
O PROCESSO ENSINO-APRENDIZAGEM COMO ATIVIDADE COLETIVA PARA A PRÁTICA DAS AÇÕES DE CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA: RELATO DE EXPERIÊNCIA

LEARNING-TEACHING PROCESS BASED ON BREAST CANCER CONTROL ACTIVITIES IN COMMUNITARY CONTEXT OF PARTICIPATION: REPORT EXPERIENCE

EL PROCESO ENSEÑANZA-APRENDIZAJE COMO ACTIVIDAD COLECTIVA PARA LA PRACTICA DE LAS ACCIONES DE CONTROL DEL CÁNCER DE MAMA: DESCRICIÓN DE EXPERIENCIA

ESCOLÁSTICA REJANE FERREIRA MOURA¹

RAIMUNDA MAGALHÃES DA SILVA²

Relata-se experiência de ensino-aprendizagem tendo como objetivo analisar esse processo nas ações de controle do câncer de mama e avaliar déficit de conhecimento dos participantes acerca dessas ações. Trata-se de um estudo descritivo em que vivenciou-se os momentos de descrição da realidade, crítica da realidade e criação coletiva, propostos por Saul (1988). Constatou-se que quando o processo ensino-aprendizagem envolve os participantes e valoriza a realidade como aspecto norteador das discussões, obtém-se participação efetiva; os sujeitos apresentaram déficit de conhecimento gerencial, técnico e dificuldades para lidar com os valores culturais locais.

PALAVRAS-CHAVES: ensino, metodologia participativa, câncer de mama

Report a leaning-teaching experience process. The objective was to analyze the leaning-teaching process based on breast cancer control activities and evaluation the lack of knowledge of the team. It was descriptive study where they applied three steps from Saul (1988). Was developed – describing reality; reality criticism and collective creation. It was evaluation that the leaning-teaching process improve group participation by considering the own reality as hallmark of discussions. The participants presented knowledge lack in management, technical practices, difficult of dealing with local culture values as well.

KEY WORDS: Leaning; collective participation; breast cancer.

Se describe una experiencia de enseñanza-aprendizaje con los objetivos de analizar el proceso de enseñanza-aprendizaje en las acciones de control del cáncer de mama y evaluar déficit de conocimiento de los participantes, acerca de estas acciones. Se trata de un estudio descriptivo en que se vivenciaron los momentos de descripción y critica de la realidad y creación colectiva, propuestos por Saul (1988). Se constató que cuando el proceso enseñanza-aprendizaje favorece la participación grupal y considera la propia realidad como aspecto orientador de las discusiones, se obtiene cambios concretos. Los participantes presentaron déficit de conocimiento gerencial, técnico y dificultades para lidiar con los valores culturales locales.

PALAVRAS LLAVES: enseñanza; actividad colectiva; câncer de mama.

¹ Enfermeira. Secretaria da Saúde do Estado. Mestranda da Universidade Federal do Ceará. escol@fortalnet.com.br

² Enfermeira. Profa. Doutora do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará. rmsilva@ufc.br

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama é o mais freqüente em incidência e mortalidade no sexo feminino. A análise das tendências nas taxas de mortalidade, revela um aumento progressivo, observando-se uma variação em torno de 45%, entre 1980 e 1996 (Brasil, 1999). No Ceará, a mortalidade por câncer de mama também vem experimentando um aumento substancial, tendo passado de um coeficiente de mortalidade de 4,2, em 1994, para 6,3 em 1998 (CEARÁ, 1998).

Para Jacob Kligerman, atual diretor do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o controle do câncer, em nosso país, é um dos grandes desafios que a saúde pública enfrenta, pois sendo a segunda causa de morte, por doença, demanda a realização de ações com variados graus de complexidade (Brasil, 1999). Esses dados justificam a iniciativa do Ministério da Saúde (MS)/INCA, no sentido de propor um programa nacional para a oferta das ações de controle desse tipo de neoplasia, com enfoque inicial no nível primário de atenção, contemplando atividades de educação para o auto cuidado, realização do auto-exame das mamas (AEM) e exame clínico das mamas (ECM). Paralelamente, o MS/INCA está articulando com as Secretarias Estaduais da Saúde a ampliação de serviços de mamografia para responder as demandas geradas pelos serviços de atenção primária.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o estímulo de hábitos alimentares saudáveis (baixo teor de gordura, sal e açúcar; aumento de grãos integrais, tubérculos, vegetais e frutas), a atividade física regular e a manutenção do índice de massa corporal, abaixo de 30, preferencialmente entre 18.5 e 25 como medidas importantes de prevenção primária de câncer. Estas medidas constituem importantes fatores de proteção que devem ser estimuladas nas consultas dos profissionais de saúde e nas ações públicas de comunicação social, para que possam ser adotadas pelas pessoas em geral (Brasil, 1999).

O AEM consiste na observação e palpação das mamas, visando à detecção dos pequenos tumores em estágios iniciais e possibilitando à mulher a oportunidade de buscar, nos serviços de saúde, a conduta indicada para o seu tratamento. Dados do Ministério da Saúde demonstram que 80% dos tumores de mama são descobertos pela própria mulher, ao palpar suas mamas, incidentalmente Brasil (1996). Sobre esse assunto, Fontes (1997) considera o AEM como o mais prático e o menos oneroso dos exames para a detecção

precoce das alterações mamárias, cabendo ao profissional de saúde estar preparado para ensinar as mulheres como se faz, estimulando a praticá-lo, de forma costumeira.

O ECM deve ser realizado por médicos e enfermeiros durante a consulta, visando à detecção de alterações macroscópicas identificáveis na inspeção, via palpação das mamas, regiões axilares e supraclaviculares (American Cancer Society, 1998 *apud* Brasil, 2000). Esse procedimento permite a identificação de alterações iniciais suspeitas, favorecendo o encaminhamento precoce aos serviços de maior complexidade, maior chance de cura e tratamentos menos traumáticos e menos mutiladores. Vale ressaltar que os tumores não invasivos, classificados de *in situ*, apresentam índice de cura próximo de 100%; já no caso de tumores, com diâmetro de até 02 cm, o índice de cura é da ordem de 95% (Brasil, 1999).

A mamografia permite a detecção de lesões, em fase bem inicial. No entanto, é um exame de difícil acesso, em nosso meio. Sua indicação é feita para mulheres com situação de alto risco, ou seja, história de câncer de mama em mãe ou irmã e antecedente pessoal de câncer de mama; mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, sem alterações no ECM, ou quando o ECM é suspeito (Brasil, 1999).

Para viabilizar a implementação das ações de controle do câncer de mama, a Secretaria de Saúde do Estado (SESA-Ce) apoia a realização de oficinas de sensibilização sobre esta temática. Em considerando a importância desta atividade, o presente trabalho descreve uma dessas oficinas, em que aplicou-se como prática pedagógica os momentos da descrição da realidade, crítica da realidade e criação coletiva propostos por Saul (1988).

Vale comentar que a descrição e crítica da realidade são momentos que comprometem aspectos emocionais e racionais das pessoas, gerando o interesse para aprender. Os participantes relatam a realidade, a partir de seus sentimentos, conhecimentos e experiências, que são valorizados pelo facilitador, como o primeiro passo para a motivação e a tomada de consciência sobre as distintas dimensões da temática em foco. A condução desse processo, tido como um exercício de interdisciplinaridade, pela complexidade do ato de ensinar e aprender, permite ao facilitador conduzir os participantes, de forma que eles possam vislumbrar novos conhecimentos e novas dimensões do contexto em estudo. Dada a complexidade da adoção do AEM e do ECM face às barreiras culturais, medo de encontrar *aquela doença*, vergonha, entraves profissionais etc., os enfoques são bastante

diversificados, necessitando do apoio de outras ciências, para a elucidação dos fatos. Sobre isto, Fazenda (1998) afirma que a educação é, na sua totalidade, prática interdisciplinar, por ser mediação do todo da existência, constituindo um processo que deve levar do múltiplo ao uno.

Quanto a construção coletiva esta caracteriza-se como um exercício prático de formação de opiniões e de tomada de decisões, pelos participantes, acerca de problemas e necessidades identificadas na descrição e crítica da realidade. Os participantes devem identificar as diferentes alternativas de ação, com argumentos que fundamentem as mudanças propostas.

Consideramos este trabalho relevante, pela importância e necessidade da adoção do AEM, pelas mulheres, e pela realização adequada e rotineira do ECM, por médicos e enfermeiros. Essa relevância se estende à necessidade de sensibilizar e envolver representantes de outras instituições e da própria comunidade, para disseminação das ações propostas.

O presente trabalho tem pois, como objetivo analisar o processo ensino-aprendizagem desenvolvido com base nas ações de controle do câncer de mama e avaliar o déficit de conhecimento dos participantes, acerca dessas ações.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo descritivo. Seus dados foram levantados em uma oficina realizada no município de Capistrano – Ceará. Participaram da oficina 43 (quarenta e três) representantes das secretarias municipal de educação e ação social e de lideranças comunitárias, sendo 02 (dois) médicos, 03 (três) enfermeiras, 02 (duas) assistentes sociais, e 36 (trinta e seis) pessoas, entre professoras, agentes comunitários de saúde e lideranças.

É importante destacar o caráter misto dos participantes, ou seja, pessoas de diferentes áreas de formação e de níveis de escolaridade diferenciados, mas cada um com um universo de conhecimentos e experiências a compartilhar. Sobre processos dessa natureza, Varela (2000) considera fundamental que os profissionais de saúde estejam envolvidos com outros atores que levam cuidados de saúde, dentro do sistema comunitário, somando as diferenças, positivamente, de modo que o papel dos profissionais seja inovador, na influência projetada sobre a comunidade. De fato, a aproximação dessas forças é importante para

a identificação e superação de mitos e tabus, conduzindo a uma adequação entre teoria-prática-realidade. Freire (1974) também colabora com esse pensamento quando afirma que *no lugar do encontro não existe ninguém com o saber absoluto e ninguém absolutamente ignorante. E acrescenta, a liberdade de expressão, o respeito às diferenças e o conhecimento popular/natural de uma comunidade, é fonte viva, que favorece o aprender novo.*

No desenvolvimento da oficina, foram aplicadas 05 (cinco) técnicas que apoiaram a vivência da prática pedagógica proposta por Saul (1988):

A 1ª técnica, **exposição dialogada**, consistiu na apresentação de um diagnóstico sobre a atuação de enfermeiros na microrregião de saúde, na qual o município de Capistrano está inserido, sendo aplicada com o objetivo de estimular o grupo a descrever sua realidade.

A 2ª técnica, **estudo dirigido em subgrupos**, foi realizada com o apoio dos *Instrumentos de Melhoria da Qualidade do Projeto PROQUALI*, que contemplam, passo a passo, as atividades que devem ser realizadas por médicos, enfermeiros e agentes de saúde, nessa área do cuidado. Sua finalidade foi de promover auto-avaliação e auto-aprendizagem sobre as ações de controle do câncer de mama.

A 3ª técnica, **aeróbica do câncer de mama**, consistiu na leitura de um texto pelo facilitador. O referido texto aborda a força do trabalho multiprofissional e intersetorial no controle do câncer, citando vários atores sociais que podem contribuir para o desfecho dessas ações, por exemplo: médicos, enfermeiros, educadores, agentes de saúde etc.. E cada vez que esses atores são citados na leitura, estes levantam-se e logo em seguida sentam-se, formando uma coreografia (aeróbica).

A 4ª técnica, **prática supervisionada em modelo**, é o trabalho com modelos de mamas sadias e com nódulos, permitindo aos participantes praticar o conhecimento adquirido e desenvolver habilidades e atitudes para o AEM e ECM.

A 5ª técnica, **minha boneca de lata**, refere-se a um cântico coletivo que conduz o grupo a tocar seu corpo, permitindo, ao facilitador, identificar atitudes positivas ou negativas dos participantes, frente a essa experiência. Outro ponto importante a ressaltar é que o treinamento foi uma necessidade identificada pelo Sistema Local de Saúde (SILOS), cujos participantes estabeleceram seus próprios objetivos de aprendizagem. O grupo, uma vez informado, expressou o consentimento para a realização deste trabalho.

ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os dados foram apresentados em duas categorias: 1) descrição e crítica da realidade; e 2) construção coletiva. Decidimos por reunir os resultados referentes a descrição da realidade com os resultados da crítica à realidade, pelo seu entrelaçamento no decorrer da vivência do processo ensino-aprendizagem. Apesar de Saul (1988) retratá-los como momentos separados, percebemos que, na prática, as opiniões acerca de descrição e crítica fazem-se concomitantes. No entanto, vale salientar que conduzimos os três momentos em tempos distintos, permitindo aprofundar o objetivo de cada momento no seu respectivo tempo.

Descrição e crítica da realidade, quanto à implementação das ações de controle do câncer de mama

Nesta categoria foram agrupados os dados relacionados à realidade vivenciada pelas equipes de PSF e demais representantes da comunidade de Capistrano a respeito das ações oferecidas para o controle do câncer de mama. Os dados, em referência, fornecem subsídios ao processamento da análise, com visão crítica e com o enfoque nas necessidades de educação para a saúde da população. Os participantes identificaram e criticaram os seguintes dados da realidade:

O exame clínico das mamas, quando oferecido, é feito de maneira incompleta não incluindo a inspeção dinâmica e a palpação das regiões supra e infraclaviculares e axilares; e com pouco poder de detecção (enfermeira).

Segundo as mulheres os médicos e as enfermeiras não realizam o exame das mamas por ocasião da “prevenção do câncer” (agente de saúde).

Só realizo o exame clínico das mamas quando a mulher apresenta queixas e/ou solicita o exame, pois não quero criar problemas com os maridos das mulheres (médico).

A infra-estrutura é inadequada para o atendimento. As equipes do Programa Saúde da Família, não raro, atendem em escolas, igrejas e outros locais improvisados, dificultando a realização do exame clínico (médico).

O modelo curativo predomina. A alta demanda para consultas impede que médicos e enfermeiras realizem um atendimento de melhor qualidade (enfermeira).

Há ausência de um trabalho educativo e sistematizado para a promoção do AEM (representante da educação).

A orientação para o AEM é dada de forma superficial, não preparando a mulher, de fato, para o exame (líder comunitária).

A comunidade associa câncer com morte, o que afasta as mulheres das ações de controle (agente de saúde).

Os dados, acima descritos, permitem afirmar que no município de Capistrano, o ECM é pouco oferecido e quando o é, a forma como é realizado é incompleta e com pouco poder de detecção, isso porque a inspeção dinâmica e a palpação das regiões supra e infraclaviculares e axilares não são realizadas. É válido ressaltar que os profissionais demonstraram conhecimento insuficiente e pouca habilidade à realização do ECM, durante a prática supervisionada em modelo. Esses resultados colaboram com o diagnóstico que Moura e Nogueira (2000) realizaram na microrregião de saúde na qual o município de Capistrano está inserido. O diagnóstico revelou que das 16 enfermeiras que compõem aquela microrregião, 13 realizavam o exame clínico das mamas, embora incompleto; 07 realizavam apenas a inspeção estática; 100% realizavam a palpação, ainda que limitada, apenas, ao tecido mamário; 09 realizavam a expressão; e apenas 05 ofereciam alguma orientação para o auto-exame, mesmo que de maneira incompleta e com pouco entusiasmo.

Percebe-se pelo depoimento do agente de saúde, que a realização do ECM não é uma rotina nas consultas médicas e de enfermagem. Este dado ficou constatado quando ressaltou-se a insatisfação das mulheres com a ausência do ECM por ocasião do preventivo do câncer, e, também, quando um dos participantes referiu que evitava realizar o ECM, *para não ter problemas com os maridos das mulheres*. No Ceará, em 1994 apenas 27% das mulheres do Estado, entre 15 e 49 anos, haviam realizado exame clínico no ano anterior (Ceará, 1998). Esse fato pode estar relacionado ao despreparo dos profissionais para realização do ECM e para o enfrentamento das barreiras culturais, aliando-se a isso, também, a inadequada estrutura dos serviços de atenção primária. Sobre as condições mínimas de infra-estrutura para a realização do ECM, o MS enfatiza que para o exame ser bem

executado, requer para sua realização, ambiente privativo, com boa iluminação, além de respeito a privacidade e a individualidade da mulher Brasil (1999). Cabe, portanto, ao SILOS, garantir essa infra-estrutura mínima às equipes de PSF.

A interferência masculina na adesão da mulher ao ECM parece não ser rara em Capistrano, haja vista a ênfase também dada, pelos agentes de saúde, ao preconceito dos maridos em proibirem a mulher de realizar o ECM. Esse fato ficou constatado por ocasião da dramatização de uma visita domiciliar, durante o fechamento do estudo dirigido. Sobre essa realidade, Varela (2000) recomenda que é preciso atenção para as questões de poder e de gênero que permeiam as relações humanas institucionalizadas. A mesma autora acrescenta que nem sempre é fácil reconhecer a dominação, principalmente se é fruto da manipulação afetivo-sexual ou que represente valores histórico-culturais herdados. Esta abordagem é interdisciplinar e precisa ser absorvida pelos profissionais, além de aplicada, de forma adequada, nas ações comunitárias. Diante do exposto, consideramos que a omissão profissional quanto ao ECM, sem qualquer tentativa de trabalhar esta barreira epistemológica, é injustificável e comprometedora para a saúde de milhares de mulheres, indo, ainda contra a ética profissional.

A vivência **da técnica minha boneca de lata**, permitiu a identificação de que há resistência por parte dos participantes, quanto ao toque das mamas, principalmente dos homens. Acreditamos que esse sentimento possa estar relacionado à timidez ou inibição, pelo caráter misto do grupo. Essa mesma resistência foi observada durante a prática no modelo mamário, em que alguns dos integrantes do grupo procuraram se eximir da participação da técnica. Por força dessa constatação, afirmamos que não só a população, em geral, mas também os profissionais, precisam incorporar o auto cuidado e a auto-estima, com vistas ao exercício do AEM. Sobre esse enfoque, Fontes (1997) e Brasil (1999) ressaltam a importância de enfermeiras e de outros profissionais de saúde estarem preparados para ensinar sua clientela a realizar o AEM, através de atividades planejadas e contínuas de educação à saúde. Já Silva & Mamede (1998) enfatizam a necessidade de programas que fortaleçam o conhecimento do corpo, principalmente no que diz respeito às mamas, enquanto o MS ressalta que o AEM deve ser incentivado e ensinado logo após o aparecimento das mamas, como forma de cuidado e conhecimento do próprio corpo Brasil (1999). Consideramos que tão

importante quanto argumentar, com as mulheres, que as chances de cura, quando o câncer é detectado precocemente, são animadoras e reais, é fazê-las compreender a impropriedade do relacionamento do câncer à morte.

Construção coletiva

Os participantes identificaram possíveis causas dos problemas relacionados à baixa qualidade do atendimento à saúde das mulheres, bem como estabeleceram possíveis intervenções para resolvê-los. As falas dos participantes, abaixo descritas, revelam sensibilidade e compromisso desses sujeitos para mudarem a história das ações de controle do câncer de mama, no município de Capistrano:

Para melhorar a qualidade do ECM oferecido só precisamos começar. Basta mudança de atitude (médico).

Temos que implementar os três momentos do exame clínico: inspeção, palpação e expressão, de forma completa e segura, para que o objetivo do exame seja alcançado. Para tanto, o instrumento de melhoria da qualidade, aplicado no estudo dirigido, será um bom referencial (enfermeira).

É importante estabelecer uma relação de confiança e garantir a privacidade da mulher, por ocasião do exame, fazendo com que ela retorne e mobilize outras mulheres para este cuidado (enfermeira).

Há urgência em se estabelecer um sistema de educação continuada para o AEM, otimizando os recursos locais, como: igreja, rádio comunitária, professores, profissionais da saúde e voluntários (agente de saúde).

Unir forças internas para um processo contínuo de capacitação (grupos de estudo, transferência de habilidades e outros) será importante para a oferta conjunta dessas ações, com melhor qualidade (representante da educação).

Identificar um coordenador local para supervisionar as ações e motivar os envolvidos no alcance das mudanças pretendidas é indispensável (assistente social).

Os depoimentos expressos revelam as opiniões dos participantes, com relação a intenção de mudanças geradas pelo treinamento. Os médicos e as enfermeiras mostraram-se comprometidos para melhorar a qualidade do ECM e a interação com a clientela; os agentes de saúde e outras categorias participantes demonstraram interesse em melhorar o acesso da população às informações através de estratégias sistemáticas e intersetoriais.

Os participantes consideraram a prática, nos modelos mamários, inovadora, atrativa, além de favorecer o desenvolvimento de habilidades para a realização do ECM. Reconheceram que o uso dos modelos permite repetir o procedimento quantas vezes forem necessárias, ganhando segurança para quando for realizar na cliente. Vale salientar que esse momento também serviu de integração, possibilitando trocas de conhecimentos e de experiências entre os participantes. Por fim, o grupo *construiu* que para garantir a continuidade dessas ações é necessário estabelecer um processo de supervisão interno e auto-gerido.

CONCLUSÃO

Este estudo proporcionou várias reflexões sobre o processo ensino-aprendizagem, tanto o tradicional, quanto o moderno, o que nos fez compreender a importância de uma prática vivenciada a partir do aluno (participante) e de sua realidade. Na experiência descrita, o professor assumiu o papel de facilitador e os alunos atuaram como participantes ativos. Para (Gadotti, 1988), o facilitador não é aquele que realiza sermões prontos e acabados, mas aquele que desperta consciência e motiva para a existência. O ensino, no seu sentido amplo, deve ser uma oportunidade de construção, a partir de conhecimentos e experiências compartilhadas. Aprender juntos (facilitador e participantes) é tornar o desafio do ensino-aprendizagem uma possibilidade de transformar e/ou modificar a realidade.

A prática pedagógica proposta por Saul (1988) – descrição da realidade, crítica da realidade e criação coletiva facilitou a condução do grupo na discussão sobre a implementação das ações de controle do câncer de mama e na elaboração de propostas para melhorar essa realidade. As dificuldades identificadas foram de ordem gerencial, de infra-estrutura, de capacitação de recursos humanos e de lidar com os valores culturais locais.

A posição dos participantes, nesse contexto, foi a de autores da sua própria aprendizagem e do processo de mudança, fosse este individual e/ou coletivo. A principal tarefa da facilitadora foi conduzir o participante a repensar os conceitos, a partir de seu cotidiano.

Quando o processo ensino-aprendizagem favorece a participação grupal e a construção coletiva, tendo como conhecimento embasador, a própria realidade, a tendência é obter, como resultado final, propostas concretas de mudanças. Para Bateson *apud* Wrigth & Leahey (2000), os sistemas de relacionamentos parecem possuir uma tendência para mudanças progressivas. Essa ideia também é colocada por Maturana e Varela *apud* Wrigth & Leahey (2000), quando consideram que as mudanças estão ocorrendo na humanidade, a cada momento. Essa mudança de que falam os autores, é disparada, ao mesmo tempo, pelas interações ou perturbações originadas do ambiente, no qual o sistema existe ou é um resultado da própria dinâmica do sistema (grupo, família etc.)

Trabalhar com um grupo com diferentes graus de escolaridade e diferentes formações profissionais, foi uma experiência enriquecedora, até porque todos estavam reunidos com o mesmo objetivo. Esta realidade integrou a equipe local, além de ter aproximado as secretarias de educação, ação social e saúde. Foi um ensaio da prática da interdisciplinaridade, no cenário complexo da comunidade, como um sistema integrado.

A avaliação da oficina ocorreu ao longo de todo o processo de ensino-aprendizagem. Os participantes se auto-avaliaram, identificaram necessidades, estabeleceram propostas concretas de mudanças, assumiram mudanças de atitudes e demonstraram interesse, simpatia e participação, ao longo do trabalho. A introdução das dinâmicas funcionaram como exercício de integração e de reflexão, reduzindo estresse e neutralizando monotonia.

As contribuições de Gadotti (1988), Fazenda (1998), Saul (1988) e Freire (1974), foram relevantes para a nossa experiência, na condição de facilitadora do processo ensino-aprendizagem. Sentimo-nos seguras para conduzir o processo, dentro de uma abordagem participativa, coletiva, interdisciplinar e libertadora.

Por fim, acreditamos na possibilidade de transformar uma sala de aula num espaço de troca de experiências e saber, substituindo o paradigma dos treinamentos formais por oficinas de sensibilização, utilizando

metodologias participativas e inovadoras como estratégia para obtenção de mudanças concretas. No que diz respeito às atividades de educação continuada, que a SESA está propensa a realizar para a disseminação das ações de controle do câncer de mama, somos de opinião que elas possam ser repetidas, seguindo essa mesma trajetória, para a certeza de resultados cada vez mais efetivos. Na verdade, são os beneficiários, organizados em grupos de interesse, que constituem o poder social. E é, justamente, no poder social, que profissionais podem descobrir seus pontos de poder (Varela, 2000). O grupo de interesse deve, portanto, ser preparado para servir de pressão, capaz de exercer sua cidadania, de estimular e criar condições para realização dos seus intentos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMERICAN CANCER SOCIETY, 1998 *apud* BRASIL, Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, **Programa nacional de controle do câncer de mama e colo do útero**: Treinamento gerencial para coordenador microrregional e municipal. Fortaleza: MS/INCA/SESA, 2000. 16p
- BATESON, 1979 *apud* WRIGTH, L.M. & LEAHEY, M. **Nurses and Families**. 3ed, Philadelphia: F. A. Davis Company, 2000, 347p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância do Câncer (Conprev). **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 1999. 60p.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Programas de Controle de Câncer – Pro – Onco. **Falando sobre doenças da mama**. Rio de Janeiro: PRO – ONCO, 1996. 63p.
- CEARÁ, Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, **Guia para prestação de serviços de saúde reprodutiva**. Fortaleza: JHPIEGO, FNUAP, 1998, p.51 – 63.
- FAZENDA I. **Didática e interdisciplinaridade**. Campinas: Papirus, 1998.
- FONTES, W.D. **Déficit de autocuidado no câncer de mama**: proposta educativa de enfermagem. João Pessoa, 1997. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal da Paraíba, 1997.
- FREIRE, Paulo. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1974. 218p.
- GADOTTI, M. **Educação e Poder**: introdução à pedagogia do conflito. 10ª ed. São Paulo: Cortez, 1988.
- MATURANA E VARELA, 1979 *apud* WRIGTH, L.M. & LEAHEY, M. **Nurses and Families**. 3ed, Philadelphia: F. A. Davis Company, 2000, 347p.
- MOURA & NOGUEIRA. **Atuação de enfermeiras nas ações de controle do câncer de mama**: proposta de capacitação relâmpago. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE ENFERMAGEM, 52º CBEn, 2000, Recife – Olinda. Anais... Recife – Olinda: p.560.
- SAUL, A. M. **Avaliação emancipatória** – desafio a teoria e a prática da avaliação e reformulação de currículo. São Paulo: Cortez, 1988.
- SILVA, R.M., MAMEDE, M.V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: UFC, 1998. 155p.
- VARELA, Z. M. de V. “Habilidades femininas no agir didático”. In: SILVA, R.M. et al (org.), **Ensino na Universidade**, integrando graduação e pós-graduação. Fortaleza: Pós-graduação – DENF/UFC/FFOE/FCPC, 2000. 175p.

RECEBIDO: 1º/2/2001

ACEITO: 12/9/2001