúde e de acesso aos serviços de saúde (SILVA JUNIOR; ALVEZ, 2007). Os princípios do SUS passam a ser o eixo de orientação para as práticas assistenciais, tendo o atendimento ao usuário na perspectiva da integralidade e a participação popular (SILVA JUNIOR; ALVES, 2007). Entretanto, no processo de construção e efetivação dos princípios do SUS, são diversos os desafios para implementar um modelo assistencial que atenda o prescrito no arcabouço legal (FERTONANI et al., 2015). A categoria concreta do vivido que emergiu nesta pesquisa é uma resposta a esse desafio de implementação para a prática profissional do conceito ampliado a saúde presente na nossa constituição e nos princípios do SUS.

### 4.3 Necessidade de saúde voltada para a saúde da mulher no contexto da Atenção Básica

#### 4.3.1 Motivos para: significado da ação por parte da mulher ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde

Após a identificação do significado da ação da mulher em procurar a unidade básica de saúde, houve novamente a leitura e a re-leitura das entrevistas e o agrupamento das falas em comum com a finalidade de agora identificar o significado da ação por parte da mulher em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde. O significado da ação que emergiu foi: Realizar exames.

Me cuidar...Fiz uma mamografia ano passado que até hoje não tenho resultado. E.1, 52 anos

Fazer o preventivo. E.2, 62 anos

Eu espero ser cuidada... E.3, 64 anos

Fazer os exames. E.4, 84 anos

Fazer aquele exame que tem que fazer né? O preventivo." E.5, 53 anos

Já fiz preventivo, mamografia e graças a Deus nunca deu nada. E sempre estou procurando me cuidar né? E.6, 54 anos

Fazer o preventivo. E.7, 35 anos

[...] fazer todos os exames direito. E.8, 71 anos

Há 3 anos que fiz os exames e por isso estou voltando. Espero fazer a consulta de rotina e fazer os exames de rotina. E.9, 47 anos

Fazer meu exame de preventivo. E.10, 54 anos

Fazer o meu preventivo. E.11, 21 anos

Cuidar de mim. E.12, 70 anos

Fazer preventivo. E.13, 71 anos

Fazer o preventivo. E.14, 30 anos

Fazer o exame de preventivo. E.15, 69 anos

Cuidar da saúde... a médica faz meu preventivo. E.16, 20 anos

Ser atendida. E.17, 63 anos

Fazer o preventivo. Repetir a mamografia também. E.18, 62 anos

Fazer o preventivo que é importante né? E.19, 43 anos

Venho uma vez ao ano fazer o exame de preventivo. E.20, 29 anos

A identidade da mulher em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na atenção básica está ancorada na realização de exames, sendo tal característica identitária sedimentada no seu mundo social. A realização de exames na perspectiva de cuidado a saúde está atribuído a ações de identificação de doenças. Realizar exames como forma de cuidado a saúde emerge como uma realidade concreta das mulheres atendidas na Atenção Básica. Schutz ao falar sobre a estrutura da realidade salienta a relação social como elemento fundamental na interpretação dos significados da ação dos sujeitos no mundo cotidiano (SCHUTZ, 2008).

O que se apresenta como cotidiano da existência, considerando o mundo social das mulheres atendidas na Atenção Básica voltadas à saúde da mulher é a realização de exames. Esse mundo cotidiano que emergiu da pesquisa é permeado por uma estrutura que viabiliza a construção social das mulheres e influencia as suas relações. A interpretação do mundo cotidiano, segundo a fenomenologia social de Alfred Schutz, é dada de forma cultural como universal, contudo o modo como essas formas expressam-se na vida individual depende da totalidade da experiência que o sujeito constrói no curso da sua existência concreta. Essa experiência agrega um acervo de conhecimentos que está disponível e acessível, de acordo com a situação biográfica do sujeito.

A construção social das mulheres do mundo cotidiano traz em si a compreensão das ações assistenciais realizadas na atenção básica ao longo dos anos que ela procura o serviço de saúde. A realização de exames faz parte do processo assistencial da atenção básica, porém não é pilar de uma assistência que tem como princípios de ação profissional a integralidade da assistência (BRASIL, 2011c, 2013a). Embora a realização de exames faça parte da ação profissional inserida no contexto da atenção básica (BRASIL, 2013a, 2015), observa-se que, assim como o significado da ação "se cuidar" em procurar a atenção básica numa perspectiva de tratamento, o significado da ação "realizar exames" em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher se revela como sendo mais uma ação característica de uma assistência medicalizada.

Se considerarmos que o enfoque dos programas de atenção aos diferentes grupos da população, inseridos no final da década de 80, tinham como norteador o tratamento de doenças com altas taxas de incidência, prevalência, morbidade e mortalidade segundo dados

epidemiológicos (OLIVEIRA, 2012; PEREIRA et al., 2012), ter como significado "realizar exames" nos atendimentos voltados para a saúde da mulher no grupo de mulheres entrevistadas é tradução do mundo cotidiano da mulher atendida na atenção básica.

O mundo cotidiano da mulher foi orientado pelo modo como ela foi construída no curso da sua existência concreta. Uma prática assistencial enraizada nos 20 anos de frequência nas unidades básicas de saúde agrega um acervo de conhecimentos que está disponível e acessível, de acordo com a situação biográfica. A realização de exames nesta perspectiva é uma maneira de estar sempre cuidando da sua saúde com o intuito de identificar precocemente alguma doença.

#### 4.3.2 Categoria concreta do vivido em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde

A organização e a análise do conjunto das falas para a compreensão da intencionalidade em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Atenção Básica envolveu o contexto do significado da ação através da sua intencionalidade das mulheres - *motivo para*, de acordo com Alfred Schutz (SCHUTZ, 1962). Essa intencionalidade em comum pode ser identificada nos *motivos para* que emergiram das falas das usuárias, apresentados a seguir.

Eu espero um bom atendimento... fiz uma mamografia ano passado que até hoje não tenho resultado. E.1, 52 anos

Fazer o preventivo. E.2, 62 anos

Eu espero ser cuidada. E.3, 64 anos

O que eu espero? Fazer aquele exame que tem que fazer né? O preventivo. E.4, 84 anos

Fazer os exames... fazer o preventivo. E.5, 53 anos

Me cuidar...Já fiz preventivo, mamografia e graças a Deus nunca deu nada. E sempre estou procurando me cuidar né? E.6, 54 anos

Fazer o preventivo. E.7, 35 anos

[...] fazer todos os exames direito. Agora não vou mais porque falaram que não preciso mais. Mas sempre fazia aquele do câncer do útero. E.8, 71 anos

Há três anos que fiz os exames e por isso estou voltando...fazer os exames de rotina. E.9, 47 anos

Fazer meu exame de preventivo. E.10, 54 anos

Fazer o meu preventivo. E.11, 21 anos

Cuidar de mim. E.12, 70 anos

Fazer o meu preventivo. E.13, 71 anos

Fazer o pré natal. E.14, 30 anos

Fazer o exame de preventivo. E.15, 69 anos

Me cuidar da saúde. A médica faz o meu preventivo."E.16, 20 anos  
Ser atendida. E.17, 63 anos

Fazer o preventivo. Repetir a mamografia também. E.18, 62 anos

Cuidar da minha saúde. Fazer o preventivo. E.19, 43 anos

Cuidar da minha saúde. Venho uma vez ao ano fazer o exame de preventivo. E.20, 29 anos

A categoria que emergiu das falas das mulheres que procuram na atenção básica ações voltadas para a saúde da mulher foi "realização de exames".

Observa-se nas falas que a palavra cuidar e ser atendida aparece como sinônimo de realizar exames. Com este entendimento, notamos que o conceito de cuidar identificado carrega a perspectiva de saúde como ausência de sinais.

A fala da entrevistada nove mostra de maneira sucinta como a situação biográfica e a bagagem de conhecimentos da mulher atendida na Atenção Básica se traduz na intencionalidade de procurar atendimento no serviço:

Espero atender as minhas necessidades da parte de ginecologia mesmo. Há três anos que fiz os exames e por isso estou voltando... fazer os exames de rotina. E.9, 47 anos

A ida a unidade básica de saúde tem como propósito a realização de exames. Exames estes, que se traduz para a mulher como forma de estar cuidando da sua saúde.

Cuidar da minha saúde. Venho uma vez ao ano fazer o exame de preventivo. E.20, 29 anos

[...] fazer todos os exames direito. Agora não vou mais porque falaram que não preciso mais. Mas sempre fazia aquele do câncer do útero. E.8, 71 anos

Há três anos que fiz os exames e por isso estou voltando...fazer os exames de rotina. E.9, 47 anos

O que eu espero? Fazer aquele exame que tem que fazer né? O preventivo. E.4, 84 anos

Vale ressaltar que a maioria das ações voltadas para o cuidado com a saúde da mulher se concentra na realização do exame colpocitológico.

Fazer os exames... fazer o preventivo. E.5, 53 anos

Fazer o preventivo. E.2, 62 anos

O que eu espero? Fazer aquele exame que tem que fazer né? O preventivo. E.4, 84 anos

Fazer o preventivo. E.7, 35 anos

Fazer meu exame de preventivo. E.10, 54 anos

Fazer o meu preventivo. E.11, 21 anos

Fazer o meu preventivo. E.13, 71 anos

Fazer o exame de preventivo. E.15, 69 anos

Me cuidar da saúde. A médica faz o meu preventivo. E.16, 20 anos

Cuidar da minha saúde. Fazer o preventivo. E.19, 43 anos

Cuidar da minha saúde. Venho uma vez ao ano fazer o exame de preventivo. E.20, 29 anos

A partir do exposto, é evidenciado que a concepção de saúde na atenção básica, traduzida pelas falas das usuárias, é compreendida como ausência de sinais, concepção característica do já exposto modelo biomédico (CAMARGO; KENNET, 2008; ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015). Essa concepção não é restrita às mulheres atendidas, mas também aos profissionais que as atendem. A ação principal do enfermeiro, que atende a mulher nas unidades básicas de saúde é voltada para o corpo físico da mulher cujo significado é evitar problemas de saúde (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015). Neste modelo, o objeto da saúde está voltado para as doenças com elevados graus de incidência e prevalência (MALTA et al., 2015), tornando prioridade ações preventivas e de controle para diminuir e/ou erradicar estas enfermidades, em sua grande maioria ações voltadas exclusivamente para o corpo físico da mulher.

Após a identificação do *motivo para* foi realizado nova leitura e releitura das falas das mulheres e agrupadas as respostas em comum para identificar as necessidades de saúde das mulheres atendidas na atenção básica.

A realização do exame citopatológico e a realização do exame de mamografia foram as necessidades de saúde que emergiram da maioria das falas das mulheres.

Já fiz preventivo, mamografia e graças a Deus nunca deu nada. E sempre estou procurando me cuidar né? E.6, 54 anos

As necessidades de saúde identificadas nesta pesquisa é apoiada pela concepção proposta por Heller (OLIVEIRA, 2012). Heller (1996) refere que as necessidades de saúde possuem duas categorias: necessidades naturais e necessidades socialmente determinadas. Nesta pesquisa, o conceito de necessidade de saúde trazida pelas mulheres atendidas no âmbito da atenção básica é o conceito das necessidades naturais. As necessidades de saúde naturais referem-se às necessidades físicas, do campo biológico, que ela denomina como *necessidades necessárias*. As necessidades necessárias são necessidades naturais, próprias da espécie humana. Segundo Oliveira (2012), estão relacionadas ao instinto de autoconservação, e inclui as necessidades de alimentação, proteção à própria vida, segurança e reprodução. Para ela, as necessidades naturais são ontologicamente primárias, desde o momento em que estão baseadas no instinto de autoconservação.

É importante destacar que a identificação da realização do exame citopatológico como necessidade de saúde, na perspectiva de necessidade de saúde natural (HELLER, 1996) foi evidente na etapa do estudo referente a identificação da categoria concreta do vivido.

Fazer o preventivo. E.2, 62 anos

O que eu espero? Fazer aquele exame que tem que fazer né? O preventivo. E.4, 84 anos

Fazer os exames... fazer o preventivo. E.5, 53 anos

Me cuidar...Já fiz preventivo, mamografia e graças a Deus nunca deu nada. E sempre estou procurando me cuidar né? E.6, 54 anos

Fazer o preventivo. E.7, 35 anos

[...] fazer todos os exames direito. Agora não vou mais porque falaram que não preciso mais. Mas sempre fazia aquele do câncer do útero. E.8, 71 anos

Fazer meu exame de preventivo. E.10, 54 anos

Fazer o meu preventivo. E.11, 21 anos

Fazer o meu preventivo. E.13, 71 anos

Fazer o exame de preventivo. E.15, 69 anos

Me cuidar da saúde. A médica faz o meu preventivo. E.16, 20 anos

Fazer o preventivo. Repetir a mamografia também. E.18, 62 anos

Cuidar da minha saúde. Fazer o preventivo. E.19, 43 anos

Cuidar da minha saúde. Venho uma vez ao ano fazer o exame de preventivo. E.20, 29 anos

No entanto, o exame de mamografia como necessidade de saúde (OLIVEIRA, 2012) foi identificado em respostas a outras perguntas pertencentes ao instrumento de estudo e que não eram perguntas fenomenológicas. Enquanto a realização do exame citopatológico, caracterizado com "preventivo" seja o motivo que as faça procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na atenção básica, a realização da mamografia se apresenta como uma necessidade "travestida" em um demanda específica. Embora se subentenda que a solicitação para a realização de exame mamográfico seja inerente ao atendimento realizado pelo profissional, pois está fundamentada nas ações obrigatórias do enfermeiro e/ou médico, nota-se pelas falas, que há também uma demanda das usuárias para que tenham o exame mamográfico contemplado em sua atenção a saúde (BRASIL, 2013a, 2015).

Tenho que fazer a mamografia né? Vou até falar com a doutora para ela pedir. Eu já fiz quando morava lá em Fortaleza, mas aqui no posto nunca fiz. Nunca pediram. E.3, 64 anos

Já fiz mamografia. Na próxima consulta vou pedir para a doutora pedir outra mamografia porque já faz tempo que fiz. E.19, 43 anos

Só a mamografia mesmo que é feito no aparelho que eu não sei o resultado. E.1, 52 anos

Sempre fiz foi o preventivo né?... Todo ano eu faço e elas dizem que não deu nada para câncer... aproveitou e pediu a mamografia. E.2, 62 anos

Eu já fiz (mamografia), lá na central. Isso faz uns dois anos que fiz. Eu estava sentindo umas dores no seio e aí eu fiz a mamografia. Mas não deu nada não. E.4, 84 anos

Já fiz preventivo, mamografia e graças a Deus nunca deu nada... estou procurando me cuidar né? E.6, 54 anos

[...] mamografia. Aqui espero repetir porque já tem 3 anos. E.9, 47 anos

Já fiz mamografia. Tem 3 meses que fiz e já consegui pegar o resultado. E.10, 54 anos

Eu faço todo ano mamografia. E.12, 70 anos

Eu faço mamografia todo ano. E.13, 71 anos

[...] a mamografia todo ano. E.15, 69 anos

Olha, já fiz mamografia há algum tempo. Mas não faço tem algum tempo. Tenho que pedir para o médico pedir de novo para mim né? E.17, 63 anos

Repetir a mamografia também. Eu que peço para fazer a mamografia. E.18, 62 anos

#### **4.4 O típico da ação da mulher atendida no serviço voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde**

As categorias concretas do vivido que emergiram das falas das 20 mulheres permitem apontar o típico da ação da mulher. A essência da ação, o que é comum à mulher que procura atendimento no contexto da atenção primária em saúde. Esse típico da ação se expressa como cuidar da saúde mediante realização de exames.

Schutz (2008) afirma que o conjunto organizado de categorias concretas do vivido permite construir, objetivamente, o típico da ação, considerado uma construção teórica. A tipificação é constituída por mentes viventes, composta por um sistema de relevâncias, que funciona como um esquema de interpretação e de orientação, socialmente aprovado e, portanto constitucionalizado.

Neste estudo, este esquema representa o tipo vivido que expressa as características típicas da mulher que procura atendimento na Atenção Básica. Estas a definem como cuidar da saúde mediante realização de exames.

Desse modo, a demanda mediante realização de exames é compreendida como a necessidades de saúde. Neste sentido, faz-se presente como a percepção de necessidades de saúde proposta por Heller (1996): *necessidades necessárias* ou *necessidades naturais*. Tem-se como fundamento das necessidades naturais, qualquer necessidade relacionada ao instinto de autoconservação, e por seguinte, no bom funcionamento do corpo físico do ser humano. Heller (1996) discorria sobre esta concepção de necessidade de saúde no qual a detecção precoce de doenças e exames periódicos são vistos como ações destinadas para suprir as necessidades necessárias. Como afirma a autora, são necessárias, pois, sem elas, os seres humanos não poderiam se manter como seres naturais. Entretanto, Heller destaca que mesmo as necessidades naturais são necessidades sociais, pois embora relativas à conservação e à reprodução da vida, condição para a existência humana, as formas para sua satisfação variam histórica e socialmente e elementos culturais, costumes e valores são decisivos para a sua satisfação (OLIVEIRA, 2012).

Schutz (2008) fala que as experiências vivenciadas pelo ser humano no tempo presente não são meramente constituídas por retenções e rememorações de suas experiências passadas.

Qualquer experiência também se refere ao futuro. Ela traz consigo expectativas de eventos esperados de modo mais imediato, bem como antecipações de eventos temporalmente mais distantes, com os quais a experiência presente deverá ter alguma relação (SCHUTZ, 2008). A bagagem de conhecimento e experiências prévias da mulher ao longo dos 20 anos que é atendida na Atenção Básica a situa biograficamente em um momento que a possibilita estabelecer um propósito em procurar este nível de atenção a saúde. Neste contexto destaca-se que o seu processo considera o seu curso de vida, marcada por idas a unidade para vários serviços oferecidos ao longo da sua vida, traduzindo as necessidades de saúde em procurar a Atenção Básica como necessidades naturais.

Campos e Bataiero (2007) destacaram a complexidade que o tema das necessidades assume no âmbito dos serviços de saúde. Segundo os autores, as necessidades em saúde vêm sendo abordadas sob a perspectiva operacional, ou seja, aquela em que o objeto da atenção em saúde é conformado pela oferta dos serviços de saúde. Essa organização traz como consequência a associação das necessidades em saúde como consumo dos serviços, geralmente sob forma de consultas médicas.

O conceito de necessidade em saúde que subjaz às ações da equipe, focado em agravos, demandas por serviços especializados e protocolos do Ministério da Saúde é fruto, segundo Oliveira (2012), de uma concepção de saúde como ausência de doença, resultando em atividades utilitaristas e reducionistas dos fenômenos do processo saúde-doença.

Schutz (2008) discute a estrutura da realidade e enfatiza a relação social como elemento fundamental na interpretação dos significados da ação dos sujeitos no mundo cotidiano. O mundo cotidiano, é composto por uma estrutura que viabiliza a construção social dos sujeitos e influencia as suas relações. O cenário da Atenção Básica é o mundo cotidiano da mulher que é atendida durante anos. A leitura desta realidade social tem a capacidade de influenciar e ser influenciado no mundo social, transformando-se continuamente. Schutz (1962) denomina a atitude natural essa forma do sujeito colocar-se no mundo da vida. Enquanto o conceito de necessidade de saúde que fundamenta as ações das equipes de saúde da atenção básica for calcada em agravos e demandas por serviços especializados, tendo como pano de fundo a concepção de saúde como ausência de doença influenciará constantemente a percepção pelas mulheres quanto a estrutura da realidade social da atenção básica, traduzido como o típico da ação em procurar atendimento na atenção básica em cuidar da saúde mediante realização de exames.

Essa realidade traduz uma contradição entre as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) e as práticas dos serviços. Por um lado, é possível observar que o processo saúde-

doença ainda é compreendido apenas no seu caráter biológico e que as ações de saúde são realizadas de forma padronizada, vertical e prescritiva. Por outro, como aponta Oliveira (2012) existe uma política que visa redirecionar o sistema para as necessidades em saúde das coletividades e que busca superar o modelo médico hegemônico vigente nos serviços de saúde. As diretrizes prescritas na atenção básica configuram um "novo" modelo assistencial, no qual as práticas devem ser orientadas pelos determinantes do processo saúde-doença, considerando o indivíduo no seu contexto familiar, como parte de grupos e de comunidades socioculturais e contemplando ações importantes no campo da Vigilância em Saúde e da Promoção da Saúde (BRASIL, 2014).

Trazer para a prática assistencial da atenção básica o conceito de necessidades de saúde, proposta por Cecílio e Merhy (2003), é uma forma de sustentar e impulsionar as políticas e programas de atenção básica que tem como preceito superar o modelo biomédico hegemônico (BRASIL, 2011b, 2012, 2014) com o potencial de ser traduzida na prática assistencial. Cecílio e Merhy (2003) advogam que adotar as necessidades como eixo norteador das práticas em saúde exige a construção de novos saberes para reorganizar o processo de trabalho, gestão e planejamento em saúde, na luta pela equidade e pela integralidade. Para isso destaca a necessidade de conceituar necessidades em saúde de maneira que os trabalhadores da área possam se apropriar do conceito e implementá-lo no cotidiano do trabalho em saúde.

As necessidades de saúde proposta por Cecílio e Merhy (2003) são divididas nos quatro grupos: boas condições de vida, acesso às tecnologias, criação de vínculos e autonomia. Observa-se que no conceito de necessidades de saúde proposta por Cecílio (2003), haverá a atenção as necessidades de saúde das mulheres atendidas na Unidade Básica; no entanto, os profissionais de saúde levarão em conta que as necessidades, uma vez satisfeitas, serão reiteradas ou ampliadas, o que exigirá a instauração de um novo processo de trabalho para continuar a atendê-las e por seguinte influenciando futuramente a realidade e o mundo social das mulheres.

#### 4.5 O papel do enfermeiro para atender as necessidades de saúde das mulheres na atenção básica

Esta pesquisa identificou que as mulheres que procuram o serviço da Atenção Básica possuem como o típico do vivido cuidar da saúde mediante realização de exames.

Entende-se que no âmbito da Atenção Básica sejam realizadas ações de promoção, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação para as mulheres assistidas no cenário da clínica ginecológica, pré-natal, parto e puerpério, climatério, planejamento familiar, infecções sexualmente transmissíveis, câncer do colo de útero e de mama (BRASIL, 2007, 2012).

No entanto, observa-se que o típico da ação que emergiu a partir das categorias concretas do vivido está presente a realização de exames. Destaca-se, nessa perspectiva, por meio das falas, que a mulher que procura o serviço de Atenção Básica tem como finalidade a identificação precoce do câncer do colo de útero. Ela não possui como finalidade a identificação precoce do câncer de mama na Atenção Básica, embora apareça como uma necessidade de saúde "travestida" na demanda da realização do "exame de preventivo".

Sempre fiz foi o preventivo né?... Todo ano eu faço e elas dizem que não deu nada para câncer... aproveitou e pediu a mamografia. E.2, 62 anos

Já fiz mamografia. Na próxima consulta vou pedir para a doutora pedir outra mamografia porque já faz tempo que fiz. E.19, 43 anos

A maioria das mulheres entrevistadas abrange o público alvo para o diagnóstico precoce do câncer de mama, necessitando de ações amplas para o rastreamento desta doença (BRASIL, 2013a). Porém, as mulheres entrevistadas não apresentam a detecção precoce do câncer de mama como bagagem de conhecimento (SCHUTZ, 2008) se expressando em uma demanda.

Um possibilidade da detecção precoce do câncer do colo uterino ser uma necessidade de saúde para a mulher atendida no cenário da Atenção Básica seja que no mesmo espaço físico, o diagnóstico e tratamento são realizados na própria instituição da atenção básica, compreendendo o conceito de necessidades naturais proposta por Heller (1996). A detecção precoce do câncer de mama, identificada a partir da necessidade da realização da mamografia, é uma necessidade de saúde da mulher que procura a Atenção Básica "travestida" por uma demanda já existente. O diagnóstico e tratamento não são contemplados pelo serviço de

Atenção Básica. Nesses casos, há a necessidade de encaminhamento para um serviço de alta complexidade, atuando as redes de atenção. Na Atenção Básica somente é possível a solicitação da realização do exame mamográfico, exame este que se faz em outros níveis de atenção a saúde (BRASIL, 2013a).

Outras maneiras de detecção precoce como exame clínico das mamas e o exame físico não fazem parte da fala das entrevistadas, entendendo, portanto, que não são realizadas ou conhecidas como forma de rastreio de câncer de mama, não se traduzindo em bagagem de conhecimento (SCHUTZ, 2008) que influencia no modo de agir no mundo social. Tendo em vista a importância da detecção precoce do câncer de mama, faz-se necessária a qualificação das equipes da Atenção Primária nessa função (INCA, 2013). O rastreamento do câncer de mama deve acontecer na relação entre a captação das mulheres para a Unidade Básica de Saúde, na atuação dos profissionais dessas unidades com as usuárias do sistema único de saúde e no diálogo participativo entre as Unidades Básicas de Saúde com a média e alta complexidade, colocando na prática a concepção da integralidade da assistência (BRASIL, 2013a; INCA, 2014).

Desse modo, o cuidado à saúde deve ser permeado pelo acolhimento com escuta sensível de suas demandas como ser humano e ser social (BRASIL, 2007). Em seu aspecto conceitual, o acolhimento é considerado uma tecnologia leve que otimiza a demanda dos usuários e organiza o processo de cuidado da unidade local, sendo o profissional responsável por acolher, responsabilizar, resolver e automatizar, utilizando relações de vínculo e capacidade de escuta aberta. Essa tecnologia leve do trabalho depende da interação profissional-usuário e sua capacidade de articular e qualificar essa relação por parâmetros humanitários de solidariedade e cidadania (CARLI et al., 2014).

Ressalta-se que é uma tecnologia em processo de construção e reorganização diária do trabalho cotidiano das equipes da Atenção Básica que tem contribuído para a ampliação do acesso aos serviços de saúde e para a melhoria da oferta dos atendimentos de acordo com a demanda dos usuários (FERREIRA; ACIOLI, 2010; FONTES; ALVIM, 2008).

Desta forma, o profissional de saúde ao realizar em todas as consultas o exame físico e exame clínico das mamas como estratégia para detecção precoce do câncer de mama compartilhando informações e decisões, possibilitará à mulher a ter essas estratégias realizadas na atenção básica como bagagem de conhecimento as traduzindo em intencionalidade e por seguinte necessidade de saúde.

A detecção precoce de anormalidades integra o modelo biomédico (MAI; SULLIVAN; CHIARELLI, 2009) e se insere na concepção de saúde como ausência de

sintomas identificados nesta pesquisa. Embora a ação profissional dos enfermeiros da atenção básica esteja fundamentada nesse modelo, as ações de detecção precoce para o câncer de mama permanecem ocultas em sua prática assistencial (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012).

[...] até então o meu objetivo não foi atingido. Não sei o resultado do meu exame (mamografia). Queria uma atenção mais profunda. E.1, 52 anos  
Aquele de mexer na mama ninguém nunca fez não. As mamografias deram normais. E.2, 62 anos

[...]e faz algumas perguntas aí depois a gente tira só a calcinha, colhe o preventivo e acabou... Mas para ver se tenho alguma coisa no peito nunca fizeram nada não. E.20, 29 anos

Corroboram para este modelo, as práticas profissionais recomendadas para a Atenção Primária de Saúde pelos manuais de assistência preconizados pelo Ministério da Saúde, os quais têm como referência ações profissionais voltadas para a prevenção secundária da doença, predominantemente para o corpo físico da mulher. Mesmo assim não são realizadas pelo enfermeiro e nem compreendidas como ações de rastreio e detecção precoce pelas mulheres atendidas na Atenção Básica (BRASIL, 2013a, 2015; LEAVELL; CLARK, 1976).

As mulheres são a maioria da população brasileira e as principais usuárias do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2008a, 2008b). No cenário das políticas nacionais de saúde no Brasil, a saúde da mulher só foi motivo de preocupação nas primeiras décadas do século XX, sendo limitada às demandas relativas à gravidez e ao parto (BRASIL, 2004).

Santos (2014) relata que a PNAISM foi criada com o objetivo de modificar a lógica do paradigma biomédico e centrar as ações de saúde na usuária por intermédio da lógica da promoção da saúde por destacar a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores da atenção à saúde das mulheres nas diferentes etapas de sua vida. A integralidade da assistência e a promoção da saúde estão presentes no reconhecimento dos direitos sexuais, reprodutivos; no respeito à diversidade racial, étnica, cultural e regional existentes no Brasil; no enfoque de gênero, nos aspectos que produzem a vulnerabilidade dos diferentes grupos, suas especificidades e suas necessidades (BRASIL, 2011c).

Segundo Pinheiro et al. (2010), a organização das políticas de saúde com modelos fixos e fluxos centralizados traduz as “demandas” em “reais necessidades” dos usuários e os serviços respondem a essas necessidades com base em critérios técnicos, objetivos e quantificáveis. Pinheiro et al. (2010) consideram a definição de demanda como o resultado do diálogo entre o saber técnico e o popular. No entanto, Santos (2014) refere que a relação entre

as ofertas assistenciais dos serviços de saúde e as necessidades das mulheres está atravessado por vários condicionantes que podem impor limites à integralidade do cuidado. Entre esses condicionantes encontra-se a demanda programática dos serviços de saúde que deve atender às diretrizes e ações programáticas das políticas públicas.

Embora a PNAISM (BRASIL, 2011b) foque nas suas diretrizes e ações programáticas no reconhecimento dos direitos sexuais e reprodutivos da saúde das mulheres, para Coelho et al. (2009), os serviços ainda estão organizados na lógica de um modelo clínico que não responde às suas necessidades mais imediatas. Segundo Santos (2014), a desarticulação entre o que os serviços oferecem e as demandas dos usuários é resultado da dificuldade de se fazer a escuta das necessidades de saúde da população.

Este estudo aponta que as necessidades de saúde das mulheres que chegam aos serviços de saúde são apresentadas como demandas. Esta constatação se relaciona com o que Mandú (2005) e Cecílio (2001) afirmam sobre o que é necessidade de saúde. Segundo Mandú (2005), é comum as necessidades de saúde das mulheres não se revelarem espontaneamente, mas surgirem como manifestações em forma de demandas por informações, consultas, busca de anticoncepcionais, exames e a avaliação ginecológica. Como apresentado no capítulo anterior, a realização do exame colpocitológico se apresenta como uma necessidade de saúde que as fazem ter como propósito a ida a Unidade Básica de Saúde.

O que eu espero? Fazer aquele exame que tem que fazer né? O preventivo. E.4, 84 anos

Cuidar da minha saúde. Fazer o preventivo. E.19,43 anos

Cuidar da minha saúde. Venho uma vez ao ano fazer o exame de preventivo. E.20, 29 anos

No entanto, a realização do exame mamográfico, compreendida como uma forma de detecção precoce do câncer de mama se mostra "travestida" na demanda de ir a unidade de saúde para fazer o exame "preventivo".

Sempre fiz foi o preventivo né?... Todo ano eu faço e elas dizem que não deu nada para câncer... aproveitou e pediu a mamografia. E.2, 62 anos

[...] Na próxima consulta vou pedir para a doutora pedir outra mamografia porque já faz tempo que fiz. E.19, 43 anos

Cecílio (2001) acrescenta que as necessidades de saúde são formatadas pelas demandas oferecidas nos serviços de saúde. Porém, segundo o autor, as necessidades ocultas

por essas demandas podem ser a busca de respostas pelas más condições de vida, pela dificuldade de acesso a alguma tecnologia, pela busca de autonomia ou de vínculo com o serviço. Para Cecílio (2001), os serviços e as equipes de saúde devem fazer um esforço para a escuta e a tradução dessas necessidades de saúde, de modo a atendê-las, respeitando as singularidades, com a maior integralidade possível.

Reconhece-se que as necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente, sendo a expressão particular das necessidades sociais. Nesse sentido, Santos (2014) aponta que a produção de necessidades de saúde é influenciada pelo modo como as pessoas vivenciam situações como problemas que vêm a se constituir em necessidades de saúde e pela forma como os serviços de saúde reconhecem e acolhem essas necessidades as quais, devendo ser captadas individualmente.

Ao agrupar a taxonomia de necessidade de saúde em quadros grandes grupos (boas condições de vida, acesso às tecnologias, criação de vínculos e autonomia), Cecílio (2001) relaciona o acesso às tecnologias de saúde com o conceito de tecnologias leve, leve-dura e dura e que o uso de cada tecnologia deve estar relacionado às necessidades da cada pessoa. Esse conceito de tecnologias proposto por Merhy (1997) discrimina tecnologias leve como sendo as tecnologias das relações entre os indivíduos, as tecnologias leve-dura são definidas como o conhecimento técnico do profissional que assiste a mulher na Atenção Básica e as tecnologias duras como sendo as máquinas e instrumentos.

Neste estudo, fica evidente que as necessidades de saúde das mulheres se traduzem no uso das tecnologias leve-dura e dura. Enquanto a realização do exame citopatológico requer uma relação com o profissional que a atende (demandando também o conhecimento técnico-científico) e possibilitando o diagnóstico precoce e tratamento na mesma unidade de saúde (Atenção Básica), a realização da mamografia compreende somente o uso da tecnologia dura e que não é possível seu acesso na atenção básica. Talvez seja uma explicação do porquê da realização do exame citopatológico se apresentar como uma necessidade de saúde expressa em demanda, enquanto a mamografia é uma demanda travestida em necessidade de ir a consulta ginecológica para realizar o "preventivo".

A mamografia é entendida como sendo capaz de diagnosticar precocemente o câncer de mama e que identifica as alterações celulares antes mesmo de se expressarem clinicamente e é a única modalidade mostrada em estudos prospectivos randomizados capazes de reduzir a mortalidade do câncer de mama (NOTHACKER et al., 2009). No entanto, não podemos perder de vista que a mamografia é uma tecnologia que, para a maioria dos países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, representa uma estratégia de difícil acesso para maior

parte da população. O cenário da distribuição e oferta de tecnologias pesadas como a mamografia não é a mesma no Brasil em comparação a dos países desenvolvidos.

Embora as mulheres compreendam a realização da mamografia como recurso de detecção precoce do câncer de mama, há outras formas de rastreamento que devem ser usadas em paralelo com a mamografia e são contemplados na Atenção Básica como o exame físico, exame clínico das mamas e o autoexame além de ações voltadas para a prevenção desta doença. O exame clínico das mamas e o autoexame, embora não sejam mecanismos de diagnóstico precoce do câncer, consistem em estratégias de detecção precoce de anormalidades no tecido mamário (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015). Mesmo não sendo recursos que detectem a neoplasia na fase pré-clínica, possibilitam a identificação destas anormalidades na fase clínica precoce, tornando-se uma maneira eficaz na interrupção da evolução da doença a partir de tratamentos específicos (MAI; SULLIVAN; CHIARELLI, 2009).

Os dados científicos sobre a prevenção do câncer de mama ainda não estão claros, devido a variedade de fatores de risco e das características genéticas que envolvem essa neoplasia (INCA, 2012). Porém, as ações de promoção da saúde e prevenção primária como prática de exercícios físicos e alimentação saudável, são indicadas, pois previnem a obesidade, que tem sido associada ao câncer de mama (LEAVELL; CLARK, 1976). A prática de amamentar o bebê também é um importante fator de proteção para o câncer de mama (INCA, 2013).

O autoexame não tem eficácia como estratégia de rastreamento, pois não contribui para a queda da mortalidade por este câncer. Embora a mamografia e o exame clínico sejam os recomendados para o rastreamento (BRASIL, 2013a; INCA, 2004, 2013), 90% dos casos de câncer de mama são detectados pelas próprias mulheres (BRASIL, 2013). Sendo assim, o autoexame deve ser incluído nas ações de educação em saúde, apesar de não haver consenso na literatura quanto à sua efetividade de rastreamento. Vale ressaltar que 5% dos cânceres de mama são detectados por este exame em pacientes com mamografia negativa, benigna ou provavelmente benigna (BRASIL, 2004, 2013a; INCA, 2013) Pode-se afirmar, portanto que a promoção do autoexame seja uma estratégia eficaz para sua detecção.

Essas estratégias de rastreamento para o câncer de mama não requer o uso da tecnologia dura (não disposta na rede básica de saúde), enquanto que os demais recursos se apresentam como tecnologias leve e leve-dura. O uso destas tecnologias favorece além da autonomia da mulher assistida na Atenção Básica, o fortalecimento do vínculo e relações interpessoais entre usuárias e profissionais de saúde. Tecnologia (leve) esta que não se

apresentou nas falas das usuárias.

No modelo assistencial vigente, biomédico hegemônico, o processo de trabalho carece de uma interação de saberes e práticas, necessárias para o cuidado integral à saúde. Neste estudo, ao ser identificada como necessidade de saúde, a realização de mamografia evidencia que no atual modo de produção de saúde o uso de tecnologias duras prevalece em detrimento de tecnologias leve-duras e duras.

[...] me faz algumas perguntas aí depois a gente tira só a calcinha, colhe o preventivo e acabou... Mas para ver se tenho alguma coisa no peito nunca fizeram nada não. E.20, 29 anos

Mudar o modelo assistencial requer uma inversão das tecnologias de cuidado a serem utilizadas na produção da saúde. Um processo de trabalho centrado nas tecnologias leve e leve-duras é a condição para que o serviço seja produtor do cuidado integral.

Segundo Protocolo de Atenção Básica (BRASIL, 2015), para efetivo controle do câncer de mama a Atenção Básica deve estar organizada para:

Receber as mulheres e realizar o exame clínico das mamas.  
 Receber os resultados e encaminhar aqueles que indiquem necessidade maior de investigação.  
 Realizar reuniões educativas sobre câncer visando a conscientização para o cuidado com a própria saúde, à importância da prevenção.  
 Realizar busca ativa, na população alvo das mulheres que nunca realizaram o exame clínico das mamas.  
 Encaminhar para unidade de referência os casos com exame clínico alterados.

Não é falta de incentivo, manuais e protocolos que inviabilizam ações mais ampliadas para a detecção precoce do câncer de mama na Atenção Básica. Mesmo o público alvo estar sendo atendido na rede básica, não há a realização do exame clínico das mamas pelo enfermeiro, impossibilitando o encaminhamento para as unidades de referência para os casos com exame clínicos alterados. É notório que a concepção de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama ficam restritos na realização da mamografia.

O meu ginecologista, o Dr ... que me pediu umas três mamografias. Aquele de mexer na mama ninguém nunca fez não. E.2, 62 anos

[...] a gente tira só a calcinha, colhe o preventivo e acabou. Só isso... Mas para ver se tenho alguma coisa no peito nunca fizeram nada não. E.20, 29 anos

Apesar do rastreamento por mamografia reduzir em aproximadamente 15% o risco de mortalidade por câncer de mama, a mamografia aumenta o risco de sobrediagnóstico e

sobretratamento, ou seja, para cada 2 mil mulheres convidadas a realizar o rastreamento por um período de 10 anos, uma terá sua vida prolongada e 10 receberão tratamento desnecessário (ANDRADE et al., 2012).

A ação do enfermeiro voltada para a mama da mulher está direcionada para a amamentação do filho (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2012). Os serviços de saúde são contextos instauradores de necessidades. Eles estabelecem demandas e consumos, afinal o saber técnico e a ação profissional reproduzem e instauram necessidades em saúde (OLIVEIRA, 2012). O modelo assistencial vigente, modelo biomédico, caracteriza a ação profissional que realiza o cuidado. Considerando que a ação profissional instaura necessidades em saúde, constatamos que a não realização de ações de detecção precoce possíveis na Atenção Básica e a solicitação de pedido de mamografia pelo profissional para ser feito na atenção secundária se traduz para as usuárias do serviço que detecção precoce do câncer de mama é sinônimo de realização de mamografia.

O Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres (BRASIL, 2015), Caderno de Atenção Básica - Controle dos cânceres do colo do útero e de mama (BRASIL, 2013a) e o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2012) dialogam com a concepção de saúde do modelo biomédico enquanto que a Política Nacional de Atenção Básica (BRASIL, 2012) e a Política Nacional de Promoção da Saúde trabalham com o conceito mais ampliado de saúde. Considerando que os profissionais pautam suas ações em protocolos e manuais é compreensível que embora reconheça a finalidade da organização e propósito de atuação da Atenção Básica, sua prática assistencial se restrinja a ações centradas no corpo físico da mulher, seja como objetivo identificar anormalidades físicas ou não (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Embora na introdução dos citados documentos há o discurso da importância dos serviços e dos profissionais de saúde em acolher com dignidade a mulher, enfocando-os como sujeitos de direitos, considerando o outro como sujeito e não como objeto passivo da nossa atenção, ambos os documentos possuem como fio condutor as ações profissionais voltadas para o corpo físico.

Tendo como referência para a prática tais documentos no qual este seja o foco da atenção e do modelo vigente, o enfermeiro direciona sua ação profissional para atitudes que cumpram com o que tais materiais preconizam, tais como procedimentos técnicos, interpretação de exames laboratoriais, condutas nas queixas mais frequentes e a organização da atenção à saúde da mulher. Considerando que a ação profissional dos enfermeiros esteja fundamentada no modelo biomédico, as ações de detecção precoce para o câncer de mama

permanecem ocultas em sua prática assistencial. Como dito, o Protocolo de Atenção Básica - Saúde das Mulheres (BRASIL, 2015), Caderno de Atenção Básica - Controle dos cânceres do colo do útero e de mama (BRASIL, 2013a) e o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde (BRASIL, 2012) corroboram com este modelo no qual tem como referência ações profissionais voltadas para a prevenção e detecção precoce do câncer de mama assim como atuação do profissional nas redes de atenção. Desta forma, o enfermeiro deveria ter como um de seus propósitos de assistência à detecção precoce do câncer de mama, o que não ocorre. Sendo assim, mesmo a sua ação profissional sendo fundamentada por um modelo que valoriza sinais e sintomas e tem a sua prática fundamentada no corpo físico, a mesma ação não resulta em atitudes que visem à detecção precoce de anormalidades na mama. Suas ações resultam em atitudes que visem à detecção precoce do câncer do colo do útero.

Se compreendermos que as necessidades de saúde são construídas histórica e socialmente, sendo a expressão particular das necessidades sociais, a produção de necessidades de saúde é influenciada pelo modo como os profissionais de saúde compreendem situações como problemas que vêm a se constituir em necessidades de saúde e pela forma como os serviços de saúde reconhecem e se organizam para atender essas necessidades (SANTOS, 2014). Desta maneira, as necessidades de saúde das mulheres atendidas vão de encontro com a oferta de serviços oferecidos pelo serviço de saúde, no caso desta pesquisa, as mulheres tem como intencionalidade a realização de exames (principalmente o exame citopatológico), uma vez que a ação profissional também é direcionada nesse sentido. Embora as necessidades de saúde sejam construídas socialmente, devem ser captadas individualmente. A possibilidade de ampliação das ações de saúde, considerando todos os ciclos da vida da mulher, da menarca à pós-menopausa, só ocorreu a partir de 1984, com a implantação do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), por demanda do movimento de mulheres organizadas (ANDRADE et al., 2012).

O PAISM institucionalizou a atenção integral à saúde da mulher como uma política do Estado e ocorreram avanços no sentido da integralidade, como a incorporação da desigualdade de gênero e da violência sexual nas ações de saúde. Teve por objetivo geral programar ações de promoção, proteção, assistência e recuperação da saúde, a serem executadas nos diferentes níveis de atenção, que contribuam para a garantia dos direitos humanos das mulheres e reduzam a morbimortalidade por causas evitáveis (BRASIL, 2004).

Em 2004 o Ministério da Saúde criou o documento da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNAISM), que reitera as propostas do PAISM, apontando ações no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, enfocando a atenção obstétrica, o planejamento familiar, a

atenção ao abortamento inseguro e o combate a violência doméstica e sexual, além da prevenção e tratamento de mulheres que vivem com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (HIV/AIDS) e as portadores de doenças crônica e câncer. Um dos principais objetivos desta política é reduzir a morbimortalidade por câncer na população feminina. O Pacto pela Vida (BRASIL, 2006b) possui como uma das prioridades estabelecida a promoção à saúde e o fortalecimento da atenção básica. Para o controle do câncer de mama, definido pelo Pacto, deve-se ter cobertura de 80% para exame preventivo do câncer; cobertura de 60% de mamografia, conforme protocolo; punção aspirativa da mama em 100% dos casos necessários (BRASIL, 2006b). O II Plano Nacional de Política para as Mulheres, publicado em 2008, amplia a atuação do governo federal nas políticas públicas às mulheres, incluindo novas áreas estratégicas e apresenta um capítulo específico à saúde das mulheres, direitos sexuais e reprodutivos.

Porém, dificuldades políticas, técnicas e administrativas dificultaram a operacionalização de uma agenda ampliada. A oferta limitada de serviços, a infraestrutura precária da rede de atenção primária, a falta de integração dos três níveis de complexidade das ações de saúde, profissionais pouco qualificados e altas taxas de mortalidade materna e infantil na década de 1990 contribuíram para a priorização das ações na assistência em planejamento reprodutivo e na gravidez, parto e puerpério (ANDRADE et al., 2012).

Conhecer as características das mulheres da área de abrangência possibilita a elaboração de um planejamento de ações efetivas, por meio de políticas públicas voltadas para a realidade local (SANTOS, 2014). É importante salientar que o controle do câncer de mama não depende apenas de aspectos técnicos, mas também da educação em saúde, que deve permear todo o âmbito das ações de prevenção, rastreamento e detecção precoce (BRASIL, 2013a). É necessário o desenvolvimento de práticas de educação em saúde que destaquem as medidas preventivas, considerando os valores da mulher assistida com utilização de linguagem apropriada, com possibilidade de sensibilizar e promover a adesão às estratégias de controle. Essa adesão depende, dentre vários fatores, das percepções das mulheres sobre os exames e sua importância (BRASIL, 2015).

A supervalorização da mamografia (tecnologia dura) em detrimento do exame clínico das mamas, exame físico e o vínculo estabelecido entre usuária e profissional direciona a compreensão de que as estratégias de controle do câncer de mama é sinônimo da realização somente da mamografia. Só haverá adesão quando houver por parte dos profissionais de saúde e mulheres a compreensão das várias estratégias para o rastreamento, para que assim

ocorra a tomada de decisão para ser submetida a eles e para realizar as atividades que promovam a saúde, melhorando a qualidade de vida.

Campos e Soares (2013) acreditam como estratégia para os enfermeiros atenderem as necessidades de saúde das mulheres na Atenção Básica a implementação eficaz da Linha de Cuidado voltada para as mulheres. Nesta perspectiva, a Linha de Cuidado tem como eixo central ações integrais de cuidado pertencentes a programas, protocolos, planos e políticas públicas inseridas e explicitadas em ações e atividades específicas a serem implementadas segundo um plano de *prioridades de cuidado*, também denominado de *responsabilidade e ações mínimas de cuidado*, e segundo as necessidades sociais de cuidado de individualidades e coletividades, previamente estabelecidas e pactuadas nas instâncias federal, estadual e municipal.

O Caderno de Atenção Básica- Controle dos cânceres de colo do útero e mama (BRASIL, 2013a) explica que as linhas de cuidado são estratégias de estabelecimento do percurso assistencial com o objetivo de organizar o fluxo dos indivíduos, de acordo com as suas necessidades. A Linha de Cuidado do Câncer de Mama, disposto no referido documento, tem a finalidade de assegurar à mulher o acesso humanizado e integral às ações e serviços qualificados para promover a prevenção do câncer de mama, acesso ao diagnóstico precoce e ao tratamento adequado.

Este estudo identificou a realização da mamografia como uma necessidade de saúde da mulher atendida na Atenção Básica como estratégia de detecção precoce. Foi exposta a necessidade dos profissionais de saúde incorporar em sua prática assistencial outras formas de prevenção e detecção precoce disponíveis na Atenção Básica e de como essa estratégia pode modificar a forma como as mulheres compreendem o cuidado com a sua saúde, o potencial que determinadas tecnologias permitirá vínculo maior com o profissional de saúde além de possibilitar o empoderamento feminino ampliando a atuação fora do escopo do acesso estritamente a tecnologias duras (mamografia), como identificado nas falas das mulheres entrevistadas.

Corroborar com este entendimento as estratégias pertencentes a Linha de Cuidado do Câncer de Mama (BRASIL, 2013a) que possui ações como: fortalecer e ampliar o acesso às informações relativas à prevenção do câncer da mama, enfatizando que o controle de peso e da ingestão de álcool, além da amamentação e da prática de atividades físicas como formas de preveni-lo; fortalecer e ampliar o acesso às informações sobre a detecção precoce do câncer da mama para todas as mulheres, ressaltando o alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer da mama.

Pelo fato da realização da mamografia pertencer a uma ação realizada na atenção secundária e terciária, não podemos afirmar que a detecção precoce do câncer de mama é uma necessidade de saúde da mulher assistida na atenção básica e sim da mulher atendida na atenção de alta complexidade. Porém, não podemos desconsiderar que a mulher que procura o serviço de saúde nas unidades básicas de saúde possui como necessidade a realização da mamografia. Nesta lógica, a Linha de Cuidados do Câncer de Mama (BRASIL, 2013a) inserida no contexto da Atenção Básica, apresenta o Programa Nacional de Qualidade da Mamografia.

O Programa Nacional de Qualidade da Mamografia (PNQM) está organizado de forma a assegurar o estabelecimento das redes atenção, numa perspectiva de ações interligadas de cuidado à saúde como: ter acesso à confirmação diagnóstica; definir e pactuar serviços de referência para confirmação diagnóstica dos casos suspeitos e regular o acesso à confirmação diagnóstica propiciando que casos referenciados pela atenção primária com lesão.

Ainda sob o conceito de trabalho na lógica das redes de atenção, cabe ao profissional de saúde da atenção básica realizar a conduta de acordo com o resultado do exame clínico das mamas. Caso o resultado determine encaminhamento a outro serviço (ou haja a solicitação da realização da mamografia) é fundamental realizar uma solicitação de encaminhamento qualificada, com os dados relevantes sobre a usuária, sobre o quadro clínico e sobre o resultado do exame. Além disso, é necessário que a equipe acompanhe essa mulher, verificando a adesão ao tratamento, se for o caso. Como a Atenção Básica é a coordenadora do cuidado, ela deve acompanhar as usuárias durante todo o tratamento, avaliando a necessidade de intervenções durante esse processo (BRASIL, 2013a).

Campos e Soares (2013) afirmam a importância da Consulta de Enfermagem na lógica da Linha de Cuidado a saúde da mulher. A consulta de enfermagem para os autores atua no sentido de trazer um conjunto de ações realizadas sistematicamente para além de conhecer, intervir numa determinada situação de saúde, considerando-a como tecnologia o Processo de Enfermagem, que está inserido se no âmbito da Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) para a mulher. Na consulta de enfermagem é realizado o Processo de Enfermagem, método lógico e científico de trabalho profissional que envolve etapas como: levantamento de informações, análise dessas informações, definição de prioridades para intervenções, proposta de intervenção, intervenção e avaliação dos resultados.

A SAE insere-se na atenção multiprofissional como contribuição específica do enfermeiro na Linha de Cuidado. Diante das questões apresentadas, o enfermeiro que atua na Atenção Básica deve estar sensibilizado para a importância do seu papel na prestação de

cuidados primários à saúde da mulher considerando as potencialidades que Atenção Básica oferece (BRASIL, 2013a).

A realização do exame clínico das mamas (ECM) com técnica minuciosa possibilita identificar anormalidades que podem contribuir para a detecção precoce do câncer de mama. O ECM também é uma boa oportunidade para o enfermeiro informar a população feminina sobre o câncer de mama, seus sintomas, fatores de risco, detecção precoce e sobre a composição e variabilidade da mama normal (BRASIL, 2015). Sua sensibilidade, a taxa de mulheres com câncer de mama que irão apresentar ECM sugestivo da doença, varia de acordo com o tamanho do tumor e é de cerca de 88% para lesões maiores de 1cm, e 34 a 55% para tumores menores que 1cm (INCA, 2012).

É conhecido que a mamografia é o exame mais confiável para detectar câncer de mama antes que este possa ser palpável ou causar sintomas (BRASIL, 2013a). Estima-se que os cânceres de mama de crescimento lento podem ser identificados por meio da mamografia pelo menos dois anos antes de atingir um tamanho detectável pela população (BRASIL, 2015). Porém, estudos sobre a efetividade da mamografia sempre utiliza o exame clínico como exame adicional, o que torna difícil distinguir a sensibilidade do método como estratégia isolada de rastreamento.

É sabido que o controle do câncer de mama é um desafio para os gestores e profissionais responsáveis pelas políticas de saúde voltadas para as mulheres. Ao mesmo tempo em que apresentam um quadro de alta incidência, esses tipo de câncer tem significativas chances de sucesso na prevenção e no tratamento, quando detectados precocemente (ANDRADE et al., 2012). É importante lembrar que a equipe de profissionais de saúde que atuam na Atenção Básica não deve se eximir da responsabilidade do acompanhamento da mulher ao longo do tempo, independente do tipo de tratamento e do nível de complexidade do sistema no qual ela esteja sendo atendida.

As necessidades em saúde vêm sendo abordadas sob a perspectiva operacional, aquela em que o objeto da atenção em saúde é conformado pela oferta dos serviços de saúde. Essa organização traz como consequência a associação das necessidades em saúde com o consumo dos serviços, geralmente sob a forma de consultas médicas.

O conceito de necessidade em saúde que “subjaz às ações da equipe, focado em agravos, demandas por serviços especializados e protocolos do Ministério da Saúde, é fruto de uma concepção de saúde como ausência de doença, resultando em atividades utilitaristas e reducionistas dos fenômenos do processo saúde-doença (OLIVEIRA, 2012, p. 404).

Oliveira (2012) aponta que a realidade é uma forma da tradução de uma contradição entre as premissas do Sistema Único de Saúde (SUS) e as práticas dos serviços. Enquanto que por um lado é possível observar que o processo saúde-doença ainda é compreendido apenas no seu caráter biológico onde as ações de saúde são realizadas de forma padronizada, vertical e prescritiva; por outro, há uma política que tem como propósito redirecionar o sistema para as necessidades em saúde das coletividades buscando superar o modelo médico hegemônico vigente nos serviços de saúde. Serviços organizados de forma a responder às necessidades em saúde da população devem adotar uma concepção de saúde e doença capaz de interligar os aspectos individuais aos coletivos (OLIVEIRA, 2012).

Os profissionais de saúde devem assumir a responsabilidade de participar na detecção de anormalidades na mama nas consultas de enfermagem. É fundamental a ação do enfermeiro durante as consultas na Atenção à Saúde da Mulher na detecção destas anormalidades por meio do acolhimento, no exame clínico das mamas, na educação em saúde e também na solicitação de exames mais complexos quando necessário.

Oliveira (2012) enfatiza que os trabalhadores de saúde devem levar em conta que as necessidades, uma vez satisfeitas, serão reiteradas ou ampliadas, o que exigirá a instauração de um novo processo de trabalho para continuar a atendê-las. Portanto, satisfazê-las exige compreender as formas de viver de indivíduos e famílias. Os serviços de saúde são contextos instauradores de necessidades. Eles estabelecem demandas e consumos, afinal o saber técnico e a ação profissional reproduzem e instauram necessidades em saúde. E nesse contexto, os usuários participam como instauradores de necessidades, com suas demandas. Necessidades não são somente carecimentos (falta de algo). Pensá-las apenas como carências nega a existência de necessidades que expressam potencialidades humanas (OLIVEIRA, 2012). Mas as carências, traduzidas em demandas, buscam reconhecimento social e também contribuem para a autodeterminação humana.

Uma vez que este estudo identificou como necessidades de saúde das mulheres atendidas na Atenção Básica medidas voltadas para a detecção precoce do câncer do colo do útero e câncer de mama (ainda que através da mamografia), faz-se necessário atender as estas necessidades de saúde, atuando de forma ampla e integral. Ampliar o escopo da atuação nas medidas de rastreamento e detecção precoce do câncer de mama explicitadas neste estudo, tendo como pano de fundo a incorporação do modelo de assistência proposta pela Política Nacional de Atenção Básica e a Política Nacional de Promoção da Saúde faz-se urgente. Não nos falta Manuais e Protocolos com embasamento para uma prática voltada a atender estas necessidades de saúde. Falta-nos compreensão da importância de colocar em nossa prática

profissionais ações voltadas para o conceito ampliado de saúde presente em nossa legislação desde a Constituição Brasileira. As necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres é uma resposta de como a organização e operacionalização da Atenção Básica atua, ainda enraizada no modelo biomédico.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta investigação possibilitou a compreensão da motivação das mulheres em procurar atendimento na atenção básica. A análise do processo de tomada de decisão em ir à unidade permitiu revelar que a mulher procura o serviço com o objetivo de cuidar da saúde mediante realização de exames. A compreensão do processo trouxe à tona conceitos fundamentais de necessidades de saúde que fundamentam a ação das mulheres na perspectiva de serem atendidas na Unidade Básica de Saúde. A fenomenologia de Alfred Schutz permitiu desvelar o fenômeno estudado, com destaque para os motivos existenciais que fundamentaram a decisão da mulher em ser atendida no âmbito da Atenção Básica de Saúde. Aponta, portanto, que as necessidades de saúde das mulheres que chegam aos serviços de saúde são apresentadas como demandas.

Enquanto a realização do exame citopatológico, caracterizado com "preventivo" seja o motivo que leve as mulheres em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Atenção Básica, a realização da mamografia se apresenta como uma necessidade "travestida" em um demanda específica. A identidade da mulher em procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na atenção básica está ancorada na realização de exames, sendo tal característica identitária sedimentada no seu mundo social. As necessidades em saúde vêm sendo abordadas sob a perspectiva operacional, conformado pela oferta dos serviços de saúde. Essa organização traz como consequência a associação das necessidades em saúde como consumo dos serviços, geralmente sob forma de consultas médicas. O conceito de necessidade em saúde focado em agravos tem como resultado a concepção de saúde como ausência de doença em um cenário de assistência que não condiz com a sua proposta de ação, a Atenção Básica.

Enquanto o conceito de necessidade de saúde que fundamenta as ações das equipes de saúde da Atenção Básica for calcada em agravos e demandas por serviços especializados, tendo como pano de fundo a concepção de saúde como ausência de doença influenciará constantemente a percepção pelas mulheres quanto a estrutura da realidade social da Atenção Básica, traduzido como o típico da ação procurar atendimento na Atenção Básica para cuidar da saúde mediante realização de exames.

Trazer para a prática assistencial da Atenção Básica o conceito de necessidades de saúde de forma ampliada e relacionada com os determinantes sociais de saúde é um dever para legitimar as Políticas e Programas de Atenção Básica que tem como preceito superar o

modelo biomédico hegemônico. Para isso destaca a necessidade de conceituar necessidades em saúde de forma que os trabalhadores da área possam se apropriar do conceito e implementá-lo no cotidiano do trabalho em saúde. O conceito ampliado de necessidades de saúde permitirá não somente atender as necessidades de saúde das mulheres atendidas na Unidade Básica, como também reiterá-las ou ampliá-las, o que exigirá a instauração de um novo processo de trabalho.

As necessidades de saúde podem funcionar como analisadoras das práticas em saúde, considerando que seu reconhecimento e enfrentamento estão vinculados aos princípios do SUS, o que implica por parte das equipes de saúde, em esforço de tradução e atendimento às necessidades trazidas pela população. A categoria concreta do vivido que emergiu nesta pesquisa é uma resposta ao desafio de implementação para a prática profissional do conceito ampliado a saúde presente na nossa constituição e nos princípios do SUS.

## REFERÊNCIAS

AAROE, J. et al. Gene expression profiling of peripheral blood cells for early detection of breast cancer. *Breast Cancer Res.*, London, v. 12, n. 1, p. R7, 2010.

ACIOLI, S. et al. Práticas de cuidado: o papel do enfermeiro na atenção básica. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 22, n. 5, p. 637-642, 2014.

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Breast Cancer Overview*. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/cid/documents/webcontent/003037-pdf.pdf>>. Acesso em: 05 ago. 2013.

AMERICAN COLLEGE OF RADIOLOGY. *American College of Radiology BI-RADS® ATLAS and MQSA: frequently asked questions (updated: DRAFT 11/29/12)*. Reston, 2012.

ANDERSON, B. O.; CAZAP, E. Breast health global initiative (BHGI) outline for program developomenting Latin America. *Salud Pública Méx.*, México, v. 51, n. 2, p. s309-s315, 2009.

ANDRADE, C. J. M. et al. Saúde da Mulher: desafios para enfermeiros que atuam na atenção primária. In: SOUZA, M. C. M.; HORTA, N. C. *Enfermagem em saúde coletiva: teoria e prática*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012. p. 232-265.

AZEVEDO, A. C.; KOCH, H. A.; CANELLA, E. O. Auditoria em centro de diagnóstico mamário para detecção precoce de câncer de mama. *Radiol. bras.*, São Paulo, v. 38, n. 6, p. 431-434, 2005.

AZEVEDO e SILVA, G. et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, jul. 2014.

BAPTISTA, P. C. P.; MERIGHI, M. A. B.; FREITAS, G. F. El estudio de la fenomenología como una via de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cult. Cuid.*, Valencia, v. 15, n. 29, p. 9-15, 2011. Disponível em: <[http://bibliotecadigitalcecovia.es/contenido/revistas/cat5/pdf/Cultura\\_Cuidados\\_29.pdf](http://bibliotecadigitalcecovia.es/contenido/revistas/cat5/pdf/Cultura_Cuidados_29.pdf)>. Acesso em: 27 set. 2015

BONI, V.; QUARESMA, S. J. Aprendendo a entrevistar: como fazer entrevistas em ciências sociais. *Em tese Rev. Eletr. Pós Graduandos Sociol. Polít. UFSC.*, Florianópolis, v. 2, n. 1, p. 68-80, jan./jul. 2005. Disponível em: <[https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1255603/mod\\_resource/content/0/Aprendendo\\_a\\_entrevistar.pdf](https://moodle.ufsc.br/pluginfile.php/1255603/mod_resource/content/0/Aprendendo_a_entrevistar.pdf)>.

BORDIGNON, S. S. et al. Questões éticas do cotidiano profissional e a formação do enfermeiro. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 94-99, 2011.

BRASIL. *Constituição da República Federativa do Brasil*: texto constitucional promulgado em 5 de outubro de 1988, com as alterações determinadas pelas Emendas Constitucionais de Revisão nos 1 a 6/94, pelas Emendas Constitucionais nos 1/92 a 91/2016 e pelo Decreto Legislativo no 186/2008. Brasília, DF: Senado, 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 7498/86, de 25 de junho de 1986. Dispõe sobre a regulamentação do exercício da enfermagem, e dá outras providências. Brasília, DF, 1986. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L7498.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L7498.htm)>. Acesso em: 22 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8080/90, 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. Brasília, DF, 1990a. Disponível em: <[https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/LEIS/L8080.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/LEIS/L8080.htm)>. Acesso em: 25 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Lei nº 8142/90, de 28 de dezembro de 1990. Dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde e dá outras providências. Brasília, DF, 1990b. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8142.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8142.htm)>. Acesso em: 25 set. 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Superior. *Resolução CNE/CES nº 3*, de 7 de novembro de 2001. Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de Graduação em Enfermagem. Brasília, DF, 2001.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo uterino e da mama*. Brasília, DF, 2006a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Diretrizes Operacionais dos pactos pela vida em defesa do SUS e da gestão*. Brasília, DF, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. *Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres*. Brasília, DF, 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Manual técnico do cadastro nacional de estabelecimentos de saúde*. Versão 2. Brasília, DF, 2006c. Disponível em: <[http://www.prosaude.org.br/legislacao\\_2013/Manuais/manual\\_pratico\\_para\\_elaboracao\\_projetos\\_ubs.pdf](http://www.prosaude.org.br/legislacao_2013/Manuais/manual_pratico_para_elaboracao_projetos_ubs.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Núcleo Tecnológico da Política Nacional de Humanização. *Humaniza SUS: política nacional de humanização: a humanização como eixo norteador das práticas de atenção e gestão em todas as instâncias do SUS*. Brasília, DF, 2004. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus\\_2004.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/humanizasus_2004.pdf)>. Acesso em: 02 out. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde*. Brasília, DF, 2010a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde: revisão da Portaria MS/GM nº 687, de 30 de março de 2006*. Brasília, DF, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política nacional de saúde integral de lésbicas, gays, bissexuais, travestis e transexuais*. Brasília, DF, 2010b. Disponível em: <[http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional\\_SaudeIntegral\\_LGBT.pdf](http://www.abglt.org.br/docs/PoliticaNacional_SaudeIntegral_LGBT.pdf)>. Acesso em: 01 set. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1889, de 18 de novembro de 1997. Aprova Normas e Diretrizes do Programa Agentes Comunitários da Saúde e do Programa Saúde da Família. Legislação do SUS. Brasília, DF: CONASS, 2003.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 2488, de 21 de outubro de 2011. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília, DF, 2011a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. *Prevenção do câncer do colo do útero: manual técnico para laboratórios*. Brasília, DF, 2002. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual\\_profissionaisdesaude.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/manual_profissionaisdesaude.pdf)>. Acesso em: 16 mar. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Pré Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico*. Brasília, DF, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. *Controle dos cânceres do colo do útero e da mama*. 2. ed. Brasília, DF, 2013a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes*. Brasília, DF, 2011b. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_mulher\\_principios\\_diretrizes.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf)>. Acesso em: 13 jul. 2014.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. *Direitos sexuais e direitos reprodutivos: uma prioridade do governo*. Brasília, DF, 2005. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha\\_direitos\\_sexuais\\_reprodutivos.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartilha_direitos_sexuais_reprodutivos.pdf)>. Acesso em: 05 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Manual de atenção à mulher no climatério/menopausa*. Brasília, DF, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Política Nacional de Atenção Básica*. Brasília, DF, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. *Plano integrado de enfrentamento da feminização da epidemia de Aids e outras doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano\\_feminizacao\\_final.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/plano_feminizacao_final.pdf)>. Acesso em: 04 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF, 2013b. Disponível em: <<http://spm.gov.br/pnpm/publicacoes/plano-nacional-de-politicas-para-as-mulheres-2013>>. Acesso em: 18 jul. 2013.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria de Políticas para as Mulheres. *Política nacional de enfrentamento à violência contra as mulheres*. Brasília, DF, 2011c. Disponível em: <<http://www.compromissoeatitude.org.br/wp-content/uploads/2012/08/Politica-Nacional.pdf>>. Acesso em 12 ago. 2015.

\_\_\_\_\_. Presidência da República. Secretaria Especial de Políticas para as mulheres. *II Plano nacional de políticas para as mulheres*. Brasília, DF, 2008b. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/cne/arquivos/pdf/CES03.pdf>>. Acesso em: 24 jun. 2015

BRAY, F. et al. Global cancer transitions according to the Human Development Index (2008-2030): a population-based study. *Lancet Oncol.*, London, v. 13, n. 8, p. 790-801, May 2012. Disponível em: <doi: 10.1016/S1470-2045(12)70211-5>. Acesso em: 10 fev. 2016.

BRITO, C. *Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do Sistema Único de Saúde no estado do Rio de Janeiro*. 2004. 130f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 6, p. 874-881, 2005. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600002>>. Acesso em: 19 fev. 2016.

BROOKS, J.; CAIRNS, P.; ZELENIUCH-JACQUOTTE, A. Promoter methylation and the detection of breast cancer. *Cancer Causes Control.*, Oxford, v. 20, n. 9, p. 1539-1559, 2009.

CAMARGO, J. R. et al. Avaliação da Atenção Básica pela ótica político-institucional e da organização da atenção com ênfase na integralidade. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 24, n. 1, p. 58-68, jan./mar. 2008.

CAMATTA, M. W. et al. Contribuições da sociologia fenomenológica de Alfred Schütz para as pesquisas em enfermagem: revisão de literatura. *Online Braz. J. Nurs.*, Niterói, v. 7, n. 2, 2008. Disponível em: <<http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.1676-4285.2008.1446/383>>. Acesso em: 12 abr. 2014.

CAMPOS, C. M. S.; BATAIERO, M. O. Necessidades de saúde: uma análise da produção científica brasileira de 1990 a 2004. *Interface Comun. Saúde Educ.*, Botucatu, v. 11, n. 23, p. 605-618, 2007.

CAMPOS, C. M. S.; MISHIMA, S. M. Necessidades de saúde pela voz da sociedade civil e do Estado. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 4, p. 1260-1268, 2005.

CAMPOS, C. M. S.; SOARES, C. B. *Fundamentos de Saúde Coletiva e o cuidado de Enfermagem*. Barueri: Manole, 2013.

CAPALBO, C. *Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schutz*. 2. ed. Londrina: UEL, 1998.

CAPRA, F. *O ponto de mutação*. 30. ed. São Paulo: Cortez, 2012.

CARLI, R. et al. Acolhimento e vínculo nas concepções e práticas dos agentes comunitários de saúde. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 23, n. 3, p. 626-632, 2014.

CARVALHO, M. D. B.; VALLE, E. R. M. A pesquisa fenomenológica e a enfermagem. *Acta Scien.*, Maringá, v. 24, n. 3, p. 843-847, 2002.

CECÍLIO, L. C. O. As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção à saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UFRJ/ABRASCO, 2001. p. 113-127.

CECÍLIO, L. C. O.; MERHY, E. E. *A integralidade do cuidado como eixo da gestão hospitalar*. Campinas, 2003. (mimeo)

COELHO, E. A. C. et al. Integralidade do cuidado à saúde da mulher: limites da prática profissional. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 154-160, jan./mar. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n1/v13n1a21.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2015.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (Brasil). *Resolução COFEN-159/1993*. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993\\_4241.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-1591993_4241.html)>. Acesso em: 10 out. 2016.

\_\_\_\_\_. *Resolução COFEN-311/2007*. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007\\_4280.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-2402000-revogada-pela-resoluo-cofen-3112007_4280.html)>. Acesso em: 14 out. 2016.

\_\_\_\_\_. *Resolução COFEN 358/2009*. Disponível em: <[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009\\_4384.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html)>. Acesso em: 10 out. 2016.

COSTA, W. B. et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. *REME Rev. Min. Enferm.*, Belo Horizonte, v. 16, n. 1, p. 31-37, 2012.

DAVIS, M. A.; HANASH, S. High-throughput genomic technology in research and clinical management of breast cancer-plasma-based proteomics in early detection and therapy. *Breast Cancer Res.*, London, v. 8, n. 6, p. 217, 2006. Disponível em: <<http://breast-cancer-research.com/content/8/6/217>>. Acesso em: 24 abr. 2015.

DOMINGOS, S. R. F. *O significado da ação de provocar o aborto na adolescência: uma abordagem da fenomenologia social sob a perspectiva de mulheres*. 2011. 103f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2011.

EGRY, E. Y. et al. Instrumentos de avaliação de necessidades em saúde aplicáveis na Estratégia de Saúde da Família. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. esp. 2, p. 1181-1186, 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43nspe2/a06v43s2.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.

ELIAS, P.; COHN, A. *Saúde no Brasil: políticas e organização de serviços*. São Paulo: Cortez/ CEDEC, 1996. 117p.

FERREIRA, D. B.; MATTOS, I. E. Trends in mortality due the breast cancer among women in the state of Rio de Janeiro, Brazil, 1996-2011. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 3, n. 20, p. 895-903, 2015.

FERREIRA, V. A.; ACIOLI, S. Prática de cuidado desenvolvida por enfermeiros na atenção primária em saúde: uma abordagem hermenêutico-dialética. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 53-535, out./dez. 2010.

FERTONANI, H. P. et al. Modelo assistencial em saúde: conceitos e desafios para a atenção básica brasileira. *Ciênc. saúde coletiva*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 6, p. 1869-1878, 2015.

FONTES, C. A. S.; ALVIM, N. A. T. Cuidado humano de enfermagem: a cliente com câncer sustentado na prática dialógica da enfermeira. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 193-199, 2008.

FOROUZANFAR, M. H. Breast and cervical cancer in 187 countries between 1980 and 2010: a systematic analysis. *Lancet*, London, v. 278, n. 9801, p. 1461-1484, 2011. Disponível em: <[doi: 10.1016/S0140-6736\(11\)61351-2](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(11)61351-2)>. Acesso em: 19 fev. 2016.

FREITAS, G. L. et al. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. *Rev. Eletr. Enf.*, Goiânia, v. 11, n. 2, p. 424-428, 2009. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm>>. Acesso em: 18 mar. 2015.

GALUKANDE, M.; KIGULI-MALWADDE, E. Rethinking breast cancer screening strategies in resource-limited settings. *Afr. health Sci.*, Kampala, v. 1, n. 10, p. 89-92, 2010.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce. *Rev. Enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 362-367, 2009.

GUEDES, C. R.; PITOMBO, L. B.; BARROS, M. E. B. Os processos de formação na Política Nacional de Humanização: a experiência de um curso para gestores e trabalhadores da atenção básica de saúde. *Physis: Rev. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 4, p. 1087-1103, 2009. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000400010&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-73312009000400010&script=sci_arttext)>. Acesso em: 22 set. 2014.

HARFORD, J. et al. Breast health guideline implementation in low- and middle-income countries (LMCs): breast healthcare program resource allocation. *Cancer*, U.S., v. 113, n. 88, p. 2282-2296, 2008. Disponível em: <doi: 10.1002/cncr.23842>. Acesso em: 30 mar. 2015.

HELLER, A. *Una revisión de la teoría de las necesidades*. Barcelona: Ediciones Paidós, 1996.

HENRIQUES, R. L. M.; ACIOLI, S. A expressão do cuidado no processo de transformação curricular da Faculdade de Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da integralidade*. Rio de Janeiro: ABRASCO, 2004. p. 293-305.

HINO, P. et al. Necessidades em saúde e atenção básica: validação de instrumentos de Captação. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 43, n. 2, p. 116-167, 2009.

HORTA, W. A. *Processo de Enfermagem*. São Paulo: EDUSP, 1979.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer*. Rio de Janeiro, 2011a.

\_\_\_\_\_. *Acções de enfermagem para o controle do câncer : uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed. atual. amp. Rio de Janeiro, 2008a.

\_\_\_\_\_. *Controle do Câncer de Mama*. Rio de Janeiro, 2004.

\_\_\_\_\_. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2011b.

\_\_\_\_\_. *Mama*. Disponível em: <[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer\\_mama](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama)>. Acesso em: 19 fev. 2015.

\_\_\_\_\_. *Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 21 jun. 2014.

\_\_\_\_\_. *Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012*. Rio de Janeiro, 2012.

\_\_\_\_\_. *Sistema de informação do câncer: manual preliminar para apoio à implantação*. Rio de Janeiro, 2013.

JESUS, M. C. P. et al. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 736-741, 2013.

\_\_\_\_\_. A fenomenologia social de Alfred Schutz e sua contribuição para a enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 47, n. 3, p.736-741, 2013 apud SCHUTZ, A. *El problema de la realidad social*. Escritos I. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

JONES, L. et al. Between and within: international perspectives on cancer health disparities. *J. Clin. Oncol.*, New York, v. 24, p. 2204-2208, 2006.

KEMP, C. et al. *Câncer de Mama - Prevenção Primária*. Projeto Diretrizes. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo, 2002. Disponível em: <[http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto\\_diretrizes/025.pdf](http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/025.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2014.

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

LEMOS, A. Direitos sexuais e reprodutivos: percepção dos profissionais da atenção primária em saúde. *Saúde debate*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 101, p. 244-253, abr./jun. 2014.

LEWIS, S. et al. *El cáncer de mama en América Latina y El Caribe. Desafíos para su prevención y control*. México: Fundación Mexicana para la Salud, Documento de Trabajo, 2008.

LOZANO-ASCENCIO, R. et al. Tendencias del cáncer de mama en América Latina y el Caribe. *Salud Pública de Méx.*, México, v. 51, n. 2, p. 147-156, 2009.

MAI, V.; SULLIVAN, T.; CHIARELLI, A. M. Breast cancer screening program in Canada: Success and challenges. *Salud Publica Mex.* México, v. 51, n. 2, p. 228-235, 2009.

MALTA, D. C. et al. A vigilância e o monitoramento das principais doenças crônicas não transmissíveis no Brasil - Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Rev. Bras. Epidemiol.*, São Paulo, v. 18, n. 2, p. 3-16, 2015.

MANDÚ, E. N. T. A expressão de necessidades no campo de atenção básica à saúde sexual. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 58, n. 6, p. 703-709, nov./dez. 2005. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000600014&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672005000600014&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 23 fev. 2016.

MARTINEZ-ALONSO, M. et al. Breast cancer incidence and overdiagnosis in Catalonia (Spain). *Breast. Cancer Res.*, London, v. 12, n. 4, p. 3-11, 2010.

MARTINS, J.; BICUDO, M. A. V. *A pesquisa qualitativa em psicologia: fundamentos e recursos básicos*. 5. ed. São Paulo: Centauro, 2005.

MATTOS, R. A.; PINHEIRO, R. (Org.). *Os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde*. Rio de Janeiro: UERJ, IMS; ABRASCO, 2006.

MEDEIROS, P. F.; GUARESCHI, N. M. F. Políticas públicas de saúde da mulher: a integralidade em questão. *Est. Feministas*, Florianópolis, v. 17, n. 1, p. 31-48, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100003>> Acesso em: 02 fev. 2015.

MENDES, E. V. *O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da Estratégia da Saúde da Família*. Brasília, DF: OPAS, 2012.

- MERHY, E. E. *O ato de cuidar: a alma dos serviços de saúde?* Campinas, 1999. Disponível em: <[http://www.puc.sp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato\\_cuidar.pdf](http://www.puc.sp.br/prosaude/downloads/bibliografia/ato_cuidar.pdf)>. Acesso em: 20 jan. 2014.
- MERHY, E. E.; FRANCO, T. B. Por uma composição técnica do trabalho centrada no campo relacional e nas tecnologias leves. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 65, p. 316-323, set./dez. 2003. Disponível em: <[http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao\\_tecnica\\_do\\_trabalho\\_emerson\\_merhy\\_tulio\\_franco.pdf](http://www.professores.uff.br/tuliofranco/textos/composicao_tecnica_do_trabalho_emerson_merhy_tulio_franco.pdf)>. Acesso em: 28 jul. 2014.
- MERHY, E. E.; ONOCKO, R. (Org.). *Agir em saúde: um desafio para o público*. São Paulo: Hucitec, 1997.
- MONTAZERI, A. et al. Delayed presentation in breast cancer: a study in Iranian women. *BMC Womens Health*, London, v. 3, p. 4, 2003. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1472-6874/3/4>>. Acesso em: 28 nov. 2014.
- NIGENDA, G.; CABALLERO, M.; GONZÁLEZ-ROBLEDO, L. M. Barreras de acceso al diagnóstico temprano del cáncer de mama en el Distrito Federal y en Oaxaca. *Salud Pública Méx.*, México, v. 51, n. 2, p. s254-s262, 2009.
- NOGUEIRA, V. R. M. Determinantes sociais da saúde: o embate teórico e o direito à saúde. *R. Pol. Publ.*, São Luis, v. 16, n. 2, p. 481-491, 2012.
- NOTHACKER, M. et al. Early detection of breast cancer: benefits and risks of supplemental breast ultrasound in asymptomatic women with mammographically dense breast tissue. A systematic review. *BMC Cancer*, London, v. 9, p. 335. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19765317>>. Acesso em: 24 abr. 2015.
- OLIVEIRA, D. M. *O processo de tomada de decisão da mulher obesa pela cirurgia bariátrica: uma abordagem compreensiva*. 2013. 125f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2013.
- OLIVEIRA, M. A. C. (Re)significando os projetos cuidativos de Enfermagem à luz das necessidades em saúde da população. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 65, n. 3, p. 401-405, 2012.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. *Declaração Política do Rio sobre Determinantes Sociais da Saúde*. 2011. Disponível em: <[www.saudecomdilma.com.br/.../leia-a-declaracao-politica-do-rio-sob](http://www.saudecomdilma.com.br/.../leia-a-declaracao-politica-do-rio-sob)>. Acesso em: 13 jan. 2017.
- OSORIO, R. G.; SERVO, L. M. S.; PIOLA, S. F. Necessidade de saúde insatisfeita no Brasil: uma investigação sobre a não procura de atendimento. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 9, p. 3741-3754, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v16n9/a11v16n9.pdf>>. Acesso em: 23 out. 2015.
- PAGANINI, M. C.; EGRY, E. Y. The ethical component of professional competence in nursing: an analysis. *Nurs. Ethics.*, London, v. 18, n. 4, p. 571-582, 2011.

PASSMAN, L. J. et al. SISMAMA – implementation of an information system for breast cancer early detection programs in Brazil. *Breast*, Edinburgh, v. 10, n. 2, p. S35-S39, 2011.

PECORELLI, S. Cancer in women. *Int. J. Gynecol. Obstetr.*, Geneva, v. 82, n. 3, set. 2003.

PEDUZZI, M. Mudanças tecnológicas e seu impacto no processo de trabalho em saúde. *Trab. Educ. Saúde*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 75-91, 2002.

PEREIRA, J. S. et al. Saberes de enfermeiros acerca do processo de enfermagem à luz do modelo conceitual de Wanda de Aguiar Horta. *Rev. Pesqui. Cuid. Fundam.*, Rio de Janeiro, v. 4, p. 2437-2447, abr./jun. 2012. Disponível em: <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3972097>>. Acesso em: 25 out. 2013.

PINHEIRO, R. et al. Demanda em saúde e direito à saúde: liberdade ou necessidade? algumas considerações sobre os nexos constituintes das práticas de integralidade. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. *Construção social da demanda: direito à saúde, trabalho em equipe, participação e espaços públicos*. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2010. p. 33-54.

POPIM, R. C.; BOEMER, M. R. Cuidar em oncologia na perspectiva de Alfred Schutz. *Rev. Latino-am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 13, n. 5, p. 677-685, set./out. 2005.

PRADO, C.; LEITE, M. M. J. Understanding the intentions of actions of a multiprofessional teaching staff at a nursing undergraduate course. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 63, n. 4, p. 548-554, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n4/08.pdf>>. Acesso em: 31 mar. 2015.

RIO DE JANEIRO (RJ). *Plano Estratégico da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro 2009-2012 - pós-2016. O Rio mais integrado e competitivo*. Rio de Janeiro, 2010.

\_\_\_\_\_. Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. Coordenação de Saúde da Família. *Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária a Saúde*. Rio de Janeiro: Superintendência de Atenção Primária, 2012.

SANTOS, M. R. R. *Consulta ginecológica: o que os serviços oferecem e o que as usuárias procuram?* 2014. 148f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2014.

SANTOS, S. B. L.; KOCH, H. A. Análise do Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. *Radiol. Bras.*, Rio de Janeiro, v. 43, p. 295-301, 2010.

SARRETA, F. O. Educação permanente em saúde para os trabalhadores do SUS. São Paulo: Cultura Acadêmica, 2009.

SCHAEFER, R.; JUNGES, J. R. A construção da competência ética na percepção de enfermeiros da Atenção Primária. *Rev. Esc. Enferm. USP*, São Paulo, v. 48, n. 2, p. 329-334, 2014.

SCHRAIBER, L. B. Necessidades de saúde, políticas públicas e gênero: a perspectiva das práticas profissionais. *Ciênc. Saúde Colet.*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 10, p. 2635-2644, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n10/13.pdf>>. Acesso em: 10 jan. 2015.

SCHUMMER, M. et al. Comparison of breast cancer to healthy control tissue discovers novel markers with potential for prognosis and early detection. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 5, n. 2, p. e9122. Disponível em: <[doi:10.1371/journal.pone.0009122](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0009122)>. Acesso em: 23 abr. 2015.

SCHUTZ, A. *Collected Papers I: the problem of social reality*. Netherlands: Nijhoff, 1962.

\_\_\_\_\_. *El problema de la realidad social*. Escritos I. 2. ed. Buenos Aires: Amorrortu, 2008.

\_\_\_\_\_. *Fenomenologia del mundo social*. Introducción a La sociología comprensiva. Paidós: Buenos Aires, 1972.

SCHUTZ, A.; LUCKMANN, T. *Las estructuras del mundo de la vida*. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

SILVA, G. A. et al. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 45, n. 6, p. 1009-1018, 2011.

SILVA, R. V. B. et al. Do elo ao laço: o agente comunitário na construção da integralidade em saúde. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. (Org.). *Cuidado: as fronteiras da Integralidade*. Rio de Janeiro: IMS-UERJ; HUCITEC; ABRASCO, 2004. p. 75-90.

SILVA JÚNIOR, A. G.; ALVES, C. A. Modelos Assistenciais em Saúde: desafios e perspectivas. In: MOROSINI, M. V. G. C.; CORBO, A. D. A. (Org.). *Modelos de atenção e a saúde da família*. Rio de Janeiro: EPSJV; Fiocruz, 2007. p. 27-41.

SORANZ, D.; PINTO, L. F.; PENNA, G. O. Eixos e a reforma dos cuidados em Atenção Primária em Saúde (RCAPS) na cidade do Rio de Janeiro, Brasil. *Ciênc. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 5, p. 1327-1338, 2016.

SOUZA, P. K. R.; MIRANDA, K. C. L.; FRANCO, A. C. Vulnerabilidade: Análise do conceito na prática clínica do enfermeiro em ambulatório de HIV/AIDS. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 64, n. 2, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672011000200026&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S003471672011000200026&script=sci_arttext)>. Acesso em: 10 out. 2014.

STARFIELD, B. *Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia*. 2. ed. Brasília, DF: Unesco; Ministério da Saúde, 2004.

STOTZ, E. N. Os desafios para o SUS e a educação popular: uma análise baseada na dialética da satisfação das necessidades de saúde. In: ROCHA, C. M. F. et al. (Org.). *Ver-SUS Brasil: cadernos de textos*. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. p. 284-299.

\_\_\_\_\_. *Necessidades de saúde: mediações de um conceito*. 1991. 765p. Tese (Doutorado em Saúde Pública) - Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 1991.

- TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. *Saúde Debate*, Londrina, v. 27, n. 65, p. 257-277, 2003.
- TEIXEIRA, R. R. Humanização e atenção primária em saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*. Rio de Janeiro, v. 10, n. 2, p. 585-597, abr./jun. 2005.
- TERRA, M. G. et al. Na trilha da fenomenologia: um caminho para a pesquisa em enfermagem. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 4, p. 672-678, 2006.
- THULER, L. C. S.; MENDONÇA, G. A. S. Estadiamento inicial dos casos de câncer de mama e do colo do útero em mulheres brasileiras. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 11, 2005.
- TOCANTINS, F. R.; LIMA, C. A. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. *Rev. Bras. Enferm.*, Brasília, DF, v. 62, n. 3, p. 367-373, maio/jun. 2009.
- TOCANTINS, F. R.; SOUZA, E. F. O agir do enfermeiro em uma unidade básica de saúde: análise compreensiva das necessidades e demandas. *Esc. Anna Nery Rev. Enferm.*, Rio de Janeiro, v. 1, n. 1, p. 143-59, 1997.
- VANZIN, A. S.; NERY, M. E. S. *Consulta de enfermagem: uma necessidade social?* Porto Alegre: RM&L Gráfica, 1996.
- VASQUES, A. L. R.; PERES, M. A. Tendência temporal da mortalidade por câncer de colon e reto em Santa Catarina no período entre 1980 a 2006. *Epidemiol. Serv. Saúde*, Brasília, DF, v. 19, n. 2, p. 91-100, 2012.
- VECCHIA, M. D. *Trabalho em equipe na atenção primária à saúde: o processo grupal como unidade de análise da dialética cooperação-trabalho coletivo*. 2011. 228f. Tese (Doutorado em Medicina) - Faculdade de Medicina de Botucatu, Universidade Estadual Paulista, Botucatu, 2011.
- VILLELA, W. V. et al. Desafios da atenção Básica em Saúde: a experiência de Vila Mariana, São Paulo, Brasil. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1316-1324, jun. 2009.
- WAGNER, H. T. R. *Sobre fenomenologia e relações sociais: Alfred Schutz*. Petrópolis: Vozes, 2012.
- WALDOW, V. R.; BORGES, R. F. Caring and humanization: relationships and meaning. *Acta Paul. Enferm.*, São Paulo, v. 24, n. 3, p. 414-418, 2011. Disponível em: <[http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en\\_17.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n3/en_17.pdf)>. Acesso em: 11 set. 2016.
- WIESNER, C. Determinantes psicológicos, clínicos y sociales del diagnóstico temprano del cáncer de mama en Bogotá, Colombia. *Rev. Col. Cancerol.*, Bogotá, v. 11, n. 1, p. 13-22, 2007.
- XIMENES NETO, F. R. G.; CUNHA, I. C. K.O. Integralidade na assistência à mulher na prevenção do câncer cérvico-uterino: um estudo de caso. *Texto contexto enferm.*, Florianópolis, v. 15, n. 3, p. 427-433, 2006.

YANG, R. J. et al. Motivations and reasons for women attending a Breast Self-Examination training program: a qualitative study. *BMC Women's Health*, London, v. 10, p. 23, 2010.

YOULDEN, D. R. et al. The descriptive epidemiology of female breast cancer: an international comparison of screening, incidence, survival and mortality. *Cancer Epidemiol.*, Amsterdam, v. 36, n. 3, p. 237-248, 2012. Disponível em: <doi:10.1016/j.canep.2012.02.007>. Acesso em: 19 fev. 2016.

ZAGO, A. et al. Mortalidade por câncer de mama em mulheres na Baixada Santista, 1980 a 1999. *Rev. Saúde Pública*, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 641-645, 2005.

ZAPPONI, A. L. B. *O enfermeiro na atenção primária a saúde da mulher: integralidade da assistência?* 2012. 64f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2012.

ZAPPONI, A. L. B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O. M. C. A detecção precoce do câncer de mama no âmbito brasileiro. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 3, p. 386-390, 2012.

\_\_\_\_\_. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 33-38, 2015.

ZHAO, H. et al. A pilot study of circulating miRNAs as potential biomarkers of early stage breast cancer. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 5, n. 10, p. e13735. Disponível em: <doi:10.1371/journal.pone.0013735>. Acesso em: 23 abr. 2015.

**APÊNDICE A - Instrumento**Dados de identificação:

Pseudônimo:

Idade:

Tempo que frequenta a atenção básica:

Ocupação:

Quem mora com você:

Escolaridade:

**Temas a serem apresentados pelo entrevistador, caso não sejam abordados espontaneamente pelo entrevistado, no decorrer da conversa:**

- Idade
- Frequência Unidade Básica de Saúde
- Profissionais que a atenderam na atenção básica de saúde
- Exames realizados voltado para a saúde da mulher
- Exames realizados para rastreamento do câncer de mama
- Serviço que você procura na atenção básica
- Profissionais de Saúde envolvidos no atendimento a saúde da mulher.

**Questões Fenomenológicas:**

Qual é o seu propósito ao procurar a atenção básica de saúde?

O que você espera ao procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde?

Data:

Início da entrevista: \_\_\_\_\_ horas      Término da entrevista: \_\_\_\_\_ horas

## APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título da pesquisa: Necessidade de saúde das mulheres atendidas na atenção básica: a detecção precoce do câncer de mama é uma delas?**

Esta pesquisa está sendo desenvolvida pela doutoranda Ana Luiza Barreto Zapponi do Programa de Pós Graduação, sob orientação do Prof. Dr Octavio Muniz da Costa Vargens. Os objetivos são: Identificar as necessidades de saúde demandadas pelas mulheres atendidas na atenção primária em saúde com relação à detecção precoce do câncer de mama; Descrever experiências vivenciadas por mulheres portadoras de neoplasia mamária quanto à detecção precoce do câncer de mama na atenção primária a saúde; Analisar as necessidades de saúde de mulheres no contexto da atenção primária em saúde com relação à detecção precoce do câncer de mama; Discutir a contribuição do profissional enfermeiro para a atenção as necessidades de saúde da mulher envolvendo a detecção precoce do câncer de mama no contexto da atenção básica.

Sua participação é voluntária. Se decidir participar, você tem plena liberdade para sair do estudo a qualquer momento, sem incorrer nenhuma penalidade. Você poderá fazer todas as perguntas que julgar necessárias antes de concordar em participar do estudo ou a qualquer momento. Você oferecerá informações realistas para os pesquisadores, que podem ser usadas para ajudar outros profissionais em sua prática. Há o risco de, no decorrer da entrevista, você se sentir constrangida. Você tem o direito de não responder ou interromper a entrevista. Você não terá gastos ao participar deste estudo. As entrevistas não serão remuneradas.

Suas respostas serão gravadas em aparelho digital e a entrevista será identificada pelo pesquisador com um código. Todos os dados coletados serão guardados em lugar seguro durante o estudo e num período de 5 anos, sendo destruídos após. Os resultados do estudo podem ser publicados, mas sua identidade não será revelada sem seu consentimento por escrito.

Se você tiver alguma pergunta ou dúvida relacionada ao estudo, entre em contato com: <sup>TEL</sup>**Octavio Muniz da Costa Vargens**, na Av. 28 de setembro, 157, 7o Andar – Vila Isabel - Tel: (21) 2868-8236 (orientavargens@bol.com.br)

**Ana Luiza Barreto Zapponi** (analuu@gmail.com) - Tel: (21) 28688236 ramal 211

Em caso de dúvida quanto à condução ética do estudo, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UERJ (COEP/UERJ) – Rua São Fco. Xavier, 524, Bloco E, 3o andar - sala 3018 – Maracanã, Rio de Janeiro – Tel: (21) 2334-2180 E-mail: [etica@uerj.br](mailto:etica@uerj.br) ou Comitê de Ética em Pesquisa Secretaria Municipal de Saúde - RJ – Rua: Evaristo da Veiga, 16 - Sobreloja – Centro/RJ – Tel: (21) 2215-1485 E-mail: [cepsms@rio.rj.gov.br](mailto:cepsms@rio.rj.gov.br)

Eu li e entendi todas as informações sobre este estudo e todas as minhas perguntas foram respondidas. Portanto, consinto voluntariamente em participar deste estudo.

Nome do entrevistado: \_\_\_\_\_

Assinatura: ..... Local e Data: \_\_\_\_\_

Nome do pesquisador: \_\_\_\_\_

Assinatura: ..... Local e Data: \_\_\_\_\_

## ANEXO - Parecer consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ

## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

## DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** AS NECESSIDADES DE SAÚDE DAS MULHERES ATENDIDAS NA ATENÇÃO BÁSICA: A DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA É UMA DELAS?

**Pesquisador:** OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 56827716.9.0000.5282

**Instituição Proponente:** Faculdade de Enfermagem da UERJ

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

## DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.825.260

## Apresentação do Projeto:

Trata-se de um Projeto de Tese de Doutorado que tem como objeto de estudo as necessidades de saúde das mulheres atendidas na atenção básica. Apresenta como questões norteadoras: Quais são as necessidades de saúde apresentadas pelas mulheres atendidas na atenção básica? A detecção precoce do câncer de mama faz parte das necessidades de saúde dessas mulheres? Como o profissional enfermeiro pode contribuir para atender às necessidades de saúde da mulher e àquelas que envolvem a detecção precoce do câncer de mama no contexto da atenção básica? Trata-se de uma pesquisa qualitativa com abordagem na fenomenologia de

Alfred Schutz. O cenário serão unidades básicas de saúde com ações previstas, de promoção, prevenção e recuperação, voltadas para a saúde da mulher. Os participantes da pesquisa serão mulheres atendidas nessas unidades. Critério de Inclusão: mulheres com idade mínima de 18 anos que são usuárias das unidades básicas de saúde realizando atendimento na área da saúde da mulher. Critério de Exclusão: mulheres com idade inferior a 18 anos ou que não são usuárias das unidades básicas de saúde. Os dados serão obtidos através de entrevista semi-estruturada contendo aspectos relacionados à situação biográfica além das questões fenomenológicas: Qual é o seu propósito ao procurar a atenção básica de saúde?; e, O que você espera ao retornar/procurar atendimento voltado para a saúde da mulher na Unidade Básica de Saúde? A análise dos dados

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.825.260

consistirá inicialmente da transcrição das falas gravadas que trará as questões acerca da situação biográfica e as respostas quanto a questão fenomenológica com o intuito de identificar as categorias que comportam as necessidades de saúde destas mulheres além de identificar os motivos para dos mesmos. Uma vez identificadas as ideias comuns se estabelecerão as categorias concretas do vivido. A terceira etapa consistirá em identificar as relações entre as categorias concretas do vivido para estabelecer o típico da ação da mulher assistida na atenção primária, ou seja, o típico da ação representa a essência, o que é comum a mulher que procura atendimento no contexto da atenção primária em saúde com relação à detecção precoce do câncer de mama.

**Objetivo da Pesquisa:**

Objetivo Primário:

Discutir o papel profissional do enfermeiro para a atenção às necessidades de saúde da mulher e àquelas envolvendo a detecção precoce do câncer de mama no contexto da atenção básica.

Objetivo Secundário:

Identificar as necessidades de saúde demandadas pelas mulheres atendidas na atenção básica em saúde; e,

Analisar as necessidades de saúde de mulheres no contexto da atenção básica em saúde com relação à detecção precoce do câncer de mama.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos: Existe um possível risco da participante se sentir constrangida durante a coleta de dados, caso isso venha ocorrer os pesquisadores garantem o direito dela não responder ou interromper a entrevista.

Benefícios: Não existem benefícios diretos às participantes. Os resultados indicarão possibilidades de mudanças no desenvolvimento das atividades profissionais no âmbito da atenção primária em saúde.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

O Projeto de pesquisa encontra-se bem estruturado e todas as pendências foram cumpridas pelo pesquisador.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

- Financiamento próprio.
- Folha de rosto corretamente preenchida, assinada, datada e carimbada pelo responsável pela instituição proponente.
- Cronograma - início da coleta e análise previsto para o mês de junho.

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. Sl 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.825.260

- TCLE: nome da COEP está registrado como Comitê ao invés de COMISSÃO.
- Termo de autorização institucional – TAI: incluídos.

**Recomendações:**

Projeto aprovado devendo o pesquisador atender as recomendações e anexar na Plataforma Brasil: o TCLE com o nome da COEP corrigido e o cronograma com o período de início de coleta de dados corrigido.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Ante o exposto, a COEP deliberou pela aprovação do projeto, visto que não há implicações éticas.

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Faz-se necessário apresentar Relatório Anual - previsto para novembro de 2017. A COEP deverá ser informada de fatos relevantes que alterem o curso normal do estudo, devendo o pesquisador apresentar justificativa, caso o projeto venha a ser interrompido e/ou os resultados não sejam publicados.

**Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:**

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_684385.pdf	22/09/2016 10:14:15		Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	22/09/2016 10:13:43	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLCorrigidoconformeparecerCEP.pdf	22/09/2016 10:00:57	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
Outros	termoautorizacao2.pdf	12/04/2016 12:00:12	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
Outros	termoautorizacao1.pdf	12/04/2016 11:59:28	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
Outros	cartasolicitacao3.pdf	12/04/2016 11:58:45	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
Outros	cartasolicitacao2.pdf	12/04/2016 11:58:08	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
Outros	cartasolicitacao1.pdf	12/04/2016	OCTAVIO MUNIZ	Aceito

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br

UNIVERSIDADE DO ESTADO  
DO RIO DE JANEIRO - UERJ



Continuação do Parecer: 1.825.260

Outros	cartasolicitacao1.pdf	11:57:13	DA COSTA VARGENS	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Brochuradapesquisa.pdf	22/03/2016 11:50:37	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.pdf	22/03/2016 10:45:54	OCTAVIO MUNIZ DA COSTA VARGENS	Aceito

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

RIO DE JANEIRO, 18 de Novembro de 2016

Assinado por:

**Patricia Fernandes Campos de Moraes**  
(Coordenador)

**Endereço:** Rua São Francisco Xavier 524, BL E 3ºand. SI 3018  
**Bairro:** Maracanã **CEP:** 20.559-900  
**UF:** RJ **Município:** RIO DE JANEIRO  
**Telefone:** (21)2334-2180 **Fax:** (21)2334-2180 **E-mail:** etica@uerj.br