

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA - EMESCAM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

LILIAN MOTA PEREIRA

**A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: DIREITO DA MULHER E PARTE DO
TRATAMENTO GLOBAL DO CÂNCER DE MAMA**

VITÓRIA/ES
2014

LILIAN MOTA PEREIRA

**A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: DIREITO DA MULHER E PARTE DO
TRATAMENTO GLOBAL DO CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dra. Gilsa Helena Barcellos

VITÓRIA
2014

LILIAN MOTA PEREIRA

**A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: DIREITO DA MULHER E PARTE DO
TRATAMENTO GLOBAL DO CÂNCER DE MAMA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM, como requisito parcial para a obtenção do grau de mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em _____ de _____ de 2014.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-
EMESCAM.

Prof^a. Dr^a. Soraya Gama de Ataíde
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória-
EMESCAM.

Prof. Dr. Luiz Alberto Sobral Junior
Universidade Federal do Espírito Santo – UFES.

*Dedico este trabalho a Deus, meu tudo. Aos meus pais, Ailton e Irany, indispensáveis em minha vida que me deram o direito de estudar, que me deram à vida. A você Nelson, companheiro no amor, na vida e nos sonhos, que me ajudou nesta conquista não medindo esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida. Minha irmã Rosemeire, pelo amor e cuidados de sempre. Enfim, dedico **este trabalho a vocês, mulheres guerreiras, que possibilitaram a realização desse trabalho, através de suas falas sempre enriquecendo cada capítulo.***

AGRADECIMENTOS

A elaboração deste trabalho não teria sido possível sem a colaboração, estímulo e empenho de diversas pessoas. Gostaria, por este fato, de expressar toda a minha gratidão e apreço a todos aqueles que, direta ou indiretamente, contribuíram para que esta tarefa se tornasse uma realidade. A todos quero manifestar os meus sinceros agradecimentos.

Minha gratidão, em primeiro lugar, a Deus, pelo seu fôlego de vida em mim, meu sustento nas horas difíceis, pela coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades. Por estar comigo em todos os momentos e iluminando-me, sendo meu refúgio e fortaleza nos momentos mais difíceis. A ele, minha eterna gratidão.

À minha família, meu porto seguro, especialmente meus pais, eterno amor, que ao longo deste trabalho completaram Bodas de Ouro, os meus familiares, irmãos, primos, tios, sobrinhos. Não citarei nomes, para não me esquecer de ninguém, pelo amor incondicional de sempre, sabendo que a presença de todos significou segurança e certeza de que não estou sozinho nessa caminhada.

Ao meu companheiro Nelson Faria, pessoa com quem amo partilhar à vida, por sua capacidade de acreditar em mim e investir em mim, agradeço todo o seu amor, carinho, admiração e paciência. Amo-te meu amor.

À Prof.^a Dr.^a Gilsa Helena Barcellos, minha orientadora e exemplo profissional, pelo aprendizado e pela convivência diária, que me possibilitou “aprendizagens únicas”, por meio do grande incentivo e orientação que me foram concedidos durante esta jornada. Nossas conversas durante e para além dos encontros de estudos foram fundamentais para fazer teste estudo mais que especial.

Aos professores e doutores Soraya Gama de Ataíde e Luiz Alberto Sobral Junior, minha “banca examinadora”, pela contribuição, pela experiência e pela disponibilidade, ao doutor Sobral, ao reservar em sua agenda, que sei ser tão sem espaço, um momento para ouvir e ler meu trabalho e a doutora Soraya, com quem partilhei o que era o broto daquilo que veio a ser

esse trabalho, desde minha graduação quando ainda era minha professora de faculdade. Obrigada aos dois pela nobre participação.

Aos professores, funcionários e colegas do Curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Emescam, por tudo o que com eles aprendi e por partilharem na construção de minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste estudo. Em especial, as amigas Glaziela e Queren, que nunca estiveram ausentes, agradeço a amizade e o carinho que sempre me disponibilizaram. À colega e amiga de trabalho Maria das Graças, por me ajudar nesta pesquisa com sua experiência e seu olhar social. À Yára Musielllo – Secretária do Mestrado, com seu sorriso acolhedor, mesmo quando chegava desesperada sentindo-me cansada depois de uma jornada de trabalho.

Ao coordenador do curso de Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Prof. Dr. Cesar Albens pelo apoio.

A Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia - Emescam e a Santa Casa de Misericórdia de Vitória por abrirem as portas para minha pesquisa.

Aos funcionários do Arquivo do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, pela amabilidade e colaboração prestada sempre que solicitada.

A todos os profissionais de saúde, que fizeram parte desta pesquisa, meu muito obrigado, vocês foram de nobre e especial importância para construção de cada palavra aqui posta e contextualizada. Agradeço o modo como se disponibilizaram no auxílio dos trabalhos.

E por fim, as mulheres com câncer mamário e seus familiares, pois mesmo elas, vivenciando um momento que é único e temido por todas, que convivem com a problemática do câncer mamário, não se calaram em revelar suas intimidades, dificuldades, tristezas e alegrias, contribuindo de forma grandiosa para a realização desta pesquisa.

Com vocês, queridos, divido a alegria desta experiência e a finalização deste estudo.

“Pois eu lhes darei palavras e sabedoria a que nenhum dos seus adversários será capaz de resistir ou contradizer”. Lucas 21:15

RESUMO

Trata-se este trabalho de uma pesquisa qualitativa. Foram adotados como procedimentos metodológicos a revisão de literatura, a pesquisa documental e a pesquisa empírica. O projeto teve como objetivo geral: analisar fatores implicados no processo de reconstrução mamária imediata em mulheres submetidas à mastectomia; e como objetivos específicos: a) Estudar os/as condicionantes que dificultam e facilitam a reconstrução mamária imediata em mulheres submetidas à mastectomia parcial ou total; b) Conhecer os impactos da reconstrução mamária imediata sobre autoimagem e autoestima da mulher submetida à mastectomia parcial ou total. A pesquisa empírica foi realizada em um hospital de referência em oncologia em Vitória/ES, no período de agosto de 2010 a dezembro de 2012 tendo como sujeitos de pesquisa: 8 mulheres que realizaram a reconstrução mamária imediata e 8 que realizaram a reconstrução mamária tardia. Para ampliar os dados acerca do tema, foram também ouvidos cinco profissionais de saúde: 2 que atuam no hospital de referência e 3 que atuam em outras unidades hospitalares em Vitória. As entrevistas foram orientadas por um roteiro semiestruturado. Seguindo os preceitos éticos da pesquisa, o projeto teve anuência do hospital de referência, foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM e todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Conclusões: existem importantes obstáculos ao processo de reconstrução mamária imediata, como comorbidades e outros fatores de ordem físico-emocional; a reconstrução mamária imediata constitui um direito legal no Brasil, e não se efetiva plenamente por causa das condições da saúde pública impostas pelo neoliberalismo. Parte das entrevistadas conseguiu a prótese mamária para reconstrução imediata; parte, não, adquirindo por conta própria. As pacientes valorizam a forma de atendimento recebido pela equipe de saúde e a relação de confiança que estabelecem com o profissional médico pode encorajá-las a fazer a reconstrução imediata, assim como inexistem ações multidisciplinares e falta inserção do hospital de referência em uma rede de atenção às mulheres com câncer de mama, tendência a ficarem mais insatisfeitas com o resultado estético da cirurgia do que as demais. A reconstrução mamária impacta, na maioria dos casos investigados, positivamente na autoestima da mulher. Espera-se com esta pesquisa contribuir para um atendimento mais humanizado em saúde às mulheres com câncer mamário.

Palavras-chave: Mulheres. Neoplasias da mama. Reconstrução da mama. Autoimagem. Políticas públicas. Sexualidade.

ABSTRACT

This is a work resulting from the qualitative research, therefore, were adopted as methodological procedures the literature review, documentary research and empirical research. The project monitored the patients had the same general objective is to analyze factors involved in the immediate breast reconstruction in women undergoing mastectomy, and as the specific objectives) Study / constraints that hinder and facilitate immediate breast reconstruction in women undergoing partial or total mastectomy b) Know the impact of immediate breast reconstruction on self-image and self-esteem of women submitted to partial or total mastectomy. The empirical research was conducted in a referral hospital in oncology in Vitória, in the period August 2010 to December 2012 as having research subjects: eight women who realization immediate breast reconstruction and 8 that underwent delayed breast reconstruction. To extend the data on the subject, were also heard five health professionals: two that operate in a referral hospital and three working in other hospitals in Vitória. The interviews were guided by a semistructured script. Following ethical principles of research, the project had the approval referral hospital, was approved by the Research Ethics Emescam and all participants signed an informed consent. Through research, we concluded: that there are significant barriers to immediate breast reconstruction process, such as comorbidities and other factors of emotional and physical, that immediate breast reconstruction is a legal right in Brazil, but are not fully effective because of the conditions of public health imposed in particular by neoliberalism. Part of the women interviewed got the breast prosthesis for immediate reconstruction, part not having to purchase on behalf own. Although it was established that patients value the form of care received the health team and the trust established with the medical professional can encourage them to make immediate reconstruction. It was also noticed that no actions multidisciplinary and lack of inclusion of a reference hospital care network to women with breast cancer. We also found that women who have breast reconstruction Immediate tend to become more dissatisfied with the cosmetic outcome of surgery than those who made the delayed breast reconstruction. Another issue raised is that, from the reports of physicians and patients is explained that the impact breast reconstruction, in most cases investigated, positive self-esteem of women. Finally, we expect this research contribute to a more humane care for health of women with breast cancer.

Keywords: Women. Breast Neoplasms. Breast Reconstruction. Self concept. Public policies. Sexuali

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

a.C.	Antes de Cristo
AIDS	Síndrome da imunodeficiência adquirida
AIS	Ações Integradas de Saúde
APS	Atenção Primária em Saúde
BRCA1	Breast cancer 1, early onset
BRCA2	Breast cancer 2, early onset
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CADSUS	Cadastro Único do Sistema Único de Saúde
CF	Constituição Federal
CMA	Câncer de Mama Avançado
CNPM	Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres
CNS	Conferência Nacional de Saúde
CNS	Conselho Nacional de Saúde
CONASEMS	Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde
CONASS	Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COSEMS	Conselho de Secretarias Municipais de Saúde
DCNT	Doença Crônica Não Transmissível
DM	Diabetes <i>Mellitus</i>
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EBCN	European Breast Cancer Network
ECM	Exame Clínico das Mamas
EMESCAM	Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
ESF	Estratégia Saúde da Família
FEMAMA	Federação Brasileira de Instituições Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama
FMS	Fundo Municipal de Saúde
FNS	Fundo Nacional de Saúde
HSCMV	Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INAMPS	Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social
INCA	Instituto Nacional do Câncer

INPS	Instituto Nacional de Previdência Social
LOS -	Lei Orgânica da Saúde
MS	Ministério da Saúde
NOAS-SUS	Norma Operacional de Assistência à Saúde
NOB-SUS	Norma Operacional Básica do SUS
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PAC	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PAIS	Programa de Ações Integradas de Saúde
PAISM	Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher
PAISM	Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher -
PL	Projeto de Lei
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISM	Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
PPSM	Política Pública de Saúde para Mulher -
PRONON	Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica
PSF	Programa Saúde da Família
QV	Qualidade de Vida
RM	Reconstrução Mamária
RMI	Reconstrução Mamária Imediata
RMT	Reconstrução Mamária Tardia
SAS	Secretaria de Atenção à Saúde
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
SESA	Secretaria Estadual de Saúde
SISCAN	Sistema de Informação de Câncer
SISCOLO	Sistema de Informação do Controle do Câncer de Colo de Útero -
SISMAMA	Sistema de Informação do Câncer de Mama
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SUDS	Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TRAM	<i>Transverse Rectus Abdominus Myocutaneous</i>
UBS	Unidade Básica de Saúde
UICC	União Internacional de Combate ao Câncer

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Quantidade de prontuários de pacientes com câncer de mama assistidos no hospital de referência entre agosto de 2010 e dezembro de 2012.....	77
Tabela 1 - Prontuários consultados por município no período de agosto de 2010 a dezembro de 2012.....	78
Tabela 2 - Perfil dos 16 sujeitos de pesquisa que se submeteram à reconstrução mamária (RM).....	79
Tabela 3 - Perfil dos profissionais de saúde/sujeitos de pesquisa.....	80
Quadro 2 - Fatores implicados no processo de reconstrução mamária imediata.....	84
Quadro3 - O impacto da reconstrução mamária sobre a autoestima da mulher.....	85

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	16
2 O CORPO FEMININO: A MAMA E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL.....	26
2.1 O CORPO FEMININO NA HISTÓRIA.....	26
2.2 O CORPO FEMININO NA CONTEMPORANEIDADE.....	31
2.3 O ADOECIMENTO FEMININO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA.....	34
2.4 A MAMA E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS.....	36
3 CÂNCER DE MAMA E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL.....	39
3.1 APONTAMENTOS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL.....	39
3.2 O CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: POLÍTICA E ESTRATÉGIAS PARA O SEU ENFRENTAMENTO.....	52
4 TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA: IMPACTOS E AVANÇOS DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECUPERAÇÃO DA PACIENTE.....	60
4.1 A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMO PARTE INTEGRANTE DO TRATAMENTO.....	64
4.2 AS TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA (RM).....	67
4.3 A RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DA MAMA COMO PARTE DO TRATAMENTO GLOBAL DA DOENÇA.....	69
4.4 A LEGALIDADE DO DIREITO À RECONSTRUÇÃO DA MAMA.....	72
5 DESAFIOS E POSSIBILIDADES À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA NA EXPERIÊNCIA DE MULHERES CAPIXABAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA.....	74
5.1 O PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA.....	74
5.1.1 O local da pesquisa.....	74
5.1.2 Sujeitos de pesquisa: universo e amostra.....	76
5.1.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa.....	80
5.1.4 Procedimento de organização do trabalho de campo.....	81
5.1.5 Análise dos dados coletados.....	82
5.1.6 Considerações éticas.....	85
5.2 FATORES IMPLICADOS NO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA (RMI).....	86
5.2.1 As comorbidades.....	87
5.2.1.1 Diabetes <i>Mellitus</i> (DM).....	89
5.2.1.2 Hipertensão arterial (HA).....	92
5.2.1.3 Obesidade.....	93
5.2.2 Fatores físicos.....	97
5.2.2.1 Conservação do tecido mamário.....	97
5.2.2.2 Radioterapia e suas implicações na qualidade do tecido.....	99
5.2.2.3 O estadiamento do tumor.....	100
5.2.2.4 Tabagismo.....	101
5.2.3 Fatores emocionais.....	102
5.2.4 Direito ameaçado: entre o desejo de reconstrução e as precárias condições da saúde pública.....	108
5.2.4.1 O desconhecimento do direito à reconstrução mamária.....	108
5.2.5 A interferência das condições materiais e humanas no hospital.....	

dereferência para a realização da RM imediata.....	110
5.2.6 Inexistência de rede de atenção à mulher com câncer de mama no hospital de referência.....	113
5.3 O IMPACTO DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA SOBRE A AUTOESTIMA DA MULHER.....	118
5.3.1 Sexualidade e reconstrução mamária.....	123
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	129
REFERÊNCIAS.....	135
ANEXOS.....	148
ANEXO A - declaração de responsabilidade dos pesquisadores.....	149
ANEXO B - Carta de anuência.....	150
APÊNDICES.....	151
APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	152
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre Esclarecido.....	153
APÊNDICE C - Roteiro de entrevistas semiestruturadas com mulheres.....	154
APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada com a equipe profissional.....	156

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)

(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

Pereira, Lilian Mota, 1976-

P436r A reconstrução mamária : direito da mulher e parte do tratamento global
do câncer de mama / Lilian Mota Pereira. – 2014.

156 f. il.

Orientadora: Gilsa Helena Barcellos.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Neoplasias da mama. 2. Reconstrução da mama. 3. Mulheres. I.
Barcellos, Gilsa Helena. II. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de
Misericórdia de Vitória. EMESCAM. III. Título.

CDU: 36

1 INTRODUÇÃO

O câncer é um processo patológico que se inicia no momento em que o Ácido Desoxirribonucleico (DNA) de uma célula sofre mutação genética (BOLDRINI; FRANÇA, 2004). Em seguida, inicia-se um desordenado e acelerado processo de mitose, quando as células não obedecem às sinalizações de regulação do crescimento, levando à formação de um tumor maligno. Existem vários fatores que levam ao surgimento do câncer, tais como mutações genéticas adquiridas ou hereditárias, influências ambientais e comportamentais. No entanto, segundo Montoro, Giannotti Filho e Valente (1994, p.54), “Cabe reconhecer que o aparecimento do câncer não está na dependência de um ou outro fator de risco isolado, mas é fruto da interação de vários riscos em maior ou menor grau que podem levar à quebra do equilíbrio celular.”

Segundo Antunes e Pedicaris (2010, p. 1) “O câncer é responsável por mais de 12% de todas as causas de óbito no mundo: mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente da doença”. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA), o carcinoma mamário é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e já corresponde a 22% dos casos novos a cada ano. No Brasil, é o mais frequente e a maior causa de morte por câncer na população feminina, tendo como uma das principais causas o diagnóstico e o tratamento tardios. Dados do INCA para os estados brasileiros apontam taxas brutas de incidências corrigidas para o ano de 2012 de 49,42/100.000 mil habitantes e de 900 casos novos, sendo que, para as capitais, as taxas brutas de incidência foram de 71,28/100.000 mil habitantes e de 130 casos novos da doença. O Espírito Santo (ES) apresentou uma taxa bruta de incidência de 49,42 por 100 mil mulheres. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012)

Outra questão observada pelo INCA é que o aparecimento de novos casos e mortes pelo câncer mamário apresenta grandes diferenças regionais. As taxas de incidência e de mortalidade seguem à seguinte ordem: a Região Sudeste (69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). O Espírito Santo apresentou uma taxa estimada de 293,56 casos para cada 100 mil mulheres. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012)

A prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível, em razão da variação dos fatores de risco e das características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia.

Geralmente a neoplasia se apresenta como um nódulo na mama (SMELTZER; BARE, 2002). Além da idade, porque a incidência do câncer aumenta rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta, outros fatores de risco já foram identificados, por exemplo, aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer da mama e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Ele também está relacionado ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento entre mulheres com elevado *status* socioeconômico, ao contrário do que se observa no câncer do colo do útero, que atinge em maior grau mulheres pobres. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012)

No que se refere à variável história familiar, segundo Freitas (2001), mulher com casos de câncer mama na família está mais sujeita a desenvolver a neoplasia, devido às alterações em alguns genes responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, por exemplo, Breast cancer 1, early onset (BRCA1), Breast cancer 2, early onset (BRCA2) e p53¹.

Ou seja, sobre o risco a que a mulher esteja sujeita o resultado sempre será um agravante para sua vida como um todo. Dependendo do estadiamento da doença e do tipo de tumor, a indicação cirúrgica soará como um fator negativo para ela. O fato é que a retirada da mama total ou parcialmente gera implicações emocionais e físicas. Uma das dimensões afetadas é a sexualidade: o feminino na sociedade moderna está ligado a determinados padrões, no qual a beleza corporal assume grande relevância, e quando essa mulher se vê diante da necessidade de amputar esse órgão tão cheio de significados, na maior parte das vezes, passa por momentos de grande desequilíbrio emocional.

De acordo com Parker et al. (2007), a doença amedronta as mulheres devido à sua história de tratamento ter sido marcada por procedimentos cirúrgicos bastante agressivos. Sabe-se que o tratamento do câncer de mama se inicia pela avaliação do tamanho da lesão e da margem de ressecção. Durante um bom período da história da oncologia, essa ressecção era realizada de forma bastante invasiva, visto que o tratamento clássico consistia na retirada de toda a mama comprometida, a musculatura torácica e os linfonodos regionais (gânglios linfáticos da axila

¹ “A mutação do gene também é fator de risco para câncer de mama, assim como o surgimento de outros tipos de tumor (leucemia, sarcoma de partes moles, osteossarcomas e tumores cerebrais).” (ABRAHAM; ALLEGRA, 2001, p. 53)

próxima à mama afetada). Sobre o assunto, lembram os citados autores que essa técnica de remoção da mama e as terapias adjuvantes contribuíram para o desenvolvimento de complicações físicas e transtornos psicológicos. Por isso, a doença tem sido responsável por um elevado contingente de mulheres que apresenta problemas psicossociais relacionados à retirada da mama.

A literatura tem apontado para a necessidade de se pensar estratégias que contribuam para reparar os danos causados pela retirada da mama, buscando impactar, positivamente, o estado emocional e psicológico da paciente. Sabe-se que a resposta psicológica da paciente ao câncer constitui variável significativa sobre os resultados do tratamento, podendo até mesmo afetar a sua sobrevivência. (SEGAL, 2005)

Os registros sobre as formas de tratamento do câncer de mama revelam que estas são bastante antigas. De acordo com Souza (2007), o primeiro relato de uma cirurgia mamária foi em 1669 e os relatos da época já demonstravam a preocupação dos cirurgiões com a estética do corpo feminino pós-cirurgia.

Em 1882, teria ocorrido a primeira mastectomia total, mas somente em 1895 é que serão registradas as primeiras tentativas de reconstrução mamária, usando o lipoma para tentar encobrir a ausência de parte da mesma. Escrevem em 1980 Tansini e Maxwell (apud SOUZA, 2007, p. 3-4) “Um brilhante e inovador cirurgião italiano na cidade de Pavia em 1896 publica e descreve um retalho cutâneo randomizado de base estreita da região dorsal que denomina ‘retalho autoplástico’ para correção do defeito da região mamária, decorrente da mastectomia.”

A partir de meados do século XX são registrados os primeiros implantes mamários. Em 1977, Schneider e colaboradores (apud SOUZA, 2007, p. 7) “[...] publicam, pela primeira vez, a reconstrução mamária com a técnica revivida de retalho mio-cutâneo do Grande Dorsal, associado ao implante de silicone.” Lembram Azevedo e Lopes (2010, p. 299) que:

Durante muitos séculos, o tratamento do câncer de mama foi baseado na extirpação de todo o tumor, submetendo as mulheres a cirurgias radicais e mutilantes. Nos tempos modernos, o progresso nas áreas de fisiologia, anestesiologia e biologia molecular permitiu a evolução das técnicas cirúrgicas, que propiciaram a escolha do tratamento mais adequado, de acordo com as condições individuais.

Objetivando melhorar a vida e o tratamento das mulheres com câncer de mama, nos últimos anos, a Medicina avançou e aprimorou suas técnicas cirúrgicas para o tratamento do câncer mamário, abrindo precedentes para as cirurgias conservadoras e reconstrutoras da mama que contribuíram, grandemente, para melhorar os resultados estéticos e a possibilidade de melhores resultados para o tratamento e cura da paciente. Associados aos novos procedimentos cirúrgicos estão os estudos do linfonodo sentinela e dos tratamentos sistêmicos que cooperaram para uma melhora de qualidade de vida e melhores prognósticos. (PIATTO, 2002; RICCI; BERNARDINI, 2006)

Um desses avanços foi, sem dúvida, a reconstrução mamária, que uniu as técnicas da cirurgia oncológica com as da cirurgia plástica em um procedimento cirúrgico e objetivou devolver o volume e o contorno da mama à mulher submetida à cirurgia para retirada parcial ou total da mama, em decorrência do tratamento do câncer. Em busca de levar esse avanço para rede pública de saúde, no Brasil, em 1999, foi aprovada a Lei 9.797, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS), nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. No ano de 2004, foi elaborado o documento pelo Ministério da Saúde intitulado *Controle do Câncer de Mama: documento de consenso*. Nele, o Ministério já indicava, como forma de tratamento, a reconstrução mamária imediata: “Sempre que se indicar uma mastectomia em pacientes com boas condições clínicas, deve-se considerar a possibilidade de se realizar a reconstrução mamária imediata.” (BRASIL, 2004, p. 13)

Em 2012, foi apresentado, no Senado Federal (SF), o Projeto de Lei (PL) propondo a alteração da Lei nº 9.797/1999 e inserindo a técnica de reconstrução imediata da mama por meio de cirurgia plástica reparadora. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) estimou que dos mais de 52 mil casos de câncer diagnosticados em 2012, cerca de 20 mil mulheres precisarão fazer cirurgia de retirada das mamas, sendo que apenas cerca de 10% sairão do centro cirúrgico com a mama já reconstruída, devido a não obrigatoriedade da reconstrução imediata, garantida em lei. Diz o PL que “o fato é que existe uma grande fila de espera para a realização da cirurgia, que pode ultrapassar cinco anos em alguns centros, a despeito de ser esse um direito garantido em lei há mais de uma década.” (BRASIL, 2012, p. 2)

Assim, em 26 de março de 2013, o Projeto de Lei foi aprovado e enviado para a sanção presidencial, sendo sancionado no dia 25 de abril desse mesmo ano, pela então presidente da

República Dilma Rousseff, a Lei nº 12.802, que exige serem feitas as duas cirurgias - retirada e reconstrução - em um só procedimento, isso se houver condição de saúde da paciente. No entanto, se as condições da paciente não forem favoráveis, a lei determina que a cirurgia reconstrutora seja realizada assim que a mulher estiver em condições para fazê-la. O texto da lei determina:

Quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico. No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas. (BRASIL. 2013, p. 1)

O SUS já era obrigado a fazer a cirurgia de reconstrução de mama nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer, mas não necessariamente no mesmo momento do procedimento cirúrgico da retirada. Assim, a paciente, mesmo apta a fazer a reconstrução da mama, poderia retornar para sua casa sem uma ou ambas as mamas, onde a reconstrução poderia ser adiada sucessivas vezes.

Atualmente, toda mulher, que teve sua mama retirada com o tratamento do câncer tem direito à cirurgia de reconstrução mamária imediata e tardia, a legislação assegura o direito do acesso ao procedimento cirúrgico de imediato, revelando a sua importância para o tratamento global da doença. Insta frisar que a sua realização não aumenta o risco das recidivas e nem o retardo do diagnóstico de recidivas locais, constituindo-se uma aliada importante para o tratamento da doença e para a reinserção social da paciente. (MALATA; MCINTOSH; PURUSHOTHAM, 2000)

Nesse sentido, afirmam Malata, McIntosh e Purushotham (2000) que a reconstrução da mama aparece como medida importante para o tratamento do câncer de mama, principalmente quando essa é realizada imediatamente após a cirurgia de retirada da neoplasia, tendo em vista que a sua imagem corporal pode contribuir para a sua autoestima, vindo a impactar, positivamente, as suas respostas ao tratamento.

Em um estudo comparativo sobre qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, realizado por Oliveira, Moraes e Sarian (2010, p. 606), ficou constatado que mulheres submetidas à reconstrução mamária imediata “[...] obtiveram melhores pontuações nas avaliações de Qualidade de Vida (QV) nos domínios psicológico e aspectos espirituais. Ao mesmo tempo, não houve prejuízo nos domínios relacionados aos aspectos físicos, sociais e

de meio ambiente.” Mais ainda, a pesquisa constatou que “[...] no domínio nível de independência, a redução no pós-operatório das pontuações médias entre o pré-operatório e o primeiro mês, seguida de recuperação no sexto mês, ocorreu de maneira semelhante nas mulheres em ambos os grupos.” (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010, p. 606), fazendo conhecer que a presença da prótese não retarda o processo de reabilitação.

Apesar dos argumentos usados por especialistas, é possível observar que mesmo a reconstrução tardia da mama, que já se constitui um direito no Brasil desde 1999, não é acessível para todas as mulheres. Por isso, não é difícil constatar que o seu acesso à reconstrução mamária imediata poderá ser ainda mais complicado, revelando a grande fragilidade da lei.

De fato, o distanciamento entre a existência de um direito e a sua acessibilidade tem se constituído em um desafio no que se refere aos princípios fundamentais do SUS, que são o acesso universal e a integralidade na atenção à saúde. Elementos como falta de estrutura, de equipamentos disponíveis, de leitos, de profissionais qualificados, tem levado ao comprometimento substancial da aplicabilidade das políticas de saúde no Brasil e não poderia ser diferente ao se discutir o tratamento de mulheres com câncer de mama.

Se, por um lado, há avanços importantes no que se refere à tecnologia, ao conhecimento científico acerca das causas da doença e às suas formas de tratamento; por outro, observa-se um retrocesso nas condições estruturais da saúde pública no Brasil: o processo de desmonte dos serviços imposto pelo projeto neoliberal tem, cada vez mais, subtraído conquistas importantes de parcela da sociedade civil brasileira, transformando direitos em frustrações e retóricas. Nesse contexto, muito daquilo que é preconizado como direito no campo da saúde acaba por não ser acessado por aqueles que demandam por assistência, devido à precariedade dos serviços. Esse cenário revela a necessidade de elaboração de políticas públicas bem articuladas e efetivas para o enfrentamento do câncer mamário no Brasil.

Para Azevedo e Lopes (2010), apesar dos avanços tecnológicos disponíveis para o tratamento do câncer de mama terem propiciado terapias mais eficazes, a mastectomia é vista ainda pela Medicina como uma medida mais segura de combate ao câncer. Porém, além de alterar a percepção corporal, gera em parte dos casos, complicações como o linfedema. Escrevem os autores que “um estudo realizado com mulheres mastectomizadas concluiu que a maioria

tinha dificuldade de adaptar-se ao aparecimento do linfedema e seus fatores predisponentes, em decorrência das alterações que estes acarretam nas esferas emocional e psicossocial.” (AZEVEDO; LOPES, 2010, p. 300)

Esse mesmo estudo, de acordo com os autores, revelou que as mulheres que passaram pela experiência da mastectomia apresentam sintomas diferenciados, influenciados por fatores, tais como: “idade, capacidade intelectual, educação, modo de vida, relações familiares, empatia estabelecida com os cuidadores e mecanismos individuais de enfrentamento” (AZEVEDO; LOPES, 2010, p. 300), apontando que além das condições objetivas, fatores de ordem subjetiva influenciam no processo de reabilitação da paciente.

Pode-se afirmar que fatores como baixa autoestima, depressão, tristeza, vergonha, decorrentes da mutilação da mama, e os já citados por Azevedo e Lopes (2010), dificultam o tratamento, reduzindo o nível de resposta da paciente ao mesmo. Dessa forma, a reconstrução mamária constitui uma estratégia importante; caso contrário, as pacientes terão que conviver com a imagem de um corpo mutilado.

No enfrentamento do câncer de mama, as formas de tratamento constituem chances para o aumento da sobrevida e da recuperação da paciente. Para tanto, a reconstrução da mama pós-cirurgia pode reduzir o nível de angústia da paciente frente ao tratamento.

Na qualidade de assistente social, mestranda em políticas públicas e com experiência profissional na área saúde da mulher, vejo, na cirurgia de reconstrução mamária imediata, uma opção para melhorar a qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia, decorrente do carcinoma mamário. Vejo também que são grandes os progressos da oncologia, e esses tem determinado o aumento da sobrevida das pacientes. Um desses avanços é sem dúvida, a oncoplastica, que são técnicas cirúrgicas já reconhecidas pela cirurgia plástica e atualmente são utilizadas pelo cirurgião oncoplastico a fim de melhorar a qualidade de vida da mulher mastectomizada, o que, a nosso ver, torna esse tema sobre a reconstrução imediata da mama de muita relevância social.

Diante do exposto, algumas questões de pesquisa surgem para esta pesquisadora: quais fatores contribuem e comprometem o processo de reconstrução mamária imediata? Qual o papel que a reconstrução mamária imediata cumpre no processo de reabilitação da paciente?

Para a realização da presente pesquisa, adotou-se como hipóteses que a reconstrução mamária imediata se constitui em um direito real para as mulheres no Brasil, e que muitos fatores se apresentam, tornando complexa a relação entre direito e acesso. Apesar disso, a cirurgia de reconstrução mamária imediata torna-se uma aliada importante para o tratamento global da doença, contribuindo para a sobrevivência da paciente, pelo fato de impactar, positivamente, a sua autoestima.

Destarte, a presente pesquisa teve como objetivo geral analisar fatores implicados no processo de reconstrução mamária imediata em mulheres submetidas à mastectomia. Como objetivos específicos, tem-se: a) estudar as condicionantes que dificultam e facilitam a reconstrução mamária imediata em mulheres submetidas à mastectomia parcial ou total; b) conhecer os impactos da reconstrução mamária imediata sobre a autoestima da mulher submetida à mastectomia parcial ou total.

Tal investigação pretende ampliar, no campo das ciências sociais aplicadas, os horizontes teórico-empíricos sobre o câncer de mama e suas estratégias de enfrentamento. Ao mesmo tempo, pretende contribuir para a compreensão dos fatores que cercam o processo de reconstrução à cirurgia oncológica.

Este estudo se mostra relevante, pois o câncer de mama tem dizimado um elevado número de mulheres. Nessa reflexão, quanto mais estudos acerca do tema, em particular, nas suas interfaces com as políticas públicas no Brasil, maior a possibilidade de se compreender o quão importantes são as estratégias para o enfrentamento de tão grave problema de saúde.

Ao mesmo tempo, esta pesquisa tem sua relevância na medida em que contribui para melhorar a compreensão do direito da mulher à reconstrução mamária e, certamente, será uma contribuição significativa para se alcançar melhores resultados para sociedade brasileira na elaboração de políticas públicas bem articuladas e efetivas que consigam na sua totalidade o direito ao tratamento de todas as mulheres que enfrentam esse grave problema de saúde pública: o câncer de mama.

Ademais, a busca desse conhecimento frente ao desafio do direito à reconstrução mamária impõe um olhar mais atento do Governo na formulação de novas políticas que proporcionem

à sociedade, frente à doença e ao seu tratamento global, a promoção da melhoria da qualidade de vida e da atenção aos pacientes.

Com relação ao processo metodológico da pesquisa, esse estudo foi tipo transversal de abordagem qualitativa, realizado com pacientes do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória/ES -(HSCMV).

Neves (1996, p. 1) define a pesquisa de caráter qualitativo como “[...] um conjunto de diferentes técnicas interpretativas que visam a descrever e a decodificar os componentes de um sistema complexo de significados. Tendo por objetivo traduzir e expressar o sentido dos fenômenos do mundo social [...]”. Por isso, nela não existe a preocupação em se produzir dados numéricos, mas de se compreender o contexto e a qualidade do objeto investigado.

Para Günther (2006, p. 204), em vez do uso de procedimento padrão, a pesquisa de caráter qualitativo “[...] considera cada problema objeto de uma pesquisa específica para a qual são necessários instrumentos e procedimentos específicos.” Por causa disso, exige que os passos da pesquisa sejam claramente descritos.

Este trabalho teve a dimensão *qualitativa*, quando ouviu os sujeitos da pesquisa (16 mulheres que passaram pela reconstrução mamária à cirurgia oncologia; cinco profissionais de saúde) e apesar de o número de sujeitos não ter sido representativo ao comparado à totalidade das pacientes assistidas pelo hospital de referência, os dados coletados junto às entrevistadas possibilitaram compreender questões de ordem subjetiva que envolveu o processo de reconstrução mamária, caracterizando um estudo prospectivo.

Foram utilizados os seguintes procedimentos: a revisão da literatura, a pesquisa documental e a pesquisa de campo.

No que se refere à revisão da literatura, foram utilizadas como fontes artigos com uso dos seguintes descritores: câncer de mama; representação social, políticas públicas de saúde; reconstrução da mama, nos seguintes bancos de dados: Lilacs, Medline, Scielo; Pubmed; BVS Ministério da Saúde; Organização Mundial de Saúde (OMS).

Reportando-se à pesquisa documental, foram realizados estudos de leis, decretos, portarias e normas relacionadas à temática, tendo sido acessados os bancos de dados da OMS, do Ministério da Saúde (MS), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e do Instituto Jones dos Santos Neves (IJSN). Também foi analisado o banco de dados disponível no hospital de referência, incluídos os prontuários das pacientes com câncer de mama entre agosto de 2010 a dezembro de 2012.

No que se concerne à pesquisa empírica, foram entrevistadas pacientes do HSCMV, que se submeteram à cirurgia oncológica da mama e que também realizaram a reconstrução mamária tardia e imediata, assim como os profissionais da rede pública de saúde que atuam diretamente no atendimento de pacientes com câncer mamário. Salienta-se em pontuar que a pesquisa empírica/de campo é mais detalhada no capítulo cinco.

Para melhor organização do texto de dissertação, esta foi dividida em seis capítulos:

No capítulo 2, se falou sobre o corpo feminino: a mama e sua representação social; no capítulo 3, sobre o câncer de mama e políticas públicas no Brasil; no capítulo 4, sobre o tratamento cirúrgico do câncer de mama: impactos e avanços das técnicas cirúrgicas para recuperação da paciente; no capítulo 5, sobre os desafios e possibilidades à reconstrução mamária imediata na experiência de mulheres capixabas atendidas em um hospital de referência, e, por fim, no capítulo 6, as considerações finais, seguindo-se os anexos e apêndices.

2 O CORPO FEMININO: A MAMA E SUA REPRESENTAÇÃO SOCIAL

Neste tópico buscou-se registrar uma breve história sobre o corpo feminino, sua mama e suas representações, de forma a contextualizar no tempo e no espaço, não com um olhar anacrônico da historicidade, mas buscando trazer um novo olhar, dentro do momento em que a mulher vivencia o câncer mamário e seu contexto social atual.

2.1 O CORPO FEMININO NA HISTÓRIA

O corpo feminino, produto da interação entre o biológico e o cultural, tem sua construção e desconstrução marcada em diferentes períodos da História, em que a cultura possui um papel fundamental na forma como é visto e tratado tanto pelos homens quanto pelas próprias mulheres.

O corpo feminino é contado, cantado, desenhado, pesquisado e estudado por diferentes campos disciplinares. Uma parte deles buscou desvelar e relatar as conquistas desse corpo nos espaços públicos e privados. Não há dúvida, o corpo tem as suas dimensões biofisiológica, psicoemocional e histórico-cultural, dimensões que estabelecem estreita relação, em especial ao se tratar das duas últimas. Tomando a última dimensão como referência, é possível identificar ao longo da história humana, as suas diversas representações sociais. Tais representações tem relação direta com a função que a mulher exerceu e exerce nas distintas sociedades.

Nas sociedades primitivas, segundo Muraro (apud KRAMER; SPRENGER, 2005) e Badinter (1985), a capacidade reprodutiva da mulher era reconhecida como algo sagrado, porquanto gerava vida e influenciava a fertilidade da terra. Mas, lembra Muraro (apud KRAMER; SPRENGER, 2005) que dois importantes eventos vão alterar o lugar da mulher: um primeiro diz respeito ao fato de o homem descobrir a sua participação na reprodução, levando à perda do poder feminino; outra, ao ser forjada a propriedade privada. A propriedade privada levou à instituição da herança, o que, segundo Engels (2007), representou a maior derrota para as mulheres, pois determinou o controle sobre a sua sexualidade e a instituição da família monogâmica. Esses eventos deram início à sociedade patriarcal, quando também o corpo feminino passou a ser propriedade masculina, como aconteceu com outros bens.

Saffioti (2004) considera ser o patriarcado um caso específico das relações de gênero, ao serem essas desiguais e hierárquicas. Para ela, a ordem patriarcal de gênero admitiria, então, a dominação e exploração das mulheres pelos homens, configurando a opressão feminina.

Na Grécia Clássica, os grandes filósofos tinham como centro de suas reflexões a razão, aquilo que separa o homem de outros animais. Sócrates, que viveu entre 469-399 antes de Cristo (a.C.), postulava-se que a principal característica humana era a razão – que permitia ao homem se sobrepor aos instintos, que seriam a base da irracionalidade. Por isso, a razão era a peculiaridade humana; era essência humana. (BOCK, 2002)

Platão, que viveu entre 427-347 a.C, discípulo de Sócrates, definiu um lugar para a razão no corpo humano – a cabeça – onde se encontra a alma (alma seria a sede da razão). Assim sendo, acreditava que a alma era separada do corpo e que a medula seria a ligação da alma com o corpo. Quando alguém morria, a matéria (o corpo) desaparecia, mas a alma ficava livre para ocupar outro corpo. (BOCK, 2002)

Um dos filósofos mais importantes do período clássico foi Aristóteles – aquele que mais influenciou o pensamento ocidental – que, diferentemente de Sócrates e Platão, acreditava que alma e corpo eram indissociáveis; assim, afirmava a mortalidade da alma, além de discutir a razão. Para ele, a alma constituía o princípio ativo da vida e um era dependente do outro. (BOCK, 2002)

Também Aristóteles tomou para si a responsabilidade de provar a inferioridade feminina; por isso, debruçou-se sobre as provas da superioridade masculina. Entre os seus argumentos estava o fato de o homem ter a capacidade de produzir e ejacular esperma. Para ele, “O animal mais fraco deverá ter uma secreção em maior quantidade em menos vezes [...] aquilo que a natureza confere com uma menor porção de calor é mais fraco.” (ARISTÓTELES apud LANGE, *in*: HARDING; HINTIKKA, 1983, p.1.). Aristóteles se referia à menstruação feminina. Nesse sentido, as menstruações seriam uma produção do sangue menos elaborada do que o sêmen, portanto, a mulher teria menos calor vital que o homem. Quanto à distinção entre os dois sexos, o que estabelecia a superioridade masculina estava na sua capacidade de produzir sêmen, contendo mais calor vital. Importante lembrar que, nesse período histórico, as mulheres tinham o mesmo status dos escravos e estrangeiros, jamais cidadãos daquela

sociedade. Para ele, o argumento de que a hierarquia é resultado da natureza humana tinha apoio no mito cultural de que a mulher era apenas uma extensão da natureza, e o homem, a expressão cultural. Aristóteles reconhecia a importância da mulher na reprodução, mas somente isso.

Chegada à Idade Média, Santo Agostinho, que viveu entre 354-430 depois de Cristo (d.C.), preocupou-se com a influência feminina sobre a moral cristã. O sacerdote era tão convencido da inferioridade das mulheres que, “[...] em sua opinião, para um homem a presença de outro homem seria mais importante do que a presença de uma mulher” (BÚSSOLA, 1999, p. 2). A seu ver, os problemas da humanidade se iniciaram com a presença de Eva no paraíso.

São Tomás de Aquino, que viveu entre 1225 e 1274, acreditava que o único motivo que justificava a existência de Eva era a procriação e, por isso, Deus tê-la-ia ofertado a Adão, pois, diferentemente da mulher, o homem era dotado de humanidade. Dizia ele que: “Em todas as demais ocupações um homem é o maior auxílio para outro homem” (BÚSSOLA, 1999, p.3), à exceção da reprodução. No mais, a presença da mulher podia gerar a degradação masculina: “[...] nada degrada mais o espírito do homem do que os carinhos da mulher.” (BÚSSOLA, 1999, p. 3).

Depois, passando aos fatos, Tomas de Aquino afirma que o pai deve ser amado mais do que a mãe porque ele é o princípio ativo da geração enquanto a mãe é apenas o princípio passivo (BÚSSOLA, 1999, p. 3).

A Igreja Católica (IC), embasada nos princípios da inferioridade feminina, promoveu uma caçada às bruxas. A História registra que, além do apedrejamento e abandono, como forma de castigo e exemplo, as mulheres que praticavam a desobediência eram queimadas em praças públicas. No final da Idade Média, o período que vai do fim do século XIV até meados do século XVIII marca o início da modernidade. Segundo Muraro (apud KRAMER; SPRENGER, 2005, p. 5), aconteceu, em toda a Europa, um fenômeno generalizado: “A repressão sistemática do feminino.” Muraro (2005, p. 5) faz referência aos mais quatrocentos anos de “caça às bruxas, praticada pela Santa Inquisição”, ao escrever:

Deirdre English e Barbara Ehrenreich, em seu livro *Witches, Nurses and Midwives* (The Feminist Press, 1973), nos dão estatísticas aterradoras do que foram à queima de mulheres feiticeiras em fogueiras durante esses quatro séculos. “A extensão da caça às bruxas é espantosa. No fim do século XV e no começo do século XVI, houve milhares e milhares de execuções - usualmente eram queimadas vivas na fogueira - na Alemanha, na Itália e em outros países. A partir de meados do século XVI, o terror se espalhou por toda a Europa, começando pela França e pela Inglaterra. Um escritor estimou o número de execuções em seiscentas por ano para certas cidades, uma média de duas por dia, ‘exceto aos domingos’. Novecentas bruxas foram executadas num único ano na área de Wertzberg, e cerca de mil na diocese de Como. Em Toulouse, quatrocentas foram assassinadas num único dia; no arcebispado de Trier, em 1585, duas aldeias foram deixadas apenas com duas mulheres moradoras cada uma. Muitos escritores estimaram que o número total de mulheres executadas subisse à casa dos milhões [...]. Outros cálculos levantados por Marilyn French, em seu já citado livro, mostram que o número mínimo de mulheres queimadas vivas é de cem mil.

No período que antecedeu ao surgimento da sociedade moderna, a história do corpo feminino foi marcada pelo controle por parte do Estado e da Igreja, que também exerceu essa função; nela, novas instituições aparecerão para controlá-lo, embora seja importante observar que, em períodos mais recentes da história, as mulheres têm conquistado avanços que produzem mudanças culturais e políticas, influenciando as representações sociais do corpo feminino.

No século XVII, os filósofos iluministas enfocavam, constantemente, as diferenças biológicas e intelectuais que separam, radicalmente, os homens e mulheres. Rousseau (1973, p. 415), no século XVIII, acreditava que “Assim, no homem, domina a razão; na mulher, predomina o útero, que define a sua personalidade, toda a sua maneira de ser, de pensar e de agir. Se a mulher é feita para agradar e for subjugada, ela deve tornar-se agradável ao homem ao invés de provocá-lo.” Cria o filósofo que “Toda jovem deve ter a religião de sua mãe, e toda mulher a de seu marido. Ainda que essa religião seja falsa, a docilidade que prende a mãe e a família à ordem da natureza elimina, junto a Deus, o pecado do erro.” (ROUSSEAU, 1973, p. 439). Por conseguinte, defendia a reclusão das mulheres ao espaço privado: “A verdadeira mãe de família, longe de ser uma mulher da sociedade, não está menos reclusa em sua casa que a religiosa em seu claustro.” (ROUSSEAU, 1973, p. 454). O filósofo iluminista reafirmava aquilo já posto desde o Período Antigo - o corpo da mulher tem como sua função primordial a reprodução.

Rousseau foi um contratualista, ou seja, aquele que acredita que só por meio de um pacto, é possível a constituição de uma estrutura que pode gerenciar os conflitos de interesses existentes na sociedade: o Estado. Para argumentar isso, ele escreveu a obra intitulada *Do Contrato Social*. Nela, Rousseau (2002) argumenta que as famílias são as mais antigas formas

de sociedade e as únicas que são naturais; logo, as outras formas de organização social, mais amplas e complexas do que a família, somente são possíveis se houver consenso entre todos. Para as estudiosas feministas, como Pateman (1993), no contrato social proposto pelos contratualistas Hobbes (2006), Locke (1998) e Rousseau (2002), apesar das diferenças de concepções existentes entre eles, está subentendido um contrato sexual. Para Pateman (1993), no pacto, onde se formaria o Estado, estaria subentendida a reafirmação da superioridade masculina frente à feminina. Dessa forma, na constituição do Estado moderno, um dos itens do pacto não explicitado seria a manutenção da subordinação sexual em curso, desde a Idade Antiga, embora sob novas formas.

Ao que parece, Pateman (1993) não está errada, já que a Revolução Francesa, um dos acontecimentos mais importantes e que deu início ao Estado moderno, tinha como princípios a liberdade, fraternidade e igualdade; ampliando-se os direitos civis das mulheres, negaram-se-lhes os direitos políticos, aqueles diretamente ligados à sua participação no mundo público e nas instâncias de poder. Para a autora (PATEMAN, 1993), o patriarcado foi legitimado pelo Direito, que reafirma a propriedade do homem sobre a mulher e a necessidade de controlar nossos impulsos naturais diante dos deveres sociais.

Às mulheres eram reservadas as funções principais de cuidado e reprodução. Nesse sentido, a modernidade irá reforçar a ideia do corpo como exclusivo para a reprodução, dando continuidade no imaginário social de que há Evas e Marias: as primeiras são relacionadas às mulheres que se negam a cumprir as suas funções sagradas no espaço privado, a exemplo das prostitutas; e as Marias, aquelas que encarnaram a imagem de Nossa Senhora, pura, dedicada e voltada única e exclusivamente, para os interesses familiares.

No século XIX e parte do século XX, a relação entre câncer e pecado será fortemente cultivada, em especial, ao se tratar do câncer de mama. A literatura registra que, durante muito tempo, o senso comum acreditava que ele era consequência da indisciplina, desobediência. Ademais, salientavam que a doença poderia ser contagiosa entre os que buscavam o prazer sexual, principalmente, no caso das mulheres, que tinham adoecimentos ditos como resultado de pecados e vícios, em especial nas práticas sexuais sem pudores (SANT'ANNA apud GIMENES; FÁVERO, 2000). Entre as práticas sexuais consideradas abomináveis pela sociedade, o sexo oral era identificado como um grande causador das neoplasias nas mulheres, principalmente nas homossexuais e/ou bissexuais. Julgavam que tais

práticas sexuais eram consideradas as causadoras de nódulos cancerosos na cavidade bucal e no trato digestivo, que se disseminavam por todo o organismo. (BERTOLLI FILHO, 1996)

Para os pecadores amaldiçoados e castigados com o câncer, para se virem livres e perdoados dos pecados da carne, deveriam passar por todo o sofrimento da doença, suportando com resignação, como consequência do pecado.

Tal como a sífilis, o câncer parecia um castigo; mas, ao mesmo tempo, ele foi durante séculos, considerado um mal redentor. Enfrentar o câncer de mama, por exemplo, implicava, acima de todas as preces e “benzedadeiras”, em suportar heroicamente todo o sofrimento, até o momento da morte. Por conseguinte, o corpo sofredor da mulher parecia atingir qualquer coisa da ordem do sagrado. (SANT’ANNA apud GIMENES; FÁVERO, 2000, p. 47)

Entretanto, tais crenças arcaicas, conceituando o câncer como uma *chaga moralizadora*, sentenciando a humanidade a reparar os pecados por ela causados, foram sendo, gradativamente, substituídas, mas não integralmente, visto que ainda era avaliada pelo caráter do paciente, antes livre, disposto a experimentar e viver os desejos da carne, sem amarras, sem higiene, cujas emoções eram desmedidas. Agora, a causa estaria relacionada, justamente, com a contenção do desejo ou não expressividade das emoções. Para Sant’Anna (apud GIMENES; FÁVERO, 2000, p. 57), “O câncer tenderá a expressar, ao menos, duas vergonhas: aquela de ser anti-higiênico e maculado por experiências julgadas viciosas e, também, aquela de ser considerado 'recalcado', 'frustrado', incapaz de aceitar seus próprios desejos e de expressá-los.”

2.2 O CORPO FEMININO NA CONTEMPORANEIDADE

Convém ressaltar que Foucault nos traz grandes contribuições, ao discutir o controle dos corpos como mecanismo de poder. A trajetória da construção do corpo feminino é produto de várias construções, marcado pela Medicina social, pela medicalização do corpo feminino construído dentro de discursos médico-morais, pela disciplinarização dos corpos sob a ótica foucaultiana, pela liberação do corpo, com certa soberania da mulher sobre seu corpo, no que se refere à liberdade sexual e contracepção e pela construção moral por meio da maternidade (GEERTZ, 1989).

Michel Foucault (2004) descreve como se construíram os corpos dóceis, corpos adestrados e modelados na disciplina dos exércitos, das prisões e das escolas, como assevera:

[...] é dócil um corpo que pode ser submetido, que pode ser utilizado, que pode ser transformado e aperfeiçoado [...] em qualquer sociedade, o corpo está preso no interior de poderes muito apertados, que lhe impõem limitações, proibições e obrigações. (FOUCAULT, 2004, p. 126)

Assim, para Pinho (apud CASTELO BRANCO; NEVES 1998, p. 189), “A disciplina, segundo a genealogia foucaultiana, diz respeito tanto a uma modalidade de poder que se caracteriza por medir, corrigir, hierarquizar, quanto torna possível um saber sobre o indivíduo.”

Dentro desse contexto que, não só a saúde, mas também a formação social do indivíduo foi moldada. Pode estar associada ao investimento social no corpo, enquanto um objeto concreto:

O corpo também é preso no espelho do social, objeto concreto de investimento coletivo, suporte de ações e de significações, motivo de reunião e de distinção pelas práticas e discursos que suscita. Nesse contexto o corpo é só um analisador privilegiado para evidenciar os traços sociais cuja elucidação é prioridade aos olhos do sociólogo, por exemplo, quando se trata de compreender os fenômenos sociais contemporâneos. (LE BRETON, 2007, p. 77)

Em referência ao corpo, enquanto objeto concreto pode-se também incluir o estudo das aparências:

A aparência corporal responde a uma ação do ator relacionada com o modo de se apresentar e de representar. Engloba a maneira de se vestir, a maneira de se pentear e ajeitar o rosto, de cuidar do corpo, etc., quer dizer, a maneira cotidiana de se apresentar socialmente, conforme as circunstâncias, através da maneira de se colocar e do estilo de presença... A ação da aparência coloca o ator sob o olhar apreciativo do outro e, principalmente, na tabela do preconceito que o olhar fixo de antemão numa categoria social ou moral conforme o aspecto ou o detalhe da vestimenta, conforme também a forma do corpo ou do rosto. Os estereótipos se fixam com predileção sobre as aparências físicas e as transformam naturalmente em estigmas, em marcas fatais de imperfeição moral ou de pertencimento de raça... Roupas, cosméticos, práticas esportivas, etc., formam uma constelação de produtos desejados destinados a fornecer a ‘morada’ na qual o ator social toma conta do que demonstra dele mesmo como se fosse um cartão de visitas vivo. (LE BRETON, 2007, p. 77-8)

Sobre a condição social da mulher no passado, Simões e Moreira (1997, p. 137) revelam que: “A necessidade do corpo mulher era admitida para perpetuar a família, mas não para compartilhar. Aliás, a mulher só era esposa porque seu papel associava-se ao de mãe dos

futuros herdeiros, enfatizando o corpo da mulher como reprodutor resguardado de pudores e restrições.”

Sendo assim, a imagem da mulher na sociedade foi moldada sob essa condição social. Durante muito tempo, o corpo feminino esteve aprisionado às teorias da Medicina e aos discursos morais da sociedade, sujeitando-se aos preconceitos e ao adestramento. Um corpo moldado para sociedade, para crescer e multiplicar-se. Escravo da natureza feminina. Com isso, foram introduzidos, com base nessas teorias sobre o corpo feminino, papéis que, ainda atualmente, permeiam o universo feminino e permanecem na sociedade. Conforme apontam Matos e Soihet (2003, p. 2-3), entre 1890 e 1930, “os médicos sanitaristas se colocaram no direito de disciplinar a sociedade, ordenando a sexualidade e os prazeres.”

Atualmente, com as conquistas femininas, ganharam espaços para vivenciarem sua sexualidade e seus corpos, já que as formas da sociedade permeadas pelos moldes masculinos tiveram que rever seus conceitos e eliminaram seus preconceitos sobre a mulher e seu corpo, não aceitando mais ser violentado, adestrado, aprisionado e calado. O corpo da mulher, atualmente permeado por marcas e cicatrizes do passado, busca, através dos movimentos sociais, pelos movimentos de mulheres -, apagar esse passado e reescrever suas histórias pautadas no direito: a sexualidade livre de preconceitos e obrigações pejorativas, a optar ou não pela maternidade, a dizer não quando não lhe agrada o sexo, a não ser abusada, estuprada física e psicologicamente pelo seu parceiro nem por ninguém.

Positivamente, o corpo feminino vem ganhando espaço na sociedade, refletindo suas conquistas; são corpos tatuados, moldados pela Medicina, decorados por adornos de todos os modelos, são cultuados sem serem elas taxadas por meretrizes. Todas essas conquistas ressaltadas em um corpo, que ainda teme com os preconceitos, com o machismo, com a violência de gênero e os estigmas que permanecem ocultos na sociedade, mas não inexistentes.

Certamente, o corpo é a materialização da mulher no mundo, com quem participa carregando sua mente, sua capacidade intelectual e emocional. Tal percepção só torna ainda mais valoroso o objeto desta pesquisa, porquanto ele busca valorizar a reconstrução da imagem de um corpo desconstruído, pois quando a mulher passa pelo processo do câncer mamário e

perde uma parte tão importante e cheia de significados quanto é a mama, perde o chão, se cala e, muitas vezes, entra em silêncio consigo mesma.

Para Perrot (1989, p. 9), “[...] esse silêncio permeia a função anônima e impessoal da reprodução, bem como a reprovação do prazer sexual, que através dessas práticas sociais constitui a ‘frigidez’ feminina.”

Acrescenta Helman (2006, p. 24) que “Para os membros de todas as sociedades, o corpo humano é mais, do que um simples organismo físico oscilando entre a saúde e a doença. É também foco de um conjunto de crenças sobre seu significado social e psicológico, sua estrutura e funcionamento.”

De fato, é através do corpo que a mulher se introduz no mundo, e é ele que reproduz as atribuições dentro dos espaços públicos e privados, pois, conforme Rabelo e Alves (1999, p. 12), “O corpo é o *locus* em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade).”

2.3 O ADOECIMENTO FEMININO NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

Ao colocar em pauta a questão do adoecimento da mulher contemporânea, não se poderia deixar de chamar a atenção para a gravidez indesejada, o aborto, a sexualidade, a anticoncepção precária, a gestação não saudável, a falta de qualidade da atenção à saúde, a morbidade associada à gestação, a morte materna, o câncer de colo de útero e o câncer de mama, o acúmulo de funções, o desemprego, a violência doméstica e urbana, o abandono familiar e social, o estresse, a depressão, a obesidade, o cigarro, o álcool e outros males que permeiam a sociedade contemporânea e que, também, invadem o universo feminino e, conseqüentemente, contribuem ou até mesmo são responsáveis pelo adoecimento da mulher contemporânea.

Independente do momento histórico que está vivenciando a sociedade, a saúde da mulher sempre será um tema de interesse para as políticas públicas, quando o seu adoecimento, seja físico ou mental, preocupa e provoca mudanças negativas nas famílias e na sociedade. Além do mais, a sociedade contemporânea, mesmo vivenciando avanços políticos e sociais, onde a

Constituição Federal de 1988 e as Conferências Nacionais de Saúde e Direitos da Mulher (CNSDM) contribuíram consideravelmente para o avanço das lutas por igualdade de direito das mulheres brasileiras, ela (a sociedade) ainda permite alguns retrocessos e descaso com a saúde da mulher moderna. Neste contexto, não poderíamos deixar de salientar que o Estado brasileiro vem buscando avançar nas políticas de saúde, mas ainda falta muito para melhorar a situação dessa mulher contemporânea, especialmente das mais pobres, rurais, afrodescendentes e indígenas que continuam a experimentar exclusão social e violência e, sem dúvida, tem sido um agravante para sua qualidade de vida e, conseqüentemente, para sua saúde como um todo. (BARSTED; PITANGUY, 2011)

As históricas desigualdades de poder entre homens e mulheres perpassam o tempo, pode-se afirmar, também contribuem para o adoecimento da mulher. Os papéis sociais específicos tanto para o homem quanto para a mulher, eventualmente, levam a diferenças de gênero, à naturalização do trabalho doméstico e o cuidado com as crianças como pertencentes ao mundo feminino, tudo isso se contrapõe com a inserção social dos homens no espaço público. (ARAÚJO, 1998)

Segundo Pinheiro (2007, p. 1):

O princípio da Igualdade constitui o signo fundamental da democracia, expressando-se formalmente (igualdade perante a lei) ou materialmente (igualdade real, na análise de casos concretos), estando previsto na Carta Política, como objetivo fundamental da República Federativa do Brasil e como garantia individual (artigo 5º, “caput” e inciso I, esse último estabelecendo a igualdade entre homens e mulheres), entre outros.

Não obstante, para as autoras Barsted e Pitanguy (2011, p. 10). “Enquanto a Constituição de 1988 consolidou as bases dos direitos individuais e sociais das mulheres, como produto do ativismo, as desigualdades de gênero só serão superadas quando as políticas públicas realmente assegurarem o direito das mulheres à cidade.”

Se, no passado, a mão de obra feminina foi construída entre quatro paredes, naturalizando funções como mãe e dona de casa, no presente têm sido esse o modo de produção ainda existente. Contudo, norteadas por exigências de se ver livre das amarras do passado, a mulher busca sua independência financeira e sua valorização no novo contexto social em que vive a sociedade contemporânea, onde é preciso acumular funções do trabalho doméstico e extra doméstico para preservar papéis antigos e desenvolver novos, muitas vezes, ambos

necessários à sua sobrevivência e até mesmo da sua prole e, para isso, abnega cuidados com sua saúde, até porque esse acúmulo de funções toma tempo, no que se refere aos cuidados de si mesma.

Mesmo para aquelas que dividem as tarefas domésticas com seus companheiros, essa divisão ainda é desfavorável, pois dados do Instituto Brasileiro de Geografia (IBGE) revelam que: “O número de horas gastas nos afazeres domésticos por homens e mulheres muda pouco se considerarmos apenas os ocupados: as mulheres gastam 22 horas semanais, enquanto os homens na mesma situação, apenas 9,5 horas.” (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2010, p. 257)

Insta frisar essas diferenças entre homem e mulher, associadas aos males da sociedade contemporânea e às mudanças no estilo de vida que, de certa forma, contribuem para o adoecimento da mulher. De fato, as construções culturais em torno da mulher e uma história construída dentro de um universo de desigualdade implicam em um forte impacto nas condições de saúde feminina, devendo as questões de gênero ser consideradas como um dos determinantes da saúde na formulação das políticas públicas para mulheres. (PASTORE 2007)

Fica evidente que o adoecimento feminino na sociedade contemporânea tem que ser uma preocupação para os gestores de políticas públicas de saúde, visto que ainda é uma preocupação essencial da nova mulher que é mãe, mulher, dona de casa, chefe de família, Chefe de Estado, Presidente da República, que busca ser valorizada e respeitada em sua dignidade pessoal e capacidade de decisão.

2.4 A MAMA E SUAS REPRESENTAÇÕES SOCIAIS

Ao longo da história da humanidade, as mamas femininas apresentaram diferentes representações e estão associadas a vários significados e simbolismos, sagradas na Antiguidade, pequenas na Idade Média e, no século XXI, o culto às mamas fartas dando espaço ao silicone. Várias são as fases da vida de uma mulher em que a mama é a protagonista dessa história, que passa pela puberdade, pela fase reprodutiva e chega à menopausa.

O livro *Uma História da Mama* descreve a mama no trecho, a seguir, como sendo:

Abundantes, fecundas, fartas, férteis, as mamas não são apenas glândulas cujas características mais evidentes são as de identificar a mulher e propiciar o desenvolvimento sadio de seus descendentes. A simbologia dos seios femininos é tão forte que a palavra mama deu origem ao verbo amamentar – o princípio básico da alimentação – e ao adjetivo mamífero, designativo da classe de animais que inclui a espécie humana. Apelidadas por especialistas de “árvores da vida” (o interior da glândula assemelha-se a uma árvore), as mamas permeiam a história da humanidade. (ROCHA; PEDRINE, 2009, p. 17)

Historicamente, seria difícil definir o surgimento das mamas até pela falta de fósseis que apresentem tal formação. Se pensar como religioso, até porque o Brasil é considerado um país católico, chegar-se-á à conclusão de que a mama surgiu com a criação de Eva, primeira mulher feita por Deus. Entretanto, ela não seria o primeiro mamífero; logo, não seria a primeira mama feminina, uma vez que, segundo relata o livro de Gêneses das Sagradas Escrituras, criou Deus, primeiro, os animais irracionais e, só então formou o homem e dele foi criada a mulher. (BÍBLIA SAGRADA, 1976)

Cientificamente, conforme a citação de Rocha e Pedrine (2009), por não existirem fósseis de seios, diferentes teorias foi se formando com a evolução da espécie:

De acordo com cientistas e historiadores, a ausência de fósseis de seios dificulta a identificação de quando e como surgiram e se transformaram, ao longo das eras, no que são atualmente. Teorias foram criadas com base na evolução da espécie e no poder sexual que as mamas possuem. Algumas indicam que após o homem se tornar bípedes o seu corpo passou por uma série de modificações; o feminino afinou, desenvolveu curvas e a necessidade de um espaço frontal para a manutenção do aleitamento e da atração do sexo oposto resultou no aparecimento dos seios. (ROCHA; PEDRINE, 2009, p. 17)

No entanto, a construção simbólica da mama se deu em torno dos papéis a ela atribuídos², representações sobre a maternidade e feminilidade, tanto no campo religioso quanto no campo científico, é vista como símbolo da condição feminina, a mama simboliza na mulher sua sensualidade, do sentir-se bela, por ter um significado especial e realizar papéis exclusivos do universo da mulher. As mamas podem ser consideradas como acessórios dos principais órgãos reprodutores, pois sua função básica é o aleitamento. Rocha e Pedrine (2009, p. 17) contribuem ao dizerem que “[...] a simbologia dos seios femininos é tão forte que a palavra

² Para Freud (vol. XV, apud TEIXEIRA, 2008), o seio é o primeiro objeto da pulsão sexual. Pois, seria a principal fonte da experiência primitiva de satisfação, visto ser a via que alimenta e sacia a fome do bebê.

mama deu origem ao verbo amamentar – o princípio básico da alimentação – e ao adjetivo mamífero, designativo da classe de animais que inclui a espécie humana.” Ademais,

Os seios da mulher simbolizam, ao mesmo tempo, a maternidade central para a tradicional identidade das mulheres e o erotismo feminino chave para a atração sexual. Eles são, assim, um sinal de feminilidade importante e potencialmente contraditório. O câncer de mama dramatiza a ameaça social colocada pelas mudanças no equilíbrio de poder entre homens e mulheres. As imagens populares do câncer de mama refletem crenças culturais sobre papéis ‘ideais’ para as mulheres, corpo feminino “perfeito” e o perigo para ambos – e para a sociedade como um todo – das mudanças nos papéis prescritos para as mulheres e os comportamentos tradicionais. (LANTZ; BOOTH, 1998, p. 910)

Coelho (1995, p. 32) acrescenta que: “As mamas são valorizadas pelas funções eróticas e estéticas, e consideradas ‘sagradas’, por causa da função do aleitamento.” Talvez decorra daí o tabu de que são intocáveis.

Ainda que, por muito tempo, a mama tenha sido mais valorizada pelos seus aspectos relacionados à maternidade, com importante papel na sociedade, atualmente, em nossa cultura, as mamas passaram a ter novas representações sociais, passaram a ser valorizadas pela feminilidade com uma conotação de beleza e sedução com um forte atrativo e estímulo sexual. (CAVALCANTI, 1992)

Atualmente, são fortemente exploradas pela mídia do culto ao corpo como símbolo de forte apelo sexual. Vive-se em uma sociedade onde este culto passou a ser objetivo de diferentes mulheres, independente da sua classe social, onde a mama, além de símbolo da condição feminina, passou a ser objeto de desejo, ao se buscar uma mama cada vez mais perfeita, pois, para elas, o aspecto físico das mamas tem relação com a sensualidade, a atração e a vaidade por um corpo bonito. Goldenson e Kenneth (1989, p. 30) definem atração como sendo a “[...] capacidade de despertar interesse sexual através de maneiras provocantes ou formas físicas excitantes, como os seios [...]”

Símbolo da estética feminina, os seios sempre se destacaram no imaginário coletivo, estampam as revistas de moda, cartazes eróticos e filmes; desfiles de moda definem os decotes, o *lingerie* enlouquece os homens e transforma as Lolitas em mulheres, passando pelas musas *hollywoodianas* até as com silicones mamários, mas, ao mesmo tempo, aparecem em papéis complementares como o de esposa e de mãe, e, às vezes em uma singela campanha de amamentação ou de prevenção ao câncer, tendo em vista sua função biológica, o aleitamento. As mamas assumem, então, diferentes representações sociais; entretanto, seu

componente erótico e sua função nutricional estiveram, marcadamente, presentes ao longo dos séculos.

Diante desse contexto social das diferentes representações sociais atribuídas aos seios, ao longo do tempo, tornando-os elementos extremamente significativos na busca do corpo perfeito e sensual, ao estar diante de uma doença que coloca em risco sua funcionalidade e seu valor estético, a mulher com câncer mamário vivencia profundas e negativas experiências ao perder a mama.

Por isso, sua perda a abala em sua mais profunda intimidade e ameaça as suas representações e seu imaginário feminino; sua identidade sendo mutilada, mesmo que tal procedimento seja primordial à preservação de sua vida, perdê-la é deixar de ser um pouco mulher e ter sua imagem corporal roubada. Schilder (1994, p. 11) afirma que a imagem corporal é a configuração do corpo formada na mente, isto é “[...] o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós [...].”

Para os autores Gomes, Skaba e Vieira (2002, p. 200-1) “No imaginário social, a mama costuma ser associada a atos prazerosos – como amamentar, seduzir e acariciar –, não combinando com a ideia de ser objeto de uma intervenção dolorosa, ainda que necessária.” Há um sentimento de mutilação, alteração da imagem corporal, diminuição da autoestima, perda do senso de feminilidade, diminuição do funcionamento e atração sexual. A retirada da mama, em geral, provoca na mulher um sentimento de mutilação e um abalo na imagem corporal e da sua representação social.

3 CÂNCER DE MAMA E POLÍTICAS PÚBLICAS NO BRASIL

Neste tópico, buscou-se contextualizar a política de saúde no Brasil, dentro de um panorama histórico, trazendo um olhar sobre a saúde da mulher.

3.1 APONTAMENTOS SOBRE AS POLÍTICAS DE SAÚDE NO BRASIL

Antes de partir para as políticas públicas de saúde para as mulheres, será preciso um breve comentário sobre a saúde brasileira no século XX, para situar-se no tempo e na história. Pois

bem, o início do século XX ficou marcado pela forte hegemonia das políticas de saúde pública orientada para o controle de endemias e generalização de medidas de imunização de caráter campanhista. Já na metade da década de 1960 surgiu o modelo médico-assistencialista privatista. (MENDES, 1999)

Em 1963, foi realizada a III Conferência Nacional de Saúde, instituída por lei já em 1937, com o objetivo de oferecer orientações sobre as políticas de saúde. Germinava o pensamento de uma reforma no sistema de saúde. Foi, então, proposta a municipalização dos serviços de saúde. Essa Conferência definiu como ideologia da saúde a do desenvolvimento econômico, baseada que estava na racionalidade do planejamento, na produtividade e na distribuição de riquezas. Esses últimos eram princípios tidos como *fontes de saúde* (ROSSI, 1980).

Propositalmente, como consequência do período desenvolvimentista vivido pelo Brasil, dos anos 50 até o ano de 64, serviu para orientar o fortalecimento e a expansão da Medicina Previdenciária, quando o Governo comprava serviços privados de saúde para atender precariamente parte da população. Tristemente, nessa década, com o golpe militar de 1964, foram usurpadas as primeiras ideias, que vinham sendo incorporadas desde a III CNS, a de municipalizar os serviços de saúde. (KLIGERMAN, 2000)

Consequentemente, a criação do Instituto Nacional de Previdência Social (INPS), em 1967, que unificou todos os institutos, concentrando recursos financeiros e ampliando a compra de serviços da rede privada, ficou marcado o momento institucional de consolidação do modelo médico assistencial privatista. A centralização e concentração do poder institucional aliaram campanhismo e curativismo em uma estratégia de medicalização social, sem precedentes na história do país.

Resultou da unificação dos IAPs, no contexto do regime autoritário de 1964, vencendo as resistências a tal unificação por parte das categorias profissionais que tinham institutos mais ricos. O INPS consolida o componente assistencial, com marcada opção de compra de serviços assistenciais do setor privado, concretizando o modelo assistencial hospitalocêntrico, curativista e médico-centrado, que terá uma forte presença no futuro SUS. (REIS; ARAÚJO; CECILIO, 2010, p. 32)

Porém, mesmo com essa forte concentração de poder em torno desse modelo de saúde, era crescente o descontentamento dos profissionais da saúde e da população que dependia da saúde pública. Esses reivindicavam uma transferência efetiva de responsabilidade, com poder

de decisão, para estados, municípios e distrito, contrariando a tendência centralizadora, historicamente dominante desde o início do século.

Foi então que a discussão tomou força no ano de 1975, quando surgiram os movimentos populares (associação de moradores, de mulheres, sindicatos, igreja) e partidos políticos, todos contrários ao então omisso sistema de saúde vigente no Brasil. Os movimentos populares passaram, então, a exigir soluções para os problemas da saúde criados pelo regime autoritário. (LUZ, 1991)

O Sistema Nacional da Previdência Social (SINPAS) surgiu em 1977. Continha o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS), sendo fortemente influenciado pelas ações do sistema de assistência médico-privatista. Esse instituto passa a ser o grande órgão governamental prestador da assistência médica.

O INAMPS tinha como função comprar serviços médico hospitalares e especializados de gestores privados para serem fornecidos a uma pequena parcela da população, que estava descontente com os princípios morais, éticos que norteavam a saúde, sentimento que foi acentuado no final da década de 70 e início de 80, quando sindicatos e partidos iniciaram uma fase de agitação, questionando a saúde e as políticas de saúde, no Brasil. (LUZ, 1991)

Mudanças ocorridas na política e na economia, no início dos anos 80, fizeram com que ocorresse um esgotamento desse modelo privatista, sendo desejado outro modelo de saúde por grande parte da população, dentre eles: acadêmicos, cientistas e tecnocratas progressistas debatiam em seminários e congressos as epidemias, as endemias e a degradação da qualidade de vida da população. (MENDES, 1999)

Porém, mais precisamente na década de 80, as políticas públicas de saúde no Brasil sofreram profundas alterações, ficando marcadas para a saúde da população, por vários projetos que surgiam neste período, com a intenção de estender a cobertura dos serviços de saúde para toda a população. Buscava-se o direito à saúde pública. (SILVA, 1996)

Contudo, ideias e práticas foram, novamente, germinando e crescendo, a partir da década de 80, e culminaram na Proposta da Reforma Sanitária. De fato, era uma proposta para a saúde pública, que buscava a integração das ações e a descentralização dos seus serviços de saúde,

com a expansão da cobertura assistencial e o redirecionamento dos recursos para estados e municípios.

Tais propostas foram fortemente combatidas por grupos de médicos privatistas que, por motivos particulares, não tinham interesses econômicos em uma saúde pública universal, nem tão pouco uma assistência integral, porque esses últimos anos foram também de crescimento para as indústrias médicas, da Medicina de grupo, em que o interesse não era o de um sistema público de saúde que funcionasse e, sim, o de uma assistência médica privatizada. Era tempo de muitos conflitos de interesse no campo da saúde. (SILVA, 1996)

Datam ainda de 1983, merecendo destaque a implantação das Ações Integradas de Saúde (AIS), que objetivavam a integração e a descentralização dos serviços de saúde -, a expansão da cobertura assistencial e o redirecionamento dos recursos para os estados e municípios.

No entanto, somente em 1987, com a criação do Sistema Unificado e Descentralizado de Saúde (SUDS), surgiu sob a forma de convênios do INAMPS com as Secretarias Estaduais de Saúde, ocorrendo a consolidação das AIS e, também, o redirecionamento das funções do INAMPS, deixando de atuar como órgão responsável pela execução direta e indireta das ações de saúde, repassando essas atribuições aos estados e municípios, onde mais tarde viriam dar início à ampliação da rede de unidades básicas nos estados e municípios. (SEPÚLVEDA, 2001)

Foi possível observar o avanço dos movimentos sociais de mulheres nos meados da década de 1980. Grande era o interesse pelo tema Saúde da Mulher, tal tema crescia no país, não apenas nos espaços acadêmicos, mas também na maioria dos movimentos sociais organizados. Fervilhava, no universo feminino, o desejo de democratização. Era, sem dúvida, um sentimento que surgia cada vez mais forte, tomando maiores proporções. Elas queriam exercer, de fato, suas cidadanias, pois sofriam repressões, não só pela questão de gênero, mas pela discriminação racial, pela falta de saúde, pela falta de democratização da educação para a saúde, pela ausência de planejamento familiar e outras mazelas que afligiam o ser mulher, simplesmente.

Iniciou-se um processo de abertura política. O Ministério da Saúde (MS), em conjunto com feministas e profissionais da saúde que reivindicavam um programa integral de assistência à

saúde da mulher, elaboraram propostas de atendimento à mulher que fossem integradas em um programa de saúde e garantissem o respeito a seus direitos de cidadã. (SEPÚLVEDA, 2001)

Em 1982, foi implementado o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS)³, sendo que em 1983 o Ministério da Saúde lança o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), uma nova abordagem da saúde da mulher, uma análise complexa das questões de saúde, buscando dar atenção integral à saúde feminina, ressaltando a sua autonomia sobre questões reprodutivas, e não mais a utilização de ações isoladas em planejamento familiar.

Era o PAISM um programa pioneiro em seus objetivos, que contemplava a saúde reprodutiva de forma a regulamentar a fecundidade. Verdadeiramente, o PAISM era fruto da trajetória de lutas das mulheres por políticas de saúde; sobretudo, era uma ruptura conceitual com os princípios norteadores da política de saúde das mulheres e os critérios para eleição de prioridades existentes nesse campo (OSIS, 1998).

Como não se poderia deixar de salientar, o que mais tarde viria nortear ações básicas de assistência integral à saúde da mulher, no ano de 1984, começou a primeira distribuição de documentos técnicos às Secretarias Estaduais, com essa finalidade: integralizar a saúde da mulher. Tal conceito de atenção integral à saúde feminina trouxe fortes mudanças ao significado do corpo da mulher no contexto social, era um novo redimensionamento da posição das mulheres, em um universo marcado e moldado pelo e para o homem.

O PAISM orientou suas ações de acordo com as necessidades identificadas a partir do perfil epidemiológico da população feminina que apresentava diferenças importantes de uma região a outra do país, além de desmontar a lógica que norteava as intervenções sobre seus corpos, antes estigmatizadas como parideiras (OSIS, 1998).

O PAISM define a política especial de atenção integral a ser oferecida pelos municípios a população, seguindo princípios e diretrizes:

³ Em agosto de 1982, foi aprovado o Plano de Reorientação da Assistência à Saúde no âmbito da Previdência Social, ou “Plano do Conasp” que operacionalmente envolvia 33 projetos e programas, dentre os quais o Programa de Ações Integradas de Saúde (PAIS) com o qual se inicia, não sem muitas resistências, o processo de universalização da assistência médica. (OSIS, 1998, p. 3).

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

Em 1986, por meio da Portaria nº 3.360/86, o INAMPS define o PAISM como referência em atenção às mulheres e orienta estratégias de sua implantação, refletindo a conjuntura do trabalho articulado dessa instituição com o MS, por meio das AIS.

Verificou-se a necessidade de identificar o perfil populacional de cada região, para que o serviço prestado à população feminina fosse efetivo e eficaz; de certo que não bastava apenas existir o Programa, era preciso incorporá-lo, conforme as especificidades e realidade de cada município brasileiro.

Embora não fosse difícil afirmar a real situação da mulher brasileira antes da CF/88, mesmo na ausência do mapeamento de todos os municípios, sem identificar suas especificidades regionais, suas dificuldades e questões sociais, a verdade revelada seria a mesma, uma vez que a realidade enfrentada por diferentes mulheres no Brasil, independentemente de região e classe social, é estrutural, sendo recorrente, o que leva a concluir que grande parcela da população feminina passa por dificuldades, comuns a todas, dentre elas: a violência de gênero, incluindo o estupro, a violência doméstica, a mutilação, o homicídio, o abuso sexual, a coerção física e psicológica, que constituem um grave problema de saúde pública, além das mulheres, que são as provedoras da casa, vivenciarem a precariedade no trabalho e da miséria e outros agravantes para sua saúde.

Ainda em 1986, sendo de suma importância mencionar que contribuiu fortemente para o reconhecimento e fortalecimento dos movimentos sociais de mulheres e consequentemente representou, inegavelmente, um marco, pois introduziu no cenário da discussão da saúde a sociedade: foi a realização da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), com intensa participação social. Essa CNS apresentou um projeto de reforma sanitária, com ideário de um sistema único e estatal, debatido por cerca de 5.000 participantes, dentre os quais mil delegados. (BRAVO, 2004)

No entanto, em sua maioria, as mulheres que fizeram presença marcante na VIII CNS, sendo essa participação de suma importância para a implantação da Política de Saúde Integral para Mulheres, contida no PAISM, lançado pelo MS em 1983. Foi um divisor de águas. A questão da Saúde ultrapassou a análise setorial, referindo-se à sociedade como um todo, propondo além de um Sistema Único de Saúde, uma reforma sanitária. A VIII CNS consagrou a concepção ampliada da saúde, e o princípio dela, como direito universal e dever do Estado; princípios esses que, mais tarde, seriam plenamente incorporados à Constituição Federal de 1988. Ademais, essa Conferência representou um avanço técnico e um pacto político, ao propor a criação do Sistema Único de Saúde (SUS). (BRAVO, 2004)

É sabido que, para a criação de um sistema único de saúde, foram encaminhadas propostas com notável predomínio do poder público, seria a descentralização do sistema, com a finalidade de aperfeiçoar e universalizar o acesso de toda população às unidades de saúde, que se apresentariam de forma hierarquizada, provendo a participação e o controle da população na reorganização dos serviços e a readequação financeira do setor. Era preciso municipalizar a saúde, porque, sendo esse ente federado o mais próximo da população e conhecedor das especificidades em saúde de sua região, caberia a ele responsabilizar-se em administrar o dinheiro arrecadado e promover ações em saúde. (COHN, 1997)

Foi em 1987, pela primeira vez, o Governo Federal repassou recursos para os estados e municípios ampliarem suas redes de serviços, salientando a municipalização que viria mais tarde, a ser efetivada com o Sistema Único de Saúde (SUS). Isso aconteceu, devido à criação dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS) que tinham, como principais diretrizes: universalização e equidade no acesso aos serviços de saúde; integralidade dos cuidados assistenciais; descentralização das ações de saúde; implementação de distritos sanitários (REIS; ARAUJO; CECILIO, 2010, p. 34).

Ainda, em 1987, foi convocada a Assembleia Nacional Constituinte (ANC). Entretanto, vinha aumentando e tomando forma o processo de mobilização da sociedade, que contribuiu para a elaboração da nova constituição democrática e culminou, em 1988, com a aprovação de um capítulo que seria inédito na nova Constituição, que versaria sobre a saúde, no qual incorporavam, em parte, o pensamento e a luta do movimento sanitário. (SCOREL, 1993)

Em outubro de 1988 foi aprovada a nova Constituição Federal que universalizou o direito do acesso gratuito à saúde. Este foi o principal marco para as políticas públicas de saúde no

Brasil, visto que rompeu com a saúde médico privatista, implantou os ideários da Reforma Sanitária, universalizou a saúde e integralizou o atendimento:

Em 1988, foi aprovada a “Constituição Cidadã”, que estabelece a saúde como “Direito de todos e dever do Estado” e apresenta, na sua Seção II, como pontos básicos: “as necessidades individuais e coletivas são consideradas de interesse público e o atendimento um dever do Estado; a assistência médico sanitário integral passa a ter caráter universal e destina-se a assegurar a todos o acesso aos serviços; estes serviços devem ser hierarquizados segundo parâmetros técnicos e a sua gestão deve ser descentralizada” Estabelece, ainda, que o custeio do Sistema deverá ser essencialmente de recursos governamentais da União, estados e municípios, e as ações governamentais submetidas a órgãos colegiados oficiais, os Conselhos de Saúde, com representação paritária entre usuários e prestadores de serviços (BRASIL, 1988).

Cabe registrar que os anos 1990 dão continuidade de forma acentuada às ideias neoliberais no Brasil, as formulações das políticas de ajuste estrutural, de cunho neoliberal, principalmente, colocaram as políticas de saúde na contramão das políticas governamentais. Nesse contexto, em que o projeto de Reforma do Estado⁴ aplicava medidas de ajuste que ressaltava o aumento de pobreza e desemprego e estavam longe de oferecer soluções, foi comum observar o descumprimento dos dispositivos constitucionais. O cenário em que se encontrava o Brasil, fez com que o Governo adiasse a convocação da IX Conferência Nacional da Saúde, bem como a regulamentação da Lei Orgânica da Saúde - Lei 8080/90, a qual teve sua aprovação após amplo processo de mobilização. (LAURELL, 1995)

O Sistema Único de Saúde (SUS)⁵ foi criado pela Constituição Federal de 1988 e regulamentado pela Lei nº 8080/90 - que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes. Mesmo assim, ela sofreu importantes alterações decorrentes de vetos do Presidente que foram negociados e parcialmente recuperados na Lei nº 8.142/90 que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros. (BRASIL, 1991)

⁴ Na década de 90 a reforma do Estado partiu do pressuposto de que o Estado é reformável e que a sociedade, deve ser o parceiro privilegiado, “só um Estado forte pode produzir eficazmente sua própria fraqueza” e “*como toda a desregulamentação envolve regulamentação, o Estado, paradoxalmente, tem de intervir para deixar de intervir.*” (SANTOS, 1998, p. 11).

⁵ “Primeira lei orgânica do SUS detalha os objetivos e atribuições; os princípios e diretrizes; a organização, direção e gestão, a competência e atribuições de cada nível (federal, estadual e municipal); a participação complementar do sistema privado; recursos humanos; financiamento e gestão financeira e planejamento e orçamento. Logo em seguida, a Lei nº 8142, de 28 de dezembro de 1990, Institui os Conselhos de Saúde e confere legitimidade aos organismos de representação de governos estaduais (CONASS - Conselho Nacional de Secretários Estaduais de Saúde) e municipais - Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde)” (BRASIL, 1990).

O SUS pode ser considerado uma das maiores conquistas sociais consagradas na Constituição Federal de 1988, com a finalidade de alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, e fortalecer os direitos sociais que estavam fortemente abalados com o novo sistema político econômico vigente no país, que sofria fortes influências do movimento neoliberal, também universalizou o direito à saúde, focando a garantia do pleno acesso aos serviços sem quaisquer critérios de exclusão ou discriminação. (BOSCHETTI, 2006)

Historicamente, as políticas de saúde da mulher, elas, também foram afetadas durante o movimento neoliberal⁶. No entanto, as mulheres, através dos movimentos políticos e sociais, estavam comprometidas com a necessidade de mudanças profundas no sistema de saúde. Para tanto, apresentavam-se em fóruns organizados pelos movimentos de mulheres e pelo movimento sanitário. De fato, as lideranças feministas nas instâncias relacionadas com a saúde permitiram um olhar mais feminino para o trato com as políticas de saúde para mulher, assim como seu fortalecimento. (COSTA apud COSTA; RANGELS, 2007, p. 13-24)

Portanto, a economia atual, tem como uma de suas características marcantes a forte atuação do capital financeiro e a mais-valia⁷ e, conseqüentemente, a desestruturação da política de bem estar, em que a saúde não se configura como prioridade, além de provocar uma inversão de valores em favor de acordos internacionais, resultando assim, em uma assistência pobre e fragmentada, e, ainda, provoca alterações e conseqüências letais à saúde da mulher, decorrentes da imposição em que ela está submetida na sociedade enquanto força de trabalho.

Para Carloto (1988), a precariedade das condições de trabalho em que se sujeita a mulher trabalhadora, pode contribuir para o seu adoecimento.

Os processos de adoecimento têm se tornando mais graves em função das condições precárias de trabalho vividas principalmente pelas mulheres, que se caracterizam por baixos salários, aumento do chamado trabalho informal e em domicílio, subcontratação - ou contrato por tarefa sem carteira assinada e sem direitos trabalhistas (CARLOTO, 1998, p. 9).

⁶ “O movimento neoliberal defendia a tese de que a crise das décadas de 1970 e 1980 decorria do mau funcionamento do Estado, evidenciado na falta de efetividade, no crescimento distorcido, nos altos custos operacionais, no excesso de endividamento público grande precarização dos vínculos de trabalho no setor público.” (RIZZOTTO, 2009).

⁷ Mais-valia é o termo famosamente empregado por Karl Marx à diferença entre o valor da mercadoria produzida e a soma do valor dos meios de produção e do valor do trabalho, que seria a base do lucro no sistema capitalista (MARX, s.d.).

Mesmo com esse processo de mudança e a necessidade de atenção à saúde da mulher, no Brasil, ainda é forte o preconceito fruto das desigualdades históricas e de gênero. Realidade descrita por Saffioti (1987, p. 8):

Não é difícil observar que homens e mulheres não ocupam posições iguais na sociedade brasileira. Embora este fenômeno, não seja exclusivo do Brasil, [...]. a identidade social da mulher, assim como a do homem, é construída através de atribuições de distintos papéis, que a sociedade espera ver cumpridos pelas diferentes categorias de sexo. A sociedade delimita, com bastante precisão, os campos em que pode a mulher, da mesma forma como escolhe os terrenos em que pode atuar o homem.

A forte desigualdade de gênero, e as ações de saúde voltadas às mulheres, não acompanharam a evolução desse novo papel social por elas assumido, como novas integrantes do mercado de trabalho. Isso porque, a visão da sociedade sobre o novo papel social da mulher, ainda era permeado pelas condutas masculinas. Contudo, era necessário conduzir a política de saúde feminina dentro desse novo contexto histórico que germinava do Sistema Capitalista, conforme pode ser constatado por Villela e Monteiro (2005, p. 15):

As práticas de saúde dirigidas às mulheres são orientadas tanto pelo entendimento do que seja o objeto mulher e suas necessidades de saúde, quanto pelas diretrizes de organização do sistema, em cada momento histórico. Assume-se que esses postulados não são neutros, estáveis ou homogêneos e, ao contrário fazem parte dos processos sociais de disputas políticas e ideológicas em torno da cidadania, sendo, por isso, descontínuos e fragmentários.

No que se pode concluir, os riscos enfrentados pelas mulheres na sua vida em geral, social ou reprodutiva, é fortemente intensificado, quando o contexto social em que essa está inserida é permeado por desigualdades socioeconômicas regionais do país, a iniquidade de gênero e o preconceito de classe e etnia. Mas, o que fazer para o enfrentamento dessa desigualdade? Será preciso focar a saúde da mulher dentro de suas especificidades? De certo, uma vez que alguns adoecimentos são próprios de sua condição feminina que extrapolam a gestação (OSIS, 1998).

Em 2001, visando ao enfrentamento desses problemas, o MS editou a Norma Operacional de Assistência à Saúde - NOAS 2001, que *amplia as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, define o processo de regionalização da assistência, cria mecanismos para fortalecimento da gestão do SUS e atualiza os critérios de habilitação para os estados e municípios*. (BRASIL, 2001)

Na área da saúde da mulher, a NOAS 2001 estabeleceu para os municípios a garantia das ações básicas mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer de colo uterino e, para garantir o acesso às ações de maior complexidade, prevê a conformação de sistemas funcionais e resolutivos de assistência à saúde, por meio da organização dos territórios estaduais. (COELHO, 2003)

Em 2003, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher passou a contemplar segmentos da população feminina, ainda negligenciados pelas políticas de saúde no Brasil. Foi identificada pela Área Técnica de Saúde da Mulher, a necessidade de se articular com outras áreas técnicas e da proposição de novas ações, quais sejam: atenção às mulheres rurais, as com deficiência, negras, indígenas, presidiárias e lésbicas e a participação da mulher nas discussões e atividades sobre saúde e meio ambiente. Buscando formulações de saúde que viessem contribuir para a garantia dos direitos humanos da mulher, proporcionando a redução da morbi-mortalidade, por meio da prevenção e atenção integral à saúde. (BRASIL, 2004)

Buscando ainda mais, melhorar a saúde da mulher no País, em 2004, o MS lança a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher- PNAISM, Princípios e Diretrizes e o Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal. Mediante essa política, a mulher passa a ser *sujeito da cidadania*, essas diretrizes vieram humanizar a qualidade do atendimento à saúde da mulher. Para Saffioti (1987, p. 95): “[...] o mero fato de se tratar de um ser humano deve bastar para que a ele se confira toda a dignidade.”

Segundo o MS, esse documento denota um ganho no que se refere aos direitos humanos das mulheres, visto sua implantação, concomitantemente, aos diversos movimentos feministas no Brasil. Essa Política revela o princípio de promoção da saúde da mulher, que significa, também, qualificar e humanizar a atenção à mulher em situação de abortamento, como consta no item: “Promover a atenção obstétrica e neonatal, qualificada e humanizada, incluindo a assistência ao abortamento em condições inseguras, para mulheres e adolescentes.” (BRASIL, 2004, p. 69-70)

Em 28 de março de 2006, devido à grande expansão do Programa Saúde da Família que se consolidou como estratégia prioritária para a reorganização da Atenção Básica no Brasil, o Governo Federal, emitiu a Portaria Nº 648, estabelecendo o PSF como estratégia prioritária do Ministério da Saúde para organizar a Atenção Básica — que tem como um dos seus

fundamentos possibilitar o acesso universal e contínuo a serviços de saúde de qualidade, reafirmando os princípios básicos do SUS: universalização, equidade, descentralização, integralidade e participação da comunidade - mediante o cadastramento e a vinculação dos usuários.

Em 2011, a portaria GM Nº 2.488/2011 revogou a portaria GM Nº 648/2006 e demais disposições em contrário ao estabelecer a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica e aprovar a Política Nacional de Atenção Básica para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e para o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Como consequência de um processo de humanização do Sistema Único de Saúde, o programa tem como ponto positivo a valorização dos aspectos que influenciam a saúde das pessoas fora do ambiente hospitalar. (BRASIL, 2006)

Em dezembro de 2011, em Brasília, foi realizada a III Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres (CNPM), que previu em seu Eixo III – Saúde das mulheres, direitos sexuais e direitos reprodutivos propostas aprovadas para o estado de São Paulo, que:

Estimular a ampliação e descentralização da rede de serviços de saúde da mulher enfatizando o diagnóstico e a prevenção do câncer de mama e do colo de útero, por meio da aquisição de equipamentos necessários (como mamógrafos e aparelhos de ultrassom) para o diagnóstico possibilitando um tratamento precoce dos casos iniciais. Que a prevenção, tratamento e reinserção social sejam preferencialmente realizados em serviços especializados na cidade e/ou região em que vive a usuária. Esses serviços devem integralizar todo o tratamento oncológico (cirúrgico, quimioterápico, radioterápico, imunoterápico e reconstrução mamária pós-mastectomia) em um mesmo espaço. Incentivar a formação e contratação de médicos oncologistas por meio de concursos públicos ou administração direta. Incluir no calendário de vacinação, a vacina profilática contra o HPV dos nove aos 26 anos de idade. Garantir atenção especial às mulheres negras, pois são as mais atingidas pelo câncer de colo de útero. Que haja uma distinção para os recursos recebidos do governo federal e quando não existirem o estado/município deverá se responsabilizar para atender tal demanda. A usuária deve ser tratada, com equidade nos serviços particulares ou filantrópicos, com ou sem fins lucrativos inseridos nas ações de saúde do SUS. (BRASIL, 2011)

Essa III CNPM veio ratificar e reforçar a visão de integralidade da assistência prestada às mulheres e o compromisso com sua saúde, colocando em pauta a formulação de ações de saúde, contribuindo para a garantia dos direitos humanos da mulher e, focando a redução da morbimortalidade, por meio da prevenção, além de discutir uma atenção à saúde que envolva todas as mulheres rurais, com deficiência, as negras, indígenas, presidiárias e lésbicas, incorporando a luta de gênero, direitos sexuais e violência doméstica e sexual.

A saúde da mulher vem registrando consideráveis avanços desde o início do século XX, embora sejam grandes os encontros, e a efetivação das políticas públicas. Entretanto, as discussões em torno das políticas públicas de saúde da mulher, assim como a luta por sua real efetivação persistem como um desafio cotidiano.

O Ministério da Saúde, atento a essa questão e sensível às reivindicações dos movimentos feministas e de mulheres, vem assumindo, nos últimos anos, lugar de destaque no enfrentamento à violência, de modo intra e intersetorial, com ações articuladas com a Secretaria Especial de Políticas para as Mulheres no âmbito do Pacto Nacional de Enfrentamento à Violência Contra as Mulheres. Reconhece, assim, a violência sexual como violação aos direitos humanos e como questão de saúde pública, pautando-se, para tanto, pelos acordos internacionais dos quais o Brasil é signatário – notadamente, a Conferência de Cairo (1994), a de Beijing (1995) e a Convenção de Belém do Pará (1994) - e pela legislação nacional vigente - a Constituição Federal, o Estatuto da Criança e do Adolescente, o Código Penal, a Lei Maria da Penha, entre outros. (BRASIL, 2012, p. 9)

Logo,

Cumpra, assim, um dos principais eixos da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – expandir e qualificar redes estaduais e municipais de atenção integral para mulheres e adolescentes em situação de violência e configurar uma rede nacional voltada ao atendimento em saúde das múltiplas formas expressas da violência sexual. Pretende, dessa forma, auxiliar profissionais de saúde na organização de serviços e no desenvolvimento de uma atuação eficaz e qualificada nos casos de violência, bem como garantir o exercício pleno dos direitos humanos das mulheres, base de uma saúde pública de fato universal, integral e equânime. (BRASIL, 2012, p. 9-10)

A partir daí, diversas foram as conquistas entorno da saúde feminina: 2005: lançada a Política Nacional de Direitos Sexuais e de Direitos Reprodutivos. 2006: instituída a Política de Atenção Integral à Reprodução Humana Assistida. 2007: Política Nacional de Planejamento Familiar, que tem como meta a oferta de métodos contraceptivos de forma gratuita para homens e mulheres em idade reprodutiva.

Além disso, houve a implantação do Plano Integrado de Enfrentamento da Feminização da Epidemia de AIDS. 2008: Política Nacional pelo Parto Natural e Contra as Cesáreas Desnecessárias. 2009: entra em vigor a Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008, que estabeleceu que todas as mulheres tivessem direito à mamografia, a partir dos 40 anos⁸.

⁸ Veja a matéria intitulada *Saúde da Mulher registra avanços*, em: <<http://www.fenacefsaude.com.br>>. Acesso em: 17 nov. 2013.

Portanto, será preciso proporcionar ações que venham melhorar ainda mais as condições de saúde da mulher, em todo ciclo de vida, proporcionando-lhe assistência, em todas as fases da vida, não só a fase do planejamento ao reprodutivo, mas, também, nos casos de doenças crônicas ou agudas como, no caso, o câncer mamário, na sua prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação, pois, em especial, essa é uma doença que tem vitimado e encurtado muitos ciclos produtivos e reprodutivos de mulheres no Brasil e no mundo.

Entretanto, as discussões em torno das políticas públicas de saúde da mulher, assim como a luta por sua real efetivação persistem como um desafio cotidiano. Em se tratando de câncer, as estratégias de prevenção e garantia de tratamento e reabilitação adequada pelo SUS, ainda têm um longo caminho a percorrer. Sabe-se que as mulheres necessitam de atenção especial, no que diz respeito à questão da saúde no espaço público e privado, o que exige melhores condições para que haja um desenvolvimento saudável de suas forças produtivas.

3.2 O CÂNCER DE MAMA NO BRASIL: POLÍTICA E ESTRATÉGIAS PARA O SEU ENFRENTAMENTO

Ao final dos anos de 1980 e durante os anos de 1990, nos países ocidentais, foi possível identificar grande incidência do câncer mamário. Essa incidência foi relacionada com as mudanças sociais e demográficas ocorridas em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Para Coelho, (1995, p. 31): “O câncer de mama é o mais frequente tumor entre as mulheres, e também a principal causa de morte em países desenvolvidos e em muitos que estão em desenvolvimento.”

Mudanças sociais, ocorridas no Brasil, nos últimos 30 anos, somadas à transição demográfica, alimentar, epidemiológica, além das mudanças no padrão reprodutivo e no estilo de vida imposto pelo Sistema Capitalista, contribuíram expressivamente para o aumento da incidência do câncer mamário no Estado. Tais mudanças sociais e demográficas, conseqüentemente, influenciando o estilo de vida da população, exigiram do Governo respostas mais adequada para o cuidado integral das pessoas com doenças crônicas.

O câncer mamário uma Doença Crônica Não Transmissível (DCNT)⁹ é a principal causa de óbitos em mulheres no mundo e, estando fortemente relacionado ao estilo de vida daquelas pacientes que desenvolveram a doença na fase adulta e, ainda, sendo mais prevalente em países desenvolvidos. Tal proporção fez com que a população se voltasse com mais atenção para esse mal que vinha dizimando diferentes mulheres de diferentes grupos sociais. (SILVA, 2010)

Conforme relata Silva (2006, p. 1):

A tendência do crescimento de câncer no Brasil é inquestionável. [...] é nítido o aumento da prevalência de cânceres associados ao melhor nível socioeconômico – mama, próstata, cólon e reto -, simultaneamente, se têm taxas de incidência elevadas de tumores, geralmente, associado à pobreza- colo do útero, pênis, estômago e cavidade oral.

Por isso, o citado autor acrescenta que:

Diferenças no risco absoluto e na sobrevivência por câncer existem entre as diversas regiões brasileiras, e se não houver uma intervenção maciça no controle desse crescimento, essas diferenças serão ainda maiores em termos de acesso aos serviços adequados para tratamento dos pacientes com câncer. Um grande desafio para o país é a redução das disparidades na ocorrência de câncer em todas as localidades e em todos os estratos sociais. Em teoria, as soluções para enfrentar a disparidade podem ser objetivas a partir da melhora na educação e na comunicação, com mais investimento econômico para aumento do acesso ao cuidado em todos os níveis. No entanto para isso ser alcançado é necessário que haja um esforço na organização do SUS, com participação efetiva da sociedade na construção de uma rede ampla de dinâmica que tenha como objetivo principal o controle do câncer. (SILVA, 2006, p. 1)

Foi colocada em pauta, no Pacto pela Saúde de 2006, a detecção precoce das neoplasias de mama e de colo de útero, que discutia a melhoria do desempenho das ações prioritárias da agenda sanitária nacional que, para tanto, se estabelecessem a inclusão de indicadores e metas a serem atingidos nos estados e municípios em relação a esses dois cânceres, como pode ser lido do texto original:

⁹ “O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) no Brasil, 2011-2022 define e prioriza as ações e os investimentos necessários no sentido de preparar o país para enfrentar e deter as DCNT nos próximos dez anos. O objetivo do Plano de DCNTs é promover o desenvolvimento e a implementação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNTs e de seus fatores de risco, e fortalecer os serviços de saúde voltados para a atenção aos portadores de doenças crônicas. O Plano fundamenta-se no delineamento de três principais diretrizes ou eixos: a) vigilância, informação, avaliação e monitoramento; b) promoção da saúde; e c) cuidado integral.” (BRASIL, 2014).

O Pacto pela Vida está constituído por um conjunto de compromissos sanitários, expressos em objetivos de processos e resultados e derivados da análise da situação de saúde do País e das prioridades definidas pelos governos federal, estaduais e municipais. Significa uma ação prioritária no campo da saúde que deverá ser executada com foco em resultados e com a explicitação inequívoca dos compromissos orçamentários e financeiros para o alcance desses resultados. As prioridades do pacto pela vida e seus objetivos para 2006 são: [...] câncer de colo de útero e de mama: contribuir para a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama. (BRASIL, 2006)

No entanto, essas prioridades se mantiveram nos pactos seguintes, conforme registro no Pacto Pela Vida 2010-2011, ainda como prioridade o Controle do Câncer de Colo de Útero e de Mama.

No Brasil, para os anos de 2010 e 2011, foram estimados 49.240 novos casos de câncer de mama, e para 2012 e 2013, estimaram-se 52.680 novos casos de câncer de mama. Atualmente, as taxas de mortalidade por câncer¹⁰ de mama no país são elevadas porque cerca de 40% dos casos são diagnosticados tardiamente. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012)

Fica evidenciado que, no Brasil, o câncer de mama é um problema de saúde pública, uma vez que é a neoplasia de maior incidência e mortalidade entre as mulheres. Essa doença vem ganhando relevância pela proporção que vem apresentando. Talvez seja por isso que o tema tem conquistado espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo, pois, mesmo com o considerável avanço da Medicina para cura e tratamento do câncer da mama, este ainda continua sendo um desafio para a saúde pública, porquanto é o tumor que mais atinge as mulheres a cada ano e, como apontam os dados epidemiológicos oficiais do Brasil, são crescentes os novos casos/ano, e inúmeros diagnósticos tardios e prognósticos reservados.

Para entender um pouco da magnitude da doença, basta analisar e comparar as estimativas sobre número de casos novos de câncer de mama realizados pelo INCA, nos últimos três anos, onde será possível ser observado que a incidência da doença ainda vem tomando proporções maiores a cada ano, e os índices de mortalidade por câncer mamário ainda são altos, apesar de apresentarem tendência de declínio, muito provavelmente devido às campanhas de saúde, influenciando para o diagnóstico precoce e também para os tratamentos menos agressivos, que têm permitido maior qualidade de vida e sobrevida às mulheres com câncer da mama.

¹⁰ No Brasil, as DCNTs concentram 72% do total de óbitos, de acordo com dados de 2009 do Sistema de Informação de Mortalidade – percentual que representa mais de 742 mil mortes por ano por esse grupo de causas. Entre elas, as que mais matam são as doenças cardiovasculares (31,3%), o câncer (16,2%), as doenças respiratórias crônicas (5,8%) e o Diabetes Mellitus (5,2%) (BRASIL, 2014).

Mas, infelizmente, muitos dos cânceres de mama ainda são diagnosticados em estádios tumorais avançados. De acordo com o Ministério da Saúde, a mama é a segunda localização oncológica primária, atrás apenas das neoplasias malignas de pele, e a sua incidência e mortalidade vêm apresentando um crescimento progressivo nos últimos anos. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012)

No Brasil, a distribuição epidemiológica do câncer de mama se apresenta de diferentes proporções e incidências, pois, dependendo da região brasileira em que a mulher habite e o contexto social onde está inserida estará exposto a diferentes riscos econômicos e sociais. A falta do conhecimento da doença e do acesso à prevenção, diagnóstico, tratamento e a reabilitação são também fatores que contribuem, negativamente, para o prognóstico da doença. (SILVA, 2010)

Portanto, o direito à informação deverá ser levado ao usuário, sobretudo, o direito à saúde. Tal direito é garantido na Constituição Federal brasileira que, em seu art. 196, estabelece: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.” (BRASIL, 1988)

Para além, será preciso lhes proporcionar ações que venham melhorar suas condições de saúde, em todo o ciclo de vida, proporcionando-lhes assistência em todas as fases da vida, não só a fase do planejamento ao reprodutivo, mas também nos casos de doenças crônicas ou agudas como, no caso, o câncer mamário, na sua prevenção, no diagnóstico, no tratamento e na reabilitação, pois, é ela uma doença que tem abreviado muitos ciclos produtivos e reprodutivos de mulheres no mundo, devido à falta de acesso ao tratamento global da doença, o que tem gerado um elevado número de mortes prematuras, perda de qualidade de vida com alto grau de limitação das atividades de trabalho e de lazer, além de impactos econômicos para as famílias, comunidades e a sociedade em geral.

No entanto, essa realidade de morte e limitações para as mulheres que se vêm acometidas pelo câncer mamário poderá ser amenizada ou até mesmo resolvida, se os cânceres de mama forem descobertos e tratados adequadamente em estágios iniciais da doença, onde as mulheres doentes terão maiores chances de cura. Sabe-se que os maiores desafios para a cura do câncer

mamário serão o de fazer a prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento no tempo oportuno.

A sua detecção precoce irá permitir que as mulheres diagnosticadas em estágios iniciais da doença se beneficiem dos significativos avanços da Medicina e da política de saúde, recebendo todo o tratamento necessário, elevando seu percentual de cura e de uma melhor qualidade de vida, sendo que, ao contrário, o diagnóstico tardio e a falta de acesso ao tratamento adequado continuarão dizimando um elevado número de brasileiras a cada ano.

Para tanto, antes do diagnóstico precoce, será preciso melhorar a qualidade dos serviços públicos prestados ao paciente, pois a rede pública de atendimento a saúde da mulher ainda se encontra bastante deficiente. Ainda existem grandes falhas e entraves para se prevenir e diagnosticar, inicialmente, uma doença como o câncer mamário. Isso porque, a falta de acesso e o desconhecimento por parte das pacientes que buscam atendimento no sistema público de saúde permeiam e burocratizam essa relação doença/saúde/acesso e tratamento, somado ao grande sucateamento dos equipamentos médicos, associado às péssimas instalações hospitalares, à falta de profissionais qualificados e aos baixos salários.

O descaso com a saúde precisa ser eliminado, pois, segundo Hoffmann (2011, p. 1), “[...] em todo o país, o SUS mantém em funcionamento 1.645 mamógrafos com comando simples, usados para detectar os nódulos, dos quais 50,87% estão abaixo de sua capacidade de realização de exames”. Uma realidade que fere o artigo 196 e 198, inciso II da CF de 88, pois *saúde é direito de todos e dever do Estado*, onde o atendimento integral deverá priorizar as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais.

Diante dessa grave realidade de descaso com a saúde da mulher e, principalmente, com o bem maior do ser humano, que é a vida, tornou-se mais do que necessário desenvolver estratégias para o enfrentamento do câncer da mama, dentro das suas especificidades. Para isso, ganha destaque a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), sendo a ela incorporado pela Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009 a assistência de alta complexidade, buscando a integralidade das ações por meio de redes de atenção oncológica, com o objetivo de reduzir a incidência e a mortalidade por câncer (BRASIL, 2009).

A PNAO foi lançada pelo MS, por intermédio da Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005, reconhecendo o câncer como problema de saúde pública, determinando que as ações para o seu controle no Brasil fossem realizadas através de uma Rede de Atenção Oncológica, com a participação direta e indireta do Governo Federal, das Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde, das universidades, dos serviços de saúde, dos centros de pesquisa, das organizações não governamentais e da sociedade de forma geral (BRASIL, 2005).

Dando continuidade às estratégias de enfrentamento do câncer mamário, seu controle foi reafirmado como prioridade no Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, lançado pela Presidente da República, em março de 2011. Consequentemente, as ações de prevenção e controle do câncer de mama tiveram um expressivo aumento de 19,1% no total de exames de mamografia de rastreamento realizados, na faixa etária alvo de 50 a 69 anos, passando de 1.549.616 em 2010 para 1.845.776 em 2011. (BRASIL, 2011). Dessa forma, o Ministério da Saúde tem:

[...] buscado subsídios para o avanço no planejamento das suas ações de controle, no contexto da atenção integral à saúde da mulher no Brasil. Tais ações fazem parte das estratégias que devem ser adotadas como resposta do país ao desafio das DCNT, previstas no Plano de Ações Estratégicas para o seu Enfrentamento, até 2022. Composto essas ações, em 2011 foram publicadas e amplamente divulgadas as [...]. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama estão em processo de revisão com o Grupo Técnico de Trabalho, que conta com as principais sociedades e associações envolvidas com as ações de câncer de mama. (BRASIL, 2011, p. 1)

Vale destacar que, em 2011, o orçamento do Ministério da Saúde (MS) destinou cerca de R\$ 261 milhões a ações de prevenção ao câncer de mama, sendo que, nesse mesmo ano, o MS investiu R\$ 4,5 bilhões em prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama e de colo de útero, investimento que se estenderia ao longo dos próximos quatro anos.

Sobre o mencionado, enfatizou o então ministro da saúde, Alexandre Padilha:

Entre um conjunto de ações que estamos planejando para melhorar a saúde da mulher, priorizamos a prevenção, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama e de colo do útero. Com o plano, vamos garantir no SUS, na rede pública de saúde, serviços de qualidade para o atendimento de todas as mulheres. (PADILHA, 2011, p.1)

Fortalecendo as estratégias para o enfrentamento do câncer de mama, o Governo Federal, por intermédio do Ministério da Saúde, tem buscado qualificar, acelerar e universalizar o acesso das mulheres ao exame que identifica, precocemente, o câncer mamário. Para isso, estão

sendo desenvolvidos o Programa Nacional de Mamografia Móvel (PNMM) e o Programa Nacional de Qualidade em Mamografia (PNQM).

Há, também, o Plano de Expansão da Radioterapia e a Qualificação dos Sistemas de Informação e Vigilância do Câncer, tendo como uma das principais estratégias a integração do Sistema de Informação do Controle do Câncer de Colo de Útero (SISCOLO) e o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), sendo esse último instituído pela Portaria nº 779/SAS, de 31 de dezembro de 2008, a qual representou um significativo avanço no uso das informações para a prevenção e qualificação do diagnóstico precoce e tratamento dos cânceres do colo de útero e de mama. O Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) está sendo desenvolvido em plataforma Internet e também estará integrado ao Cadastro Único do Sistema Único de Saúde. (CADSUS) (BRASIL, 2009)

Ainda há que se considerar o elevado número de mulheres com câncer mamário que aguardam pelo procedimento de reconstrução da mama: “[...] de acordo com os dados da Secretaria, a média de cirurgias nos anos de 2009 e 2010 girou em torno de 70 procedimentos por ano. Estima-se que cerca de 120 mulheres estejam à espera da colocação de implantes.” (ALMEIDA, 2012, p. 1)

Também merece destaque, nesta esfera de raciocínio, a criação do Plano de Fortalecimento das Ações de Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, lançado em março de 2012, pelo governo federal. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011)

A Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012 determina que:

Art. 1º Fica instituído o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON, com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer.

Parágrafo único. A prevenção e o combate ao câncer englobam, para os fins desta Lei, a promoção da informação, a pesquisa, o rastreamento, o diagnóstico, o tratamento, os cuidados paliativos e a reabilitação referentes às neoplasias malignas e afecções correlatas¹¹. (BRASIL, 2012)

¹¹ “Dados do Instituto Nacional do Câncer indicaram que para o ano de 2013, 518 mil novos casos da doença no País. Só em 2012, foram realizadas mais de 500 mil internações na rede pública para tratamento do câncer, com custo de R\$ 806 milhões. O câncer é responsável por cerca de 15% das mortes do País. Segundo o ministério da Saúde, o câncer dos brônquios e dos pulmões foi o tipo que mais matou (21.779 pessoas), seguido do de estômago (13.402), da próstata (12.778), da mama (12.853), e do cólon (8.385).” (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2013).

Em 23 de maio de 2013, publicada sem vetos no Diário Oficial da União, passou a vigorar a citada Lei nº 12.732/12¹², que garante às pacientes diagnosticadas com câncer o tempo máximo de 60 dias para ter o tratamento da doença iniciado no Sistema Único de Saúde (SUS). Esse prazo começará a ser contado após for definido o diagnóstico de neoplasia maligna, com laudo patológico. Essa lei prevê todos os tipos de câncer, com exceção dos casos de câncer de pele não melanoma, câncer de tireoide, sem fatores clínicos de prognóstico ruim e situações da doença em estado muito avançado, que não indiquem um tratamento específico. Este prazo vale tanto para pacientes que necessitem de sessões de quimioterapia ou de radioterapia quanto para pacientes que precisem de intervenção cirúrgica, conforme prescrição médica, ressaltando que pacientes em estágios mais graves e avançados devem ter prioridade no atendimento. (BRASIL, 2012)

Para se alcançar a eficácia e a efetividade da lei, pela qual se espera levar atendimento digno a um número considerável de pacientes, o Governo criou o Sistema de Informação do Câncer (SISCAN). O Siscan¹³ buscará auxiliar estados e municípios para gerir os serviços oncológicos da rede pública. Esse *software* reunirá dados do histórico dos pacientes e permitirá acompanhar o cumprimento do prazo.

Essa lei, mesmo dentro de universo tão vasto de necessidades, de burocracias, de falta de atendimento, de descasos com pacientes em corredores de hospitais, de escassez de destinação de recursos, de falta de valorização dos profissionais de saúde, é um alcance social para os pacientes que buscam o tratamento do câncer e um avanço das políticas públicas de saúde oncológica no país, sendo que quanto mais cedo ocorrer o início do tratamento, principalmente, do câncer, maiores são as chances de sobrevivência do paciente.

Portanto, entender sobre a situação do câncer mamário no Brasil e estabelecer prioridades, além de alocar recursos de forma direcionada para uma transformação positiva desse cenário em que se encontra a saúde pública no País é um grande desafio, pois, com o progressivo

¹² A medida foi proposta em 1997, pelo então senador Osmar Dias (PLS 32/1997). Sancionada pela presidente Dilma Rousseff em novembro de 2012, transformou-se na Lei nº 12.732/2012, e passou a vigorar em maio de 2013.

¹³ “De acordo com o Ministério da Saúde - MS, todos os registros de novos casos da doença terão de ser feitos por esse sistema. Estados e cidades que não implantarem o software terão suspensos os repasses feitos pelo ministério para atendimento oncológico. A plataforma permitirá a integração dos dados dos atuais sistemas do Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) e do Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero (SISCOLO), que hoje são independentes. A cobertura das informações também se estenderá a todos os tipos de cânceres.” (BRASIL, 2012)

aumento do número de novos casos de câncer mamário, a cada ano, a saúde como um todo, deverá, em futuro próximo, participar ativamente na formulação e execução de estratégias de enfrentamento para a redução de sua incidência, além de buscar políticas públicas que englobem, efetivamente, desde a prevenção ao tratamento e reabilitação de seus pacientes com câncer, dentro de suas especificidades.

4 TRATAMENTO CIRÚRGICO DO CÂNCER DE MAMA: IMPACTOS E AVANÇOS DAS TÉCNICAS CIRÚRGICAS PARA RECUPERAÇÃO DA PACIENTE

Ao analisarem-se os primórdios da cirurgia de câncer mamário, século XIX, quando o cirurgião Halsted (apud KALIKS; SIMON, 2012)¹⁴ realizava as primeiras cirurgias no tratamento do câncer de mama, utilizando-se de técnicas bastante agressivas, levando a grandes mutilações na porção torácica da mulher, com a retirada do tumor e todos os tecidos vizinhos, incluindo toda a mama, a pele, o músculo peitoral que está sob a mama e os gânglios axilares observa-se que era comum ao cirurgião oncológico a retirada total da mama, inclusive o músculo abaixo dela, além de todos os gânglios da região axilar. Esse tratamento, durante várias décadas, foi considerado como padrão para o câncer de mama, ficando conhecido como Mastectomia Radical.

De acordo com estudo sobre a representação do corpo, após a mastectomia radical realizada por Ferreira e Mamede (2003) em dez mulheres mastectomizadas do estado de São Paulo (SP), foi recorrente a conclusão de que:

A mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta. No entanto, essa imagem corporal e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida. Portanto, a mulher mastectomizada necessita de um tempo para assimilação e incorporação dessa nova imagem corporal. O corpo, em sua inteireza, como certas regiões dele, pode ficar sujeito a críticas por se afastar do ideal esperado, o qual é um produto do valor conferido pela sociedade às diferentes medidas do físico feminino. (FERREIRA; MAMEDE, 2003, p. 302)

¹⁴ “No fim do século XIX, William Halsted iniciou a era moderna do tratamento do câncer de mama com a cirurgia que hoje leva seu nome, também conhecida por Mastectomia Radical. Esse genial cirurgião entendeu que era necessário “cercar” as células cancerosas ao redor da mama, retirando-se todos os tecidos vizinhos. Isso incluía toda a mama, a pele, o músculo peitoral que está sob a mama e os gânglios axilares. Com isto, Halsted conseguiu as primeiras curas da, até então invariavelmente, fatal enfermidade.” (KALIKS; SIMON, 2012, p. 1)

Braga (apud VIANNA, 2004) efetivou um estudo para avaliar a presença de depressão em mulheres mastectomizadas. Os resultados demonstraram a presença de depressão em 35% das pacientes, após a mastectomia. Diante dos problemas físicos e psicológicos desenvolvidos com mastectomia radical, essa técnica passou a ser criticada por inúmeros médicos, que a viam como um procedimento cirúrgico muito agressivo para a paciente que sofria danos irreparáveis em seu emocional, além de ter sua sexualidade extirpada com a mutilação de toda sua mama e do músculo peitoral.

Para substituir essa técnica cirúrgica, foi desenvolvida outra menos agressiva, ficando conhecida como mastectomia radical modificada - ou cirurgia de Pattey. Contudo, essa cirurgia, também implicava em uma perda completa da mama, porém era preservado o músculo peitoral da paciente, permitindo uma reconstrução, com melhores resultados estéticos.

Com o avanço da cirurgia oncológica e impulsionados pelos trabalhos pioneiros de Veronesi, que veio desmistificar o tratamento cirúrgico no câncer de mama, os mastologistas, atualmente tentam, quando possível, realizar a cirurgia conservadora¹⁵, que consiste na retirada do tumor da mama, mais uma margem de segurança de tecido saudável, ao redor do nódulo, onde parte da mama sadia é preservada.

O tratamento cirúrgico conservador, segundo alguns estudiosos sobre o tema, tem menores problemas com morbidez, já que a paciente extrai apenas uma parte da mama. Nesses casos, existem algumas contraindicações e é preciso ser realizado um exame clínico rigoroso, com avaliação radiológica três meses antes. Em seguida, é retirada toda a lesão, dependendo do tamanho do tumor e da mama. Mesmo assim, o resultado estético nem sempre é satisfatório. (PACHINICKI, 2011)

Com a evolução das técnicas cirúrgicas que minimizam o dano estético e visa ao aperfeiçoamento da cirurgia reparadora da mama, o tratamento para o câncer de mama

¹⁵ “A cirurgia conservadora da mama, entretanto, tem seus limites: ela não pode ser feita em tumores grandes (a maioria dos cirurgiões só a realiza se o tumor tiver menos de 3 cm), pois existe o risco grande de uma recidiva da doença na mama quando tumores maiores são operados com esta técnica. Da mesma maneira, mamas muito pequena às vezes não oferecem uma margem suficiente de tecido sadio para que se possa fazer uma cirurgia conservadora segura e de resultado estético aceitável. De qualquer maneira, a cirurgia conservadora é sempre seguida de um tratamento radioterápico ao restante da mama.” (KALIKS; SIMON, 2012, p.1)

tornou-se menos agressivo e mais humano que no passado, como já mencionado; contava-se com a retirada da mama, de forma radical, resultando na baixa estima das mulheres que passavam pelo procedimento. De fato, a mastectomia radical é o tratamento mais temido pelas pacientes. Nesse mesmo sentido, Melo e Fernandes (2005, p.15) afirmam que:

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos indicados associados à cirurgia. A situação da doença e da mastectomia afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo, as alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher se estendem aos familiares.

Porém, a partir do final século XX, o esvaziamento axilar, importante no controle local da doença e no planejamento dos tratamentos, passou a fazer parte do tratamento, na busca de retirar os tumores infiltrantes¹⁶. Mas, esse procedimento cirúrgico, necessário, trouxe para a paciente, complicações conhecidas como linfedema¹⁷, que pode aparecer até anos após a cirurgia. No entanto, para a redução do risco para o linfedema e para diminuir as chances de complicações para as pacientes, foi desenvolvida uma nova técnica, que consistiu em um grande avanço para retirada dos gânglios positivos para doença e para preservação dos não afetados:

Alguns cirurgiões têm aplicado recentemente a técnica de retirada do “gânglio sentinela”. Este é o nome dado ao gânglio mais próximo ao tumor, com maior probabilidade de ser atingido por células tumorais que tenham se desprendido do tumor primário. O gânglio é retirado e examinado pelo patologista: se não evidenciar tumor, o cirurgião não continua a operação, presumindo-se que os outros gânglios axilares também devem ser negativos. Se se confirmar a presença de tumor no gânglio sentinela, o cirurgião prossegue para a cirurgia completa da axila. A chance de se ter tumor nos gânglios acima do gânglio sentinela negativo são pequenas - aproximadamente 3 %. (KALIKS; SIMON, 2012, p. 1)

Atualmente, técnicas mais humanas foram incorporadas ao tratamento cirúrgico, sendo a tumorectomia, cirurgia que remove apenas o tumor, com margem de segurança; quadrantectomia, cirurgia que retira todo o quadrante da mama onde se situa; mastectomia simples, podendo-se manter a pele da mama, que auxiliará muito na reconstrução mamária.

¹⁶ São aqueles que romperam os canais ou ductos e invadiram os tecidos adjacentes.

¹⁷ Os linfedemas podem aparecer após cirurgias em que tenham se extirpado os gânglios e vasos linfáticos ou quando estes foram expostos à irradiação. Os canais linfáticos em atividade são inadequados para assegurar um fluxo de retorno do líquido linfático para a circulação geral. O linfedema ocorre em 10 a 20% das mulheres que realizam a dissecação axilar, e pode ser controlado por meio da realização de exercícios específicos se tratado precocemente. (SMELTZER, 2005)

Positivamente, o tratamento para o câncer de mama evoluiu, modificou-se a forma de operar, representando um avanço para a saúde feminina. O reconhecimento de novas técnicas cirúrgicas ao tratamento contribuiu para a diminuição da morbidade, porquanto a preservação de músculos e tecidos, antes retirados, atualmente importantes para a reconstrução da mama, proporcionou às pacientes um tratamento menos doloroso e melhor qualidade de vida pós-câncer mamário. Como relatam Vieira, Lopes e Shimo, (2007, p. 314), “O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento.”

Como resultado dessas novas técnicas de preservação de tecidos saudáveis, foi possível avançar ainda mais no tratamento cirúrgico da doença, sabe-se que cada vez mais e mais cedo as mulheres estão sendo acometidas pela doença, estando em uma fase da vida extremamente ativa, visto que o câncer mamário vem se desenvolvendo mais frequentemente em mulheres com idades entre os 35 e 55 anos. Apesar da evolução da Medicina, assim como das técnicas utilizadas para a retirada da mama doente, o tratamento mais frequente para o câncer de mama ainda é a cirurgia, pois objetiva a retirada do tumor maligno. Independentemente de ela ser conservadora ou radical, a paciente irá passar pelo momento da retirada total ou parcial da mama afetada.

Diante dessa triste realidade, a Medicina precisava buscar uma forma de devolver essa mulher, cada vez mais jovem e ativa, mais rapidamente para sua vida social, sem sequelas que pudessem comprometer a sua qualidade de vida e sua dimensão psicossocial. Para isso, foram desenvolvidas técnicas da cirurgia oncológica em parceria com a cirurgia plástica, que contribuíram para amenizar o impacto causado com a retirada da mama, atenuando-o com uma cirurgia reconstrutora, podendo essa ser realizada imediata após a cirurgia de retirada do tumor ou tardiamente. Além de contribuir, consideravelmente, para a reabilitação da paciente, tal técnica, chamada de oncoplástica, reconhecida por leis, desde 1999, obriga a saúde pública e particular a realizar esse procedimento como sendo parte do tratamento global da doença.

De fato, essa evolução no tratamento do câncer mamário representou um grande avanço para a saúde da mulher, fundamentalmente para sua recuperação e reabilitação, favorecendo a aceitação da doença, influenciando na melhoria da qualidade de vida da paciente. Mas existem diversos tipos de câncer de mama, e eles podem ser diagnosticados em distintos estágios de evolução da doença; o que se sabe, é que, quanto mais tardio é feito o diagnóstico,

mais dificuldades na escolha do método de tratamento para a paciente o médico terá, principalmente quanto na preservação de partes da mama afetada. Tal situação contribui para elevar o número de mastectomia radical, sendo essa técnica mais utilizada para os casos mais agressivos da doença, e quando a quimioterapia e a radioterapia não funcionam.

Basicamente, a escolha do tratamento cirúrgico dependerá das condições da paciente e será indicado de acordo com a fase evolutiva do tumor. Para o sucesso do tratamento do câncer mamário, será necessário evoluir também no diagnóstico precoce da doença. O diagnóstico precoce melhora, significativamente, a expectativa de cura nas mulheres com câncer de mama, tornando o processo, inclusive, menos invasivo e desgastante. Para tanto, será preciso ampliar e qualificar a oferta de ações de rastreamento com garantia de seguimento de todos os casos detectados, reduzindo a mortalidade.

De acordo com Vieira, Lopes e Shimo (2007, p. 315):

O tratamento do câncer de mama feminino precisa ser encarado de forma positiva. É preciso que as representações envolvidas no câncer sejam reformuladas, de forma que ao se defrontar com a doença, a mulher consiga compreender que existem tratamentos eficazes para isto, e que pode ter a sua qualidade de vida de forma satisfatória.

Tudo isso, para que a mulher que vivenciou o câncer de mama possa ter restituída a sua autoimagem e, com isso, encontre qualidade de vida após a doença, pois para Forattini (1991, p. 16), “[...] qualidade de vida, em sua essência, pode ser traduzida pela satisfação em viver.”

4.1 A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA COMO PARTE INTEGRANTE DO TRATAMENTO

Define-se a Reconstrução Mamária (RM) como uma Cirurgia Oncoplástica¹⁸. Essa cirurgia busca associar o avanço das técnicas cirúrgico-oncológicas à correção estética da agressão

¹⁸ “O conceito de oncoplástica é realizado no Brasil desde a década de 80 com o desenvolvimento da reconstrução mamária imediata (no mesmo momento da cirurgia do câncer de mama). A partir dos anos 80 e, sobretudo nos anos 90, começaram a preservar parte da mama em casos de câncer inicial. Assim foram desenvolvidas também técnicas de reconstrução parcial da mama utilizando os mesmos princípios das cirurgias estéticas mamária como suspensão, redução e colocação de próteses de silicone. Nesta época (meados da década de 90) coube a um cirurgião alemão Werner Audretsch, descrever um termo/expressão para o conceito

cirúrgica. É quando o mastologista atua em conjunto com o cirurgião plástico. Momento em que cada procedimento para retirada do tumor, além de priorizar a cura da paciente, é pensada a possibilidade da reconstrução da área agredida.

Na verdade, busca-se retirar o tumor, livrar a paciente desse mal e devolver à mesma o melhor aspecto físico possível. Conforme Jones (2007, p. 55):

O conceito de cirurgia plástica oncológica ou oncoplástica está associado à prevenção das deformidades pós-operatórias causadas pela cirurgia, proporcionando simetria às mamas, após a realização de segmentectomia e quadrantectomia, ou favorece a reconstrução com retalho de tecidos locais nas áreas tratada e comprometida para restabelecer a simetria.

Essa interação entre a cirurgia oncológica e cirurgia plástica é um salto para Medicina e para a saúde da mulher, pois beneficia a paciente em todos os aspectos - social, profissional, emocional, sexual e familiar, e desonera o Estado, visto que essa paciente ficará menos tempo em um hospital, com melhores resultados de saúde, necessitará de menor volume de atendimento multiprofissional e retornará mais rapidamente ao convívio social e à vida econômica ativa. Pontuando RM, ela transcende a doença e alcança a mulher enferma, recuperando sua autoimagem, conseqüentemente melhorando sua autoestima, potencializando seu estado imunológico e seu prognóstico de sobrevida com qualidade.

A reconstrução mamária torna-se parte integrante do tratamento do câncer de mama, fornecendo melhor qualidade de vida às pacientes mastectomizadas. Tem, como seu primeiro objetivo, a reparação da mutilação provocada com a retirada do carcinoma mamário, seja após uma cirurgia conservadora, seja após uma cirurgia radical da mama. É condição inerente ao tratamento cirúrgico do carcinoma mamário restaurar a forma e o volume da mama, positivamente, após a cirurgia oncológica, sendo importante para atenuar o impacto emocional e físico provocado pela cirurgia radical e/ou conservadora. Ou seja, é um avanço no tratamento da doença, contribuindo positivamente para a reintegração e o retorno mais rápido da paciente ao convívio social, ao ter a sua autoimagem restaurada.

De certo que a ausência da mama acarreta consequências que ultrapassam os danos físicos, pois tão graves quanto serão estes os danos psicológicos que propiciam um campo fértil

que já vinha sendo feito habitualmente em pacientes com tumores avançados e iniciais da mama. Assim, foi criado o conceito e a expressão de cirurgia oncoplástica que é a utilização de técnicas de cirurgia estética da mama em situações onde a paciente tem câncer e necessita de reconstrução.”. (MUNHOZ, 2010, s/p)

para outros males: a depressão e o estresse. Para Carloto (apud BARRETO; CARLOTO; COSTA, 1998, p.19), “O estresse não é propriamente uma doença, mas um estado de desgaste extremo, que favorece o aparecimento e agravamento de doenças.”

Ressaltando, a cirurgia oncoplástica representa uma das relevantes conquistas no tratamento do câncer de mama na atualidade, e seu conceito moderno precisa ser mais bem difundido no Brasil. Embora seja comprovada a importância da RM para o tratamento da doença, essa ainda continua sendo uma realidade distante para uma amostra significativa das pacientes que passa pela retirada do tumor maligno da mama. No que tange à sua efetivação, grandes são os desafios em torno da realização da reconstrução mamária, mesmo sendo um direito reconhecido em lei desde 1999.

Apesar de o tratamento oncoplástico ter mostrado resultados positivos para o enfrentamento do câncer mamário, norteados pelos avanços das práticas cirúrgicas conservadoras, pelas novas técnicas de ressecção do tumor e pelos resultados positivos para a saúde da mulher, ele ainda se esbarra nas dificuldades advindas das burocracias que retardam esse tratamento, e consequentemente, o retorno dessa mulher ao convívio social.

No entanto, as dificuldades de acesso à RM, aliadas ao desconhecimento da melhora que tratamento poderá proporcionar às pacientes são recorrentes para um elevado número de mulheres com câncer mamário no Brasil, de modo que não apenas as pacientes que dependem, exclusivamente, do sistema público de saúde, como aquelas que contam com o suporte do sistema privado, mesmo essas demonstram ter um acesso muito restrito às informações e aos serviços sobre o tema em questão.

Em todas as suas possibilidades, RM é parte fundamental no tratamento do câncer de mama, pois permite que a paciente goze de considerável melhora da autoimagem no delicado período pós-operatório, sendo fundamental para o prognóstico. Os reflexos da forma como o tratamento é conduzido serão sentidos ao longo de toda a vida.

Ao serem analisados artigos científicos sobre as condições das mulheres com câncer de mama que já passaram pela mastectomia radical ou pela cirurgia conservadora, que ainda não realizaram a cirurgia de RM e ao serem comparadas com outras pacientes que tiveram suas mamas reconstruídas, chega-se à conclusão de ser considerada a necessidade de se realizar a

cirurgia de reconstrução mamária como parte do tratamento global da doença, pois como citado anteriormente, será ela fundamental para sua reabilitação e recuperação durante todo processo readaptação da paciente.

O avanço da cirurgia oncológica e a conformidade com a cirurgia plástica, na realização da reconstrução imediata da mama para o tratamento da doença, assim como a eficácia dos resultados e o aumento da sobrevida, têm contribuído para reconquista da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, e isso tem sido de extrema importância, pois, ao serem estimuladas a levar uma vida social, familiar, conjugal e profissional tão boa ou melhor que antes de serem acometidas pela doença, observam-se os reflexos de importância incontestável na reintegração de mulheres que tiveram câncer de mama e, atualmente, se ajustam às sequelas da doença.

4.2 AS TÉCNICAS DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA (RM)

Com a evolução dos procedimentos cirúrgicos para retirada do câncer mamário, a RM apropriou-se dessa evolução para aperfeiçoar suas técnicas na reconfiguração da mama. Diferentes técnicas reparadoras foram desenvolvidas para que a paciente pudesse ter o melhor resultado possível. Atualmente, uma técnica bastante utilizada para repor o volume ressecado, até pelo resultado positivo que pode proporcionar ao paciente, é realizada com retalho miocutâneo do grande dorsal. (GUIMARÃES; DAHER; CAMMAROTTA, 2008)

A reconstrução utilizando retalho do músculo dorsal será empregada, basicamente, em duas situações: na reposição de revestimento e volume, nos casos em que o tumor comprometeu a pele da mama, em que para ter um melhor prognóstico, ela será removida juntamente com a massa tumoral; a outra situação será para repor o volume, quando não há comprometimento da pele, podendo ser realizada uma técnica conservadora da mama. Para Biazús e Zucatto (2012, p. 275), “Essa técnica é uma forma extremamente eficiente de reparar a perda de volume e a forma da mama.”

Como a anatomia do tecido retirado do dorso da paciente nem sempre é suficiente para reconstruir uma mama pós-mastectomia total, neste caso em especial não será indicada essa técnica, mas terá um excelente resultado se associá-la à cirurgia conservadora, tendo em vista o procedimento em que parte da mama é preservada, sendo possível realizar a remodelagem

do tecido que sobrou associando à simetrização da mama oposta, resultando em um aspecto estético semelhante a uma mamoplastia, sendo a cirurgia conservadora indicada para mulheres portadoras de câncer de mama em estágio inicial. (GUIMARÃES; DAHER; CAMMAROTTA, 2008)

Outra forma de RM é a cirurgia reconstrutora da mama com utilização de próteses, sendo essa realizada no mesmo ato cirúrgico do procedimento primário, momento em que essa será mais bem indicada, sendo esse um procedimento mais simples, quando comparado às demais técnicas reconstrutoras, mas que requer cuidados, pois obterá melhores resultados se for realizada em pacientes com mamas de pequeno e médio volume. Além da dificuldade de se obter uma simetrização com a mama sadia, para resultar em melhor resultado estético, será necessária a cirurgia dessa mama para harmonizá-la com a reconstruída.

Contudo, poderá o cirurgião realizar a colocação de prótese mamária, nos casos de mama com maiores volumes, porém não será posta, de imediato, a prótese definitiva, mas serão utilizadas as próteses expansoras, sendo essas também introduzidas no primeiro momento da cirurgia primária, em que elas serão usadas para expandir a pele; terá uma válvula que permitirá a injeção de solução salina - soro fisiológico, até atingir o volume necessário, quando então o expansor é removido, de 6 a 8 meses, e trocado por prótese definitiva. Para Biazús e Zucatto (2012, p. 306), “A inclusão de prótese após o uso de expansor de tecidos oferece bons resultados, obtendo uma boa projeção da silhueta da mama e definição do sulco inflamamário.”

A terceira técnica será *Transverse Rectus Abdominus Myocutaneous* (TRAM), sendo uma cirurgia feita com tecido do abdômen. O retalho de reto abdominal transfere uma grande quantidade de pele e tecido subcutâneo do abdômen inferior, para o local da mastectomia, permitindo modelar uma *nova* mama de contorno e textura muito semelhante à mama natural. O processo de retorno de sensibilidade ocorre espontaneamente, após alguns meses, na maioria dos casos. Como consequência do reparo da área doadora, é realizada uma abdominoplastia que, muitas vezes, é um ganho secundário. (BIAZÚS; ZUCATTO, 2012)

Atualmente, essas três técnicas de reconstrução mamárias anteriormente mencionadas são as mais utilizadas. Mas deverão ser avaliadas e respeitadas as prioridades oncológicas, em que a forma da mama, localização do tumor dentro da mama e o volume mamário remanescente

após a cirurgia do câncer constituir-se-ão fatores-chave para a escolha da melhor técnica a ser empregada. Basicamente, a RM dependerá das condições de saúde da paciente e do tamanho da mama a ser reconstruída. Todavia, a decisão de reconstruir a mama deverá partir da paciente, juntamente com seus familiares e com seu médico mastologista, sendo certo que, conhecendo as circunstâncias pessoais de sua paciente, ele irá decidir, em conjunto com o cirurgião plástico, qual é a técnica mais indicada para sua paciente. (BIAZÚS; ZUCATTO, 2012)

Momento em que o mastologista poderá então, responder se a reconstrução mamária será feita imediata à cirurgia oncológica ou tardiamente, quando deverá ser respeitado o momento, buscando-se, primeiramente, a cura da paciente, preservando a vida, sendo esse o bem maior da paciente, estando acima de qualquer desejo reparador, mesmo sendo este outro bem benéfico para o tratamento do câncer mamário.

Portanto, qualquer que seja a técnica empregada para reconstruir a mama da paciente, essa sempre será posta como um avanço para o tratamento da doença e, essencialmente, para a saúde da mulher, reconhecendo a reconstrução mamária como tratamento para a paciente com câncer de mama.

4.3 A RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DA MAMA COMO PARTE DO TRATAMENTO GLOBAL DA DOENÇA

A reconstrução mamária, imediata ao procedimento primário para retirada do tumor, começou a se desenvolver nos anos 1980, com a evolução das técnicas cirúrgicas e anestésicas, permitindo alcançar melhores resultados em todos os aspectos, tanto sociais quanto de saúde.

A primeira etapa da reconstrução pode ser realizada imediatamente após a cirurgia para retirada do tumor, ou seja, durante a cirurgia primária e com a mesma anestesia, desde que a paciente apresente condições clínicas favoráveis e tolere um tempo cirúrgico maior, sendo esse procedimento positivo para a paciente, o que evitará a sua exposição novamente às drogas anestésicas, aumento de risco de morte ou complicações associadas à anestesia e ao novo procedimento cirúrgico, além de contaminações inerentes de ambientes hospitalares, até porque ela poderá estar com baixa imunidade devido ao tratamento adjuvante.

A reconstrução realizada no mesmo instante em que é feita a retirada do câncer mamário busca melhorar e atenuar o impacto emocional e físico provocados pela cirurgia radical ou conservadora da mama, pois a reparação imediata da mutilação ocorrida com a cirurgia de retirada do tumor restaura a forma e o volume da mama amputada, preservando assim a autoimagem da paciente, contribuindo para a recuperação mais rápida e menos dolorosa do pós-operatório, situação que poderá evitar que a paciente acorde da cirurgia e tenha contato com a ausência da mama. Além do mais, ao final da internação para retirada do tumor, a primeira etapa de reconstrução estará concluída.

Com isso, no que tange à reconstrução imediata, esta se caracteriza como uma melhor opção, por evitar que a pessoa conviva com a ausência da mama, repercutindo favoravelmente na autoestima e em outros problemas relacionados ao evento cirúrgico. [...] Apesar de não ser isenta de complicações locais como necrose tissular, deiscência de sutura e infecções, atualmente é um método amplamente executado na prática cirúrgica. (GIL, 2005, p. 19-26)

A reconstrução imediata vem sendo um importante mecanismo de enfrentamento do câncer associado a uma melhor qualidade de vida e à redução do risco de depressão, isso porque além de outros significados, a mama é um dos símbolos da identidade feminina, e sua perda afetará física e psicologicamente a paciente. Sua imediata reconstrução torna-se fundamental para o melhor prognóstico da doença, restituindo sua autoestima e auxiliando, assim, o tratamento do câncer e possibilitando o restabelecimento do convívio social e da atividade sexual.

Pesquisas com mulheres submetidas à reconstrução imediata têm demonstrado que além da satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, o índice de morbidade psicológica é significativamente inferior em relação à mastectomia somente. As pacientes então submetidas à reconstrução imediata demonstraram-se menos deprimidas e sofreram menor impacto quanto a sua feminilidade, autoestima e atratividade sexual, em relação às outras não submetidas à reconstrução e as que optaram por reconstrução tardia. (ROWLAND; MASSIE apud MELO, 2002, p. 11)

Em uma pesquisa envolvendo 18 pacientes com câncer de mama, submetidos à cirurgia conservadora e reconstrução mamária imediata, concluindo-se a positividade dessa técnica:

Dezoito pacientes foram submetidas à reconstrução mamária imediata após tratamento conservador do câncer. Doze (66,6%) pacientes foram submetidas à reconstrução da mama acometida pelo câncer associada à simetrização da mama oposta. O tempo médio da realização da cirurgia conservadora foi de 105 minutos e da reconstrução mamária foi de 165 minutos. As técnicas empregadas na reconstrução mamária imediata se mostraram eficazes, com manutenção da boa forma e do contorno das mamas, evitando deformidades estéticas geradas pelo tratamento conservador do câncer, além de não retardar o início do tratamento adjuvante destas pacientes. (ALMEIDA JUNIOR. et al., 2007, p. 2)

Na reconstrução tardia, a paciente recebe alta hospitalar, aguarda-se a cicatrização desse procedimento e, após algumas semanas, ou após o término do tratamento com quimioterapia e/ou radioterapia, é submetida ao primeiro estágio da reconstrução. Essa era a alternativa mais utilizada no passado, quando se acreditava que fosse mais segura. A grande desvantagem do procedimento tardio é o período em que a paciente permanece sem nenhum tipo de reconstrução da mama, o que, para algumas mulheres, é fonte de ansiedade e de baixa autoestima.

Reafirmando a importância de se realizar a reconstrução imediata da mama, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) sugere que a reconstrução se dê logo após a retirada da mama, o que, na visão da Sociedade, contribuirá significativamente para a reabilitação da paciente (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2013).

De fato, as vantagens vão desde o psicossocial da paciente; seria a amenização do sentimento da mutilação que, conseqüentemente, resultaria na melhora da adaptação psicológica e social, com diminuição da depressão. Certamente que a cirurgia de imediato, além dos fatores positivos para saúde da paciente e também para a recuperação emocional, olhando também para estética, permitiria ao cirurgião plástico utilizar tecidos sem fibrose cicatricial, o que melhoraria consideravelmente o resultado estético do pós-operatório.

Dessa forma, ao observar diferentes artigos científicos, além de trabalhos de pesquisadores de diferentes áreas e estudos científicos, conclui-se que a reconstrução de mama imediatamente após a mastectomia contribui positivamente para a recuperação e o retorno mais rápido das pacientes às tarefas diárias, assim como ao seu ciclo social, pois além de restituir sua feminilidade, retiraria delas a preocupação e o incômodo da colocação diária de enchimentos mamários externos.

Na realidade, para muitas mulheres, a reconstrução imediata da mama é um bom modo delas se sentirem melhor consigo mesmas e darem um novo começo às suas vidas.

4.4 A LEGALIDADE DO DIREITO A RECONSTRUÇÃO DA MAMA

No ano de 1999, visando à saúde da mulher, agora não só o diagnóstico e a cirurgia, mas o tratamento de forma global, buscando reintegrar mais rapidamente a paciente ao convívio social, com qualidade de vida, foi instituída a Lei Federal nº 9.797, de 05 de maio de 1999, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde (SUS) nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Com isso, o então Presidente da República Fernando Henrique Cardoso, após a aprovação pelo Congresso Nacional (CN), sancionou a referida lei, em Brasília, no dia 6 de maio de 1999:

Art. 1º As mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva. Art. 2º Cabe ao Sistema Único de Saúde - SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama prevista no art. 1º, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias. Art. 3º O Poder Executivo regulamentará esta Lei no prazo de cento e oitenta dias. Art. 4º Este Decreto entra em vigor na data de sua publicação. (BRASIL, 1999)

Além da previsão da cirurgia reparadora pelo SUS, os planos e seguros privados de assistência à saúde também se encontram na obrigatoriedade de realizar cirurgia plástica reparadora de mama. Nos anos 90, deu-se a criação da Lei nº 9.656, de 03/06/1998, que escreve sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde, que em 2001 teve incluído pela Lei nº 10.223, de 2001, o Art. 10-A, que passa a vigorar acrescida do seguinte forma:

Art. 10-A. Cabe às operadoras definidas nos incisos I e II do § 1º do art. 1º desta Lei, por meio de sua rede de unidades conveniadas, prestar serviço de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias, para o tratamento de mutilação decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer. (BRASIL, 2001)

A previsão legal de que toda mulher que teve uma ou ambas as mamas amputadas ou mutiladas, em decorrência do tratamento do câncer, tem direito à realização de cirurgia de RM, ao ser devidamente recomendado pelo profissional de saúde foi reforçada quando o Governo Federal, por meio do MS, publicou uma Portaria que prevê a realização de cirurgia reconstrutora com implante de uma ou duas próteses de silicone pós-mastectomia. Mesmo assim, ainda, será preciso desenvolver estratégias de Governo e políticas públicas que

universalizem o acesso da paciente ao tratamento global do câncer de mama, principalmente, à RM como parte integrante do tratamento.

Diante da descontinuidade do tratamento global da doença do paciente oncológico, o Diário Oficial da União publicou nova Portaria do Ministério da Saúde, determinando que todo hospital habilitado pelo SUS atenda pacientes com câncer, oferecendo tratamento integral. Isso porque, no Brasil, ainda é comum o doente ser operado em um hospital e fazer o tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia em outro lugar. E quanto ao tratamento como RM, por exemplo, terá que procurar um terceiro serviço. Com a nova Portaria, o Ministério da Saúde tem a intenção de mudar essa triste realidade. Para tanto, os hospitais serão obrigados a oferecer atendimento integral ao paciente oncológico, para se manter ligados ao SUS.

Cabe ressaltar que a reconstrução mamária em mulheres com diagnóstico de câncer de mama é, além de um direito reconhecido em lei, também previsto na Política Pública de Saúde para Mulher (PPSM). A cirurgia de reconstrução da mama, como já citado, é assegurada pelo SUS desde 1999. Os procedimentos cobertos incluem também o implante da prótese de silicone. A saúde suplementar também prevê a cirurgia plástica reconstrutiva da mama, após tratamento para retirada de câncer, para os contratos celebrados após 1998.

Desde 2004, a Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher (PNASM), instituída pelo Ministério da Saúde, apresentava como um de seus principais objetivos e estratégias relacionadas à saúde da mulher o aumento em 45% da realização da cirurgia de reconstrução mamária nas mulheres mastectomizadas. No entanto, ainda atualmente, as dificuldades do acesso à cirurgia é uma realidade presente e constante. As implicações disso resultam no retardo da recuperação e do tratamento das pacientes, o que torna ainda mais dolorosa a longa espera por esse procedimento e reabilitação (BRASIL, 2004).

Toda mulher tem direito à cirurgia de RM caso tenha perdido a mama devido ao câncer. A cirurgia de reconstrução mamária é parte do tratamento global do câncer de mama e desempenha importante papel no difícil processo de reabilitação. O envolvimento multidisciplinar, o planejamento pré-operatório e a indicação individualizada e correta de diferentes técnicas são fundamentais para o sucesso da reconstrução e satisfação com o resultado. Sobreviver no mundo com qualidade tem que se algo inerente ao viver de qualquer

ser humano, independente das intercorrência de saúde ou da vida econômica e social (BOFF, 2009).

5 DESAFIOS E POSSIBILIDADES À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA NA EXPERIÊNCIA DE MULHERES CAPIXABAS ATENDIDAS EM UM HOSPITAL DE REFERÊNCIA

Neste tópico foi apresentada e tratada à metodologia utilizada na pesquisa, apresentar o método utilizado e os instrumentos metodológicos para realização do estudo de pesquisa. Assim como, descrever o local e seus sujeitos de pesquisa.

5.1 O PROCESSO METODOLÓGICO DA PESQUISA

Para a realização desta pesquisa, foi utilizado o estudo do tipo transversal de abordagem qualitativa. Minayo (2004, p. 10) diz que as metodologias qualitativas são “[...] aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações, e às estruturas sociais, sendo tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas.”

5.1.1 O local da pesquisa

Este estudo foi realizado no Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória, localizado no município de Vitória, integrante da Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV)¹⁹. O Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória (HSCMV) é um hospital-escola, sendo uma Entidade Filantrópica de Utilidade Pública Federal – Dec. 65.314/Lei nº 1707.

Antes de 2011, somente o Hospital Santa Rita de Cássia (HSRC), Infantil de Vitória (HIV) e o das Clínicas (HC) estavam credenciados para o tratamento oncológico, no Espírito Santo (ES). A partir de 2011 mais quatro hospitais foram habilitados pela Secretaria Estadual de

¹⁹ A Região Metropolitana da Grande Vitória é constituída pelos municípios de Cariacica, Fundão, Guarapari, Serra, Viana, Vila Velha e Vitória. Sendo constituído pela Lei Complementar estadual nº 58, de 21.02.1995, quando era conhecida como RMV - Região Metropolitana de Vitória e, posteriormente, modificada em 1999 e 2001, quando incorporou, respectivamente, os municípios de Guarapari e Fundão, passando a se chamar - Região Metropolitana da Grande Vitória (RMGV). Esses sete municípios abrigam quase a metade da população total do Espírito Santo (46%) e 57% da população urbana do estado (IBGE, 2002).

Saúde (SESA), para atendimento oncológico, inclusive para o câncer de mama: além da Santa Casa da Misericórdia, em Vitória, o Evangélico, em Vila Velha, o Hospital São José, em Colatina e o Hospital Rio Doce, em Linhares. A incorporação de novos hospitais exigiu um investimento de mais de R\$ 20 milhões ao ano. (ROBERTY, 2013, p.1)

O HSCMV é classificado como de alta complexidade, isso significa que, para ser paciente desse hospital, é necessário passar anteriormente por unidades de saúde de atenção básica (posto de saúde, ambulatório) e/ou de média complexidade (clínica especializada, hospital) onde tenha recebido o diagnóstico de câncer. O médico responsável pelo acompanhamento inicial precisa fazer o encaminhamento específico do paciente para o referido hospital, onde ele passará por uma triagem para confirmar se seu caso é mesmo de tratamento oncológico.

A escolha do referido hospital foi considerada um critério ímpar, visto que existe outro hospital no Estado muito analisado por ser referência para o tratamento do câncer, sendo local de pesquisa para várias produções de monografias de graduação, dissertações de mestrado e teses de doutorados. O que chamou a atenção foi que o HSCMV também é referência para o tratamento do câncer, mas pouco divulgado e conhecido até mesmo por profissionais da saúde. Também é importante lembrar que o HSCMV integra o Sistema Único de Saúde (SUS) e está credenciado para oferecer tratamento integral às pessoas que tem tumores malignos (câncer), sendo considerando um dos hospitais de referência no ES para o diagnóstico e tratamento de câncer no Estado.

O HSCMV recebe pacientes de todo o ES e de regiões fronteiriças que fizeram ou estão em tratamento para algum tipo de câncer. O atendimento às mulheres acometidas pelo câncer de mama corresponde desde uma consulta que procura, em uma avaliação, detectar existência de sintomas ou queixas da paciente, observando sinais da doença, até o tratamento cirúrgico, sendo que esse tratamento inicia-se desde a retirada da mama acometida pelo câncer até a provável reconstrução. Todavia, a quimioterapia e a radioterapia - que antes eram realizadas em outro hospital de referência no estado -, atualmente são realizadas no próprio hospital, facilitando consideravelmente o acesso ao tratamento das pacientes que já fazem o tratamento nesse hospital, principalmente para aquelas que residem no município de Cariacica, visto que são elas, observado por esta pesquisa, as que mais frequentam o referido hospital (ver Quadro 1).

Após o término do tratamento, programam-se as consultas subsequentes, que podem ocorrer de 3 em 3 meses, de 6 em 6 meses ou a cada ano, dependendo da avaliação clínica feita pelo médico. Não existe uma frequência mínima para que esses atendimentos devam se dar, ou seja, cada caso necessita de cuidados individualizados e, por isso, o intervalo das consultas de cada paciente pode variar.

Os serviços de oncologia e cirurgia plástica desenvolvidos pelo HSCMV, como pode ser constatado no seu *site* oficial, que faz referência aos seus programas de Cirurgia Geral, Clínica Médica, Dermatologia, Ginecologia e Obstetrícia e Neonatologia, não aparecem como programa. Atualmente, o hospital conta com dois cirurgiões plásticos que fazem a reconstrução da mama de mulheres mutiladas pelo câncer, mas esses profissionais não estão inseridos em nenhum programa ou política de tratamento para câncer mamário, sendo possível observar a ausência de política mais sistemática para o tratamento de mulheres com câncer de mama, haja vista que cada profissional realiza o atendimento de forma independente, conforme pode ser constatado nas falas dos profissionais entrevistados.

5.1.2 Sujeitos de pesquisa: universo e amostra

O HSCMV atendeu, entre agosto de 2009 e dezembro de 2012, 483 mulheres com câncer de mama, o que resultaria em 483 prontuários. No entanto, desses, 47 não puderam ser consultados, porque não estavam disponíveis no arquivo do hospital e outros 185 estavam com dados incompletos. Por esta razão, puderam ser consultados por esta pesquisadora apenas 251 prontuários. Durante a consulta constatou-se que, dos 251 prontuários, apenas 122 pacientes residiam nos municípios elencados para a pesquisa. Contudo, das 122, apenas 32 haviam realizado a cirurgia de reconstrução mamária (Quadro 1 e Tabela1).

Insta registrar que inicialmente pensou-se em construir o perfil das mulheres com câncer de mama atendidas pelo hospital de referência, tomando como referência o marco temporal da pesquisa, mas o elevado número de prontuários incompletos, nos quais faltavam dados importantes, tais como: cor/raça/etnia, idade, local de moradia, profissão, estado civil, salário, além do fato de alguns não terem sido localizados, inviabilizou tal objetivo, sendo abandonado no processo de pesquisa.

Já ciente dessa incompletude de dados nos prontuários, o referido hospital lançou, em 2013, um projeto de informatização do sistema tendo como objetivo treinar os colaboradores de

atendimento para o preenchimento do cadastro dos pacientes que são assistidos pelo hospital, que visa à melhoria do pessoal para a implantação do novo sistema informatizado. Segundo o HSCMV, a implantação desse sistema de informatização facilitará e qualificará o atendimento; consequentemente, o preenchimento de dados tão importantes para realização de pesquisas científicas que contribuem grandemente para o desenvolvimento do hospital.

Quadro 1 – Quantidade de prontuários de pacientes com câncer de mama assistidos no hospital de referência entre agosto de 2010 e dezembro de 2012

Prontuários	Quant.
Prontuários de pacientes com câncer de mama	483
Prontuários não localizados	47
Prontuários com dados incompletos	185
Prontuários de pacientes com câncer de mama com dados completos	251
Prontuários de mulheres com câncer de mama, de Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória	122
Prontuários excluídos de mulheres que não realizaram a cirurgia de reconstrução mamária	90
Prontuários elegíveis para o estudo	32
Prontuários dos sujeitos da pesquisa selecionados para o estudo	16

Fonte: Elaborado pela autora

Não se pode afirmar que as 90 pacientes listadas acima que não realizaram a RM no HSCMV não tenham realizado a reconstrução, uma vez que poderiam ter feito na rede privada ou em outro hospital público, no Estado ou fora dele, já que não há registros nos prontuários das pacientes sobre o monitoramento de ações em saúde ocorridas fora do hospital de referência.

A média de idade das 122 mulheres com câncer de mama residentes nos municípios Cariacica, Serra, Vila Velha e Vitória e que foram assistidas no hospital de referência entre agosto de 2010 e dezembro de 2012 é de 48,71 anos, sendo que 86 delas eram pardas; as demais 25 brancas e 11 negras. Quanto à cirurgia para retirada do câncer mamário: a maioria, 59,0%, submeteu-se à mastectomia radical, e as demais, 40,9%, fizeram a quadrantectomia (Quadro 1).

Os 251 prontuários de pacientes com câncer de mama elegível para o estudo foram separados por município, sendo possível identificar quais municípios foram assistidos pelo HSCMV e quantos pacientes com câncer mamário receberam tratamento neste período (Tabela.1).

Tabela 1 – Prontuários consultados por município no período de agosto de 2010 a dezembro de 2012

Municípios	Quant.
Água doce do Norte	5
Aracruz	9
Domingos Martins	13
Cariacica	39
Ecoporanga	3
Fundão	8
Guarapari	8
Ibatiba	3
João Neiva	6
Laranja da Terra	7
Linhares	11
Mimoso Do Sul	2
Pancas	6
Pinheiros	5
Santa Leopoldina	8
São Mateus	12
Serra	30
Sooretama	4
Venda Nova do Emigrante	8
Viana	11
Vila Velha	28
Vitória	25
Total	251

Fonte: Elaborado pela autora

Dessa forma, o universo da pesquisa constituiu-se de 32 mulheres com diagnóstico de câncer de mama residentes nos municípios da Grande Vitória (Cariacica, Serra, Vitória e Vila Velha) que realizaram a cirurgia de reconstrução mamária no período de agosto de 2010 a dezembro de 2012, no HSCMV. Os municípios elencados constituíram uma escolha por conveniência, visto que a pesquisadora optou por selecionar os municípios próximos ao seu trabalho e seu município de residência, com intuito de facilitar o seu acesso aos sujeitos de pesquisa.

Das 32 pacientes elegíveis para o estudo, oito eram de Cariacica; nove de Serra; oito de Vila Velha e sete de Vitória. Entretanto, das 32 pacientes, 18 fizeram a cirurgia de reconstrução imediata e 14 que fizeram a reconstrução tardia.

Dessas 32 pacientes elegíveis para o estudo, formaram-se dois grupos: em um primeiro grupo havia 18 prontuários de pacientes que realizaram a reconstrução mamária imediata, sendo que desses 18 prontuários, aleatoriamente e por sorteio, foram selecionados oito. Já no segundo grupo havia 14 prontuários de mulheres que se submeteram à reconstrução mamária tardia, sendo que desses 14 prontuários, também aleatoriamente e por sorteio, foram selecionados

oito. Ao final, passou-se a ter uma amostra de 16 prontuários de pacientes que realizaram a reconstrução mamária, sendo que desses 16 prontuários: oito foram de pacientes que se submeteram à reconstrução mamária imediata e os outros oito de pacientes que se submeteram à reconstrução mamária tardia (Tabela 2).

As 16 mulheres que compuseram a amostra estudada apresentavam, na data da cirurgia, idade média de 47,1 anos (28-69). Quanto ao seu grau de instrução, sobressaíram aquelas que possuíam o Ensino Médio completo e o Ensino Fundamental incompleto. Em relação ao estado civil, dez relataram viver com companheiro sob o mesmo teto. Em relação à ocupação, 12 eram domésticas. Cabe ainda ressaltar que, na data do diagnóstico de câncer de mama, 14 mulheres desempenhavam alguma outra atividade remunerada (Tabela. 2)

Tabela 2- Perfil dos 16 sujeitos de pesquisa que se submeteram à reconstrução mamária (RM)

Nome /fictício	DADOS SÓCIOECONÔMICO					DADOS DEMOGRÁFICOS			
	Renda média/R\$	Ocupação anterior	Ocupação atual	Escolaridade	Cidade	Bairro	Estado civil	Cor	Idade atual
RT1	Sem renda	Professora	Do lar	EM completo	Cariacica	Alto Laje	Casada	Parda	40
RT2	1.400,00	Autônoma	Aposentada	EM completo	Vitória	Ilha do Príncipe	Casada	Parda	49
RT3	Sem renda	Diarista	Do lar	EM completo	Cariacica	Operário	Solteira	Negra	49
RT4	678,00	Diarista	Trabalho informal	Iletrada	Vila Velha	Central Carapina	Divorciada/separada	Branca	69
RT5	928,00	Costureira	Aposentada	EF completo	Serra	Nova Carapina II	Solteira	Parda	49
RT6	1.400,00	Auxiliar de SG	Aposentada	EM incompleto	Serra	Cidade Continental	Casada	Branca	50
RT7	Sem renda	Do lar	Do lar	EF incompleto	Serra	Hélio Ferraz	Casada	Branca	55
RT8	Sem renda	Do lar	Do lar	EF incompleto	Cariacica	Cruzeiro do sul	Casada	Branca	54
RI1	2.700,00	Super. Educacional	Trabalhando	EF completo	Vitória	Maria Ortiz	Divorciada/separada	Branca	51
RI2	1.300,00	Servidora Federal	Trabalhando	EM completo	Vila Velha	Santa Mônica	Divorciada/separada	Branca	57
RI3	1.300,00	Doceira	Trabalhando	EF incompleto	Vila Velha	Santa Mônica	Divorciada/separada	Branca	72
RI4	1.700,00	Assistente Social	Aposentada	Pós-graduação	Vila Velha	Itapuã	Casada	Branca	39
RI5	Sem renda	Costureira	Do lar	EF incompleto	Cariacica	Vila Capixaba	Divorciada/separada	Branca	55
RI6	Sem renda	Autônoma	Do lar	E Superior	Vila Velha	Praia da Costa	Relação estável	Parda	59
RI7	1.000,00	Auxiliar de SG	Aposentada	EF incompleto	Vila Velha	Jardim Limoeiro	Casada	Branca	47
RI8	Sem renda	Confeiteira	Do lar	EM completo	Serra	Pitanga	Casada	Parda	51

Fonte: Elaborada pela autora

Para a identificação das oito mulheres que fizeram a reconstrução imediata, usaram-se as iniciais RI acrescentadas do algarismo numérico (RI1, RI2,..., RI7, RI8); e para identificação

das oito mulheres que fizeram a reconstrução tardia usaram-se as iniciais RT acrescentadas do algarismo numérico (RT1, RT2,..., RT7, RT8).

Em relação aos profissionais de saúde, o universo constitui-se de cinco sujeitos: uma médica mastologista, um médico oncologista, um cirurgião plástico, uma fisioterapeuta e uma assistente social. Desses cinco profissionais selecionados, dois possuíam vínculo com o hospital da amostra estudada; outros três não possuíam vínculo com o referido hospital, mas faziam parte do Sistema Único de Saúde (SUS) na assistência às pacientes com câncer mamário. Essa divisão foi intencional, visto que se buscou ampliar a visão como um todo da política pública de atendimento a mulher com câncer que deseja realizar a reconstrução mamária atualmente no Estado do Espírito Santo, não só dentro de um único núcleo hospitalar (Tabela 3).

Tabela 3 – Perfil dos profissionais de saúde/sujeitos de pesquisa

Profissional	N	Sistema de saúde que trabalha	Trabalha no HSCMV?	Tempo de atuação no Sistema Público
Profissional 1	1	Público e Privado	Não	13 anos
Profissional 2	1	Público e Privado	Sim	23 anos
Profissional 3	1	Público e Privado	Sim	10 anos
Profissional 4	1	Público e Privado	Não	3 anos
Profissional 5	1	Público e Privado	Não	21 anos

Fonte: Elaborada pela autora

Para identificação desses cinco sujeitos de pesquisa, foram nominados pela palavra Profissional acrescida do algarismo numérico (Profissional1, Profissional2,..., Profissional 5).

5.1.3 Critérios de inclusão e exclusão dos sujeitos de pesquisa

Os sujeitos de pesquisa - pacientes -, para serem incluídos, tiveram que atender aos seguintes critérios: que tivessem o diagnóstico confirmado de câncer mamário; que tivessem realizado a cirurgia de reconstrução mamária no HSCMV entre o período de agosto de 2010 a dezembro de 2012; que residissem nos municípios que compõem a Região Metropolitana da Grande Vitória e que concordassem em participar da pesquisa.

E como critérios de exclusão: não foram selecionadas as pacientes com estado de saúde debilitado; que apresentaram dificuldades cognitivas que interferissem no processo de coleta de dados; que assinassem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A).

Com relação aos profissionais de saúde, estes foram incluídos tomando como referência os seguintes critérios: que fossem profissionais com atuação direta na atenção às mulheres com câncer de mama e que trabalhassem em serviços de referência em câncer de mama no Estado. Como critério de exclusão, profissionais que não tivessem interesse em participar da pesquisa e se recusassem a assinar Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B); contudo, nenhum profissional convidado a participar do estudo se recusou, sendo assim, assinaram o TCLE.

5.1.4 Procedimento de organização do trabalho de campo

A partir da seleção da amostra, o passo seguinte foi o contato por telefone com os sujeitos de pesquisa, onde foi esclarecida a finalidade da pesquisa e realizado o convite para participar. Das pacientes contatadas, duas recusaram-se a participar da pesquisa alegando falta de condições psicológicas e de saúde, uma havia falecido há cerca de um ano e outras três mudaram para outros Estados; sendo assim, novo sorteio foi realizado, buscando identificar outros sujeitos de pesquisa.

As entrevistas com cada uma das 16 mulheres duraram cerca de 60 minutos, em média. Elas ocorreram nos dias e locais, conforme a conveniência das pacientes. Já nas entrevistas com os cinco profissionais de saúde, cada entrevista durou em torno de 35 minutos, haja vista que dispunham de pouco tempo e a pesquisadora teve que adequar-se à disponibilidade de cada um deles.

Para realização das entrevistas junto as 16 pacientes eleitas, foi utilizado um roteiro semiestruturado (APÊNDICE C), que foi composto por dois blocos de questões: um primeiro contendo questões fechadas buscando complementar dados não encontrados nos prontuários e um segundo bloco, com um roteiro de questões abertas, com intuito de abordar os variados aspectos (objetivos e subjetivos) da realidade da mulher que passou pelo processo de reconstrução mamária, para fins de responder aos objetivos específicos propostos. Para Gil

(1995, p. 113), “A entrevista é, portanto, uma forma de interação social. Mais especificamente, é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar os dados e a outra se apresenta como fonte de informação.”

No que se refere à primeira parte da entrevista composta por questões fechadas, cuidou-se para anotar na íntegra as respostas das pacientes. E a segunda parte, com questões abertas, foi gravada com recurso eletrônico, buscando garantir que a totalidade das falas das entrevistadas fosse registrada e, posteriormente, transcrita. Segundo Minayo (1993, p.107), “faz parte da relação mais formal do trabalho de campo em que intencionalmente o pesquisador recolhe informações através da fala dos atores sociais.”

Para o levantamento de dados junto aos cinco profissionais de saúde, foi realizada a entrevista semiestruturada, também, individual, ou seja, cada um deles foi ouvido separadamente. Tais entrevistas foram gravadas e, posteriormente, transcritas. Nestas entrevistas, seguiu-se um roteiro de perguntas abertas, sendo abordadas questões relacionadas à intervenção profissional junto às pacientes, às políticas de atendimento a pacientes desenvolvidas pelo SUS, aos fatores (patológicos, subjetivos, materiais) que facilitam e comprometem o acesso à reconstrução da mama. Também foram abordados os impactos da reconstrução mamária no tratamento (APÊNDICE D).

As entrevistas foram transcritas integralmente e o conjunto de respostas dadas a cada questão foi submetido à análise de conteúdo proposta por Bardin (1994).

5.1.5 Análise dos dados coletados

A coleta dos dados serviu para analisar fatores implicados no processo de reconstrução mamária em mulheres submetidas à mastectomia e/ou quadrantectomia, assim como as interfaces existentes entre o câncer mamário e a cirurgia de reconstrução, buscando identificar os/as condicionantes que dificultam e facilitam a reconstrução mamária em mulheres submetidas à mastectomia parcial ou total, além de conhecer os impactos da reconstrução mamária sobre a sua autoimagem e autoestima.

Para *Análise de Conteúdo*, seguimos as etapas propostas por Bardin (1994). A análise de conteúdo é um método antigo que, no passado, serviu como técnica para interpretar os antigos escritos dos livros sagrados, mas somente na década de 1920, através dos estudos de Leavell, durante a I Guerra Mundial, foi sistematizada como método e passou a ter caráter de método investigativo (TRIVIÑOS, 1987). No entanto, para Bardin (1994), a verdadeira definição de análise de conteúdo como sendo uma técnica de investigação com finalidade descritiva, sistemática e quantitativa do conteúdo manifesto da comunicação surge somente no final dos anos 40-50, com Berelson, auxiliado por Lazarsfeld.

Ferreira (2003), a partir da abordagem de Bardin, relaciona as possibilidades de uso da análise de conteúdo:

[...] quando se quer ir além dos significados, da leitura simples do real. Aplica-se a tudo que é dito em entrevistas ou depoimentos ou escrito em jornais, livros, textos ou panfletos, como também a imagens de filmes, desenhos, pinturas, cartazes, televisão e toda comunicação não verbal: gestos, posturas, comportamentos e outras expressões culturais (BARDIN apud FERREIRA, 2003, p. 1)

Seguindo as orientações dadas por Bardin (apud FERREIRA, 2003), para viabilizar a análise de conteúdo das falas dos sujeitos, foram elencadas algumas categorias e subcategorias temáticas. Isso se deu após a transcrição das entrevistas. Tais categorias e subcategorias foram identificadas por meio de unidades de registro: palavras, expressões e frases utilizadas pelos entrevistados.

Para melhor compreensão desta fase da pesquisa, parece importante registrar o passo a passo. No primeiro momento, após a transcrição integral da totalidade das entrevistas, foi feita uma leitura atenta de todas, buscando identificar possíveis categorias. As entrevistas foram lidas exaustivamente, possibilitando a esta pesquisadora agrupar o seu conteúdo em duas grandes categorias temáticas.

Para facilitar o trabalho de agrupamento dos dados coletados por meio das entrevistas, as grandes categorias foram subdivididas em subcategorias, ou seja, cada categoria passou a ser formada por algumas subcategorias. E estas, por sua vez, foram sendo identificadas nas entrevistas por meio de unidades de registros: determinadas palavras, frases ou expressões.

Todo esse percurso de categorização possibilitou, de uma forma didática, a análise dos dados, com vistas a responder aos objetivos do projeto que orientou a realização desta investigação. Os Quadros 2 e 3 explicitam as categorias, as subcategorias e as unidades de registro.

Quadro 2 - Fatores implicados no processo de reconstrução mamária imediata

	Definição	Subcategorias	Registros	Unidades de Registro
Categoria 1	Esta categoria refere-se a todos os fatores que contribuem ou comprometem a reconstrução mamária imediata	Comorbidades	Diabetes <i>Mellitus</i> - DM	Complicações, insuficiência, insulina, resistência, distúrbios, etiologia, tipo 1, tipo 2, cicatrização.
			Hipertensão arterial –HA	Hipertensos, adulta, suscetível, intercorrências, alteração vulnerável, sangramento, família,
			Obesidade	Câncer de mama, peso, menopausa, mau prognóstico, multiplicação celular, estrogênio, cicatrização, linfedema, diabetes cardiovascular.
		Fatores físicos	Conservação do tecido mamário	Avanços, técnicas, RM imediata, tumor mamário, pele da mama, preservada, invasão, tumor, encaixe, suco mamário.
			Radioterapia	Tumores, tecido, pós-operatória, após, prótese mamária, radiação, riscos, rejeição, cicatrização complicações.
			Estadiamento do tumor	Pequeno, fácil de ser ressecado, estágio clínico I, II, III, local, avançadas, invasivo.
			Tabagismo.	Riscos, fumantes, cicatrização, oxigênio dos tecidos, ausência, uso prolongado, agravante, cumulativo.
		Fatores emocionais	Sentidos	Tristeza, perda, medo, sofrimento, corpo, sexuais, estéticas, imagem corpo, mutilado, família, Deus, companheiro, amigos, autoestima, ansiedade,
		(Des) Conhecimento do direito à reconstrução mamária	O direito	Lei, reconstrução mamária, o direito da mulher, a dificuldade do acesso, prótese mamária, tratamento, hospital.
		Condicionante	Materiais humanos e	Baixos salários, ausência, políticas públicas, estrutura hospitalar, inadequada, apoio, informação, equipe, profissionais de saúde, acesso, atendimento, frio, pequeno, humanização.
		Articulação das redes de atendimento a mulher com câncer mamário	Redes	Redes, serviços, profissionais, tratamento, interdisciplinaridade, reabilitação, falta, ausência, interesse, articulação.

Fonte: Elaborada pela autora

Quadro3: O impacto da reconstrução mamária sobre a autoestima da mulher.

	Definição	Subcategorias	Registros	Unidades de Registro
Categoria2	Esta categoria refere-se à dimensão subjetiva pós-reconstrução mamária	Autoestima	“si mesmo”	Amar-se, cuidar-se, percepção, transformação, vida, benefícios, limitações, emocional, física,
		Autoimagem	Descreve-se	Preconceito, aceitação, sofrimento, espelho, imagem, recuperação.
		Sexualidade	Define-se	Preferências, experiências sexuais, na experimentação e descoberta da sua identidade e atividade sexual, parceiro.

Fonte: Elaborada pela autora

Após a identificação e o agrupamento dos dados, o passo seguinte foi analisá-los à luz da teoria escolhida.

5.1.6 Considerações éticas

Quanto às questões éticas, o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM (ANEXO C) e recebeu anuência do Diretor Técnico do Hospital onde foi realizada a pesquisa (ANEXO B). A entrada na instituição ocorreu mediante apresentação do projeto de pesquisa, seguido do ofício de apresentação. Por ocasião da coleta de dados, foi solicitado às entrevistadas que assinasse o TCLE, enfatizando-se a liberdade para participar do estudo, a ausência de qualquer ônus e a garantia do anonimato.

Os dados coletados foram confidenciais, sendo assegurado o sigilo sobre a identidade dos entrevistados. Portanto, todos os aspectos éticos pertinentes foram observados em seu desenvolvimento. Nesse sentido, tomou-se o cuidado, ao longo do texto, de substituir o nome verdadeiro dos sujeitos de pesquisa por letras e números. Buscou-se, assim, preservar-lhes o anonimato, o que evidencia que o respeito foi uma preocupação central do presente estudo.

Ressalta-se em pontuar que foi informado a todos os participantes que os dados coletados, as gravações digitais e os TCLEs ficarão sob a responsabilidade da pesquisadora, que os guardará por cinco anos e que, ao fim desse período, serão incinerados.

5.2 FATORES IMPLICADOS NO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA IMEDIATA (RMI)

Tomando como base os resultados de um estudo realizado pela *American Cancer Society* (ACS), em 1990, Costa (2011) argumentou que a cirurgia de RM não constitui um impedimento para o tratamento, pelo contrário. Segundo o citado autor, este estudo concluiu que “Inexistiam evidências médicas que suportassem a hipótese relacionando reconstrução mamária com a dificuldade no diagnóstico precoce de recorrência do tumor ou da piora do prognóstico da paciente.” (COSTA, 2011, p. 2). Sendo assim, o ano de 1990 marcou a história da cirurgia reconstrutiva de mamas. A partir desse estudo, passou-se a considerar a RM como parte integrante do tratamento do câncer de mama.

No Brasil, a reconstrução mamária imediata é um direito da mulher assegurado em lei,²⁰ vez que, estando a mulher apta para o procedimento, esta cirurgia poderá ser realizada de várias formas; no entanto deverão ser levados em consideração diversos fatores: estilo de vida, condições clínicas (fatores físicos e emocionais) adequadas, para que se alcance o resultado desejado.

Atualmente, a maioria das mulheres submetidas à mastectomia tem indicação de reconstrução mamária imediata, é o que afirma Ribeiro (1987). Pepe (apud PAGANINE, 2013) afirma que em 90% dos casos de mastectomia, a reconstrução pode ser feita na mesma cirurgia de retirada do câncer. Para tanto, o citado autor aponta duas dimensões importantes que devem ser levadas em consideração ao se discutir a reconstrução mamária: a psicológica e a física. Além do mais, considera Costa (2011) que a RM, quando realizada imediata à cirurgia oncológica, obtém melhores resultados do que no caso da RM tardia, isso pelo fato de poder-se utilizar de técnicas que somente no momento da retirada do câncer podem ser trabalhadas.

²⁰ “Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Em maio deste ano, o Congresso Nacional aprovou e a presidenta Dilma Rousseff sancionou a Lei 12.802/2013, que obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a realizar a reconstrução da mama imediatamente após a retirada do câncer. Porém, ela deve seguir critérios médicos de indicação e não deve haver contraindicações clínicas que possam atrapalhar a recuperação pós-operatória e o tratamento complementar do câncer de mama, como, por exemplo, quimioterapia e radioterapia. Quando a reconstrução não puder ocorrer imediatamente, a paciente deverá ser encaminhada para acompanhamento clínico.” (BRASIL, 2013)

Mortenson et al. (2004) relatam que os benefícios físicos e psicossociais conseguidos com a reconstrução mamária imediata vem ganhando reconhecimento na Medicina oncológica como parte do tratamento global para o câncer mamário. No entanto, como em qualquer outra cirurgia, a RM contém riscos internos e externos à paciente que a dificultam ou a favorecem.

5.2.1 As Comorbidades

O termo comorbidade é formado pelo prefixo latino *cum*, que significa contiguidade, correlação, companhia, e pela palavra morbilidade, originada de *morbus*, que designa estado patológico ou doença. Sendo assim, a comorbidade é utilizada para descrever a coexistência de transtornos ou doenças, e não de sintomas. Ela constitui-se em um fenômeno frequente na prática clínica e sua identificação é um fator importante que afeta tanto o prognóstico dos pacientes como a conduta terapêutica do médico (GALLI; GUIDETTI, 2012).

Segundo Galli e Guidetti (2012, p. 1), a expressão “comorbidade” foi adotada pela primeira vez, em 1970, por Feinstein, com o objetivo de assinalar a ocorrência de duas ou mais doenças diferentes em um mesmo paciente: “[...] uma doença adicional num paciente com uma doença índice.” Na atualidade, o conceito vem sendo adotado buscando assinalar a associação “[...] entre uma doença ou transtorno índice e uma ou mais patologias físicas ou psicológicas.” (GALLI; GUIDETTI, 2012, p. 1)

Marques et al. (1994) colocam que a comorbidade pode se apresentar de três maneiras: a patogênica, quando duas ou mais doenças estão etiológicamente relacionadas; a diagnóstica, quando as manifestações da doença associada forem similares às da doença primária; e a prognóstica, quando houver doenças que predisõem o paciente a desenvolver outras doenças.

De acordo com Mortenson et al. (2004), a mulher com câncer mamário é mais vulnerável a desenvolver comorbidades que podem a levar às incapacidades e dependências ou até mesmo à morte. Por isso, ela necessita de cuidados que requerem medidas de bem estar, tratamento digno e acompanhamento de multiespecialidades da área da saúde.

As comorbidades também são vistas por Marshall et al. (2010) como condicionantes que podem dificultar momento da RM, para eles o fato de as pacientes com câncer de mama apresentarem certas comorbidades no início do tratamento como o Diabetes *Mellitus*, a Hipertensão Arterial (HA) e disfunções hormonais relacionadas à menopausa, elas acabam por ter que adiar a reconstrução mamária. Neste caso, de acordo com os autores, em um primeiro momento, devem tratar-se e/ou controlar essas comorbidades, para não terem afetados o processo terapêutico e, por conseguinte, a cura da doença.

Neste sentido, o mastologista e diretor da Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais (SOGIMIG), Lucena (2013) destaca que, apesar de elevar a autoestima e reduzir os impactos psicológicos do tratamento, a cirurgia de reconstrução da mama não é recomendada para pacientes com Diabetes, hipertensão grave e doenças do coração, entre outras, com pequenas exceções. Alerta Lucena (2013, p. 1) que:

Logo que a doença é diagnosticada, é feito um planejamento para a indicação da melhor alternativa cirúrgica, bem como o real impacto da deformidade do tratamento original. Entretanto, devido ao alto risco cirúrgico, as pacientes portadoras de doenças crônicas não são consideradas candidatas a procedimentos reparadores.

De fato, no estudo em tela foi possível observar, através das falas das pesquisadas, que certas comorbidades se apresentaram como dificultadoras à RM imediata, isto é, aquelas que possuíam diagnóstico comprovado para diabetes, hipertensão arterial e disfunções hormonais foram aconselhadas a deixar a cirurgia para um segundo plano. Todavia, também foi possível constatar que, mesmo assim, a maioria delas realizou a RMI, ou seja, das 16 pacientes pesquisadas, 11 relataram ter diabetes; 13, pressão arterial alta; e sete pré-obesas (acima do peso), sendo que das 11 pacientes que relataram ter Diabetes, sete realizaram a RM imediata.

A existência de comorbidades em pacientes em tratamento de câncer de mama também foi constatada por outras pesquisas. Em estudo retrospectivo de prontuários de pacientes submetidas à reconstrução mamária de resgate²¹, no período de 2002 a 2012, o pesquisador conseguiu identificar 57 casos de reconstrução mamária de resgate, onde conclui que:

²¹ “É definida como uma revisão completa de uma reconstrução prévia, em caso de resultado insatisfatório ou falha da primeira reconstrução.” (COSAC et al. 2013, p. 92).

A presença de fatores de risco para complicações foi observada em 51 (89,50%) pacientes, sendo a quimioterapia o fator mais prevalente, presente em 40 (70,18%) casos, seguida da radioterapia em 32 (56,14%) casos, comorbidades, como hipertensão, coronariopatia, hiper/hipotireoidismo e diabetes *Mellitus*, em 15 (26,32%) casos, tabagismo em 9 (15,80%) e obesidade em 4 (7,01%) (COSAC et al., 2013, p. 93).

Neste mesmo sentido, um trabalho de pesquisa no Hospital Universitário Walter Cantídio, da Universidade Federal do Ceará (UFC), realizado com 30 pacientes mastectomizadas, com idades de 31 anos a 60 anos, para avaliar complicações em reconstrução de mama com retalho pediculado do músculo reto abdominal transverso²², detectou intercorrências em parte dos casos:

Foram realizadas reconstruções imediatas em 83% dos casos e tardias, em 17% dos casos. Dentre as pacientes, 64% apresentavam comorbidades previamente à mastectomia, como cesárea (26%), herniorrafia (11%), hipertensão (11%), diabetes (4%), hipercolesterolemia (4%), histerectomia (4%) e obesidade (4%). Complicações foram observadas em 10 (33,3%) pacientes. Algumas mulheres apresentaram mais de um tipo de complicação, sendo as mais incidentes a necrose gordurosa < 10% do volume da mama (27%) (PAREDES et al., 2012, p. 553).

Se as comorbidades não significam impedimento para muitas mulheres à realização da RM, tornam-se, no mínimo, fontes de preocupação e, potencialmente, adversárias ao tratamento e à reabilitação da paciente. Dizem Vieira et al. (2008) que, atualmente, pesquisadores buscam aperfeiçoar os diagnósticos para direcionar as condutas terapêuticas mais individualizadas, especialmente para pacientes com câncer mamário.

5.2.1.1 Diabetes *Mellitus* (DM)

O Diabetes *Mellitus* (DM)²³ constitui-se um grupo de doenças metabólicas associadas a complicações, disfunções e insuficiência de vários órgãos. Ela surge da diminuição da secreção e/ou da ação da insulina, envolvendo processos patogênicos específicos, como, por exemplo, destruição das células beta do pâncreas (produtoras de insulina), resistência à ação da insulina, distúrbios da secreção da insulina, entre outros. Tomando como base a sua etiologia, existem o tipo 1²⁴, tipo 2²⁵, gestacional e outros tipos específicos de DM. (RIGON;

²² “A cirurgia reconstrutiva oferece diferentes opções, como o retalho do músculo reto abdominal transverso (TRAM). Essa é uma alternativa de reconstrução que tem sido bastante utilizada nos últimos 30 anos, mundialmente.” (PAREDES et al., 2012, p. 552-555).

²³ “Diabetes *Mellitus* é uma doença metabólica caracterizada por um aumento anormal do açúcar ou glicose no sangue” (Diabetes *Mellitus*. Portal Banco de Saúde. 2008. Diabetes *Mellitus*: Diagnóstico).

²⁴ “O diabetes tipo 1 (DM1) é uma doença autoimune caracterizada pela destruição das células beta produtoras de insulina. Isso acontece por engano porque o organismo as identifica como corpos estranhos. A sua ação é uma resposta autoimune. O DM1 surge quando o organismo deixa de produzir insulina (ou produz apenas uma quantidade muito pequena).” (NORWOOD; INLANDER, 2000).

ROSSI; CÓSER, 2007)

Para Sociedade Brasileira de Diabetes (SBD) (2009) “No Brasil existem cerca de 8 milhões de diabéticos. E metade deles não sabe que têm a doença.” Por exemplo, temos o DM tipo 2, que por ser uma doença assintomática, silenciosa, tem, geralmente, seu diagnóstico tardio, tornando-a, em muitos casos, irreversível. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES 2009)

O DM é uma doença que pode dificultar o processo de RM, afirma o Coordenador do Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês (HSL), Barros, a seu ver, o Diabetes é uma doença que predispõe a infecções e, conseqüentemente, pode ser um agravante para a mulher que deseja fazer a cirurgia de reconstrução mamária imediata, além do mais ressalta que:

Existem muitos estudos na literatura médica pesquisando se as mulheres com diabetes tipo 2 têm mais chance de desenvolver câncer de mama. Praticamente todos mostram que existe discreta elevação de risco. Fazendo-se uma análise matemática do risco, chega-se a um risco relativo de 1.2, ou seja, a mulher diabética apresenta um risco 20% superior de desenvolver câncer de mama em comparação à população feminina geral sem diabetes. (BARROS, 2011, p. 2)

Justifica Barros que esse risco pode ser aumentado por que:

As células da mama e, por conseguinte, também as células do câncer de mama apresentam proteínas receptoras de insulina. Uma vez estimulados, estes receptores ativam vias de sinalização interna celular que favorecem a multiplicação. (BARROS, 2011, p. 2)

Das 11 pesquisadas que durante as entrevistas declararam ter Diabetes, foi possível observar que havia aquelas que, por terem a confirmação do diagnóstico para DM, tiveram medo em realizar a RM de imediato.

²⁵ “No diabetes tipo 2 existe uma combinação de dois fatores - a diminuição da secreção de insulina e um defeito na sua ação, conhecido como resistência à insulina. Geralmente, o diabetes tipo 2 pode ser tratado com medicamentos orais ou injetáveis, contudo, com o passar do tempo, pode ocorrer o agravamento da doença. O DM tipo 2 representa de 90% a 95% dos casos e ocorre, comumente, após os 40 anos de idade, mantendo uma evolução lenta. Esse tipo de diabetes acomete com maior frequência indivíduos com sobrepeso ou obesidade e com histórico familiar da doença.” (SPINA, 2013)

Tenho diabetes, ela é controlada, faço acompanhamento já há bastante tempo, tudo em mim demora cicatrizar. Quando recebi o diagnóstico para o câncer e que teria que arrancar minha mama, eu pensei: Meu Deus será que irei apodrecer em cima de uma cama? [...] Mas, graças a Deus, fiquei bem, a cicatrização foi ótima, mas, depois, que tive a certeza de que estava tudo bem é que tive coragem de reconstruir minha mama, até porque precisava reconstruir minha vida sexual, que também foi arrancada de mim no dia em que perdi minha mama [...] (RT 2).

O receio de fazer a RM imediata também foi sentido por RT 3:

[...] não, eu não quis fazer a RM de imediato, tive medo, tenho diabetes. Nossa, já pensou se isso complica? Mas com o tempo você chega à conclusão de que você não pode viver sem a mama, é muito constrangedor. Aí você busca tratar o diabetes bem direitinho e faz. Atualmente, estou bem com minha mama reconstruída, faço acompanhamento médico, mas tive que esperar. Já fui muito relaxada como meu diabetes (RT 3).

A fala acima nos remete ao entendimento do profissional de saúde, que também fala sobre o medo que as pacientes têm das complicações na RM imediata:

Percebe-se que muitas mulheres têm dúvidas se devem ou não realizar o procedimento em virtude da preocupação de outras doenças, neste caso o DM, e também o medo das complicações da cirurgia, além da incerteza dos resultados (Profissional 4).

Neste sentido, quando a paciente tem dúvidas sobre a sua comorbidade em relação ao momento da reconstrução mamária, ela precisa se orientar com o profissional de saúde que a assiste.

O ideal é que essa decisão seja tomada primeiramente pela mulher e em parceria com médico mastologista ou com o oncologista que acompanha o seu tratamento, pois este irá realizar o estudo prévio das comorbidades que a paciente tem e indicar o melhor momento para reconstruir sua mama (Profissional 5).

RT 4 possui Diabetes. Ela conta que, mesmo com a autorização do médico, optou por não fazer a reconstrução imediata da mama;

Eu sei que minha estética foi abalada e, mesmo com a autorização do meu médico para fazer a reconstrução imediata, não me senti preparada para isso, até porque, tenho diabetes e a reconstrução significava mais tempo de cirurgia. Então naquele momento optei priorizar a saúde (RT 4).

A entrevistada relata o apoio que recebeu de seu médico:

Meu médico falou: “Não fique pensando que vai dar errado. Calma! Nós vamos reconstruir a mama que for retirada, não fique preocupada, tudo vai dar certo, você tem boa cicatrização”. A cirurgia da biopsia cicatrizou muito bem! (RT 4)

Se algumas das entrevistadas fizeram a reconstrução mamária tardia em função das comorbidades que possuem, outros, mesmo com elas, optaram por fazê-la imediatamente à mastectomia.

Eu tenho diabetes, sempre tive, quando descobri que estava com câncer de mama e que teria que retirar minha mama, foi muito difícil... Nossa como foi difícil, eu estava no último ano da faculdade e separada do marido! Mas, minha mastologista falou que felizmente a detecção havia sido precoce. Isto fez com que o meu tratamento fosse menos agressivo, permitindo que a minha RM fosse imediata (RI 2).

Gil (2005) é um dos autores que afirmam que é preciso avaliar as técnicas de RM que serão utilizadas na paciente com determinados tipos de comorbidades. Para o autor, a RM imediata é indicada como a melhor opção, mas lembra de que ela não está isenta de complicações locais, como necrose tissular, deiscência de sutura e infecções. Por isso que, mesmo sendo o DM um dificultador à realização da RM imediata, como pode ser constatada nos relatos de nossas entrevistadas, ela não se configura como impedimento.

5.1.2.2 Hipertensão arterial (HA)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), a Hipertensão Arterial é o termo médico para pressão alta. Ela faz parte da vida de grande parte da população adulta, visto que é uma doença bastante comum. A Organização Mundial de Saúde (1978) considera como hipertensos todos os indivíduos cujas pressões sistólica e diastólica sejam iguais ou superiores a 160 ou 95 mmHg. Em pesquisa realizada pelo Ministério da Saúde, ocorrida em 2012, com intuito de traçar o perfil epidemiológico da população brasileira, constatou que de cada dez pessoas adultas aproximadamente duas têm pressão alta (BRASIL, 2012). Neste estudo, dos 16 sujeitos de pesquisa, 13 se declararam hipertensos, com base em diagnóstico médico confirmado.

Sempre tive pressão alta, mas só passei a tomar medicamento depois que descobri o câncer. Minha pressão aumentava muito sempre que ficava deprimida, e isso era quase sempre (RI7).

Segundo uma das pesquisadas, com 39 anos de idade, a HA acompanha sua família por gerações:

Meu avô materno era hipertenso e cardiopata, avô paterno também era hipertenso, minha avó materna tinha hipertensão arterial sistêmica e diabetes Mellitus, faleceu de câncer de mama. (RI4)

Situação também verbalizada por outras pesquisadas:

Tenho taxas altas de Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, bem como meu pai e avós (RI2).

Tenho história de hipertensão arterial desde o nascimento do meu primeiro filho e colesterol que não abaixa, por isso tive que esperar para reconstruir minha mama (RT8).

As hipertensas, nesta pesquisa, relataram que o fato de ter HA prolongou o seu tempo de espera para a realização da RM.

Nossa como esperei para fazer a RM! Foram quase 6 anos. Nesse período, minha pressão arterial ficou totalmente descontrolada, aí meu médico, falava assim, “Você precisa primeiro controlar essa ansiedade, enquanto estiver assim, não é aconselhável te encaminhar para outro médico para reconstruir sua mama”. Até parece que é fácil (RT6).

Sim, além de hipertensa sou diabética. Lembro-me quando tive que retirar a mama, meu médico falou que durante a anestesia foi difícil controlar minha pressão (arterial), eu também sangrava muito. Creio que foi por isso que tratei primeiro o câncer e só depois fiz a reconstrução (RT8).

O que foi dito acima não foi afirmado pelos profissionais de saúde. Também não conseguimos localizar literatura que corroborasse a fala de nossas entrevistadas. No entanto, sabemos que um hipertenso exige cuidados específicos, porque está mais suscetível a intercorrências durante a intervenção cirúrgica do que o não hipertenso. No mais, uma mulher hipertensa que está prestes a perder a mama, pode se tornar mais vulnerável à alteração de sua pressão arterial, para o profissional entrevistado “Isto ocorre devido à alta ansiedade que se instala no pré-operatório”, dificultando o controle da hipertensão para a realização da cirurgia, mas conforme ele, “não chega a ser de grande importância, pois uma assistência psicossocial e também uma introdução de um ansiolítico suave na maioria dos casos é capaz de levar ao controle pressórico.” (Profissional 1).

5.2.1.3 Obesidade

A obesidade, atualmente, é um problema mundial e sua prevalência tem aumentado significativamente com o passar dos anos. Segundo o Instituto Nacional do Câncer (2012), as

mulheres obesas acabam tendo maiores riscos de desenvolver o câncer de mama, principalmente quando o aumento de peso se dá após a menopausa. Ressaltando essa afirmação,

[...] em 2003, um estudo com 350 mil mulheres mostrou que a probabilidade de morte por câncer de mama cresce com o aumento do índice de massa corpórea (IMC = peso/altura x altura). [...] O risco de metástases em órgãos distantes [...] teve relação direta com o ganho de peso: dez anos depois da cirurgia, mulheres com IMC > 30 apresentaram mortalidade por câncer de mama 46% mais elevada. Como esperado, a mortalidade geral desse grupo de também foi mais alta (VARELLA, 2013, p. 1).

No entanto, influência da obesidade no prognóstico do câncer de mama tem permanecido controversa, alerta Varella (2013, p. 1): “Por outro lado, sete pesquisas clínicas realizadas pelo *International Breast Cancer Study Group* (IBCG), com mais de seis mil mulheres, não conseguiram estabelecer relação direta entre IMC e mortalidade pela doença.” (VARELLA, 2013, p. 1).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2012), a obesidade é por si fator de mau prognóstico para o câncer mamário e o acúmulo de tecido adiposo, inclusive naqueles localizados na própria mama, cria um meio fértil para a multiplicação celular, isso porque, quanto maior o número de células de gordura no corpo maior o volume do hormônio feminino estrogênio, assim sendo, se a mulher for obesa, o risco de o tumor aumentar é muito maior. Quanto mais peso e idade mais chances a paciente tem de desenvolver câncer nas mamas.

Varella (2013, p. 1) assevera que as mulheres que ganham peso excessivo já na vida adulta e chegam obesas à menopausa têm risco de desenvolver a doença de 1,5 a 2 vezes maior. Segundo ele, estudos mais recentes comprovaram que para cada oito quilos a mais nessa fase da vida (da menopausa) o risco de câncer de mama aumenta 18%, isso porque “fase da vida em que seus níveis deveriam estar em queda por causa da falência da função ovariana, os tecidos sensíveis à ação estrogênica ficam mais expostos aos estímulos que provocam multiplicação celular.”

Assim como registrado por Varella (2011), observamos nos relatos de algumas entrevistadas que a obesidade pode ter aumentado o risco de elas terem desenvolvido a doença.

Eu sofri muito com tudo isso, eu sempre fui gordinha, mas nunca me preocupei... Mas com o tempo fui ganhando mais peso, mas mesmo assim não me preocupava... Sabe, só passei e me preocupar realmente depois que me descobri com essa doença e, agora, depois de quase 10 anos, estou eu aqui novamente com essa maldita doença, penso que pode ter sido essa gordura, bem que meu médico pedia para eu controlar meu peso (RT3).

Por vários anos, uma associação entre peso corporal, constituição corporal e risco de câncer de mama entre mulheres na pós-menopausa tem sido sugerido, sendo a obesidade considerada fator de risco de desenvolvimento de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa, a despeito de assumir uma função de proteção na pré-menopausa, de acordo com Marchant, (1993) e Kelsey e Gammon (1990).

O Profissional 1 esclarece a função da gordura no corpo feminino:

As gorduras possuem muitas semelhanças bioquímicas com os estrógenos, isto é, ficam estimulando contínua e desnecessariamente os receptores hormonais dos estrógenos, conseqüentemente levando a uma proliferação anormal do tecido mamário, podendo estar induzindo uma malignização desse tecido (Profissional 1).

Barros (2009), que atualmente coordenada o Núcleo de Mastologia do Hospital Sírio Libanês (HSL), também aborda a relação entre obesidade e câncer de mama:

Outro fator influenciador lembrado é o IGF (“*insulin growth factor*”), uma proteína que é potente estimulante da progressão do câncer de mama, que está geralmente aumentada nas pessoas obesas e que tem sua ação facilitada nos estados de hiperinsulinemia.

Nos relatos das entrevistadas, foi possível identificar as suas preocupações em relação à obesidade:

Acho que sou obesa, a médica pede para perder peso, estou além do meu peso (RI7).

Obesidade até que tinha,... Tenho colesterol e meu colesterol não abaixa, tenho que tomar um remédio direto, a doutora falou que se não passar vai passar um remédio mais forte pra eu tomar e pediu para eu emagrecer (RT8).

Estou acima do peso (RI2).

Perguntamos, então, aos profissionais de saúde:

O que acha da RM imediata em paciente obesa?

Mulheres obesas possuem dificuldade de cicatrização, sendo assim muito das vezes é contraindicada a reconstrução mamária. Além do mais, a grande maioria dessas pacientes obesas é diabética ou pré-diabéticas, possuem resistência periférica aumentada à insulina. Há maior dificuldade de a insulina colocar a glicose para dentro das células (Profissional 1).

Acrescentou o Profissional 2, em relação aos riscos da obesidade para cirurgia de RM:

No ato operatório por mais que façamos uma boa hemostasia, na utilização do bisturi elétrico há uma tendência de grande produção de “seroma” que é um grande facilitador de proliferação bacteriana, levando a infecção local e, às vezes, de um modo sistêmico, levando ao risco de morte (Profissional 2).

Outra questão que aparece nos estudos sobre a obesidade em mulheres com câncer de mama é a sua associação com o linfedema. Rezende, Rocha e Gomes (2010, p. 234-5) citam em seu estudo – que teve como objetivo relacionar os fatores de risco apontados na literatura como desencadeadores do desenvolvimento do linfedema - observaram que, “[...] para o câncer de mama, o linfedema é a complicação pós-operatória de maior morbidade.” Dentre os fatores de risco com maior influência no desenvolvimento o linfedema, de acordo com os artigos estudados, a obesidade apareceu em primeiro lugar.

Em sua tese apresentada à Escola Nacional de Saúde Pública (ENSP), Sérgio Arouca, para obtenção do grau de Doutor, Bergmann realizou um estudo sobre a Incidência e fatores de risco do linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama: foram estudadas 1004 mulheres atendidas em um hospital com idade média de 56 anos e tempo médio de seguimento de 19 meses. Concluiu-se que as mulheres com sobrepeso apresentaram um risco 1,86 vezes maior, estatisticamente significativo, de desenvolver linfedema, quando comparadas com aquelas com IMC até 25. (BERGMANN, 2005)

Segundo o Profissional 5, as mulheres obesas também “estão mais propensas a desenvolver linfedema”, afirma a Profissional de saúde. Para ela, as pacientes com linfedema “vivenciam uma série de dificuldades no seu dia-a-dia devido ao inchaço e ao peso do membro (braço). Neste caso, a RM poderia não alcançar um resultado bom.” (Profissional 5)

A obesidade deve ser sempre prevenida e tratada, em que emagrecer torna-se fundamental no sucesso do tratamento do diabetes e, conseqüentemente, para a reconstrução mamária imediata Além do mais, conforme a Organização Mundial de Saúde (OMS) (2013), o diabetes potencializa outros fatores de risco cardiovascular encontrados com frequência nas pessoas

que estão acima do peso, como a hipertensão e alterações de colesterol e triglicérides, pois a radioterapia prejudica bastante algumas técnicas de cirurgia plástica. Além disso, uma eventual recidiva do tumor obrigaria a uma nova cirurgia de retirada, não fazendo sentido propor uma reconstrução caso a possibilidade de recidiva seja alta.

No mais, Cosac et al. (2013, p. 42) afirmam que “A cirurgia de reconstrução mamária, de forma geral, apresenta taxa de complicação que varia de 15% a 45%, sendo mais prevalente em pacientes com fatores de risco.” O Profissional 1 corrobora a preocupação de Cosac et al. (2013) quando diz que:

A RM não pode de forma alguma se sobrepor ao tratamento oncológico. Somente em casos onde você tem a tranquilidade que a paciente não só está apta a receber o tratamento de reconstrução, no caso das comorbidades, mas também elas estão psicologicamente fortalecidas para recebe uma nova cirurgia, a RM imediata ela é sem dúvida importantíssima para a elevação e recuperação da autoestima e da autoimagem da paciente. Mas, entendo, se a paciente não está desejosa em fazer a RM de imediato, e, além disso, existem comorbidades que podem afetar o tratamento e a recuperação da paciente, a gente espera e faz em outro momento a RM tardia [...] O tratamento mais importante é tentar alcançar a cura do câncer e a diminuição do índice de recidivas. Mas, quando possível proponho as minhas pacientes a reconstrução imediata (Profissional 1).

Para finalizar, diante do exposto em relação às comorbidades identificadas neste estudo, ficou explicito que muitas mulheres com comorbidades enfrentam maiores dificuldades quanto ao seu tratamento e à sua reabilitação. No entanto, mesmo elas se constituindo dificultantes à RM imediata, não foram, em parte dos casos, fatores impeditivos.

5.2.2 Fatores físicos

Além das comorbidades abordadas, existem outros fatores de ordem física que são limitantes à RM imediata. Neste estudo, detectamos pacientes que enfrentaram problemas para a RM imediata relacionados ao estadiamento do tumor, a qualidade do tecido devido ao tratamento por radioterapia e pelo fato de serem fumantes.

5.2.2.1 Conservação do tecido mamário

Shons e Mosiello (2001) trazem que, nos dias atuais, com os avanços das técnicas cirúrgicas para o trato do câncer mamário, facilitou-se consideravelmente o processo cirúrgico de RM

imediate da mama, isso porque, a utilização das novas técnicas permitiu que durante a cirurgia oncológica para a retirada do tumor mamário a pele da mama fosse preservada quando há ausência da invasão direta do tumor.

Nesse sentido, Chagas et al. (2008) trazem que a preservação de pele durante a mastectomia contribui para o processo de RM imediata, pois com essa pele é possível reconstruir o corpo mamário, fazendo com que o implante se encaixe de forma harmoniosa. Outro ganho, segundo a literatura, é a conservação do suco inflamamário.

Para que uma paciente seja submetida à técnica de reconstrução mamária, de acordo com Psillakis (apud MONTORO et al. 1987), o cirurgião deve avaliar previamente aspectos como: a qualidade da pele na face anterior do tórax, a cicatriz da mastectomia, a presença ou ausência do músculo peitoral, os excessos cutâneos no abdome superior do lado mastectomizado, a presença ou não da ação do músculo grande dorsal, músculo este que produz a extensão, adução e rotação medial do ombro.

A falta de tecido doador disponível em seu corpo para usar na reconstrução pode inviabilizar a RM. Segundo o profissional 3:

Mulheres muito magras podem não ter tecido suficiente para fazer enxertos de retalho. Vai depender do tamanho e do estágio da doença e também do tipo físico da paciente.

Ele ainda ressalta que:

Muitas vezes, eu contraíndico a cirurgia imediata, ou porque a paciente não está psicologicamente bem para fazer uma reconstrução imediata, ou por causa do tipo histológico que terá que fazer algo a mais que vai prejudicar a reconstrução. Então melhor resolver o tratamento inicial do câncer, para, depois, passar para etapa da reconstrução. Cada paciente terá sua cirurgia (Profissional 3).

Por isso, frente a estas limitações de falta de tecidos ou diante dos avanços das técnicas cirúrgicas na conservação dos tecidos mamários, cabe ao profissional de saúde saber quando é necessária a aplicação da melhor técnica de cirurgia; daí, no nosso entender, ser prudente e imprescindível estabelecer um diálogo entre o profissional e sua paciente, e sempre que necessário solicitar a opinião de outros profissionais podendo favorecer o resultado final e proporcionar maior satisfação para as pacientes que buscam a reconstrução mamária como forma de tratamento para o câncer.

5.2.2.2 Radioterapia e suas implicações na qualidade do tecido

A RM imediata pode ser indicada para pacientes que apresentam tumores em fase inicial e não necessitem fazer uso de radioterapia pós-operatória, haja vista que a radioterapia pode aumentar as chances de complicações, quando realizada após a RM independente se a mama for reconstruída utilizando a prótese mamária ou o próprio tecido da paciente (CHAGAS et al. 2008). Para Munhoz,

A grande maioria dos estudos clínicos sobre reconstrução mamária demonstra melhores resultados estéticos e menores índices de complicações cirúrgicas quando o procedimento é realizado de maneira imediata após o tratamento do câncer de mama. Esse fato deve-se à ausência de cicatrizes e fibroses prévias e, em alguns casos, a não presença dos efeitos deletérios locais advindos da radioterapia. (MUNHOZ, 2013, p. 2)

O tratamento recebido anteriormente à RM também pode trazer prejuízos à qualidade do tecido. Pacientes que têm uma longa história de tratamentos com radiação²⁶ correm riscos de rejeição da prótese. Ressalta o Profissional 2, que:

A cicatrização pode ser afetada pela cirurgia, pela quimioterapia, pela radioterapia, além do tabagismo, alcoolismo, diabetes, medicamentos, e outros fatores... Na verdade, o profissional deverá avaliar todo contexto antes de indicar a RMI. Pois, para mim, o tratamento muito intenso com quimio e radio pode impedi a paciente de receber implantes de imediato, isto é antes desses tratamentos (Profissional 2).

Em trabalho publicado envolvendo o Serviço de Cirurgia Plástica do Complexo Hospitalar Santa Casa de Porto Alegre, os autores Moraes et al. (2009) concluem que existe influência da radioterapia na incidência de complicações em reconstrução com expansor e implante de silicone, chegando-se ao seguinte resultado:

Resultados: 66 pacientes. Radioterapia foi utilizada em 46% das pacientes (60% antes do início da reconstrução). A taxa global de perda do expansor por complicação foi de 23%. A taxa de perda do expansor foi significativamente maior no grupo de pacientes submetidas à radioterapia (36% vs. 11%, $p = 0,03$). Pacientes submetidas à radioterapia concomitante à expansão apresentaram incidência de perda do expansor de 63% (vs. 17% nos casos com radioterapia pré-colocação do expansor, $p = 0,04$) (RAFAEL NETTO et al., 2009, p. 158).

O relato abaixo nos revela um caso de complicação devido ao tratamento intenso com radioterapia, onde o resultado da RM acabou sendo prejudicado, ocorrendo a necrose da pele. O tecido que revestia a prótese ficou comprometido pelas radiações recebidas, fazendo com

²⁶ Radiação pode causar cicatrizes, o que torna a pele menos flexível. Em neoplasia mamária, a radioterapia melhora o controle local da doença e aumenta a sobrevida. Sua utilização, no entanto, pode dificultar a escolha da técnica de reconstrução mamária, além de aumentar o risco de complicações.

que fosse necessário retirar a prótese e, durante um longo tempo, passasse por tratamento para desbridar o tecido necrosado. No caso dessa paciente, o tumor era bastante agressivo, por isso foi necessário mastectomizar as suas duas mamas, sendo que em uma das mamas foi feita a cirurgia preventiva. Em seu relato ela conta o que se passou:

No mesmo ano em comecei a fazer as sessões de quimioterapia, tinha muita preocupação foram muitas as sessões de quimioterapia, no total, 2. Fiz também 38 sessões de radioterapia. Foi um período muito difícil, passei, por enormes mudanças no meu corpo, na minha pele, no meu cabelo, no meu humor, mas os mais difíceis foram as complicações que passei, pois tive um processo infeccioso e rejeição a prótese. Fui submetida à nova cirurgia, tive necrose da mama esquerda, com exposição da prótese, necessitando fazer desbridamento e retirada da prótese. Foram inúmeras as cirurgias de reparo, tive que retirar a prótese mamária umas duas vezes, e toda vez era sofrimento. Atualmente, apenas um peito está com a prótese o outro, olha só (mostrou a mama para a pesquisadora) ficou assim, monstruosa! (momento em que a entrevistada chora). (RI1)

Para alguns especialistas, resultados ruins de RM podem repercutir negativamente no prognóstico oncológico. Em outra pesquisa realizada no Hospital Sírio-Libanês, em que foram avaliados 141 pacientes, os autores concluíram que:

Complicações podem surgir após a RM imediata, seguida de RM tardia. Estas guardam estreita relação com a técnica de cirurgia plástica empregada. Nos casos em que se utilizam próteses, há maior ocorrência de formação de fibrose na interface implante/tecido, contratura capsular e cicatrização inadequada da pele. Nas que usam tecidos autólogos, observa-se aumento das taxas de necrose, fibrose, atrofia e contratura do retalho. (COSTA, 2011, p.132-133)

5.2.2.3 O estadiamento do tumor. Um de nossos entrevistados alerta para a importância de se levar em conta, além do tratamento que deverá ser dispensado à paciente pós-mastectomia, o tipo e o estadiamento do câncer, para, só assim, tomar a decisão pela RM imediata ou tardia. Disse ele:

Para se reconstruir de imediato a mama, é preciso primeiro avaliar qual será o tratamento pós-mastectomia e identificar se há recidiva loco-regional. É muito importante [também] saber do estadiamento do câncer, isto é, se o câncer de mama está localizado ou se espalhou avaliar o prognóstico, ou seja, a agressividade do tumor. [...] e quando possível, realizar RM. (Profissional 1)

Também outro entrevistado condiciona a decisão pela RM imediata ao estadiamento do tumor. Assevera-o:

A reconstrução imediata da mama, para mim, dependerá muito do estágio do câncer. Se você diagnosticar o câncer de mama, e este [estiver] e em um estágio inicial, onde o tumor ainda é pequeno, fácil de ser ressecado, aí, acho ser importante para o tratamento e recuperação da mulher a reconstrução imediata da mama. (Profissional 5)

Apontam Kronowitz e Kuerer (2006) que a RM imediata está mais indicada para as pacientes em estágio clínico I²⁷ do câncer mamário, consideradas como tendo baixa probabilidade de realizar radioterapia pós-operatória, e, em alguns casos, para as pacientes no estágio II,²⁸ que não tenham um risco aumentado de requerer radioterapia pós-mastectomia.

O diagnóstico precoce foi apontado pelos profissionais de saúde entrevistados como um elemento positivo, todavia, este deve estar articulado a outros fatores, tais como: tipo de tumor e formas de tratamento pós-cirúrgico que contribuem ou desaconselham a RM imediata. Acrescenta, ainda, o autor que:

Todas as pacientes são candidatas à reconstrução mamária imediata. Porém, isto não é claro nas doenças localmente avançadas, onde a possibilidade de recidiva local e a necessidade de irradiação poderiam prejudicar os resultados. Também há controvérsias na doença metastática, por isso cada caso deve ser individualizado, uma vez que há mulheres que vivem anos com suas metástases e a reconstrução beneficiaria sua qualidade de vida. (MUNHOZ, 2003, p. 2)

Para o Profissional 1, “[O diagnóstico precoce] melhora, significativamente, a expectativa de cura nas mulheres com câncer de mama”, o que para o Profissional 3 “[...] tornará o processo reconstrutivo da mama muito mais positivo conseguindo alcançar melhores resultados”. Isso porque, acrescenta o Profissional 2, “[...] quanto menos invasivo e desgastante for o tumor, mais chances de preservação, isto é, de conservação de tecido essa mama terá e, conseqüentemente, mais indicação para reconstruir sua mama de imediato a paciente também terá.”

5.2.2.4 *Tabagismo*. O profissional 1 alerta que, apesar do estado físico da paciente que é importante para escolha da reconstrução e do seu momento de realização, existem outros fatores que contribuem para o insucesso da RM, podendo, inclusive, retardar o momento para sua realização.

Alguns riscos são acrescidos para a paciente fumante. No caso das minhas pacientes, aconselho a deixar fumar por um determinado período, antes de pensar em reconstruir a mama. O tabaco, além de contrair os vasos sanguíneos fazendo com que o fornecimento de nutrientes e oxigênio aos tecidos fique prejudicado, ele também pode atrasar a cicatrização. (Profissional 1)

²⁷ “Estádio I: O tumor invasivo é pequeno (menos de 2 cm de diâmetro) e não se espalhou pelos linfonodos, isto é, o tumor que permaneceu no local no qual se originou sem disseminação para os linfonodos ou locais distantes. No estágio II, algumas vezes, os linfonodos podem estar envolvidos.” (LUIZ; PORTO, 2002).

²⁸ “Estádio II a: Qualquer das condições: tumor tem menos que 2 centímetros e infiltrou linfonodos axilares; tumor tem entre 2 e 5 centímetros, mas não atingiu linfonodos axilares; não há evidência de tumor na mama, mas existe câncer nos linfonodos axilares.” (LUIZ; PORTO, 2002)

Para o INCA (2013), a relação entre tabagismo e câncer mamário tem sido bastante estudada, no entanto já se sabe que ele pode retardar o momento da reconstrução mamária. Nesse sentido, acrescenta o profissional entrevistado que a paciente, por passar parte da sua vida fumando, acaba tendo um risco maior para reconstruir sua mama de imediato. Diz ele que:

Além da hemorragia, as dores e os inchaços são alguns dos sintomas indesejados. Não se descarta o risco da infecção, que pode ocorrer nas primeiras semanas. Também não se descarta a morte do tecido transplantado, na verdade, a necrose do tecido. (Profissional 3)

Para a paciente RT3 o tabaco foi um dos motivos pelo qual teve que esperar para reconstruir a mama. Ela explica a questão:

Eu fumei durante 40 anos o cigarro, meu médico de cara contraindicou a RMI para mim. Esperei por culpa minha! Fumei e paguei por este mal! (RT3)

O uso do tabaco, como observado nas falas acima pode aumentar o risco da paciente desenvolver determinada doença, neste estudo, a mulher que tem o câncer mamário pode ter seu tratamento afetado pelo uso constante do cigarro, sendo este uso prolongado um agravante para o aumento da ocorrência dos riscos da doença, uma vez que esta exposição é cumulativa no tempo e, portanto, o risco de câncer aumenta com a idade.

5.2.3 Fatores emocionais

Apesar de a literatura já citada neste estudo discorrer sobre ganhos da reconstrução mamária imediata, os autores Carreirão, Fischdick e Pitanguy (2010, p. 279) observam que “[...] não há evidências de diferença significativa na sobrevida das pacientes submetidas à reconstrução imediata ou tardia.” Mesmo assim, os autores não desconsideram que elas podem trazer ganhos importantes para as pacientes. Neste sentido, o desejo da mulher em realizar a reconstrução imediata e a sensibilidade e competência do profissional que a assiste são elementos fundamentais.

Como já discutimos em capítulos anteriores deste estudo, as mamas constituem um órgão importante do corpo, com suas funções fisiológicas, sexuais e estéticas. A ideia de retirada da mama vincula-se à imagem de um corpo mutilado, por isso, é muito comum que mulheres que

passaram pelo processo da mastectomia ou quadrantectomia desejem ansiosamente restaurar a imagem perdida. (LEAL et al., 2004)

Não se pode deixar de observar que durante as entrevistas com algumas das pesquisadas que realizaram a RM imediata, a escolha do momento da cirurgia reconstrutiva se deu por influência do estado emocional positivo.

Meu médico falou para mim que eu sou muito forte e guerreira, além de ter um pensamento positivo de tudo. Ele disse pra mim que iria retirar parte da minha mama e no mesmo dia faria minha reconstrução. Como o meu físico estava bem e o emocional também, então acabei fazendo, e estou mais que feliz por ter passado por esta doença, superando tão rapidamente. (RI2)

Maluf, Mori e Barros (2005, p. 152) postulam: “[...] a mulher passará por várias fases de conflito interno que oscilam desde a negação de doença [...] até a fase final onde há a aceitação da existência do tumor.” E quando essa aceitação vem, ela estará apta a receber os tratamentos, e a RM certamente fará com que essa aceitação flua de forma mais amena.

De acordo com o profissional entrevistado, o estado emocional da paciente, quando está bem, contribui positivamente para o processo de RM imediata. É o que se segue:

Sem dúvidas o estado emocional da paciente trará respostas positivas para seu tratamento oncológico, refletindo positivamente para a escolha da RM imediata, visto que o fator emocional ele pode contribuir significativamente para o resultado positivo da RM, mas também quando este estado emocional está mal, ele pode trazer efeitos contrários para o resultado esperado. (Profissional 5)

Estratégias emocionalmente positivas focalizadas na cura do câncer, como planejamento, postura ativa, busca por informações e autocuidado combinadas com pensamentos positivos e religiosos foram evidenciados nas falas das pesquisadas que realizaram a RM imediata como formas de manter o autocontrole diante do câncer mamário e, assim, buscar de imediato a RM.

Atualmente, quando analiso minha história vejo a mão de Deus agindo naquele momento, pois a todo o momento eu pedia seu amparo, me apeguei muito a ele, quando estava passando pelo momento de maior tristeza da minha vida, de dor, de medo da morte, eu me apegava a ele, e encontrava forças para vencer e passar por toda essa dificuldade, eu abria a Bíblia, aí neste momento Deus falava comigo através da sua palavra dizendo que eu seria curada, aí eu me recuperava e encontrava forças para continuar... **Sim, a decisão de reconstruir minha mama assim que fiz a cirurgia do câncer foi porque estava bastante fortalecida emocionalmente e espiritualmente.** (RI4, grifo nosso)

[...] aí, fiz a biopsia, mas infelizmente no dia que fui apanhar o resultado veio àquela decepção, mas, falei: Obrigada, meu Jesus, por mais essa passagem que eu tenho que passar aqui na vida terrena! [...] Meu emocional estava preparado, meu espiritual também, então quis fazer minha cirurgia de reconstrução logo que retirei a mama doente. (RI8)

A entrevistada abaixo nos revela que a segurança do benefício da RM imediata por parte da paciente pode ser fator determinante na decisão médica de fazê-la:

Eu falei, eu estou com câncer, mas podem ter certeza, atualmente eu estou chorando pra desabafar, nunca mais vocês irão me ver chorando por causa disso, entenderam? Doutor eu quero e preciso voltara minha vida, eu quero reconstruir minha mama no mesmo dia em que o senhor retirá-la, pode ser? (RI4)

Revelando a importância de outras pessoas no processo de tratamento, autores como Bergamasco e Ângelo (2001), bem como os profissionais e as mulheres pesquisadas neste estudo, abordam o impacto positivo do apoio emocional sobre o sistema imunológico da paciente, porque pode contribuir para fortalecer a autoconfiança, aumentando a sua capacidade de enfrentar situações adversas. Tal apoio pode vir da família, parceiros conjugais, dos amigos, dos colegas de trabalho e/ou dos serviços de saúde.

[...] tinha minha família por perto me ajudando, isso fez com que eu aceitasse com mais tranquilidade a RM imediata, pois não tinha muito conhecimento... Fisicamente eu estava bem, já havia autorização do meu médico. (RI3)

Liguei para minha filha chorando, ela ficou desesperada e largou tudo e veio pra me ajudar. Lembro até atualmente, tadinha, ela me dando forças me dizendo: “Mãe, a senhora vai vencer essa doença, eu estou aqui e vou ter ajudar”. Tenho certeza que a escolha pela a RM imediata se deu pelo apoio que encontrei e tive dela. (RI1)

Observa-se que os sentimentos positivos vivenciados pela paciente no seu relacionamento com membros da família após a descoberta da doença, muitas vezes contribui para a escolha dos tratamentos que para ela estão postos, inclusive o tratamento de RM imediato, de certo que quando ocorre o aumento de atenção e de cuidado por parte dos outros, as respostas das próprias mulheres à doença, muitas vezes são positivas, como a não depressão, o não isolamento social e afetivo e a aceitação desse novo corpo. Todavia, um dos sujeitos de pesquisa relatou como a posição de membros familiares frente ao diagnóstico da doença a afetou negativamente:

Ela (irmã), me falou que se ela tivesse uma doença dessa ela se mataria, seria a primeira coisa que faria assim que soubesse do resultado, ia lá, e tirava sua vida, pra que ficar vivendo..., ficar aí vegetando igual a você, pra que? Você fazia isso, fazia aquilo, agora acabou sua vida, nem pra conseguir um benefício de auxílio doença, INSS..., para você se aposentar ter seu dinheiro. Deus me livre, não serve pra mim isso (fala da irmã). Nossa como sofri, com esse comportamento da minha irmã, acho que por isso tive que fazer, e ainda estou fazendo acompanhamento com psiquiatra, por isso também que meu médico decidiu fazer minha reconstrução depois de cinco anos, mas não estou bem! (RT1)

Se há pacientes que conseguem assumir uma posição otimista diante da doença e isso as ajuda na opção pela reconstrução mamária imediata, há casos em que as mulheres, por causa de sua fragilidade emocional, preferem adiar a reconstrução. Este foi o caso de RT1:

Eu estava no consultório do meu médico, quando ele falou que meus exames haviam dado câncer mamário, fiquei extremamente abalada. Na verdade, eu já sofria de depressão, já fazia acompanhamento médico e tomava medicamentos, eu não tinha um psicológico muito bom, tanto que tentei me matar quando soube do diagnóstico, até atualmente tenho esse pensamento. Ai ele falou que iria retirar minha mama toda, mas que depois ele iria me encaminhar para outro médico para fazer outra mama em mim, só que ele falou assim, “Eu não irei fazer de imediato a sua reconstrução! Vamos esperar pelo menos uns cinco anos. É o que eu recomendo para você. Em cinco anos, você já vai ter acabado de tomar os remédios, ter feito o tratamento hormonal, aí você estará bem melhor, e depois desses cinco anos, você vem me procurar, e aí a gente faz a cirurgia. Agora, você precisa se recuperar do câncer, preparar seu emocional, sua mente vai estar mais preparada para aceitar a reconstrução. Eu quero que você entenda que a reconstrução não vai substituir a sua mama perdida, vai repor o volume que você vai perder na mastectomia, então, você precisa está preparada caso ocorram as intercorrências da própria cirurgia.” Inicialmente fiquei desanimada, depois enfrentei e busquei todo tratamento normalmente, mas esperei quase seis anos para conseguir reconstruir minha mama. Imagine você minha situação: eu com menos de 40 anos, solteira, sem cabelo, inchada e sem mama! (RT1)

Em relação ao desejo de morte revelado acima pela paciente, Baumeister e Balke colocam que:

Pacientes com câncer podem apresentar ideiação suicida na ocasião do diagnóstico (10%) e na recorrência (14%). Os fatores de risco para o suicídio em pacientes oncológicos são: ocorrência de um episódio depressivo, dor não controlada, doença maligna avançada com prognóstico reservado, diagnóstico concomitante de depressão [...]. (BAUMEISTER e BALKE, 2005, p. 58)

RT3 também adiou a decisão de fazer a reconstrução por causa do seu estado emocional frágil. Ela relata a sua experiência no momento em que foi abordada pelo médico:

Eu passei a ter conhecimento da reconstrução pelo meu médico, ele me explicou que ia tirar e depois ia colocar tudo no mesmo dia, mas depois faria o mamilo. Eu fiquei com muito medo daquela cirurgia complicar, eu não estava bem emocionalmente, estava muito desestruturada com a doença, e neste mesmo período, eu havia perdido meu irmão. Nossa, eu não tinha cabeça! Só depois de seis meses foi que comecei a pensar nessa cirurgia. Naquele momento tudo estava ruim, mas tive total apoio do meu médico. (RT3)

Foi observado que entre os sujeitos pesquisados havia aqueles que optaram por fazer a reconstrução mamária tardia, pois só desejaram fazê-la a partir do momento que tivessem a certeza da sua cura:

Eu mesma, não tive interesse em fazer, estava passando por uma doença grave, fiquei com muito medo de pensar nisso naquele momento. Na verdade, o que queria era ficar livre daquela doença. (RT2)

Quando eu descobri que estava com essa doença, fiquei muito abalada pensei se sobreviveria, naquele momento não quis saber da RM, só pensava em ficar curada. (RT6)

Outras questões foram apontadas pelas pesquisadas como impedimento para se realizar a reconstrução mamária imediata. Para elas, o medo das complicações pós-reconstrução, suas crenças religiosas, a angústia, o luto pela doença, a depressão, a falta de apoio familiar, situações que, para elas, poderiam prejudicar seus tratamentos e, conseqüentemente, retardaria a sua recuperação. Pudemos constatar essas questões nos relatos abaixo:

Quando tirei a mama, não quis reconstruir a mama, pois tive medo daquilo complicar e precisar ficar mais tempo no hospital. (RT7)

As únicas operações que fiz ao longo da minha vida, foram necessárias, eu tinha muito medo, meu médico falou do resultado positivo da reconstrução, mas eu tive medo. Eu fui criada na igreja protestante até os meus 13 anos de idade, e tudo era pecado, era vaidade, então eu tinha isso muito forte em mim, até pensei que isso seria vaidade, mas eu sei que era ignorância minha, pois isso não é vaidade, é necessidade. Mas como eu tinha feito um quadrante e então era muito pequeno meu carocinho era possível o médico fazer de imediato, então foi necessária essa cirurgia. Foi um processo natural, mas só fiz depois de algum tempo. (RT2)

Para Silva e Mamede (1998, p. 5), “o medo está em todas as fases percorridas pela mulher no processo de adoecer. O medo do diagnóstico de câncer torna-se ameaçador, originando, assim, reações emocionais que provocam mudanças nos níveis biológico, mental e social.”

A primeira sensação é que tudo não passa de um pesadelo que não acaba. Mas o que fazer quando se percebe que é real? Saber que, de uma hora para outra, a vida pode ir embora ou que ocorrerão mudanças que fugirão ao seu controle. Nossa tudo parece desabar! É como se o chão se abrisse, e você começasse a cair. Sabe como? (RT6)

O fator emocional também foi analisado pelos Profissionais 5 e 3. Na visão dos dois entrevistados, a paciente precisa estar psicologicamente preparada para realizar a RM, caso ela não esteja, poderá ficar insatisfeita com o resultado da cirurgia. Na opinião dos referidos profissionais de saúde:

A reconstrução dependerá muito do momento, do estágio da doença, do psicológico da paciente, pois existem casos em que a cirurgia fora feita de imediato e muitas das pacientes que passaram por esse procedimento reclamam da mama reconstruída. Na verdade, essa mama nunca será como a dela, então, ela não vivenciou a perda e, por isso, ela acaba se perdendo em detalhes, pois nem sempre é possível alcançar bons resultados estéticos e as complicações acabam prolongando ainda mais o tratamento do câncer. (Profissional 5)

Eu sempre converso com as minhas pacientes pós-reconstrução, para saber se a cirurgia foi positiva. A paciente que faz a reconstrução tardia, ela sempre é grata, já nas imediatas o grau de insatisfação é bem maior, na verdade é bastante, já na tardia, não encontro essa situação. A paciente que faz a cirurgia de reconstrução imediata, ela perde a mama e ela quer uma mama igual, ela ainda não vivenciou a ausência da mama, por isso não sabe o valor de não ter uma mama [reconstruída]. É bem distinto, você pode conversar com uma paciente que fez a reconstrução imediata e com uma que fez a tardia, a tardia é muito mais feliz, ela é grata, já a imediata não é, ela sempre vai colocar um defeito, pois não sofreu com a ausência daquele volume da mama, então, ela acaba sendo mais detalhista, não sendo grata com a reconstrução e não aceita as intercorrências, que muito das vezes fazem parte do procedimento realizado. (Profissional 3)

De fato, quando a paciente não vivencia a perda da mama, ela também não vivencia o sofrimento pela falta do volume, pela falta da simetrização e o desconforto da prótese móvel. Ela acaba se prendendo ao aspecto puramente estético, deixando de valorizar outros ganhos. Muitas até entram em depressão, como pode se observado nas falas de alguma das pesquisadas:

Às vezes, fico insatisfeita com o resultado, tenho vontade de refazer a reconstrução, mas não me sinto à vontade de falar com o médico, ele foi bom para mim, até, fico receosa dele ver como ingratidão. O resultado esteticamente não ficou muito legal. (RT1)

Fui à Doutora por falarem que ela era boa médica, mas não consegui ver isso, talvez ela até seja uma boa médica, mas comigo ela falhou e falhou muito, não gostei do resultado, fiz minha cirurgia no mesmo dia em que retirei minhas duas mamas, até atualmente sou de depressão! (RI1)

Mesmo aquelas que escolheram a reconstrução imediata revelaram certa insatisfação quando avaliaram o resultado final da cirurgia:

Tive câncer de mama e foi retirado parte de minha mama, mas por eu estar bem fisicamente tive indicação para fazer logo após a mastectomia a cirurgia de reconstrução. Fiz e estou bem, mas ainda estou buscando aceitar o resultado da cirurgia de reconstrução. Você sabe a mama nunca fica igual à de antes. (RI 1)

Em 2011 fui pega de surpresa com um tumor de mama que era câncer, então tive que fazer a mastectomia da mama esquerda, mas como estava bem fisicamente e emocionalmente, me senti pronta para reconstruir minha mama de imediato, não queria conviver com as marcas do câncer, mesmo sabendo que minha mama poderia não voltar ser a mesma, mas disso eu tinha certeza. (RI 8)

Neste estudo, foi possível observar que as mulheres entrevistadas estavam entre 39 e 69 anos de idade, sendo a média de idade 52,68, o que nos leva a refletir sobre a importância para essas mulheres, jovens e em idades ativas, em terem sua imagem física recomposta. No entanto, tendem a ficar mais satisfeitas com o resultado estético da reconstrução daquelas que viveram o *luto* pela perda da mama.

5.2.4 Direito ameaçado: entre o desejo de reconstrução e as precárias condições da saúde pública

Neste tópico foi apresentado um panorama entre o direito à reconstrução mamária e as condições dos serviços prestados as pacientes que buscam este direito nas redes públicas de saúde, sendo esses, revelados e transcritos através do registro de suas falas.

5.2.4.1 *O desconhecimento do direito à reconstrução mamária*: como já abordado neste trabalho, o direito à reconstrução mamária imediata ou tardia²⁹ foi reconhecido no Brasil por meio das Leis nº 9.797, de 6 de maio de 1999 e nº 12.802, de 24 de Abril de 2013, no entanto, foi possível observar nas falas de algumas das pesquisadas, a falta de conhecimento sobre esse direito:

Nossa! Eu não sabia que era a reconstrução da mama um direito da mulher, pois tive muita dificuldade para poder adquirir a prótese de mama. Fui até em um hospital em Campo Grande, pois me informaram que seria lá o local para solicitar esse material, mas a funcionária que me atendeu parecia que nem sabia do que eu estava falando. (RI1)

²⁹ Pelo SUS, deve-se exigir o agendamento da cirurgia de reconstrução mamária no local do tratamento. Caso a paciente não esteja em tratamento, deve-se dirigir a uma Unidade Básica de Saúde e solicitar seu encaminhamento para uma unidade especializada em cirurgia de reconstrução mamária.

[...] tinha dez anos que havia retirado meu peito, me sentia muito mal ficar sem ele. Foi chato e demorado esperar pelo silicone, eu não tinha tecido suficiente. Neste longo período, fiquei isolada, não recebi nenhum acompanhamento psicológico, nem visitas da assistência social, no começo fiquei triste por dentro, fiquei mais calada, depois ouvi que no hospital estavam fazendo a reconstrução da mama e me informei sobre o tratamento. Quando cheguei lá, fiquei sabendo que eu poderia ter feito a RM há muito tempo. (RT4)

Contudo, mesmo depois de informar sobre o seu direito à reconstrução mamária, RI1 afirma ter tido dificuldades para conseguir a prótese mamária.

Quando a médica falou que iria retirar minhas duas mamas, eu juro que quis morrer. Ai ela falou que eu poderia fazer a reconstrução no mesmo dia, no entanto ela iria me encaminhar para um cirurgião plástico, também do hospital, para ele fazer o pedido das próteses. Nossa! Foi aí que começou minha peregrinação. Eu fiquei de um lado para outro atrás dessas próteses. Poucas pessoas, até mesmo do hospital, não sabiam para onde me encaminhar. Olha que eu ainda não havia feito a mastectomia, pois eu queria sair do hospital com minhas mamas reconstruídas e não [como] uma monstra, sem as minhas duas mamas. Chegou um momento em que tive vontade de pegar um empréstimo e comprar essas próteses, mas não paguei, consegui, sim, pelo SUS, mas como fiz a cirurgia no momento em que retirei a mama, parecia que naquele momento essa cirurgia do câncer havia ficado para o segundo plano, pois a minha maior preocupação naquele momento era saber se eu iria conseguir reconstruir minhas mamas (fala agitada), mas não era, sabe? Eu estava doente, tinha algo dentro de mim que estava me consumindo. Não entendo que direito é esse que faz você, paciente, ter que correr atrás de um material que já deveria estar dentro do hospital. (neste momento ela fica calada e, em seguida, chora). (RI 1)

Já RI3 e RI2 não tiveram dificuldades para a realização da mastectomia e da RM imediata. Relatam, inclusive, a agilidade do atendimento e da intervenção cirúrgica:

Não tive dificuldade para fazer a cirurgia da retirada da doença, fiz o agulhamento, fiz biopsia, aí, depois do resultado, marcaram minha cirurgia. Quanto à reconstrução, a Doutora falou sobre a possibilidade de reconstruir minha mama, mas não entrou em muito detalhe. Mas eles me deram todas as orientações. Por isso me senti mais à vontade para fazer. (RI3)

Fui bem tratada, fui logo encaminhada para SUS, me deram o papel, eu fui para Santa Casa. Eu cheguei lá logo marcaram minha consulta, eu não tive esse problema assim de ficar esperando... Tudo foi rápido, tiraram minha mama e reconstruíram. (RI2)

Para o Profissional 3, “O acesso à prótese é tranquilo, como a paciente já tem o direito, a gente solicita, ela não é difícil.” (Profissional 3)

A partir da diversidade de experiências positivas e negativas em relação ao acesso à cirurgia de reconstrução, na opinião de algumas entrevistadas, conseguir realizá-la se constitui um privilégio. Relata RI2:

[...] lá no hospital e vi tanta gente sem mama, triste, infeliz..., aí eu vi que eu era abençoada por ter feito a reconstrução logo que tirei minha, mama (RI2).

Por fim, o profissional 3 reconhece que o acesso a RM no SUS se diferencia da saúde complementar:

O mesmo procedimento de reconstrução que é feito na rede privada é o mesmo que se faz aqui na rede pública: o mesmo expansor, a mesma prótese, não existe diferença. As técnicas utilizadas são as mesmas, não existe essa diferença. Já o acesso a essa cirurgia é diferente, no consultório privado, ela terá acesso à hora que ela quiser, já no ambulatório do SUS, do Sistema Único de Saúde existem filas e o acesso não é tão fácil quanto no consultório privado, que é só você marcar a consulta. (Profissional 3)

Registram-se diferentes experiências em relação ao acesso à RM imediata. Muitos fatores podem interferir neste acesso: o nível de informação da paciente, o encaminhamento médico, o tipo de prótese demandada, o momento em que a paciente demanda pela prótese, que pode estar disponível ou não. Porém, também há o fato de muitas vezes, no Brasil, a lei preconizar um direito e este não se constitui um fato, por diversos fatores: burocracia, formas de gestão, a falta de recursos orçamentários para a aquisição do que é reivindicado, entre outros.

5.2.5 A interferência das condições materiais e humanas no hospital de referência para a realização da RM imediata

Em observação direta durante a realização da pesquisa percebemos que estrutura física do hospital ainda é insuficiente, tais como: instalações físicas ainda precárias e a falta de espaço para o acolhimento das pacientes. O ambulatório da oncologia e o ambulatório da cirurgia plástica ficavam em uma área aberta, semelhante a um pátio escolar, os ambulatórios eram pequenos e sem ventilação, desconfortáveis para os profissionais de saúde e também para as pacientes. Mas o que mais chamou atenção desta pesquisadora foi a inexistência de salas de espera, o que existiam eram grandes bancos de concreto e sem encosto, onde os pacientes, independentemente da enfermidade e/ou necessidade, aguardavam desconfortavelmente serem atendidos. Era um local que não lhes proporcionava sensação de bem estar, que não contemplava, em sua estrutura física, aquilo que foi preconizado pelo SUS com vistas a humanizar o atendimento.

Durante as entrevistas foi possível observar nas falas dos sujeitos de pesquisas que mesmo diante da pouca estrutura hospitalar, os serviços de mastologia, de oncologia e de cirurgia

plástica continuam a funcionar e constituem uma referência no tratamento do câncer no Espírito Santo. É o que podemos constatar no caso de RI6, que, a despeito da pouca estrutura e da falta de psicólogo para assisti-la, conseguiu realizar a cirurgia de reconstrução imediatamente à mastectomia:

Fiz a RM imediata no hospital [de referência], no primeiro momento fiquei preocupada pela falta de estrutura do hospital, mas como fui bem acolhida no primeiro momento pela médica que me atendeu, então acreditei na RM imediata ofertada a mim pelo hospital. Fiz, estou bem, só faltou apoio psicológico. (RI6)

No entanto, os profissionais entrevistados ressaltaram a falta de um programa de saúde oncológica dentro do HSCMV, visto por essa pesquisadora como o principal problema enfrentado pelas pacientes com câncer que buscam o tratamento no referido hospital. A ausência de um programa fragiliza as ações dentro do hospital, fragmentando-se e comprometendo a atenção multidisciplinar da paciente e a sua inserção em uma rede de atenção às mulheres com câncer de mama.

Ao ser perguntado sobre como funcionava o serviço de reconstrução mamária pelo hospital referência, o profissional de saúde mostrou-se bastante desmotivado e desabafou:

Aqui no hospital não existe um serviço referenciado, tem a boa vontade minha e do outro médico em fazer a reconstrução de mama. Eu não estou inserido em um programa, eu gosto, eu sei operar, então, eu opero. Mas não fui chamado [...] para montar um serviço de reconstrução de mama. Como muitos profissionais que têm aqui gostam de retirar tumores de pele, operar deformidades em pacientes soropositivos.... São grupos, eles formam grupos [para determinadas práticas cirúrgicas]. Eu gosto de reconstrução. Não, não tem esse serviço aqui como um programa, gostaria muito que houvesse, pois acabo desanimando... (Profissional 3)

Um aspecto que pode ser observado, e que nos remete ao depoimento acima é a ausência de um programa de RM para as pacientes que buscam esse tratamento no hospital pesquisado.

A falta de estrutura hospitalar foi também abordada por Rodrigo Pepe, vice-presidente da Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) no Centro-Oeste (PAGANINE, 2013). De acordo com ele, a falta de estrutura nos hospitais públicos que vão desde a falta de centro cirúrgico até a ausência de médicos compromete em muito o acesso das mulheres à cirurgia de reconstrução mamária. Diz ele que “Para fazer o procedimento, é preciso ser cirurgião plástico ou mastologista com especialização em reconstrução de mama” (PEPE apud PAGANINE, 2013, p. 1). À época da entrevista a Paganine, Pepe reclamou a falta de

mastologista no Hospital de Base (HBDF), o maior de Brasília. Também o entrevistado abordou a dificuldade de acesso aos centros cirúrgicos. “Segundo Pepe, às vezes, o médico precisa escolher se ocupa a sala de cirurgia por duas horas para fazer a mastectomia e a reconstrução ou se a ocupa pelo mesmo período e faz duas mastectomias.” E completa: “É uma decisão difícil para os médicos. E se é assim na capital da República, imagine pelo Brasil afora. A diferença entre os hospitais é enorme. Há lugares completamente sem estrutura, sem médicos, sem centro cirúrgico.” (PAGANINE, 2013, p. 1)

Nesta investigação, além da precariedade das condições físico-materiais de funcionamento, outra questão apresenta-se, segundo os profissionais entrevistados, que é a falta de valorização profissional:

Somos apenas em dois cirurgiões para esse tanto de mulheres que precisam reconstruir suas mamas, a gente faz o que dá para fazer, não tem contrato com o hospital, estou aqui eu e o outro doutor fazendo o ambulatório, mas não existe nenhum programa ou equipe, agente faz porque gosta. Eu tenho minha vida lá fora, então, a gente tem feito às reconstruções, mas quando não dá não tem jeito, nem eu nem ele podemos ficar aqui no ambulatório todos os dias da semana, não recompensa financeiramente, agente tem família, eu tenho duas filhas, então, fica difícil só ficar aqui. É muito pouco o que se paga, agente acaba recebendo como terceiro cirurgião. Sabe o que é isso na tabela do SUS? É muito pouco. (Profissional 3)

Para aqueles que tiveram oportunidade de atuar em outras unidades hospitalares, que dispunham de mais estrutura e melhores condições de trabalho, lidar com a escassez do hospital de referência parece ficar ainda mais difícil:

Eu trabalhei no Instituto Nacional do Câncer, minha formação é de lá do INCA, o maior centro de cirurgia plástica reparadora de mama do Brasil e, lá, o serviço é invejável. Lá, víamos o resultado positivo nas pacientes. Gostaria muito que aqui também tivesse algo parecido. (Profissional 3)

Ainda ancorada em Pepe, escreve Paganine (2013, p. 1) sobre a baixa remuneração recebida pelos médicos do SUS:

O mastologista levanta outro impedimento para a realização de mais reconstruções logo após a mastectomia: o valor pago pelo SUS para os médicos e hospitais conveniados. Ele classifica de “irrisória” a quantia paga aos profissionais. Segundo o Banco de Dados do Sistema Único de Saúde (DATASUS), o valor repassado ao hospital e à equipe profissional por uma “plástica mamária reconstrutiva pós-mastectomia com implante de prótese” é de R\$ 315,92: “Quem trabalha por produtividade não tem interesse em fazer a cirurgia reparadora pelo SUS por causa da baixa remuneração.”

Tanto Pepe quanto os nossos entrevistados chamam a atenção para a falta de estrutura, falta de profissionais especializados e a baixa remuneração recebida pelos trabalhadores da saúde. Tais questões, na maioria das vezes, fogem à competência da gestão local, que depende de outras instâncias e estruturas para a resolução de problemas tão complexos e que, na maioria das vezes, não se resolvem, afetando, cada vez mais, a atenção em saúde no Brasil, inclusive mulheres com câncer de mama.

Portanto, foi observado neste item que, a estrutura física do hospital, na maioria dos casos, não foi um fator que contribuiu para que a paciente fizesse a RM imediata, mas nos fez refletir que a problemática apresentada pelo hospital de referência reproduza cultura organizacional de hospitais públicos brasileiros: filas de espera por atendimento, consultas adiadas e pacientes aguardando serem atendidos sentados em banco de concretos, muretas e até mesmo no chão do hospital.

5.2.6 Inexistência de rede de atenção à mulher com câncer de mama no hospital de referência

A existência de uma rede de atenção à mulher com câncer parece funcionar no relato positivo RI 6:

Não escolhi esse hospital, na verdade, fui nele através de encaminhamento médico, mas fui muito bem recebida pelo médico que me atendeu e que também me operou. Esse, sim, contribui para o sucesso da minha escolha. (RI6)

No entanto, nesta investigação foi possível observar que falta a inserção do hospital em uma rede de atenção à mulher com câncer de mama. Essa ausência se revela, por exemplo, quando a mulher não consegue acessar serviços fundamentais para a sua reabilitação.

O médico me deu um papel pra eu fazer fisioterapia pelo SUS, mas eu não consegui. (RT8)

Não tive contato com o serviço social, o único momento que via a psicóloga foi naquele dia que falei pra você, lá no dia do resultado, também foi muito rápido, ninguém do hospital me procurou para me ajudar, pra saber como eu estava péssima. (RI1)

Não encontrei apoio nesse hospital, tive apoio dos médicos, mas não tive de outros profissionais do hospital, necessitei muito quando estava muito mal com a quimioterapia, mas não pude contar nem mesmo quando estava internada. (RI5)

Até atualmente, sinto medo de a doença voltar, acha que esse medo não existiria se na época tivesse recebido acompanhamento psicológico. (RT1)

Os depoimentos acima deixam transparecer que, especificamente no âmbito da interdisciplinaridade da ação do profissional de saúde que atua na assistência oncológica, as ações não se apresentaram articuladas em rede. Sendo esta ausência, a nosso ver, um verdadeiro desafio enfrentado pela paciente que buscou e que busca assistência na saúde pública.

A atividade de cuidar de pacientes com doença de alta complexidade, como no caso do câncer mamário, demanda todo um processo de articulação entre profissionais de saúde, visto que são pacientes que permanentemente convivem com situações de dor, sofrimento e perdas, o que necessitaria de toda uma ação em rede com médicos, psicólogos, fisioterapeutas, assistentes sociais e outros profissionais e serviços que, de certa forma, têm a sua relevância para o tratamento do paciente oncológico. Todavia, esta ausência poderia afetar e/ou retardar o tratamento da paciente.

No entanto, esse descontentamento relatado pelas pesquisadas infelizmente não é algo isolado do HSCMV, esta é a realidade do Sistema Único de Saúde no país. Buscar o fortalecimento do SUS e viabilizar a humanização real da saúde através de articulações em redes é uma necessidade já posta para a saúde pública nacional. Dentro da saúde o Estado mínimo neoliberal interfere bruscamente no processo de organização do serviço de tal modo que afeta a relação entre o profissional de saúde e seus pacientes.

Para Laurell (2012, p.1) “A luta pelo direito universal à saúde e pelo fortalecimento e ampliação das instituições públicas de saúde para garanti-lo é original da Medicina Social e da saúde coletiva e estes constituem princípios irrenunciáveis.”

A falta de atenção no hospital de referência levou a entrevistada RT7 a desistir da RM imediata:

Quando chequei naquele hospital fui muito bem atendida pelo meu médico, ele é uma pessoa maravilhosa, mas eu precisava de acompanhamento psicológico, nunca fui atendida por um naquele hospital, nem quando recebi o diagnóstico, nem quando operei para retirar a mama. Sabe, eu não fiz a RM imediata, porque fiquei com receio de continuar naquele local mais tempo. (RT7)

Também as entrevistadas abaixo relatam como foi lidar com a ausência de determinados profissionais. A única figura de profissional de saúde que foi possível identificar nas falas das pacientes foi a do médico.

Não tive apoio psicológico e nem social, faço a quimioterapia oralmente. Tomo vários remédios, de pressão, psiquiátrico e de dor. Tem remédio que custa cento e cinquenta reais. Tive enfarto há alguns meses, fiquei toda roxa no hospital, com problema cardíaco, nossa quantas dificuldades, e, em momento algum, tive apoio de outro profissional a não ser dos meus médicos. (RT3)

Nem lá no hospital nem aqui no posto médico, moro em Cariacica, Cariacica é triste, a senhora acha que aqui no posto tem esses profissionais? Até médico é difícil, imagine psicólogo, assistente social. Não tive e não tenho esse suporte. Já deixei encaminhamento no posto, e até atualmente o encaminhamento está lá, falo da minha gravidade, mas ninguém me dá prioridade. (RT1)

Acho assim, que seria necessário ter uma pessoa pra instruir a gente lá, uma assistente social, uma psicóloga entendeu? Na minha época, nem assistente social não teve pra conversar comigo antes da cirurgia nem uma psicóloga. (RT8)

Quando agente pensa em ter um profissional de psicologia ou de serviço social que ampare agente neste momento, é necessário que esses profissionais sejam preparados para isso, não é qualquer psicólogo, ou qualquer assistente social que sabe lhe dar com essa doença, pois é uma enfermidade muito particular que mexe muito com a mulher com sua intimidade, então esse profissional tem que ser muito humano para saber lidar com isso. (RI4)

A realidade descrita acima pela pacientes diverge daquela abordada pelo profissional 4, que ressalta as boas condições de funcionamento do hospital onde trabalha e que, apesar de ser também um hospital público, conta com melhores condições de funcionamento, com garantia de uma atenção multidisciplinar às pacientes, diferentemente do que ocorre no HSCMV:

Existe toda uma preocupação com a paciente que procura o hospital para ser atendida para reconstruir a mama tardia ou imediata, elas recebem as informações adequadas que inclui a escolha da técnica, os tempos cirúrgicos necessários, o momento mais adequado, e esse momento são decididos junto ao seu médico. O hospital dispõe de uma equipe, os atendimentos são pré-agendados, existe um acompanhamento interdisciplinar. (Profissional 4)

Muitas pacientes reconhecem o esforço do médico que as assistiu, no entanto, reclamam a ausência de outros profissionais imprescindíveis na atenção à mulher com câncer, a exemplo do psicólogo e o assistente social. Mas, na visão do profissional 2, “o sucesso de uma cirurgia não está apenas na estrutura do hospital ou que de instrumento ela pode te oferecer e /ou no recurso humano que ele terá disponível”, mas está naquilo que você combina com a paciente no momento da consulta, para ele, é neste momento que se traça o caminho até o resultado.

“Nesta hora precisamos garantir o entendimento da paciente, já que a autoestima da mulher está muitas vezes ligada a questão física, além de todo o suporte psicológico que a equipe médica está preparada para oferecer.” (Profissional 2). Corroborando com o Profissional 2,

RI2 relata a sua experiência positiva com a equipe de saúde que a assistiu no hospital de referência, diferenciando-se de outros depoimentos:

Eu fui muito bem acolhida pelo meu médico e toda sua equipe, minha decisão de fazer a RM imediata só foi possível porque encontrei apoio no hospital. (RI2)

Foi possível observar, neste estudo, que em alguns casos o acolhimento do médico influenciou de forma positiva no tratamento das pesquisadas, na forma de como o diagnóstico foi comunicado e no efetivo tratamento reconstrutivo da mama. No entanto, os outros profissionais de saúde não foram considerados por elas como uma fonte de apoio significativa, uma vez que passaram por todo processo sem receber o acolhimento e o/ou acompanhamento desses.

[...] tinha dúvidas se iria ou não fazer a RM imediata, quando cheguei ao hospital o médico veio até a mim e falou com minha família, falou com minha filha, me explicou o que iria fazer com minha mama, então eu fui entendendo e me senti muito bem informada sobre tudo que iria acontecer. Por isso, não fiquei com medo de fazer, mas nenhum outro profissional conversou comigo, nem antes nem depois, só o meu médico. (RI7)

O meu médico explicou tudo sobre como seria minha cirurgia, e qual seria o método utilizado para reconstruir minha mama, tanto é que ele abriu o computador e mostrou uma cirurgia de reconstrução imediata e como ficaria a minha. (RI4)

A relação médico-paciente gera troca e confiança entre paciente e equipe de saúde, porque o médico é visto como o profissional chave no tratamento. Quando não há uma relação empática entre eles, pode ocorrer um desgaste maior da paciente durante todo o processo do tratamento (VAITSMAN; ANDRADE, 2005)

Têm pacientes que falam “Ah, doutor, eu não quero reconstruir, já estou bem assim, já tratei do câncer”. Mas a gente insiste e reconstrói, e a paciente muda: “Doutor estou bonita?” A última paciente fez fotos sensuais, está satisfeitíssima, então assim, é o retorno da autoestima da paciente, sem dúvidas. (Profissional 3)

A fala acima do profissional 3 nos remete ao pontuado por Backes, Lunardi e Lunardi Filho (2006) que o profissional, ao perceber o outro (a paciente), dele é exigido uma atitude humana, reconhecendo e promovendo aquilo que moralmente entendeu ser melhor para o seu paciente. As exigências postas no processo de tratamento demandam do profissional um esforço para rever, principalmente, atitudes e comportamentos envolvidos direta ou indiretamente no cuidado da paciente. Contudo, outras entrevistadas salientaram o momento do recebimento do diagnóstico e de como sentiram falta de um acolhimento humanizado:

Eu tinha planos de recomeçar minha vida estava saindo de um casamento, mas quando descobri essa doença, me isolei me entristeci, e não recomecei. Como precisei e ainda preciso de acompanhamento social e psicológico. O hospital falhou muito comigo, não os médicos, esses me atenderam muito bem, deles não tenho nada a reclamar, nem sei como agradecer, mais os demais profissionais..., nem durante o tempo em que fiquei no hospital internada fui visitada por um, olha que eu tinha retirado minhas duas mamas, estava extremamente deprimida. (RI1)

Eu tinha um cabelo longo, lindo, e quando o médico falou que eu teria que raspar a cabeça, que ele queria me ver no outro dia careca, então sai de lá com muita raiva dele, chorei. Nenhuma psicóloga falou comigo, nem assistente social,... (RT1)

Quando chequei naquele local frio e não humanizado, estava triste abatida havia passado a noite toda agarrada àquele diagnóstico, mas precisava ouvir minha médica me dar àquela sentença [...] Eu estava com câncer. (RT2)

Todas as ausências e insuficiências identificadas comprometem a atenção humanizada em saúde. É cada vez mais importante à formulação de estratégias que priorize a humanização das relações e dos processos de atenção e gestão em Saúde no SUS. É importante garantir ao usuário o direito de ter preservado a sua dignidade como pessoa humana, ter garantido nas redes públicas de saúde a melhoria da qualidade do atendimento e da estrutura hospitalar. A humanização, no entender dos profissionais de saúde, significa, principalmente:

Buscar estabelecer um ambiente organizacional favorável ao atendimento do paciente. (Profissional 5)

Um conjunto de saberes que não se resume no atendimento técnico e mecânico do paciente vai além, precisa compreender e cuidar do paciente como um todo. (Profissional 4)

Por meio deste estudo foi possível observar a necessidade de reforçar e ampliar as possibilidades de atender a essa demanda de mulheres com câncer mamário que chegam ao HSCMV, buscando estruturar o ambiente hospitalar, criando condições para que a paciente que busca o atendimento e o tratamento oncológico se sinta acolhida, não só pelos profissionais de saúde, mas também pelo ambiente organizacional e físico do hospital. Promovendo acesso com qualidade e em tempo oportuno, para o sucesso de seu tratamento.

5.3 O IMPACTO DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA SOBRE A AUTOESTIMA DA MULHER

O diagnóstico de câncer de mamário impacta em muita a vida da mulher que o recebe. Ademais, quando diagnosticada, ela enfrenta os mitos que cercam a doença. A ideia de que o câncer sempre se dá pelo sofrimento, depressão, abandono, perda do cabelo, inchaço da quimioterapia e morte. Tudo isso afeta a sua saúde emocional. Um dos profissionais entrevistados destaca a importância da RM para recuperação da autoestima das pacientes que tiveram suas mamas no todo em parte removidas durante o tratamento cirúrgico. Para ele:

O câncer de mama tem sido muito frequente entre as mulheres. E progressivamente novos casos vêm surgindo. Mulheres vêm sendo submetidas a procedimentos traumáticos para remoção deste. Esses procedimentos traumáticos deixam muitas mulheres com a autoestima baixa e a RM é uma forma de devolver a elas sua autoestima, independentemente da idade. (Profissional 5)

O câncer de mama sempre liga à imagem de um corpo mutilado e disforme:

Fui mutilada para o tratamento da doença. Perdi um dos seios, fiquei sem cabelos, tomei remédios para o câncer e contra a depressão. Tudo isso aconteceu de uma hora para outra na minha vida, fiquei extremamente sem chão, minha autoestima foi perdida, mas tenho buscado superar. (RI7)

[...] com o passar dos dias, do tempo, você começa a perceber que algo muito importante está faltando em você. É nesse momento que você sente a necessidade de fazer a reconstrução da mama. É a sensação de está incompleta, sabe, mutilada, aí você entra em desespero. (RT4)

Mesmo sendo um quadrante da mama, eu sofri muito, meu corpo ficou horrível, fiquei com uma aparência torta, meu cabelo caiu com o tratamento de quimioterapia, tive muito enjoo. Somente no segundo procedimento foi que a RM, trouxe novamente a simetria ao meu corpo. (RI3)

“A retirada das mamas através da mastectomia pode provocar na mulher um sentimento de castração e um abalo na imagem corporal”, é o que nos dizem Brenelli e Shinzato (1994, p. 2). Lembra-nos ainda que “Ao longo dos séculos, as mamas tomaram uma conotação de beleza, nutrição, erotismo e sedução.” (BRENELLI; SHINZATO apud DIAS, 1994, p. 2). Por isso, a mulher que passa por essa experiência, necessita de assistência psicológica, de acordo com Brenelli e Shinzato.

Outra questão trazida pelas mulheres, nesta pesquisa, é o que sentiu no momento em que recebeu o diagnóstico de câncer. Bergamasco e Ângelo abordam o momento do diagnóstico do câncer. Em seu estudo realizado com mulheres com câncer de mama, afirmam que elas, ao

terem a confirmação da doença, sentiram-se desesperada. Lembram ainda as autoras que “O período de diagnóstico pode ser traumático, principalmente se é prolongado ou termina com a confirmação de uma doença que é ameaçadora à vida.” (BERGAMASCO; ÂNGELO, 2001, p.3). Para elas, a mulher demora certo tempo para aceitar a doença, para assim voltar a adquirir o controle sobre a sua vida. “Nesse sentido, a mulher reconhece a necessidade de aceitar sua nova condição de portadora de câncer de mama, e a reorganização de papéis decorrentes dessa experiência, submetendo-se assim ao tratamento, pois deseja alcançar a cura.” (BERGAMASCO; ÂNGELO, 2001, p. 3). Os sujeitos de pesquisa falam sobre como foi receber o diagnóstico:

Quando recebi o diagnóstico, eu fiquei um mês, até encontrar um psiquiatra, sem querer fazer nada. Eu fiquei um mês na cama, era ela (filha) que me ajudava, muito pequena ainda. E, não tinha vontade nenhuma de fazer nada. Nossa, durante este período minha autoestima foi lá embaixo, engordei, fiquei sem cabelos durante a quimioterapia, a radioterapia acabou com minha pele, e ainda estava sem meu peito. Eu fiz a RM depois de cinco anos, meu médico achou melhor me tratar primeiro. (RT1)

Nosso Deus, chorei, chorei, depois me calei. Aí, a Doutora falava, falava, eu não ouvia nada, eu estava em choque, quase parei de respirar, meu chão se abriu, não sentia nada... (RI1)

Pinho et al.⁶ (2007) relataram em estudo realizado com 15 mulheres participantes do Grupo de Autoajuda, Ensino, Pesquisa e Assistência à Mulher Mastectomizada da Universidade Federal do Ceará que, face a descoberta do câncer, o desespero foi o sentimento mais recorrente nas falas das pesquisadas, muitas vezes se revelando através do choro e do silêncio, fato também observado neste estudo.

Para algumas, o desespero permanece durante e até após o tratamento. Marli relata como ainda se sente mesmo depois de ter realizado a reconstrução mamária:

Têm dias que tenho ansiedade, choro, choro, choro... São muitos problemas, o psiquiatra já me encaminhou para uma psicóloga. (RT3)

Bergamasso e Ângelo (2001, p. 2), fazendo uso dos estudos de Lugton, escrevem que “[...] em situações de crise, as pessoas necessitam ter assegurado o amor e o suporte emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade.” Segundo Bergamasso e Ângelo (2001), Lugton, para a superação dos medos e incertezas, as mulheres precisam ser confrontadas com sua própria mortalidade, no sentido de ajudá-las a enfrentar a incerteza do futuro.

O momento de decidir pela reconstrução,

Logo no início fiquei usando enchimento, que não é nada agradável, e quando caia na frente de alguém era muito constrangedor, às vezes ficava saído por cima do sutiã, eu não via, só percebia quando alguém ficava sem graça olhando, às vezes me falavam, e quando isto acontecia voltava para casa e não tinha vontade de trabalhar. Com o passar do tempo fui percebendo que precisava reconstruir minha imagem corporal, pois estava me isolando do mundo e da vida social... Foi então, que busquei reconstruir minha mama, atualmente estou até usando biquíni de cortininha na praia e não preciso daqueles enchimentos horríveis. (RT7)

Durante esse período, me escondia por trás de roupas largas, às vezes usava uma prótese artificial, mas que tinha que tirar e colocar, isso quando ela não cai sozinha, só que depois de um tempo fui percebendo que fui me isolando dos amigos, da família e até de mim mesma, e essa baixa autoestima passou a me incomodar. Foi então, que busquei por fazer a reconstrução mamária e foi maravilhoso, meu sofrimento acabou e minha autoestima está cada vez mais retornando. (RT5)

Muitas vezes, o desejo de manter a relação com o seu companheiro torna-se a motivação principal para fazer a reconstrução mamária imediata:

Não. Eu não poderia ficar sem minha mama, a minha relação com mundo precisava continuar em harmonia, a minha relação como meu parceiro precisava manter-se cada vez melhor. (RI2)

Algumas decidem pela reconstrução para melhorar a aparência independentemente da existência de um companheiro:

Imagine eu, com 39 anos tendo que retirar toda minha mama e ainda ter que conviver com essa triste aparência, eu acho que não aguentaria, por isso fiz a reconstrução imediata. (RI4)

Eu necessitava me sentir novamente atraente e poder vestir todo tipo de roupas (RI6)

Bergamasco e Ângelo (2001) inferem que a paciente com câncer mamário, quando exposta ao treinamento de estratégias de enfrentamento à doença, adquire ganhos positivos relativos à satisfação relacionada ao desempenho do trabalho, atividades sociais, aparência física e intimidade sexual. Seguindo a mesma linha das autoras, assevera o profissional entrevistado:

A opção pela reconstrução mamária em algumas mulheres é para melhorar a aparência corporal que foi desconstruída com a cirurgia de retirada da mama, bem como para restabelecer o equilíbrio psicológico que foi perdido no momento do diagnóstico e da perda da mama. (Profissional 4)

Alguns sujeitos de pesquisa relataram que a reconstrução não teve o resultado esperado, por isso, continuaram com a sensação de uma imagem distorcida, alterada:

A cirurgia interferiu na minha vida totalmente, em tudo... Atualmente tento me esforçar pra ter vontade de continuar vivendo, pra não ficar aquela mulher triste, deprimida. Acho que a RM não recuperou minha autoestima, pode até ter melhorado minha aparência, mas minha autoestima não! (RT1)

Como foi difícil me olhar no espelho, como foi difícil me relacionar com meu companheiro, pois antes era tão linda e perfeita, como foi difícil encarar o olhar das pessoas indiscretas que logo ao me verem direcionavam seus olhares pra minha mama, minha cabeça, ao invés de olharem meu rosto, sem falar nas caras de piedades que fazem. Não consegui me encontrar com a RM, ainda não aceito minha imagem. (RT8)

Atualmente eu não trabalho, estou aposentada, mas se não estivesse, não conseguiria trabalhar, não saio de casa, não vou à praia, não saio para festas, me isolei do mundo me fechei pra vida,... Mesmo com a RM. (RI1)

Durante a entrevista, RI1, revelou que aguardava para se consultar com o médico responsável pela sua reconstrução mamária. Ela teve rejeição e passou por varias cirurgias de correção, retirou a prótese mamaria, teve encapsulamento, relatou que ainda estava se preparando para corrigir um dos seios retirados, segundo ela, um implante está bastante diferente um do outro, produzindo uma assimetria das mamas. Ao ser perguntado qual era o seu olhar sobre a RM, ela foi firme em dizer. “Eu não me sinto uma mulher completa. Eu sinto que a RM não foi boa para mim, ela não me trouxe os benefícios que acreditava que poderia me trazer, fiz, e em nada melhorou minha vida. Não tenho um olhar bom sobre a RM”, contou a entrevistada com lágrimas nos olhos.

Para RT1, que fez a reconstrução cinco anos depois da retirada da mama, o momento “foi uma retomada de vida.” Segundo ela, é como se a mutilação fosse desfeita. RT1 não deixou de se relacionar sexualmente com seu companheiro por estar sem uma das mamas. “Atualmente em dia eu me sinto melhor. Fiz a cirurgia de simetria para uma mama ficar igual à outra [...], a RM foi muito importante para minha recuperação e retorno a vida social, até voltei a estudar e estou mais forte do que antes”, disse. Concordando com RT1, outras mulheres falam dos benefícios da reconstrução:

Demorou a ficha cair, as lágrimas secarem e juntar forças para enfrentar uma doença que nenhuma mulher está preparada pra viver, mas sabia que eu precisava enfrentar... A RM foi importantíssima para minha cura emocional. (RI2)

Essa doença foi um susto pra mim, foi um choque, mas que passou..., eu brinco com minhas amigas, e falo que o câncer foi um rio que passou em minha... Mas, a RM foi quem me deu forças para esquecer esse rio de lagrimas, atualmente olho pra mim e não consigo me imaginar como ficaria minha autoestima se caso não tivesse reconstruído minha mama. (RI3)

A cirurgia de RM me trouxe o benefício da cura da minha autoestima e da minha autoimagem. (RI8)

Eu perdi parte de mim naquele dia [de submissão à mastectomia]. Dia difícil! Eu precisava reconstruir minha mama. Só de pensar que existia a possibilidade de ficar sem ela... Mas consegui reconstruir, não precisei olhar para o espelho e ver que parte de mim havia ficado para trás [...]. Atualmente me sinto bem e feliz, minha mama está aqui, minha imagem foi restaurada e reconstruída. (RI4)

[...] estou muito bem, não cheguei sentir essa perda que as mulheres que não têm mama sentem por retornarem para suas casas sem suas mamas e ainda esperam na fila pela reconstrução, sabe lá, por quanto tempo [...]. Eu continuei com o peito sem o bico, mas eu continuei com peito, então eu não tive o impacto de me olhar no espelho e ver somente um talho no lugar da mama. Seria muito desagradável. (RI2)

Em estudos realizados por Bossois et al. (2013), os autores constataram que a maioria das mulheres sentiram-se felizes com os resultados estéticos da RM. Também afirmam que, para aquelas que optaram pela RM imediata – contestando a ideia de que esta pode não ser valorizada pela paciente por não ter sentido durante um período a falta da mama –, além “[...] da satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, o índice de morbidade psicológica é significativamente inferior em relação à mastectomia somente” (BOSSOIS et al., 2013, p. 14).

Segundo eles, a reconstrução mamária imediata deixou as mulheres menos deprimidas, comprometendo menos a sua autoestima, as suas atividades sexuais quando comparadas a outras mulheres.

Concordando com Bossois et al., Pilker ;Winterowd (2003) acreditam que o fato de mulheres relatarem estar bem por ter realizado a RM pode estar também relacionado ao bom resultado psicológico alcançado por elas ao terem suas mamas reconstruídas de imediato.

A perda da mama pode fomentar o desenvolvimento de consequências negativas na sua imagem corporal. Como de fato, ocorreu, pois inicialmente elas passam pela dor da perda, e alguns casos, devido à gravidade da doença, também passaram pelo estigma da morte. Mas focadas nos benefícios psicológico e estéticos ofertados pelo tratamento reconstrutivo elas investem a sua energia na busca da cura.

Solteira, 49 anos, a entrevistada RT5 não teve apoio de um companheiro, mas encontrou forças para busca o tratamento de RM, para ela a cirurgia “foi muito importante, vejo nela a restauração de muitas mulheres, não reconstrói apenas o que está aparente, mas também o que está aqui dentro, que só eu consigo sentir”, afirma.

RI8, 51 anos, do lar, considerou a RM como algo importante para seu tratamento. “Foi sem dúvidas algo importantíssimo para minha recuperação, fiz de imediato, depois da cirurgia e até atualmente me sinto como se nunca tivesse tido essa doença”, contou.

[...] foi maravilhoso me sentir novamente completa, sofri demais por perder minha mama, mas reconstruí-la foi uma luta. Mas se eu tivesse que passar por tudo de novo para ter meio seio de volta, eu passaria, contou a entrevistada RT6. Ela fez a reconstrução completa: “primeiro fiz o seio e um ano depois o bico. Ficou perfeito”. Segundo ela, a retirada da mama “mexe bastante com o emocional da mulher que perde a mama”, e ao ser ver “a RM foi um alento para resolver os problemas que estavam passando com as perdas”, afirma ela.

Com o avanço das novas tecnologias para o diagnóstico e tratamento do câncer, assim como as novas técnicas terapêuticas cada vez mais aprimoradas, muitas pacientes com câncer mamário se beneficiaram desses novos recursos que trouxeram melhores resultados para o tratamento e recuperação da autoimagem e, conseqüentemente, da autoestima da paciente.

Sabe-se pela literatura que a RM tem configurado como protagonista desse novo cenário na recuperação da autoestima da paciente. Na observação do profissional entrevistado, foi possível entender essa importância da RM para autoestima e cura da paciente. Para ele: [...] Quando as pacientes fazem o procedimento de RM, elas ficam mais confiantes no tratamento após o câncer. Comenta. (Profissional 1)

5.3.1 Sexualidade e reconstrução mamária

Outra dimensão da vida levantada pelas mulheres é sexualidade. Depois do diagnóstico de uma doença que traz o estigma da morte, a retirada da mama e a queda dos cabelos foram os momentos mais difíceis, segundo a entrevistada RI1. Sofri muito, mas cabelo cresce e mama dá para reconstruir, ressaltou. Você se olha no espelho e pensa, 'poxa' não sou assim. Mexe muito com a autoestima e sexualidade, relatou à entrevistada. Há também a vergonha do corpo mesmo diante de pessoas próximas:

A doença impactou muito minha autoestima. Sim, posso dizer que ela interferiu na minha vida sexual, depois que se faz essa cirurgia, você não tira mais a roupa na frente de seu companheiro, é mais ou menos desse jeito você não se senti mais à vontade de tirar a roupa na frente da pessoa, você tem medo de se expor até na frente dos filhos. Eu tenho uma filha de 20 anos e não me sinto à vontade de me despir na frente dela. (R14)

Sou muito vaidosa e sempre gostei de minhas mamas, quando precisei retirar vi minha sexualidade em risco, não conseguiria novamente me despir na frente do meu marido, até por que sempre elogiou minhas mamas e adoramos nos tocar. (RT1)

Foi possível observar no relato de alguma das entrevistadas que afirmaram que o seu desejo de intimidade com o companheiro aumentou e/ou continuou, mas não necessariamente a intimidade sexual.

Meu marido sempre esteve do meu lado, ele é um excelente companheiro [...] antes da reconstrução eu não consegui retirar a roupa na frente do meu marido, uma vez brincando ele falou “fazer sexo com você eu vou ter uma parte homem e uma parte mulher”, eu sei que ele estava brincando, até para eu sentir mais à vontade para retirar a roupa [...] Atualmente eu faço sexo por obrigação, me machucou essa fala, não tenho mais aquela intimidade sexual com ele... Mas, não me vejo sem ele, eu o amo demais, e isto me basta. (RT8)

Algumas relatam o abandono por seus parceiros. Neste mesmo sentido, declara RT5:

Meu casamento já vinha passando por problemas, meu marido não me via mais como antes, e às vezes levava dias, meses sem me procurar na cama. Quando fui diagnosticada com essa doença, e que precisaria amputar meu seio, neste momento ficou selado o término do meu casamento, como de fato aconteceu, ele só esperou eu passar pela cirurgia terminar o tratamento de quimioterapia e, depois, pediu para se separar. Eu acho que se tinha alguma chance de resgatar meu casamento, ela, se foi quando fiquei sabendo que tinha câncer de mama. (RT5)

Se algumas perdem seus parceiros ou tem a sua libido reduzida com a mastectomia, outras relatam os ganhos positivos da reconstrução mamária para a sua vida sexual. Este assunto também é comentado pelos profissionais de saúde.

Algumas das pacientes que passaram pela cirurgia oncológica, e que atualmente chegam a meu consultório sem a mama ou parte dela, sentem que a RM as ajudará a adaptarem-se às alterações aos seus corpos resultantes da cirurgia mamária, e consequentemente terão restabelecida sua sexualidade. E eu acredito fielmente que sim. (Profissional 3)

Neste sentido, Passos (2001, p. 4) concorda com o Profissional 3 quando afirma que:

Indubitavelmente, a melhoria das técnicas de reconstrução e a sua indicação permitem atenuar o sofrimento imposto pela doença. Outro aspecto positivo é a recuperação da vida sexual da paciente. Em muitos casos, a mulher que passa por uma cirurgia plástica nas mamas tem sua vida sexual mudada porque as novas formas lhe agradam. [os seios] Têm contornos mais definidos, são menos flácidas e mais ‘levantadas’. Muitas mulheres se sentem mais bonitas e frequentemente acham as novas formas melhores que as anteriores.

Para RI2, a reconstrução poderia ajudá-la a ter um companheiro:

[...] eu atualmente não tenho esposo, [mas] precisava reconstruir de imediato meu peito, não iria me sentir à vontade para buscar ter novamente um relacionamento amoroso com alguém se estivesse faltando essa parte de mim! (RI2)

Em relação ao estado civil, atualmente, 9 (nove) relataram viver com companheiro sob o mesmo teto, sendo que antes do diagnóstico 11(once) das 16 mulheres viviam com seus companheiros, o que nos faz perceber o quanto o câncer de mama pode afetar a vida de um casal em várias dimensões, uma delas é a diminuição da atividade sexual: Minha vida sexual ela deixou de existir, eu não quis mais saber de ninguém. (RI3)

No entanto, para alguma das entrevistadas a RM foi importante para sua vida sexual.

Meu marido sempre me elogiava e animava para eu reconstruir minha mama. A cirurgia de reconstrução significou tudo, ela possibilitou o retorno da minha autoestima e autoimagem, atualmente com a minha mama reconstruída e depois da cirurgia de simetria, estou muito feliz sexualmente falando. (RTI)

Quando eu fiz a reconstrução, tive dificuldades de usar camiseta, pois a mama reconstruída estava durinha e em pé e a outra mole e murcha, aí quando eu colocava a camiseta um lado fica em pé e outro ficava caído,... Quando voltei ao hospital e ele fez a simetria das minhas mamas, esteticamente ficou muito boa a minha aparência, até consegui, não só colocar a camiseta como tirá-la na frente de um homem (risadas). (RI6)

Dentre os autores que abordam a contribuição das novas técnicas de tratamento para a melhora da autoestima da paciente, destacam-se Carreirão, Fischdick e Pitanguy que, ao falarem sobre a cirurgia reconstrutiva em pacientes com câncer de mama, analisam que:

A realidade de combinar o tratamento oncológico com a reconstrução estética imediata ou precocemente, permite melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, permitindo melhorar a qualidade de vida dessas pacientes, permitindo que passem por essa experiência de forma menos traumática. (CARREIRÃO; FISCHDICK; PITANGUY, 2010, p. 279)

Qualidade de vida é definida como uma percepção individual da posição do indivíduo na vida, no contexto de sua cultura e sistema de valores nos quais ele está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. É um conceito de alcance abrangente afetado de forma complexa pela saúde física, estado psicológico, nível de independência, relações sociais e relações com as características do meio ambiente do indivíduo. (WORLD HEALTH ORGANIZATION 1993, p.1)

A entrevistada RT3, 49 anos, descobriu um câncer de mama em 2010. Ela fez a mastectomia total e precisou retirar a mama direita.

Esperei até 2012 para fazer a reconstrução mamária. Não que houvesse algum impedimento físico, ou que eu tivesse medo, mas achava que poderia viver sem minha mama, na época minha filha era pequena, mas não amamentava mais, então pensei pra que passar por tudo de novo para reconstruir minha mama, achava que era apenas uma questão estética... Mas, não era! Precisava resgatar minha autoestima. (RT3)

Acrescenta o profissional entrevistado, sobre a contribuição da RM para restituir a autoestima da paciente. Afirma ele que:

A RM trará uma nova mama para paciente, e esta pode melhorar consideravelmente sua autoestima, autoconfiança e qualidade de vida. (Profissional 1)

Estudos revelam que, mulheres que têm a mama reconstituída logo após retirá-la para remoção de tumores malignos tendem a sofrer menos de depressão após a cirurgia.

Pesquisa realizada pela psicóloga Cristiane Decat, da Universidade de Brasília, constatou que o procedimento contribuiu para a queda do índice de mulheres com quadro depressivo moderado de 33% para 4,2% entre pacientes de 36 a 71 anos do Centro de Oncologia e Hematologia de Brasília. (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE BRASÍLIA, 2008, p.1)

Ainda, acrescenta a mesma pesquisa:

Estudo sobre ansiedade e depressão, no pré e pós-operatório de cirurgia de reconstrução mamária, constatou que 90% das clientes, que se submeteram a esta técnica, descreveram o desejo de melhorar a autoestima e 10% de se reintegrarem ao convívio social. (CENTRO DE ONCOLOGIA E HEMATOLOGIA DE BRASÍLIA, 2008, p.1)

No entanto, esse desejo de superação pode conduzi-las a abertura e a possibilidade de um fortalecimento para o seguimento dos tratamentos. As mulheres, como projetos, vislumbram a cura. Isso pode ser percebido nas falas das pesquisadas que realizaram a reconstrução de imediato.

Em um estudo realizado por Viana (2004, p. 10) para avaliar o psicológico de pacientes em reconstrução de mama, concluiu que, [...] Após o procedimento, 90% delas afirmaram estar satisfeitas com a sua autoimagem.

O médico, ele até suspendeu o outro peito, á tal da simetria, ficou tudo certinho melhorou o corpo é sexo, antes da reconstrução tinha vergonha de mostrar meu corpo para meu marido, a gente fazia amor, mas eu tapava a parte de cima, nossa era horrível, atualmente não. (RT1)

Para o profissional entrevistado a cirurgia de RM passou a integrar ao tratamento oncológico, pois para algumas pacientes só reconstrói suas vidas a partir da mama reconstruída. Relata-o:

O que às vezes percebemos durante as reuniões de grupo com essas mulheres é que, a RM devolve a elas a vontade de continuar o que antes fazia quando foram acometidas pelo câncer, de fato, a maioria das mulheres, o tratamento do câncer não acaba com o final dos procedimentos oncológicos e sim com a reconstituição mamária. (Profissional 4)

De acordo com Vieira, Lopes, Shimo (2007, p. 315):

O tratamento do câncer de mama feminino precisa ser encarado de forma positiva. É preciso que as representações envolvidas no câncer sejam reformuladas, de forma que ao se defrontar com a doença, a mulher consiga compreender que existem tratamentos eficazes para isto, e que pode ter a sua qualidade de vida de forma satisfatória.

No relato que se segue, o profissional de saúde considerou sua percepção profissional sobre a importância da RM para a paciente com câncer quando falou que, no seu entendimento sobre a RM essa “é fundamental para mulher, é obrigatória, é um direito!”, bem quando ele disse que ela é importante para “tratar a doença.” (Profissional 3)

Freitas (2001, p. 355), considera a RM um procedimento de reabilitação para a paciente, para ele:

A reabilitação é um marco referencial na luta contra o câncer. Deve-se usar o conhecimento científico e tudo o que nos ensinam os pacientes para entender que não é aceitável a visão de incapacidade pela doença, mas pela incapacidade ou relutância de vê-los como seres únicos dentro do seu contexto sócio-cultural, introduzindo-os a essas estratégias que ajudarão a um franco restabelecimento.

Para o profissional 1, em seu ver:

A possibilidade de reconstrução duma mama amputada total ou parcialmente é uma coisa maravilhosa, A RM, ela possibilita à mulher adicionar ao tratamento médico ou cirúrgico do câncer conceitos de qualidade de vida e de integridade física.

Para Melo (2005), ainda é incerta a porcentagem de mulheres mastectomizadas que têm a intenção de procurar a reconstrução, mas este método na pós-mastectomia continua a ser uma importante opção estética e de reabilitação.

Por fim, observou-se nitidamente nesta pesquisa que a mulher mastectomizada tem a sua prática sexual afetada, vide a fala de nossas entrevistadas:

Mexe muito com a [...] sexualidade (RI1).

[...] Interferiu na minha vida sexual [...] (RI4).

[...] vi minha sexualidade em risco [...] (RT1).

[...] não tenho mais aquela intimidade sexual com ele [...] (RT8).

[...]. Quando fui diagnosticada com essa doença,... , neste momento ficou selado o término do meu casamento [...] (RT5).

Demonstrado nas falas acima o efeito negativo da cirurgia oncológica sobre a sexualidade feminina. As mulheres relatam o modo como se sentiram pós-mastectomia tanto no nível físico quanto emocional. A forma como se viam a si do ponto de vista sexual foi influenciada pela retirada desse órgão tão cheio de significados.

Neste sentido, a reconstrução mamária imediata ou tardia foi afirmada, pela grande maioria dos sujeitos de pesquisa, como sendo importante e necessária para a continuidade de sua vida sexual. Alguns sujeitos de pesquisa relataram, inclusive, que a qualidade de suas relações sexuais melhorou a partir da RM, sentindo-se mais próximas de seus companheiros por causa da sua experiência com a doença e também porque houve uma melhora de sua imagem corporal. Dessa forma, em suas falas revela-se uma relação direta entre sua imagem corporal e à autoestima:

[...] o sexo ficou mais completo depois que fiz a RM (RT6).

[...] agora me sinto melhor quando ele toca minha mama e ela está ali (RT1).

[...] Falar sobre sexo com meu companheiro agora ficou melhor depois que fiz a RM (RT2).

[...] atualmente, estou feliz e completa (RT8).

Moreira et al. (2010) dizem que a baixa autoestima ou problemas de autoestima pode trazer problemas à vida e à relação sexual. Isto pode acontecer porque a mulher se sente infeliz ou desconfortável com o seu corpo. Sabemos que o objetivo da RM é reconstruir a autoimagem da paciente, mas também sabemos que, conseqüentemente, ela tem o poder de restituir a autoestima dessa mulher. No mais, foi possível perceber a partir deste estudo, a forma como elas encaravam os seus corpos depois da perda da mama e como viam a si próprias depois que reconstruíam suas mamas. Foi possível observar que a RM proporcionou as entrevistadas um olhar diferente sobre seus corpos em relação do que tinham pós o diagnóstico e tratamento.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, constitui uma questão de saúde pública, porque ameaça a vida das mulheres em todo o mundo, seja em países desenvolvidos ou naqueles em desenvolvimento. A ciência tem avançado muito no que tange ao seu tratamento e à reabilitação da mulher que passa pela experiência da mutilação em decorrência da doença. As práticas em saúde têm sido cada vez mais exitosas no tratamento do câncer de mama. No entanto, elas estão condicionadas ao tempo de descoberta da doença. Por ser uma doença multicausal e deixar impactos de toda ordem, as ações em saúde devem ser também multidisciplinares, buscando abarcar o conjunto de questões que essa mulher apresenta antes e durante o tratamento.

Dentre as intervenções para a reabilitação da paciente está a reconstrução mamária, que pode ser realizada imediatamente à cirurgia de retirada total ou parcial da mama doente. Por orientação da Organização Mundial de Saúde, muitos países têm incorporado a obrigatoriedade pelos seus sistemas de saúde da reconstrução mamária. No Brasil, desde 1999, a reconstrução mamária se constitui um direito. A Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999 determina que as redes de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS façam a cirurgia plástica reparadora da mama nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Porém, só mais recentemente a reconstrução mamária imediata foi incorporada com um direito legal, mesmo sendo praticada já algum tempo. A Lei 12.802/2013 estabelece a obrigatoriedade do Sistema Único de Saúde (SUS) a realizar a reconstrução da mama imediatamente após a retirada do câncer.

No entanto, o fato de se constituir uma obrigatoriedade determinada pelo Estado e as mulheres terem o acesso à cirurgia de reconstrução são coisas distintas e, às vezes, muito distantes. No intuito de desvelar os fatores que contribuem e comprometem a reconstrução mamária e entender o papel que a reconstrução cumpre no processo de recuperação e reabilitação da mulher mastectomizada e/ou quadrantectomizada, este trabalho, utilizando-se de um estudo do tipo transversal qualitativo como abordagem metodológica, buscou compreender questões - de ordem material e subjetiva - relacionadas à reconstrução mamária imediata. Por conseguinte, foram entrevistadas mulheres que passaram pelos processos de reconstrução mamária imediata e tardia, atendidas em um hospital de referência. Buscando incorporar a visão dos profissionais de saúde que atuam diretamente com as mulheres vitimadas pelo câncer mamário, foram também entrevistados profissionais no hospital de referência e em outras unidades hospitalares.

Para a interpretação dos dados, orientamo-nos pela análise de conteúdo proposto por Bardin. Isto nos permitiu analisar tanto fatores objetivos quanto subjetivos implicados no processo de reconstrução mamária.

O caminho percorrido nos possibilitou abordar o direito à reconstrução mamária como parte do tratamento global do câncer de mama e a relacionamos ao processo de recuperação da saúde da mulher.

Daí a relevância desse estudo, visto que ainda o câncer de mama tem dizimado um elevado número de mulheres. Nesse sentido, quanto mais estudos acerca do tema, em particular, nas suas interfaces com as políticas públicas no Brasil, maior a possibilidade de se compreender o quanto importante são as estratégias para o enfrentamento deste grave problema de saúde. É fato que, com o avanço da Medicina, muitas melhoras foram incorporadas ao tratamento da saúde da mulher e a reconstrução mamária foi um forte instrumento de enfrentamento as marcas deixadas pela mutilação causada pelo cancro mamário.

Em se tratando dos avanços que ocorreram na área da saúde oncológica, assim como nas técnicas para o tratamento do câncer mamário, quando nos os primórdios da cirurgia de câncer mamário, século XIX, o cirurgião Halsted se utilizava de técnicas cirúrgicas bastante agressivas, levando a grandes mutilações, e com passar dos tempos surgiu às técnicas de mastectomia radical modificada - ou cirurgia de Pattey, preservando músculo peitoral da paciente, permitindo uma reconstrução, com melhores resultados estéticos. Mais tarde os

tratamentos para o câncer mamário foram impulsionados pelos trabalhos pioneiros de Veronesi, que veio desmistificar o tratamento cirúrgico no câncer de mama, foram grandes avanços técnicos que proporcionam a pacientes maiores chances de reconstrução mamária.

Neste estudo, ao discutirmos o significado da mama para a mulher, buscamos desvelar e relatar as conquistas desse corpo nos espaços públicos e privados. Conforme Rabelo (1999, p. 12) escreve “(...) o corpo é o *lócus* em que se inscrevem e se mostram as várias dimensões da vida (experiências passadas, projetos e esforços concretos para intervir na realidade).”

Também tivemos a preocupação de fazer apontamentos sobre as políticas de saúde no Brasil. Trouxemos um breve comentário sobre a saúde brasileira no século XX, para situarmos no tempo e na história, chamamos atenção para uma análise do câncer de mama no Brasil: política e estratégias para o seu enfrentamento. Pontuamos o tratamento cirúrgico do câncer de mama: impactos e avanços das técnicas cirúrgicas para recuperação da paciente. E por fim, analisamos os desafios e possibilidades à reconstrução mamária imediata na experiência de mulheres capixabas atendidas em um hospital de referência.

Os aspectos físicos e emocionais foram aqui apresentados como fatores que podem impedir ou facilitar o processo de RM: comorbidades, profissionais que atuam no atendimento as paciente com cancro mamário, a falta de conhecimento sobre o direito de reconstrução mamária. Detectamos também que a RM imediata afeta, na grande maioria das vezes, de forma positiva, a autoestima da mulher e, por conseguinte, a sua sexualidade.

Uma das questões identificadas durante a pesquisa e que dificulta o tratamento das pacientes com câncer de mama que busca o tratamento no sistema público de saúde no Estado é o acesso, é a falta de estrutura hospitalar, além dos poucos profissionais de saúde, no entanto, foi possível diagnosticar, por meio da literatura pesquisada que essa não é uma realidade isolada do Espírito Santo, mas é a realidade da saúde pública brasileira, o que nos levou a uma reflexão sobre a saúde no Brasil e de como as suas condições se agravam no bojo do neoliberalismo.

Para Behring e Boschetti (2009, p. 51), “As políticas sociais e a formatação de padrões de proteção social são desdobramentos e até mesmo respostas e formas de enfrentamento – em geral setorializadas e fragmentadas- á expressões multifacetadas da questão social no

capitalismo.” De fato, as políticas sociais, no seu contexto histórico, em especial as brasileiras caracterizam-se como subordinadas aos interesses econômicos e políticos, sendo geridas e executadas através de práticas assistencialista e clientelista, fragilizando o sistema de saúde pública, explicitando-a na falta de estrutura física e de recursos humanos necessários ao funcionamento dos serviços. Neste sentido, revela Iamamoto (2009, p. 159) que as “[...] drásticas reduções dos investimentos públicos na área do bem-estar social. Cortam-se gastos sociais e transferem-se serviços para o setor empresarial, condizente com a política de privatização, levada a efeito pelo Estado.”

Apesar dos avanços na saúde, em especial às políticas de atenção à mulher com câncer mamário, apontados neste estudo, há que se fazer menção aos desafios que ainda se colocam para a implantação das políticas de saúde, que trazem desde sua gênese um caráter focalista e paliativo. Sendo possível serem identificadas nos relatos dos profissionais entrevistados que as ações em saúde se dão mais pelo esforço individual de cada profissional do que pela ação institucional e/ou governamental.

No mais, a gestão em saúde tem assumido um papel estratégico quando se discute a universalidade e a integralidade em saúde, no entanto, mesmo quando há o compromisso ético-profissional do gestor, este tem que travar uma luta sistemática contra a escassez de recursos humanos e materiais postos no cotidiano da saúde pública brasileira, comprometendo o planejamento de ações de médio e longo prazo que possibilitem dar maior qualidade ao atendimento ao usuário do SUS.

Outra dificuldade apresentada pelos entrevistados foi à ausência de uma ação multiprofissional articulada. A ausência de profissionais como fisioterapeutas, psiquiatras, psicólogos, assistentes sociais impossibilitam um atendimento integral e humanizado as pacientes, comprometendo o seu processo de reabilitação físico-psíquico.

Também foi possível identificar que os profissionais, de forma geral, são favoráveis à RM imediata, no entanto, ressaltam que esta, em alguns casos, pode comprometer o tratamento, por isso, desaconselham a sua realização. Nesse sentido, priorizam, sobretudo, o tratamento oncológico. Outros entrevistados, basicamente os da área da saúde, relataram a importância da RM para a recuperação e reabilitação da paciente, independente, se esta fosse realizada de

imediatamente. Ressalta-se, que a literatura aqui consultada apresentou-se favorável a RM para as pacientes como parte do tratamento global do câncer mamário.

Nota-se que, embora a maior parte das entrevistadas não se encontrasse mais em tratamento para o câncer de mama, os seus pensamentos ainda estavam permeados por lembranças que as remetiam as experiências vividas ligadas ao processo da doença e a todo o seu tratamento. Tal situação nos permitiu perceber que mesmo com suas mamas reconstruídas, ao lembrar-se do seu adoecimento, as mulheres são tomadas pelos sentimentos de medo, de dor, de sofrimento e de tristeza. De alguma forma, a incerteza de ter e deixado a doença para traz com a notícia de uma possível recidiva ainda as acompanha. Por isso, os seus revelaram o desejo de apagar as marcas da doença em si, o tratamento e as suas consequências. Embora o medo estivesse sempre presente, manifestaram também fé e esperança de ficarem curadas, quando tiveram força para buscar a cirurgia de RM, fosse ela de imediata ou tardia.

Também foi possível constatar o papel estratégico que a família, os amigos e a religião cumprem no processo de recuperação da paciente. Entre os membros familiares, os maridos e/ou companheiros destacam-se como pessoas importantes. Algumas, inclusive, relataram que optaram pela RM imediata porque não queriam decepcionar os seus companheiros. Outras, que fizeram a RM tardia, decidiram fazê-la buscando melhor a sua imagem na esperança de impactar positivamente a sua vida conjugal. Há casos em que mulheres foram abandonadas pelos seus companheiros quando a doença foi diagnóstica, há outros em que os homens forma solidários e desempenharam um papel fundamental na sua reabilitação físico-emocional.

Todo este estudo nos levou a refletir sobre o significado desse verbo: *reconstruir*, para Houaiss e Villar (2009, p. 637) é “Tornar a construir; restaurar; formar novamente; devolver formato anterior a”, foi aí que compreendemos que nossos sujeitos de pesquisa não apenas desejaram a RM por uma necessidade física, mas porque buscaram, após o câncer de mama, um novo sentido de existência.

No entanto, também tivemos a oportunidade de constatar que a RM imediata não impactou as mulheres da mesma forma. Algumas ficaram insatisfeitas com o resultado estético da cirurgia, produzindo-lhes um descontentamento permanente com os seus corpos. Parte delas, por exemplo, não ficam nuas diante de seus companheiros ou de outros membros da família. Nesse sentido, os profissionais de saúde inferem que o fato de a mulher não viver o luto da

retirada da mama, ou seja, não ter que se deparar durante um tempo de sua vida com um corpo mutilado, acaba por valorizar menos a reconstrução, porque estabelecem comparações com sua mama anterior.

Por isso, o maior índice de satisfação com o resultado estético está entre aquelas que fizeram a reconstrução tardia. Para estas mulheres, em alguns casos, a reconstrução mamária lhes deu um resultado estético melhor do que a mama que tinham, impactando positivamente a sua sexualidade, por se sentirem mais bonitas e mais atraentes.

Para finalizar, desejamos que os dados qualitativos apresentados e discutidos neste trabalho constituam subsídios para a implementação de ações no âmbito do atendimento às mulheres com câncer de mama que buscam a reconstrução mamária, com vistas a se viabilizar as ações multiprofissionais em rede. A rede constitui elemento estratégico para que a mulher receba uma atenção humanizada e integral. No mais, as ações em saúde neste campo devem envolver paciente, família e profissionais de saúde e o Poder Público.

REFERÊNCIAS

ABRAHAM, J.; ALLEGRA, C. J. **Bethesda handbook of clinical oncology**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2001.

ALMEIDA, S. **Reconstrução de mama é lei no DF**. Agência Brasília, 2012. Brasília, DF. Disponível em: <<http://www.df.gov.br/noticias/item/373-reconstru%C3%A7%C3%A3o-de-mama-%C3%A9-lei-no-df.html>>. Acesso em: 7 maio 2013.

ALMEIDA JÚNIOR, G. L. A. et al. Reconstrução mamária imediata após cirurgia conservadora do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 22, n. 1, p. 2, 2007.

AUTONOMIA E IGUALDADE PARA AS MULHERES, 3, 2011, Brasília. **Anais da 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres: autonomia e igualdade para as Mulheres**. Brasília: Secretaria Nacional de Políticas para as Mulheres, 2013. 130 p.

ANTUNES, R. C. P.; PERDICARIS, A. A. M. **Prevenção do câncer**. Barueri: Manole, 2010.

ARAÚJO, M. J. O. **Papel dos governos locais na implementação de políticas de saúde com perspectiva de gênero: o caso do Município de São Paulo**. In: BRASIL. Ministério da Saúde. 2004: Ano da mulher. Brasília, 2004.

AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. M. L. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 229, 2010.

BACKES, D. S.; LUNARDI, V. L.; LUNARDI FILHO, W. D. A humanização hospitalar como expressão da ética. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 8, 2006.

BADINTER, E. **Um amor conquistado: o mito do amor materno**. Rio e Janeiro: Nova Fronteira, 1985.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1977.

_____. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 1994.

BARROS, A. C. S. D. Diabetes e o câncer de mama. **Boletim Diabetes**, São Paulo, jul./set./agos. 2011.

BARSTED, L. L.; PITANGUY, J. **O progresso das mulheres no Brasil 2003-2010**. Rio de Janeiro: CEPIA, Brasília: ONU Mulheres, 2011.

BAUMEISTER, H.; BALKE, K.; HARTER, M. Psychiatric and somatic comorbidities are negatively associated with quality of life in physically ill patients. **Journal of Clinical Epidemiology**, Freiburg, v. 6, n. 7, p.145-8, 2005.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 47, n. 3, p. 277-82, jul./set. 2001.

BERGMANN, A. **Incidência e fatores de risco do linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama**: um estudo de uma coorte hospitalar. 2005. 110 f. Tese (Doutorado) – Departamento de Medicina, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca. Rio de Janeiro, 2005.

BERTOLLI FILHO, C. Fontes para o estudo do câncer em São Paulo. In: **III Encontro e I Congresso de Psico-oncologia, 1996**. São Paulo: Medina, 1996. p. 8-12.

BIAZÚS, J. V.; ZUCATTO, A. E. **Cirurgia de mama**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2012.

BÍBLIA. Português. **Bíblia Sagrada**. 34. ed. São Paulo: Paulinas, 1976.

BOCK, A. M. **Psicologias**: uma introdução ao estudo de psicologia. 13. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

BOFF, L. **Princípios de compaixão e cuidado**: encontro entre ocidente e oriente. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

BOLDRINI, R. C.; FRANÇA, T. **Perfil de mulheres mastectomizadas de um programa de reabilitação em Vitória-ES**. Vitória, 2004, 104 f. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva, Universidade Federal do Espírito Santo.

BOSCHETTI, I. **Seguridade social e trabalho**: paradoxos na construção das políticas de previdência e assistência social. Brasília, DF: Letras Livres, 2006.

BOSSOIS, E. et al. Sentimentos da mulher mastectomizada. **Universo da Enfermagem**, Nova Venécia, v. 2, n. 1, jan./jun. 2013.

BRASIL. CONSTITUIÇÃO (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988, atualizada até a Emenda constitucional nº 71, de 29 de dezembro de 2012. 54. ed. São Paulo: Saraiva, 2013.

_____. Decreto nº 65.314, de 9 de Outubro de 1969. Declara de utilidade pública a Santa Casa de Misericórdia de Vitória, com sede em Vitória, Estado do Espírito Santo. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF. 13 out.1969. Seção 1, p. 8607.

_____. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 20 set. 1990. Seção 1, p. 18055.

_____. Lei nº 9.656, de 3 de junho de 1999. Dispõe sobre os planos e seguros privados de assistência à saúde. Brasília: **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 4 jun. 1999. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 6 maio 1999. Seção 1, p.1.

_____. Lei nº 10.223, de 15 de maio de 2001. Altera a Lei no 9.656, de 3 de junho de 1998, para dispor sobre a obrigatoriedade de cirurgia plástica reparadora de mama por planos e seguros privados de assistência à saúde nos casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Brasília: **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 16 maio 2001. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 6 maio 1999. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.715, de 17 de setembro de 2012. Instituído o Programa Nacional de Apoio à Atenção Oncológica - PRONON, com a finalidade de captar e canalizar recursos para a prevenção e o combate ao câncer. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 18 set. 2012. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 23 nov. 2012. Seção 1, p. 1.

_____. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 25 abr. 2013. Seção 1, p. 1.

_____. Portaria n. 95, de 26 de janeiro de 2001. Aprova a Norma Operacional da Assistência à Saúde - NOAS 01/2001. Disponível em: <www.ms.gov.br>. Acesso em: 15 nov. 2013.

_____. Portaria n. 779 de 31 de dezembro de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e que estabelece a integração do Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama aos Planos Municipais e Estaduais de Saúde. **Diário Oficial da União, Brasília**, DF, 02 jan. 2009. Seção 1, p. 38.

_____. Portaria n. 779, de 31 de dezembro de 2008. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica e que estabelece a integração do Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama aos Planos Municipais e Estaduais de Saúde. Disponível em: <http://www.redecancer.org.br/wps/wcm/connect/13a4be004eb696c4976797f11fae00ee/portaria_SAS779_08.pdf?MOD=AJPERES>. Acesso em: 6 jun. 2013.

_____. Portaria nº 2.048, de 3 de setembro de 2009. Aprova o Regulamento do Sistema Único de Saúde (SUS). Disponível em: <http://www.saude.ba.gov.br/direg/images/legislacao/portaria_2048_03_09_09.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2014.

_____. Portaria nº 2.439/GM, de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial da União**. Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p.80-1. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Legislacao/portaria_2439.pdf>. Acesso em: 21 mar. 2014.

_____. Portaria n. 2.669, de 3 de novembro de 2009. Estabelece as prioridades, objetivos, metas e indicadores de monitoramento e avaliação do Pacto pela Saúde, nos componentes pela Vida e de Gestão, e as orientações, prazos e diretrizes do seu processo de pactuação para o biênio 2010 – 2011. Disponível em: <<http://portalweb04.saude.gov.br/sispacto/portaria2669-versao-impressao.pdf>>. Acesso em: 6 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: plano de ação 2004 – 2007**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

_____. _____. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Brasília, DF, Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, DF: Secretaria de Atenção à Saúde, 2004.

_____. _____. **Controle do câncer de mama: documento de consenso**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004.

_____. _____. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006.

_____. _____. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica**. 3. ed. atual. E ampl. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

_____. _____. **Apresenta o pacto pela vida de 2006**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcmt_completa_portugues.pdf. Acesso em: 6 fev. 2014

_____. _____. **Apresenta sobre o plano de ações estratégicas para o enfrentamento das doenças crônicas não transmissíveis**. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/cartilha_dcmt_completa_portugues.pdf>. Acesso em: 6 fev. 2014.

_____. _____. **Hipertensão arterial**. Disponível em: <<http://www.minsaude.gov.cv/index.php/sua-saude/hipertensao-arterial>>. Acesso em: 16 abr. 2013.

_____. **SENADO FEDERAL**. Projeto de Lei n. 43, de 2012. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispõe acerca da técnica de reconstrução imediata da mama por meio de cirurgia plástica reparadora. Disponível em: <<http://www.senado.gov.br/atividade/materia/getPDF.asp?t=103722&tp=1>>. Acesso em: 6 abr. 2013.

BRAVO, M. I. S. et al. (Org.). **Política social e democracia**. São Paulo: Cortez; Rio de Janeiro: UERJ, 2004.

BRENELLI, H. B.; SHINZATO, J. Y. **Terapia de apoio à pacientes com câncer de mama**. Rio de Janeiro: Revinter, 1994.

BÚSSOLA, C. **O poder exige que se domine mulher, sexo e casamento**: rebaixa-se a mulher para dominá-la e para afastá-la do sacerdócio. 1999. Disponível em: <<http://www.iasdemfoco.net/papas/estudos/25.htm>>. Acesso em: 4 maio 2014.

CARLOTO, C. M. A saúde das trabalhadoras. In: BARRETO, M.; CARLOTO, C. M.; COSTA, M. L. **Saúde das trabalhadoras**. São Paulo: SOF, 1998.

CARREIRÃO, S.; FISCHDICK, H. A.; PITANGUY, I. **Cirurgia plástica em câncer de mama**. Barueri: Manole, 2010.

CAVALCANTI, M. **O corpo essencial**: trabalho corporal integrado para o desenvolvimento de uma nova consciência. Rio de Janeiro: Rosa dos Tempos, 1992.

CHAGAS, C. R. et al. Mastectomia com preservação de pele. **Prática Hospitalar**, São Paulo, Ano 10, n. 56, p. 19-24, Mar./abr. 2008.

COELHO, F. R. G. **Câncer**: manual de orientação para pacientes e interessados. São Paulo: Robe, 1995.

_____.; KOWALSKI, L. P. **Bases da oncologia**. São Paulo: Tecmed, 2003.

COHN, G. **Max Weber**. 6. ed. São Paulo: Ática, 1997.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE POLÍTICAS PARA AS MULHERES, 3., 2011, Brasília-DF. **Anais...** Brasília, DF: Secretaria Nacional de Políticas para Mulheres, 2011.

COSAC, O. M.; COSTA, L. A.; BARROS, A. P. G. S. H. Reconstrução mamária bilateral com retalhos pediculados. In: MELEGA, J. M.; VITERBO, F.; MENDES, F. H. (Ed.). **Cirurgia plástica: os princípios e a atualidade**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2013.

COSAC, O. M. et al. Reconstrução mamária de resgate: a importância dos retalhos miocutâneos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 92-93, 2013.

COSTA, E. A. Políticas de vigilância sanitária e comunicação: rompendo silêncios, construindo laços. In: COSTA, E. A.; RANGELS, M. L. (Org.). **Comunicação em vigilância sanitária**: princípios e diretrizes para uma política. Salvador: Edufba, 2007.

COSTA, M. P. Reconstrução Mamária. **Boletim de Mastologia**, São Paulo, n. 9, p. 2-3, jul./ago./ set. 2011.

ENGELS, F. **A origem da família, da propriedade privada e do Estado**. São Paulo: Escalo, 2007.

ESCOREL, S. **Reviravolta na saúde**: origem e articulação do movimento sanitário. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1993.

FERREIRA, M. L. S. M; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n. 3, p. 302, 2003.

PONTS FILHO, G. P.; CHEM, R. C. Influência da radioterapia no prognóstico da reconstrução mamária com expensor e implante. **Arquivos Catarinenses de Medicina**, Santa Catarina, v. 38, n.1, p. 158-159, 2009.

FORATTINI, O. P. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. **Revista Saúde Pública**, São Paulo, v. 25, n. 2, p.75-86, 1991.

FOUCAULT, M. **Os corpos dóceis**: vigiar e punir: nascimento da prisão. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

FREITAS, F. **Rotinas**: ginecologia. Porto Alegre: Artmed, 2001.

GALLI, F.; GUIDETTI, V. Comorbidade psiquiátrica. **Revista da Sociedade Brasileira de Cefaleia**, São Paulo, v.1, n.1, p. 5, 2012.

GEERTZ, C. **A interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: LTC, 1989.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4. ed. São Paulo: Atlas, 1995.

GIL, B. O. Reconstrucción mamaria y beneficio psicológico. **Anales Del Sistema Sanitário de Navarra**, Chile, v. 28, n. 2, p. 19-26, maio/ago. 2005.

GOLDENSON, R.; KENNETH, N. A. **Dicionário de sexo**. São Paulo: Ática, 1989.

GOMES, R.; SKABA, M. M. V. F.; VIEIRA, R. J. S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n.1, p. 197-204, jan./fev., 2002.

GUIMARÃES, G. S.; DAHER, J. C.; CAMMAROTTA, M. C. Reconstrução mamária com expensor permanente: uma outra alternativa. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, Brasília, DF, v. 23, n. 2, p.75-81, 2008.

GÜNTHER, H. Pesquisa qualitativa versus pesquisa quantitativa: esta é a questão. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília, DF, v. 22, n. 2. p. 201-10, maio/ago. 2006.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. 4. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.

HOBBS, T. **Leviatã**. São Paulo: Martin Claret, 2006.

HOFFMANN, G. **Dilma assumiu compromisso em dar prioridade à saúde da mulher**. Disponível em: <http://www.senado.gov.br/senadores/liderancas/idptsf/detalha_noticias.asp?codigo=92369>. Acesso em: 5 out. 2013.

HOUAISS, A.; VILLAR, M. S. **Dicionário Houaiss da língua portuguesa**: com nova ortografia da língua portuguesa. Rio de Janeiro: Objetiva, 2009.

IAMAMOTO, M. V. **O serviço social na contemporaneidade: trabalho e formação profissional**. 18. ed. São Paulo: Cortez, 2009.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo demográfico 2010: resultados gerais da amostra**. Disponível em: <www.ibge.gov.br/>. Acesso em: 16 jan. 2013.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer no Brasil 2012**. Rio de Janeiro: INCA, 2012.

_____. Monitoramento das ações de controle dos cânceres do colo do útero e de mama. **Boletim informativo trimestral**, Rio de Janeiro, v. 3, n. 1, jan./mar. 2012.

JONES, G. R. **Teoria das organizações**. 6. ed. São Paulo: Pearson Education do Brasil, 2010.

KALIKS, R; SIMON, S. D. **Câncer de mama: tratamento**. 2012. Disponível em: <http://www.einstein.br/SGPO/FormulariosExternos/EspacoSaudeDoencas/wFrmDetalheDoencaRequi.aspx?SGDODOen=73&SGDORequDoen=310&Desc_Tipo_Requ=Tratamento>. Acesso em: 3 maio 2013.

KELSEY, J. L; GAMMON, M. D. Epidemiology of breast cancer. **Epidemiology Reviews**, Baltimore, v. 41, n. 3, p. 145-66, 1990.

KLIGERMAN, J. O desafio de se implantar a assistência oncológica no SUS. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 46, n. 3, p. 235-39, 2000.

KRONOWITZ, S. J; KUERER, H. M. Advances and surgical decision-making for breast reconstruction. **Cancer**, Philadelphia, v. 5, n.107, p.893-907, 2006.

LANGE, L. Woman is Not a Rational Animal: On Aristotle's Biology of Reproduction. In: HARDING, S.; HINTIKKA, M. B. (Ed.). **Discovering reality: feminist perspectives on epistemology, metaphysics, methodology, and philosophy of science**. Dordrecht: Reidel, 1983.

LANTZ, P. M.; BOOTH, K. M. The social construction of the breast cancer epidemic. **Social Science and Medicine**, New York, v. 46, n. 7, p. 907-18, Apr.1998.

LAURELL, A. C. **Estado e políticas sociais no neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1995.

_____. **Confrontando as políticas de desmantelamento dos sistemas de proteção e seguridade social: plataforma política social**. 2012. Disponível em: <<http://cebes.com.br/>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

LE BRETON, D. **A sociologia do corpo**. Petrópolis: Vozes, 2007.

LEAL, T. O. et al. A fisioterapia no linfedema pós mastectomia a madden. **Revista Paraense de Medicina**, Pará, v.18, n.1, p. 42-5, jan./mar. 2004.

LOCKE, J. **Dois tratados sobre o governo**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

LUCENA, C. **Reconstrução pode ser feita imediatamente após cirurgia de retirada do tumor, reduzindo impactos psicológicos**. Disponível em: <http://www.jornaldasavassi.com.br/ver_noticia/3981VI_Congresso_Mineiro_de_Ginecologia_e_Obstetricia.html>. Acesso em: 3 jan. 2014.

LUIZ, A. F. D.; PORTO, G. **Câncer de mama**: avaliação inicial e acompanhamento. Disponível em: <http://www.meac.ufc.br/arquivos/biblioteca_cientifica/file/protocolos%20ginecologia/cap2.pdf>. Acesso em: 15 out. 2013.

LUZ, M. T. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de "transição democrática" - anos 80. **PHYSIS - Revista de Saúde Coletiva**, São Paulo, v.1, n.1. p. 77-96, 1991.

MALATA, C. M.; MCINTOSH, S. A.; PURUSHOTHAM, A. D. Immediate breast reconstruction after mastectomy for cancer. **British Journal of Surgery**, Cambridge, v. 87, n.11, p.1455-72, 2000.

MALUF, M. R. F.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 2, n. 51, p.149-54, 2005.

RAFAEL NETTO. et al. **Manual de oncologia**. 2. ed. São Paulo: BBS, 2006.

MARCHANT, D. J. Estrogen-replacement therapy after breast cancer: risks versus benefits. **American Cancer Society**, Boston, v.71, n. 6, p. 2169-76, 1993.

MARQUES, C. et al. Comorbidade: conceito e implicações na pesquisa clínica em psiquiatria. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, Rio de Janeiro, v. 43, n. 3, p. 117-21, mar. 1994.

MARSHALL, J. G. et al. Regional variations in cancer screening rates found in women with diabetes. **Nursing Research**, Florida, v. 59, n.1, p.34-41, Jan./Feb. 2010.

MARX, K. **O capital**: processo de trabalho e processo de produção de mais-valia. São Paulo: Boitempo, 2013. Livro I: o processo de produção do capital.

MATOS, M. I. S.; SOIHET, R. **O corpo feminino em debate**. São Paulo: UNESP, 2003.

MELO, A. G. C. **Câncer de mama**: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial. 2002. Disponível em: <<http://www.cuidadospaliativos.com.br/>>. Acesso em: 25 nov. 2013.

MELO, E. S. R.; FERNANDES, A. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 219-25, 2005.

MELO, E. M.; SILVA, R. M.; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 51, n. 3, p. 219-25, jul. 2005.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. 2. ed. São Paulo: Hucitec, 1999.

MINAYO, M. C. S. **Pesquisa social**. 5. ed. Petrópolis: Vozes, 1993.

_____. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8. ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abrasco, 2004.

MONTORO, A. F.; GIANNOTTI FILHO, O.; VALENTE, C. A. **Estratégias para o controle do câncer.** São Paulo: Fundação Oncocentro de São Paulo, 1994.

MOREIRA, J. R. et al. Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas à reconstrução mamária. **Revista Brasileira de Mastologia**, São Paulo, v. 20, n. 4, p. 163-209, out./dez. 2010.

MORTENSON, M. et al. Immediate breast reconstruction after mastectomy increases wound complications. **Archives of Surgery**, Califórnia, v. 139, n. 9, p.988-991, Sep. 2004.

MUNHOZ, A. M. **Aspectos atuais da cirurgia oncoplástica.** 2010. Disponível em: <<http://cirurgiaoncoplastica.blogspot.com.br/2010/05/cirurgia-oncoplastica-em-destaque.html>>. Acesso em: 2 fev. 2013.

MURARO, R. M. Introdução histórica. In: KRAMER, H.; SPRENGER, J. O. **Martelo das feiticeiras.** Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/dados/livros/memoria/mundo/feiticeira/introducao.html>. Acesso em: 4 fev. 2014.

NEVES, J. L. Pesquisa Qualitativa - características, usos e possibilidades. **Cadernos de Pesquisa em Administração**, São Paulo, v. 1, n. 3, p. 1-5, 1996.

NORWOOD, J. W.; INLANDER, C. B. **Entendendo a diabetes:** para educação do paciente. São Paulo: Júlio Louzada, 2000.

OLIVEIRA, R. R.; MORAIS, S. S.; SARIAN, L. O. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira Ginecologia Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 32, n.12, p. 1-8, 2010.

OSIS, M. J. M. D. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.14, n.1, p. 525-532, 1998.

PADILHA, A. **Dilma anuncia R\$ 4,5 bi para exames de câncer e diz que prevenção ajudou em sua cura.** 2011. Disponível em: <<http://www.brasil.gov.br/saude/2011/03/dilma-anuncia-r-4-5-bi-para-exames-de-cancer-e-diz-que-prevencao-ajudou-em-sua-cura>>. Acesso em: 11 jan. 2013.

PAGANINE, P. **Lei garante reconstrução da mama em seguida à retirada de câncer.** Disponível em: <<http://www12.senado.gov.br/noticias/materias/2013/05/07/lei-garante-reconstrucao-da-mama-em-seguida-a-retirada-de-cancer>>. Acesso em: 19 dez. 2013.

PAREDES, C. G. et al. Complicações em reconstrução de mama com retalho pediculado do músculo reto abdominal transverso. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, São Paulo, v. 27, n. 4, p. 552-555, out./nov./dez. 2012.

PARKER, P. A. et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. **Annual Surgical Oncology**. Texas v.14, n.11, p.3078-89, 2007.

PASSOS, A. P. Reconstrução de mama. **Boletim de Mastologia**, São Paulo, v.1, n. 8, p. 2, abr./maio/jun. 2011.

PASTORE, J. **Trabalhar custa caro**. São Paulo: LTr, 2007.

PATEMAN, C. **Contrato sexual**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1993.

PERROT, M. Práticas da memória feminina. **Revista Brasileira de História**, São Paulo, v. 9, n. 18, p.9, ago./set., 1989.

PILKER, V.; WINTEROWD, C. Racial and Body image differences in coping for women diagnosed with breast cancer. **Health Psychology**, Oklahoma, v. 22, n.6, p. 632-7, Nov. 2003.

PINHEIRO, R. C. Enfoque constitucional da “Lei Maria Da Penha”: a adoção do modelo de gênero: ciência e conhecimento. **Revista Eletrônica da ULBRA**, São Jerônimo, v. 2, n.4, p. 1, 2007.

PINHO, L. C. As tramas do discurso. In: CASTELO BRANCO, G.; BAÊTA NEVES, L. F. (Org.). **Michel Foucault: da arqueologia do saber à estética da existência**. Rio de Janeiro: Nau, 1998. p. 183-92.

PINHO, L. S. et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica Enfermagem**, Ceará, v. 9, n. 1, p. 154-65, 2007.

PSILLAKIS, J. M. Reconstrução da mama pós-mastectomia. In: MONTORO, A. F.; et al. **Alternativas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama**. São Paulo: Bradpeca, 1987.

RABELO, M. C.; ALVES, P. C. B. **Experiência de doença e narrativa**. Rio de Janeiro: Fiocruz; 1999.

RECONSTRUÇÃO mamária para combater depressão. 2008. Disponível em: <http://www2.uol.com.br/vivermente/noticias/reconstrucao_mamaria_para_combater_depressao.html>. Acesso em: 9 fev. 2014. (assim que é o correto mudar para a letra r e mudar no texto).

REIS, D. O.; ARAÚJO E. C.; CECÍLIO, L. C. O. **Políticas públicas de saúde no Brasil: SUS e pactos pela Saúde**. Disponível em: http://www.unasus.unifesp.br/biblioteca_virtual/esf/1/modulo_politico_gestor/Unidade_4.pd. Acesso em: 3 abr. 2013.

REZENDE, L. F.; ROCHA, A. V. R.; GOMES, C. S. **Avaliação dos fatores de risco no linfedema pós-tratamento**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/jvb/v9n4/a05v9n4.pdf>>. Acesso em: 3 abr. 2013.

RIBEIRO, J. L. P. **A promoção de saúde e da qualidade de vida em pessoas com doença crônica**. Actas do 2º Congresso nacional de Psicologia da saúde. Lisboa: ISPA, 1997.

RIGON, R.; ROSSI, A. G.; CÓSER, P. L.; Achados otoneurológicos em indivíduos portadores de Diabetes Mellitus Tipo 1. **Revista Brasileira de Otorrinolaringologia**, São Paulo, v.73, n. 1, p.106-11, jan./fev. 2007.

RIZZOTTO, M. L. F. **Neoliberalismo e saúde**. Rio de Janeiro: Fundação Oswaldo Cruz, 2009.

ROBERTY, L. **Câncer de mama**: acesso a diagnóstico e tratamento perto de casa. Disponível em: <<http://www.es.gov.br:81/Lists/Notcias/DispForm.aspx?ID=164474>>. Acesso em: 12 nov. 2013.

ROCHA, E. G.; PEDRINI, J. L. **Uma história da mama**. Porto Alegre: Da Barca Casa Editorial, 2009.

ROSSI, S. S. **A constituição do sistema de saúde no Brasil**. São Paulo, 1980. Mimeografado.

ROUSSEAU, J. J. **Do contrato social**. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1972.

ROUSSEAU, J. J. **Emílio ou da educação**. 2. ed. São Paulo: Difusão Europeia do Livro, 1973.

SAFFIOTI, H. I. B. **O poder do macho**. São Paulo: Moderna, 1987.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e câncer na história. In: GIMENES, M. G. G.; FÁVERO, M. H. **A mulher e o câncer**. Campinas: Livro Pleno, 2000.

SANTOS, B. S. **A reinvenção solidária e participativa do Estado**. Coimbra: Faculdade de Economia da Universidade de Coimbra, 1998.

SCHILDER, P. **A imagem do corpo**: as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SEGAL, S. M. Serviço de reabilitação para mulheres mastectomizadas – Bases Organizacionais para Montagem e Funcionamento. **Revista Gynaecia**, São Paulo, v.1, n.1 p.46-49. 2005.

SEPÚLVEDA, M. A. C. **Breve histórico dos programas nacionais de saúde materno-infantil**. 2001. Disponível em: <<http://www.hospvirt.org.br>>. Acesso em: 12 dez. 2013.

SHONS, A. R.; MOSIELLO, G. Postmastectomy breast reconstruction: current techniques. **Rev. Cancer Control**, New Orleans, v.8, n.5, p. 419-426, Sep./Oct. 2001.

SILVA, L. A. S. R. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

SILVA, L. J. Revista de Saúde Pública: 30 anos de evolução. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 30, n.6, p. 1-4, dez. 1996.

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. **Conviver com a mastectomia**. Fortaleza: Departamento de Enfermagem da Universidade Federal Ceará, 1998.

SILVA, M. E. D. da C. **Representações sociais da hipertensão arterial elaboradas por portadoras e profissionais de saúde**: uma contribuição para a enfermagem. Piauí, 2010. 230 f. Dissertação (mestrado) - Programa de pós-graduação, Universidade Federal do Piauí.

SIMÕES, R.; MOREIRA, W. W. **Evas ou Marias**: o corpo da mulher na Antiguidade e Idade Média. Maceió: Unijuí, 1997.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgico**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

_____.; BRUNNER; SUDDARTH. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Deteção e tratamento das complicações crônicas do Diabetes Mellitus**. Disponível em: <<http://www.diabetes.org.br>>. Acesso em: 3 nov. 2013.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Reconstruções mamárias**: enfoque multidisciplinar. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/component/search/?searchword=reconstru%C3%A7%C3%A3o+mam%C3%A1ria&ordering=&searchphrase=all>>. Acesso em: 7 set. 2013.

SOUZA, Â. M. F. **Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária**. Rio de Janeiro, 2007. 105 f. Dissertação (Mestrado em Saúde da Criança e da Mulher) - Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz.

SPINA, L. **Diagnosticando o diabetes**. Disponível em: <<http://www.lucianaspina.com.br/diagnosticando-diabetes.asp>>. Acesso em: 9 set. 2013.

TEIXEIRA, I. O resgate da auto-estima: o desafio de superar as repercussões do tratamento cirúrgico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, Rio de Janeiro, v. 19, n.1, p. 51, jan./jun. 2008.

TRIVIÑOS, A. W. S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VAITSMAN, J.; ANDRADE, G. R. B. satisfação e responsividade: formas de medir a qualidade e a humanização da assistência à saúde. **Ciência e saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.10, n. 3, p. 1-13, jul./set. 2005.

VARELLA, D. **Obesidade e câncer de mama**. Disponível em: <<http://drauziovarella.com.br/mulher-2/cancer-de-mama/obesidade-e-cancer-de-mama/>>. Acesso em: 11 jul. 2013.

VIANNA, A. M. S. A. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto [Versão eletrônica]. **Estududos de Psicologia**, Natal, v. 3, n. 21, p. 203-10.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-6, jun. 2007.

VIEIRA, D. S. C.; et al. Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 30, n.1, p.1-9, jan. 2008.

Villela W, Monteiro S. Atenção à saúde das mulheres: historicizando conceitos e práticas. In: VILLELA, W.; MONTEIRO, S. (Org.). **Gênero e saúde**: programa saúde da família em questão. Rio de Janeiro: ABRASCO, Brasília: UNFPA; 2005. p. 15-31.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World health statistics 2008**. Disponível em: <http://www.who.int/whosis/whostat/EN_WHS08_Full.pdf>. Acesso em: 1 maio 2013.

ANEXOS

ANEXO A - Declaração de responsabilidade dos pesquisadores

Nós, Lilian Mota Pereira e Professora Gilsa Helena Barcellos, responsáveis pela Pesquisa: “A reconstrução imediata da mama à cirurgia oncológica: direito da mulher e parte do tratamento global”, declaramos que:

- Assumimos o compromisso de zelar pela privacidade e pelo sigilo das informações, que serão obtidas e utilizadas para o desenvolvimento da pesquisa;
- Os materiais e as informações obtidas no desenvolvimento deste trabalho serão utilizados para se atingir o objetivo previsto na pesquisa;
- Não há qualquer acordo restritivo a divulgação pública dos resultados;
- Os resultados da pesquisa serão tornados públicos através de publicação em periódicos científicos e/ou em encontros científicos, quer sejam favoráveis ou não, respeitando-se sempre a privacidade e os direitos individuais dos sujeitos da pesquisa;
- O Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) será comunicado da suspensão ou do encerramento da pesquisa, por meio de relatório apresentado semestralmente ou na ocasião da suspensão do trabalho com a devida justificativa.
- Assumimos que a pesquisa será iniciada após aprovação do CEP.

Vitória/ES, ____/____/2012.

Lilian Mota Pereira
CPF: 039.406.657-03

Gilsa Helena Barcellos
CPF: 732.192.667-20

ANEXO B - Carta de Anuência

Santa Casa
de Vitória

Vitória, 18 de outubro de 2012.

A

Escola Superior de Ciências da Santa de Misericórdia de Vitória – ES

CARTA DE ANUÊNCIA

Eu, André Carnevali Silva, Diretor Técnico do Hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória – ES, autorizo a realização da coleta de dados para o projeto de pesquisa “A RECONSTRUÇÃO IMEDIATA DA MAMA À CIRURGIA ONCOLÓGICA: DIREITO DA MULHER E PARTE DO TRATAMENTO GLOBAL” em Hospital Filantrópico da Grande Vitória. O pesquisador responsável será Lilian Mota Pereira. Comunico que a autorização para o início da pesquisa será validada após a apresentação da carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da EMESCAM, a esta instituição.

Assunto do trabalho:

- (x) Entrevista
- (x) Retrospectiva em prontuários

Dr. André Carnevali Silva

Diretor Técnico do HSCMV de Vitória - ES

Hospital da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - HSCMV
Coligada a Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Vitória
Entidade Filantrópica de Utilidade Pública
Federal - Dec. 65.314 - Utilidade Pública Estadual - Lei 1707
CNPJ 28. 141.190/0001-86

R. Dr. João dos Santos Neves, 143
CEP: 29220-020
Vila Rubim - Vitória - ES - Brasil
Telefone Geral: 27 3212-7200
Site: www.santacasavitoria.org

APÊNDICES

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa “A reconstrução mamária: direito da mulher e parte do tratamento global do câncer de mama”, que têm como objetivo “analisar aspectos implicados no processo de reconstrução mamária imediatamente à cirurgia oncológica.” As entrevistadas responderão a um questionário que será realizado em uma única vez sem comprometer tempo; tratamento e a reabilitação da paciente.

Este trabalho não trará nenhum risco às participantes desta pesquisa. Todas as participantes terão direito de interromper a participação a qualquer momento sem que isto incorra sem qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora tem o direito de excluir do estudo a qualquer momento a participante que não esteja nos critérios de inclusão pontuados nesta pesquisa.

Você será esclarecida de quaisquer dúvidas antes, durante e após a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados permanecerão confidenciais e você irá receber uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido que seguirá as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96).

Eu,.....;tel.:.....

.... fui informada sobre os objetivos da referente pesquisa e aceito participar desta pesquisa. Entendo que não existe nenhum tipo de seguro saúde ou de vida que possa vir a me beneficiar em função de minha participação neste estudo.

_____, _____ de 2013

Ass. do entrevistado

Ass. da testemunha

Ass. do pesquisador

Pesquisadores responsáveis:

Lilian Mota Pereira. Assistente Social e Mestranda. CRESS: 3114 -17ª Região/ES. RG: 1.866491/ES. CPF: 039.406.657-03, com endereço: Rua João Joaquin da Mota, 55, Ap. 202, Praia da Costa, Vila Velha ES – CEP: 29101200 - Contatos: (27) 9997-1162. limota7@hotmail.com. **Gilsa Helena Barcellos.** Professora e Doutora. CPF: 732.192.667-20, com endereço: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória/ES - CEP: 29045-302. Contatos: (27) 8803-0853. gilsa.barcellos@emescam.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam, com endereço: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória/ES - CEP: 29045-302 - (27) 3334-3586.

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você, **profissional da saúde**, está sendo convidado (a) a participar como voluntário da pesquisa “A reconstrução mamária: direito da mulher e parte do tratamento global do câncer de mama”, que têm como objetivo “Analisar aspectos implicados no processo de reconstrução mamária imediatamente à cirurgia oncológica.” As entrevistadas responderão a um questionário que será realizado em uma única vez sem comprometer tempo; tratamento e a reabilitação da paciente.

Este trabalho não trará nenhum risco aos participantes desta pesquisa. Todos os participantes terão direito de interromper a participação a qualquer momento sem que isto incorra em qualquer penalidade ou prejuízo. A pesquisadora tem o direito de excluir do estudo a qualquer momento o participante que não esteja nos critérios de inclusão pontuados nesta pesquisa.

Você será esclarecido de qualquer dúvida antes, durante e após a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados permanecerão confidenciais e você irá receber uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido que seguirá as normas das Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos (Resolução 196/96).

Eu,....., que atuo na saúde na função de:.....;tel.:..... fui informado (a) sobre os objetivos da referente pesquisa e aceito participar desta pesquisa. Entendo que não existe nenhum tipo de seguro saúde ou de vida que possa vir a me beneficiar em função de minha participação neste estudo.

_____, _____ de 2013

Assinatura do entrevistado

Assinatura do pesquisador

Pesquisadores responsáveis: Lilian Mota Pereira. Assistente Social e Mestranda. CRESS: 3114 - 17ª Região/ES. RG: 1.866491/ES. CPF: 039.406.657-03, com endereço: Rua Desembargador Augusto Botelho, 1000, Ap. 704, Praia da Costa, Vila Velha ES – CEP: 29101110 - Contatos: (27) 9997-1162. limota7@hotmail.com. **Gilsa Helena Barcellos.** Professora e Doutora. CPF: 732.192.667-20, com endereço: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória/ES - CEP: 29045-302. Contatos: (27) 8803-0853. gilsa.barcellos@emescam.br.

Comitê de Ética em Pesquisa da Emescam, com endereço: Av. N. S. da Penha, 2190, Santa Luzia, Vitória/ES - CEP: 29045-302 - (27) 3334-3586.

APÊNDICE C - Roteiro de entrevistas semiestruturadas com mulheres

1ª PARTE

I - DADOS SOBRE O SUJEITO DE PESQUISA

1. Identificação:

- a) Nome da entrevistada: Nome fictício:
- b) Data de nascimento: /..... /..... Idade: Orientação sexual:.....
Raça/etnia.....
- c) Escolaridade:
- d) Estado Civil:
- e) Profissão: Ocupação atual:
- f) Renda individual: Renda familiar:.....
- g) Endereço: Bairro:.....
Município:.....
- h) CEP:..... Fone: ()......

2. Comorbidades:

- a) História de Hipertensão Arterial, Diabetes *Mellitus* e Obesidade
- b) História de tabagismo e alcoolismo
- c) História familiar de câncer:
- d) Outros

2ª. PARTE

I- ACESSIBILIDADE DA MULHER À RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

1. Como se deu o acesso aos serviços de assistência ao tratamento de reconstrução mamária imediata?
2. Você enfrentou dificuldades para fazer a cirurgia? Poderia descrevê-las?
3. Como você tomou conhecimento sobre a possibilidade da reconstrução mamária?
4. Esse conhecimento é anterior à doença?
5. Você conhecia o resultado da reconstrução mamária?
6. Quais motivos que te fizeram procurar a reconstrução mamária?
7. A cirurgia interferiu na sua vida e de que maneira?(família, trabalho, vida sexual, autoestima).

8. Você saberia responder as dificuldades enfrentadas pela paciente com câncer mamário, para acessar o tratamento de reconstrução imediata global da doença nas redes públicas e privadas de saúde, hoje, no Espírito Santo?

3ª PARTE

II CONHECER O IMPACTO DA RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA SOBRE A AUTOESTIMA DA MULHER QUE REALIZA A CIRURGIA DE MASTECTOMIA OU QUADRANTECTOMIA

1. Qual foi a reação do seu parceiro quando soube que você estava com câncer mamário e que seria realizada a mastectomia?
2. O que significou perder a mama ou parte dela?
3. Quais os principais problemas enfrentados após a cirurgia radical ou parcial da mama?
4. Com relação a sua vida sexual o que mudou? Melhorou ou piorou? Por quê?
5. Sofreu algum tipo de preconceito? Por quem?
6. Em relação as suas atividades laborais? Você continua desenvolvendo-as?
7. Quais foram os impactos da cirurgia de reconstrução da mama e o sentido por você atribuído à cirurgia de reconstrução mamária?
8. Como você se vê depois da reconstrução mamária?
9. O que a cirurgia significou em sua vida?
10. Reconstrução da mama possibilitou a recuperação da sua autoestima e de sua autoimagem?
11. De quem foi a escolha do tipo de cirurgia reparatória? Sua, do médico ou conjunta? Saber-me-ia falar sobre essa escolha e qual foi o tipo de cirurgia?
12. Qual seu grau de satisfação com o resultado da cirurgia? (Responder mesmo que não tenha se completado a reconstrução com a simetrização ou confecção do “bico”).
13. Foi importante para você, ela te deu algum benefício? Por quê? (resultado estético, sexual, profissão, social).

APÊNDICE D - Entrevista semiestruturada com a equipe profissional

1. Como se dá a intervenção profissional junto à paciente que deseja realizar a cirurgia de reconstrução mamária?
2. Em sua opinião qual procedimento é mais indicado para a paciente: a reconstrução imediata ou a tardia. E por quê?
3. Elencar os fatores patológicos impeditivos da reconstrução mamária tanto tardia quanto imediata?
4. Em sua opinião, existem fatores de outra ordem que podem impedir ou dificultar o acesso da mulher à cirurgia de reconstrução mamária tardia ou imediata? Explique?
5. Você acredita que as condições oferecidas pelos serviços públicos de saúde no Brasil permitem enfrentar com competência o câncer de mama, oferecendo as condições necessárias para a reabilitação integral da mulher?
6. Na sua vivência profissional, você percebe que as mulheres das diferentes classes sociais têm acesso igual ao tratamento?
7. E neste hospital, você acredita que o acesso das mulheres à reconstrução tem sido facilitado? Explique.
8. Como são desenvolvidas as políticas de atendimento à paciente pelo hospital?
9. Em sua opinião, entre as duas reconstruções (tardia e imediata), qual possibilita maior recuperação da paciente? Por quê?
10. Como a paciente percebe seus benefícios e convivência com as limitações decorrentes da cirurgia reconstrutora?
11. E para mulher, o que você mais ouve quando a mulher é informada que terá que retirar a mama?
12. Em sua opinião, qual o significado da reconstrução mamária para a mulher? Você acredita que tenha uma relação direta entre reconstrução da mama e reabilitação/sobrevida da paciente?