ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE VITÓRIA – EMESCAM
MESTRADO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E DESENVOLVIMENTO LOCAL

BIANCA BERALDI XAVIER

FATORES SOCIOAFETIVOS E TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

VITÓRIA
2011

Dados Internacionais de Catalogação na publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

Xavier, Bianca Beraldi
X3f Fatores socioafetivos e tratamento de câncer de mama / Bianca Beraldi Xavier. – 2011.
131f.

Orientadora: Raquel de Matos Lopes Gentilli.
Coorientadora: Gilsa Helena Barcellos.

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

1. Neoplasia da mama. 2. Saúde da mulher. 3. Serviço social. I. Gentilli, Raquel de Matos Lopes. II. Barcellos, Gilsa Helena. III. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misercórdia. EMESCAM. IV. Título.

CDU: 36

BIANCA BERALDI XAVIER

FATORES SOCIOAFETIVOS E TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local - EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Profª. Drª. Raquel de Matos Lopes Gentilli

Coorientadora: Profª. Drª. Gilsa Helena Barcellos

VITÓRIA
2011

BIANCA BERALDI XAVIER

FATORES SOCIOAFETIVOS E TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Mestre.

Aprovada em ____ de Maio de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA

_____

Profª. Drª. Raquel de Matos Lopes Gentilli
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Orientadora

_____

Profª. Drª. Gilsa Helena Barcelos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM
Coorientadora

_____

Profª. Drª. Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Espírito Santo - UFES

AGRADECIMENTOS

A Deus, sempre presente em minha vida, pela oportunidade de me tornar uma pessoa feliz.

Ao meu esposo e aos meus dois filhos razões de minha vida, que sofreram com minha ausência, mas entenderam a importância do mestrado na minha trajetória histórica profissional e pessoal.

A minha mãe, pela honra de ser sua filha, pelos ensinamentos éticos e pelo incentivo a tudo que abraço com senso de responsabilidade.

À EMESCAM, pelo apoio durante todo o Curso, sempre demonstrando interesse pelo conhecimento científico.

Aos mestres, muitos deles também de minha graduação, pelo carinho, pelo envolvimento no processo de construção deste trabalho.

A minha orientadora, Raquel de Matos Lopes Gentilli, e à coorientadora Gilsa Helena Barcelos, pela socialização de conhecimentos e por acreditarem na minha capacidade em elaborar esta dissertação.

As pacientes, pela disponibilização em participar da pesquisa e pela confiança depositada.

A minha equipe de apoio, que entendeu meus manuscritos e organizou minha dissertação.

A minha profissão, meu segundo casamento, que muito me dignifica e me dá certeza de ter trilhado o caminho certo.

RESUMO

O câncer de mama traz, na sua essência, a representação feminina, gerando reflexos para além da doença, que envolvem questões de identidade, sexualidade, trabalho, família, comprometimento socioeconômico e demais fatores que transcendem fatores clínicos, como os emocionais. A pesquisa analisa como os fatores socioafetivos se encontram associados ao tratamento de câncer em pacientes do SUS. O estudo tem como uma das características usado o método exploratório, que propicia uma maior aproximação com os objetivos propostos numa abordagem qualitativa. Foi realizado com mulheres residentes no município de Vitória, cadastradas em 2007, na instituição de referência em oncologia no Estado. Os resultados mais relevantes demonstram que, apesar dos avanços tecnológicos, o câncer ainda apresenta forte impacto emocional e social, na medida em que se coloca com a possibilidade de finitude, transformando a vida dessas mulheres para sempre; que as mulheres apresentam estratégias de enfrentamento, estabelecendo novas relações consigo mesmas e com a família, na convivência com o controle do câncer; que o acesso ao tratamento pelo SUS, por meio do sistema de rastreamento, tem funcionado, pois grande percentual conseguiu a cirurgia e tratamentos complementares num período médio de três meses; que as ações são pontuais e fragmentadas, não evidenciando o conceito de integralidade do SUS; que o Serviço Social é importante na efetivação do direito ao atendimento integral, acompanhando essa mulher durante todo o processo de tratamento; que o Serviço Social desenvolve ações que visam ao entendimento de totalidade da atenção e da necessidade da transversalidade das políticas públicas, em especial as de seguridade social, para assim fazer com que a paciente seja cuidada conforme determinação da lei e do direito social.

Palavras-chave: Neoplasia de mama. Saúde da mulher. Serviço Social.

SUMMARY

The breast cancer brings in its essence the representation feminine, generating reflected stops beyond the illness, that involve identity questions, sexuality, work, family, commitment economic partner and too much factors that they exceed clinical factors, as the emotional ones. The research analyzes as the partner affective factors if they find associates to the handling of cancer in patients of the SUS. The study it has as the one of the features used exploratory method, that propitiates a bigger approach with the objectives considered in a qualitative boarding. It was carried through with resident women in the city of Victory, registered in cadastre in 2007, in the institution of reference in oncology in the State. The results most excellent demonstrate that, although the advances technological, the cancer still presents fort emotional and social impact, in the measure where if it places with the finitude possibility, transforming the life of these women forever that the women present confrontation strategies, establishing new relations I obtain same and with the family, in the living together with the control of the cancer that the access to the handling for the SUS, by means of the tracking system, it has functioned, therefore great percentage obtained the backing surgery and handlings in a period medium of three months that the actions are prompt and fragmented, not evidencing the concept of completeness of the SUS that the Social Job is important in the effective of the right to the integral attendance, following this woman during all the handling process that the Social Job develops action that they aim at to the agreement of totality of the attention and the necessity of the transversalidade of the public politics, in special of social security, thus to make with that the well-taken care of patient either as determination of the law and the social right.

Word-key: Breast neoplasm. Women's health. Social Service.

LISTA DE SIGLAS

AFECC – Associação Feminina de Educação em Combate ao Câncer

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

APS – Atenção Primária à Saúde

BPC – Benefício de Prestação Continuada

CAP – Caixa de Aposentadoria e Pensões

CFESS – Conselho Federal de Serviço Social

CNS – Conselho Nacional de Saúde

CRAS - Centro de Referência da Assistência Social

CRESS – Conselho Regional de Serviço Social

EMESCAM – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória

ESF – Estratégica Saúde da Família

FEMAMA – Federação de Entidades Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama

INCA – Instituto Nacional do Câncer

HSRC – Hospital Santa Rita de Cássia

NOAS – Norma Operacional da Assistência à Saúde

NOB – Norma Operacional Básica

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

PNAS – Política Nacional de Assistência Social

PNAO – Política Nacional de Atenção Oncológica

PNH – Política Nacional de Humanização

PREMMA – Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas

PRO-ONCO – Programa de Oncologia

PSF - Programa Saúde da Família

SES – Secretaria Estadual de Saúde

SMS – Secretaria Municipal de Saúde

SNC – Serviço Nacional de Câncer

SUAS – Sistema Único de Assistência Social

SUS – Sistema Único de Saúde

TMX – Tamoxifeno

UFES – Universidade Federal do Espírito Santo

UICC – União Internacional contra o Câncer

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO 12

1 CÂNCER: A MARCA DA HISTÓRIA 21
1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER 23
1.2 INDICATIVOS DE TRATAMENTOS DO CÂNCER 24
1.2.1 Cirurgia 24
1.2.2 Radioterapia 25
1.2.3 Quimioterapia 26
1.2.4 Hormonioterapia 28
1.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA 28
1.3.1 Fatores de risco no câncer de mama 31
1.3.2 Modalidades terapêuticas no tratamento do câncer de mama 33
1.3.3 Avanços científicos no tratamento do câncer de mama 36

2 MARCO TEÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL 39
2.1 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE: DAS PRIMEIRAS INICIATIVAS ATÉ A CONCEPÇÃO DE DIREITO NO BRASIL 39
2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS 46
2.3 A INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS 48
2.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER..... 54
2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA..... 56

3 O UNIVERSO FEMININO NA DIMENSÃO DO CÂNCER DE MAMA 60
3.1 O PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE 60
3.2 MULHER E SEXUALIDADE: NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA.. 62
3.3 CÂNCER: DOENÇA COLETIVA E RELAÇÕES FAMILIARES 65
3.4 ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA E TERAPIA COMPLEMENTAR PARA O CÂNCER DE MAMA 69

4 O SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO CÂNCER . 73
4.1 O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DO TEMPO 73
4.2 A HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA 76
4.3 O SERVIÇO SOCIAL E O CÂNCER DE MAMA 79

5 FATORES SOCIOAFETIVOS E O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA 82
5.1 TRAJETÓRIA NA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA 82
5.2 IMPACTO APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO 84
5.3 ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE E O ENVOLVIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA 86
5.4 ENVOLVIMENTO E MUDANÇAS NO COTIDIANO FAMILIAR NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER 89
5.5 VIVENCIANDO O CÂNCER: IMPACTO, ENFRENTAMENTO, PERSPECTIVAS DE VIDA NO CONTROLE DO CÂNCER..... 91
5.6 PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO 93

CONSIDERAÇÕES FINAIS 95

REFERÊNCIAS 101

APÊNDICES
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO ... 108
APENDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA 110

ANEXOS
ANEXO A - AUTORIZAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA..... 113
ANEXO B - POLÍTICA DE ATENÇÃO NACIONAL ONCOLÓGICA..... 114
ANEXO C - DOCUMENTO DE CONSENSO - CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA 117

"Somos a memória que temos
e a responsabilidade que assumimos,
sem memória não existimos,
sem responsabilidade talvez
não mereçamos existir".
José Saramago

INTRODUÇÃO

Este trabalho de dissertação foi requisitado como parte do processo de conclusão de mestrado de Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, promovido pela Escola de Medicina da Santa Casa de Misericórdia (EMESCAM).

Neste estudo, destaca-se, como principal preocupação, a análise de como os fatores socioafetivos se encontram associados ao tratamento de câncer de mama em pacientes do SUS atendidos em um hospital de referência oncológica situado no município de Vitória. O trabalho busca, na continuidade dos seus objetivos específicos, identificar as determinações políticas decorrentes da ação de políticas públicas, enfocando o câncer de mama como problema de saúde pública; identificar como os fatores socioafetivos interferem no tratamento de câncer de mama, considerando as questões emocionais e as relações sociais da paciente com seu grupo familiar, e, ainda, destacar a intervenção do Serviço Social no cenário do câncer de mama.

Ao aprofundar os conhecimentos sobre o câncer de mama, aponta este estudo um universo ampliado, buscando ele compreender que o diagnóstico não se restringe ao clínico/biológico e que é de fundamental importância trazer aspectos da realidade social, tendo em vista a repercussão da doença na vida e nas relações sociais dessas mulheres.

A proposta da pesquisa é refletir sobre o processo de construção de expectativas e de estratégias das mulheres submetidas à mastectomia, visando à construção e à reconstrução de suas identidades (diversidade feminina no sentido de buscar novas formas de ser e estar no mundo, mesmo com as mudanças estabelecidas pela doença com tantas representações sociais como o câncer).

Antes, porém, de entrar na questão conceitual do câncer de mama, faz-se necessário considerar a temporalidade da autora, que, há duas décadas, trabalha em oncologia. No início da trajetória do trabalho institucional, o Serviço Social foi convidado pela médica ginecologista Drª. Maria da Penha da Silva, para acompanhar, no seu

consultório, atividade que, mais tarde, passou a ser denominada de interconsulta (consulta com a presença de vários profissionais de saúde).

As pacientes apresentavam realidades muito próximas e com grande carga de sofrimento, apresentando elas além do enfrentamento do tratamento, também dificuldades socioeconômicas; dificuldades nas relações familiares com parceiros e filhos, muito em função do uso de álcool e de outras drogas, das mudanças nos papéis sociais, o que acabava deixando as mulheres muito enfraquecidas e vulneráveis, interferindo, assim, na proposta terapêutica defendida pela medicina.

A vivência de uma enfermidade provoca muitas reações e sentimentos, pois o paciente e sua família têm que se adaptar aos diversos estágios impostos pelo tratamento de uma doença, implicando a realização de exames, o diagnóstico, fatos que contribuem para a exacerbação de sentimentos de ansiedade e de preocupação por parte do paciente. A questão se agrava ainda mais quando se refere à doença com tratamentos mutiladores que provocam impedimentos, paralisias, deficiências, além da interrupção da carreira profissional, do cuidado da casa e dos filhos, alterando significativamente sua vida.

No cotidiano do trabalho em hospital de câncer, são atendidas mulheres que relatam que o sofrimento faz parte de suas vidas, porque se acostumaram com as repressões de seus pais, esposos, companheiros e filhos.

Com o aparecimento do câncer, tem-se conhecimento de muitas histórias de pacientes que dizem viver em função da família, servindo aos outros, responsabilizando-se por tudo e negligenciando a saúde devido à chamada função social de cuidadora, não reconhecendo, muitas vezes, a necessidade de serem cuidadas. Esses fatores interferem no processo de tratamento, ocasionando, por vezes, abandono à terapia proposta.

Foi a partir dessa vivência que surgiu a ideia de desenvolver um estudo, tendo em vista que o Serviço Social pode contribuir para melhor conhecer cientificamente as questões apresentadas e, dessa forma, tornar mais propositiva a apresentação de alternativas, para que os resultados do tratamento sejam mais eficazes.

Em instituições que tratam o câncer, o que mais predomina são necessidades de respostas imediatas para o controle de doença, que precisam ser, ao mesmo tempo, coletivas e individualizadas.

Os profissionais de saúde, na maioria das vezes, compreendem o grau de sofrimento que a doença impõe: a fragilidade, a dependência física e emocional de cada enfermo diante do diagnóstico e o tratamento, a singularidade de cada sujeito que enfrenta o câncer. Porém, as dificuldades em lidar com o problema não podem ser tratadas somente como uma questão pessoal. Não se pode desconsiderar as determinantes sociais, econômicas e culturais no surgimento e no tratamento da doença, porque os estilos de vida individual e familiar, na maioria das vezes, não correspondem à livre escolha dos indivíduos e dos familiares (GIMENES, 2000).

Historicamente, o Serviço Social teve como foco central o trabalho com famílias, com a preocupação de pensar os sujeitos em seu contexto social. A atenção do Serviço Social junto aos usuários e seus familiares se dá por meio de instrumentos técnico-operativos utilizados no atendimento individual e no trabalho em grupo, que são instrumentos importantes na abordagem, possibilitando uma aproximação à sua realidade social e econômica e identificando as demandas que se colocam diante do seu processo de adoecimento.

O câncer de mama traz, na sua essência, a representação feminina, gerando reflexos além da doença, que envolvem questões de sexualidade, de trabalho, aspectos familiares, emocionais, comprometimentos socioeconômicos e de gênero.

Pensar na questão de vulnerabilidade social da mulher dentro de uma sociedade desigual contribui para melhor compreensão do processo de adoecimento, que passa pelas condições de vida, empobrecimento, precarização das condições de trabalho e acesso ao sistema de saúde.

Deve-se destacar que as mulheres são a maior parte dos trabalhadores do sistema e são pouco representadas no processo de decisão e de formulação de políticas públicas de saúde.

A presente pesquisa teve como uma de suas características o uso do método exploratório, visando a uma maior aproximação com o objetivo do estudo. Buscaram-se informações que caracterizam tanto os fatores quanto as percepções que envolvem a mulher em situação do câncer de mama.

A utilização da abordagem qualitativa foi definida por ser um método que melhor atende aos objetivos da pesquisa (MINAYO, 2006), buscando-se, na tradução da subjetividade, as relações humanas, partindo-se do universo para o particular das mulheres acometidas pela doença e considerando-se valores, crenças e princípios da realidade. Essa abordagem pressupõe ainda uma postura de abertura, flexibilidade, capacidade de observação e de interação do pesquisador com os atores sociais envolvidos.

Minayo (2006) também aponta as metodologias de pesquisa qualitativa como caminho fértil e profícuo para a busca e a apreensão dos significados da ação humana na construção da história. Ainda, de acordo com a autora, tais abordagens são entendidas

> como aquelas capazes de incorporar a questão do significado e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, sendo essas últimas tomadas tanto no seu advento quanto na sua transformação, como construções humanas significativas (MINAYO, 2006, p. 22).

A fim de aprofundar os conhecimentos a respeito do tema e de clarificar as indagações contidas no trabalho, foi utilizada uma pesquisa bibliográfica encontrada em arquivos do Instituto Nacional do Câncer, das Sociedades Brasileiras de Cancerologia e Mastologia, em livros de psico-oncologia, em monografias do Programa de Reabilitação de Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), realizadas na instituição referenciada, nas Políticas Públicas por meio de documentos do Ministério da Saúde, em livros de depoimentos de pacientes que passaram pela experiência do câncer de mama e, particularmente, pelas produções teóricas de grandes pensadores do Serviço Social na contemporaneidade. A pesquisa bibliográfica é elaborada a partir de material já publicado, constituído principalmente de livros, artigos, periódicos e de material disponibilizado da internet (MINAYO, 2006).

O estudo foi realizado no Hospital Santa Rita de Cássia, localizado no município de Vitória/ES, tendo como mantenedora a Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC), reconhecida, em todo o Estado, como referência em tratamento de câncer. A AFECC, entidade filantrópica, sem fins econômicos, possui convênio com o SUS na alta complexidade em oncologia.

O critério para a definição dos sujeitos da pesquisa foram mulheres com câncer de mama atendidas no hospital com início do tratamento no ano de 2007, idade acima de 50 anos (idade com maior incidência do câncer de mama), com filhos, residentes em Vitória, totalizando 29 pacientes. Com a amostra, procurou-se conhecer como essas mulheres estão convivendo com o controle do câncer e quais as mudanças na trajetória de suas vidas.

Os dados foram disponibilizados pelo setor de Registro de Câncer do hospital pesquisado, com o resgate dos prontuários, onde verificamos uma situação de óbito; uma paciente com outra patologia associada (Mal de Alzheimer), sem condições clínicas; uma que relata não ter câncer (mas encontra-se em tratamento de hormonioterapia); duas que não residem mais na capital; outras três com os dados cadastrais desatualizados e onze pacientes também não localizadas mesmo após várias tentativas de contato. Foram entrevistadas dez pacientes, as quais terão seus relatos analisados.

Destaca-se que, durante o processo de construção do trabalho, foram encontradas algumas dificuldades na localização das pacientes porque dados como identificação de endereços e telefones nem sempre estavam corretos e/ou atualizados.

A coleta de dados foi realizada após aprovação do Comitê de Ética da EMESCAM. Seguiu as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas que envolvem seres humanos, de acordo com a Resolução n° 196, de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, no uso de suas competências regimentais e atribuições conferidas pela Lei n° 8.080, de 19 de setembro de 1990, e pela Lei 8.142, de 28 de dezembro de 1990, e foi aprovada pelo Centro de Ensino e Pesquisa da instituição onde as pacientes foram atendidas, com a ciência dos diretores e gerentes do ambulatório e da enfermaria especializados em oncologia.

Para o estudo da temática, houve a necessidade de se fazer um estudo nos arquivos do setor de Registro de Câncer do hospital, para identificar as pacientes com câncer de mama que iniciaram o tratamento no ano de 2007, determinado como espaço temporal de análise. O ano de 2007 foi definido tendo em vista que, na ocasião da elaboração do projeto da pesquisa, realizado em 2009, foi estabelecido como critério de inclusão o período de dois anos em tratamento e que havia intenção em priorizar dados do registro de câncer do hospital de referência recém-estruturado.

A utilização da técnica de entrevista ocorreu por ser um recurso privilegiado na obtenção dos dados como meio de se obterem informações que só são possíveis dessa forma (informações subjetivas, particulares, como pensamentos, sentimentos e desejos). Foi empregada a entrevista semiestruturada, contemplando perguntas abertas e fechadas, visando levantar informações de como se processa o tratamento do câncer de mama no contexto de vida das mulheres.

As entrevistas foram gravadas utilizando-se os recursos de áudio MP3 e, posteriormente, foram transcritas na íntegra, sendo também registrado, no roteiro de entrevista (APÊNDICE B), elementos que não foram apreendidos na gravação, como gestos, expressões faciais, entonação de voz, entre outros. Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A) com a garantia do sigilo da identidade do sujeito.

A análise dos dados foi elaborada a partir das informações obtidas, relacionadas às teorias de referência na tradição do pensamento marxista, que, segundo Minayo (2006), é caracterizada por seu princípio de totalidade, buscando-se analisar as informações levando em conta o movimento dialético de pensar as informações no contexto social.

No processo de análise, trabalhou-se com o cruzamento de variáveis, buscando a inter-relação dos dados de realidade que elas trazem no depoimento e apreendendo a complexidade das condições de vida dessas tantas significações.

A análise dos dados foi orientada por procedimentos de natureza qualitativa, por meio da análise de conteúdo, buscando-se esclarecer as questões propostas pela pesquisa.

Pretende-se, com a realização desse estudo, contribuir com subsídios para que profissionais colaborem no enfrentamento do câncer de mama, direcionando ações que incluam aspectos relacionados à paciente que precisa ser cuidada de forma integral, à sua família, que vivencia toda a complexidade desse contexto, e às outras relações sociais tão necessárias na sociedade em que vivemos.

Especificamente para o Serviço Social, conta-se com a intencionalidade de que este estudo disponha de elementos capazes de repensar a intervenção profissional, tendo em vista que ela apresenta, no cotidiano de sua prática, o caráter educativo, trabalhando na perspectiva da conscientização e da autonomia da paciente e da sua (re)inserção no meio social em que vive.

No primeiro capítulo, realizou-se estudo sobre a patologia, a historicidade e os tratamentos existentes para câncer de mama.

No segundo capítulo, fez-se presente um detalhamento do contexto das políticas públicas de saúde no Brasil - o Sistema Único de Saúde (SUS), o direito de acesso ao tratamento e a integralidade na organização dos serviços, bem como as configurações que assumem as políticas públicas voltadas para a saúde da mulher e para a oncologia.

O terceiro capítulo traz dados sobre o universo feminino, trabalhando-se a identidade e estilo de vida das mulheres, as dificuldades encontradas no tratamento, referentes aos fatores emocionais, financeiros e sociais que interferem no processo de cuidado e na adesão à proposta terapêutica no combate ao câncer de mama, e investigando-se como as relações familiares trabalham o enfrentamento desse câncer, com os conflitos, contradições e reorganizações familiares.

No quarto capítulo, o Serviço Social foi pensado como categoria participante no processo de enfrentamento do câncer de mama. Reportou-se à contextualização da

instituição pesquisada, à história da profissão, ao contexto das políticas públicas e à singularidade da atuação do Serviço Social na instituição pesquisada.

Com o intuito de atingir os objetivos propostos, delimitou-se, no quinto capítulo, um espaço para análise dos depoimentos coletados na pesquisa.

A análise e a interpretação dos dados foram realizadas após a etapa de pesquisa bibliográfica e de entrevistas, visto que o objetivo principal foi identificar as observações para possibilitar respostas às perguntas formuladas.

Por fim, passou-se às considerações pessoais, trazendo proposições acerca da atenção oncológica para que se efetive concretamente um atendimento integral à mulher que se encontra em tratamento de câncer.

“Descobri que a imagem que as pessoas fazem tem o poder de matar tanto quanto o câncer, quando instauram um clima de morte quando sabem que você está com câncer”.

Elisa Gonçalves

1 CÂNCER: A MARCA DA HISTÓRIA

No século XIX e início do século XX, o câncer, além de considerado contagioso, era associado à falta de limpeza, à sujeira física e moral. No caso das mulheres, o adoecimento era resultado de “pecado e vícios”, principalmente sexuais.

As orientações sanitárias quanto à etiologia e às possibilidades de curar o câncer pelos órgãos de saúde eram confusas.

A medicina educadora dessa época listava diversos elementos da vida à Era Industrial como possíveis causas do câncer, destacando-se o produto das vias asfaltadas, a poeira das ruas, os gases liberados pelos motores em funcionamento ou chaminés industriais, a proximidade constante de geladeiras elétricas e o uso de sapatos apertados ou de saltos altos. A atitude moralizadora e higienista no Brasil, no início do século XX, colocava, como estratégia sanitária para o câncer, para a tuberculose e para a sífilis, o isolamento e a desinfecção das residências no caso de morte dos doentes.

Associava-se o câncer à pobreza e à sujeira, e os doentes eram tratados como inimigos da sociedade, pois não contribuíam para a produção da riqueza coletiva e oneravam os cofres públicos do Estado e os privados da filantropia.

O paciente de câncer era considerado um cidadão que não assumia sua parcela de responsabilidade social, pois deixava, propositadamente, de seguir regras de higiene.

A doença era um castigo por meio do qual o moribundo poderia alcançar a redenção, e essa redenção resultava em liberação espiritual.

Em relação à área médica, considerava-se uma crueldade falar do diagnóstico e dos efeitos da medicação, e apenas a família era comunicada. As mulheres com câncer de mama não tinham acesso às informações e viam-se diante de uma atitude silenciosa, entre a família e a equipe de saúde. Além da desinformação, eram comuns as sequelas nos pós-operatórios, como linfedema do braço afetado,

depressão, ansiedade, baixa autoestima e outras disfunções físicas e sexuais das pacientes mastectomizadas.

Fazem parte da história do câncer, até os anos 40 do século XX, o pudor, a vergonha, o isolamento da mulher em decorrência da mutilação de um dos principais símbolos de sua feminilidade.

A partir dos anos 50, ocorreram mudanças incentivadas pelos movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres e decorrentes dos avanços dos métodos de diagnóstico e tratamento (associação entre quimioterapia e radioterapia), que possibilitaram o aumento do número de sobrevivente. O acompanhamento prolongado desses pacientes indicou a necessidade de lhes proporcionar maior qualidade de vida e a importância do estudo das repercussões e adaptações psicossociais dos pacientes, de suas famílias e dos profissionais de saúde que atuam em oncologia.

A ideia do castigo, tão comum no início do século, foi dando lugar a uma nova concepção da doença, em que, além dos fatores de risco, a interpretação psicossomática ganha notoriedade e novas formas de interpretação sobre etiologia e enfrentamentos do câncer são indicados.

É esperado e estimulado o papel ativo do doente, que, de vítima, passou a ser agente de cura. Enfrentar o câncer implicava lutar, conhecer seu próprio corpo, sua subjetividade, falar, expor sua doença e história de vida.

Somente a partir da década de 1970, segundo movimento internacional, as experiências com mulheres mastectomizadas passaram a receber atenção da mídia. Essas mudanças nos significados e formas de enfrentamento do câncer contribuíram para o desenvolvimento de novas teorias e para tratamentos mais eficientes.

No século XXI, apesar de todo o avanço alcançado nas pesquisas dos fatores genéticos em seu diagnóstico e tratamento, o câncer permanece como uma doença de causa obscura e cujo tratamento ainda não é totalmente eficaz.

A literatura médica e as campanhas governamentais realizadas neste novo milênio destacam o papel da determinação genética e as repercussões da vida moderna, associando-os aos fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 1996), historicamente percebe-se que o câncer tem sido associado à dor, à morte, à culpa, ao medo e, sobretudo, à estigmatização social. A alta incidência, as repercussões psicossociais e as incertezas quanto à etiologia e ao tratamento revestem o câncer de valor simbólico, situando-o como um dos grandes males da sociedade e como doença sobrecarregada de significados.

1.1 CARACTERIZAÇÃO DO CÂNCER

A origem do termo *câncer* é creditada a Hipócrates (460-370 a.C), que utilizou a palavra *carcinos* para descrever um grupo de doenças que se apresentavam como tumores e ulcerações (CAPONERO, 2008).

Para Ferrari e Herzberg (1997), “sob a denominação de câncer agrupam-se mais de 200 doenças diferentes, com comportamentos biológicos bastantes distintos”.

Ao contrário de outras moléstias, que são limitadas a certas espécies, o câncer atinge, além do ser humano, os animais e vegetais, porque é uma doença celular.

Os seres vivos são feitos de unidades microscópicas chamadas células. Grupos de células formam tecidos que, por sua vez, constituem órgãos.

O câncer é caracterizado por alterações que determinam um crescimento celular desordenado, comprometendo tecidos. Se o câncer se inicia em tecidos epiteliais como pele ou mucosa, ele é chamado de carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos, como tecidos de sustentação, é chamado sarcoma.

Nesse sentido, o câncer é um processo patológico, que começa quando uma célula anormal é transformada pela mutação genética do DNA celular. Smeltzer e Bare

(2002) salientam que as células cancerosas demonstram crescimento celular descontrolado, o qual não segue à demanda fisiológica.

As doenças malignas são comumente divididas em Neoplasias hematológicas [1] e Tumores Sólidos. As primeiras são doenças malignas com origem em células do sangue, como leucemias agudas e crônicas, os linfomas, o mieloma, a doença de hodgkin; os segundos podem ser divididos em dois grupos: carcinomas e sarcomas (FERRARI; HERZBERG, 1997).

Smeltzer e Bare (2002) afirmam que essa célula anormal forma clone e começa a proliferar-se de maneira anormal, ignorando as sinalizações de regulação do crescimento no ambiente circunvizinho à célula. As células infiltram-se nesse tecido e acessam os vasos sanguíneos e linfáticos, os quais as transportam até as outras regiões do corpo. Esse fenômeno é denominado metástase (disseminação do câncer para outras partes do corpo).

1.2 INDICATIVOS DE TRATAMENTOS

1.2.1 Cirurgia

A cirurgia é a mais antiga das formas de tratamento do câncer e ainda ocupa uma posição de destaque no controle dessa doença (FERRARI; HERZBERG, 1997).

A era moderna das cirurgias para o tratamento de tumores teve início nos Estados Unidos, no princípio do Século XIX, com a retirada de volumosos tumores ovarianos, antes mesmo do desenvolvimento da anestesia (1846) e da implantação das medidas de assepsia na rotina cirúrgica (1867), consequência da descoberta das bactérias (FERRARI; HERZBERG, 1997).

---

[1] São um grupo heterogêneo de doenças malignas que afetam os precursores hematopoéticos da medula óssea e que, desde o seu início, já não costumam estar restritas a uma única região do corpo, manifestando-se em várias partes do corpo sem respeitar barreiras anatômicas. Os órgãos mais envolvidos nesse processo são: sangue, medula óssea, gânglios linfáticos, baço e fígado.

Ao longo destes quase dois séculos, a cirurgia conseguiu aumentar ainda mais o seu prestígio como recurso terapêutico devido ao desenvolvimento de técnicas operatórias cada vez mais precisas e seguras (FERRARI; HERZBERG, 1997).

Uma cirurgia oncológica definitiva visa à remoção não apenas do tumor, mas também de uma boa quantidade de tecido ao seu redor, que se convencionou chamar de “margem de segurança” (FERRARI; HERZBERG, 1997).

Os procedimentos cirúrgicos da totalidade do câncer permanecem como método de tratamento ideal, que é o mais frequentemente usado. Contudo, a conduta cirúrgica específica pode variar por diversos motivos. A cirurgia diagnóstica é o método definitivo para identificar as características celulares que contemplam todas as decisões de tratamento. A cirurgia pode ser o método primário de tratamento, ou pode ser profilática, paliativa ou reconstrutora (SMELTZER; BARE, 2002).

1.2.2 Radioterapia

A radioterapia é um tratamento no qual se utilizam radiações ionizantes, que são um tipo de energia, para destruir ou impedir que as células do tumor se multipliquem.

A ação da radioterapia está restrita à área tratada, constituindo-se, como a cirurgia, em um tratamento com caráter local e regional. Seus efeitos tóxicos são também localmente limitados. Assim, não há risco de lesão aos órgãos fora do campo de irradiação (FERRARI; HERZBERG, 1997).

A radioterapia pode ser empregada com o objetivo de eliminar totalmente o câncer, visando à cura do paciente, ou para diminuir os sintomas da doença, evitando as possíveis complicações decorrentes da presença e do crescimento do tumor (FERRARI; HERZBERG, 1997).

Para alcançar esses objetivos, a radioterapia pode ser combinada à cirurgia e à quimioterapia, ou mesmo empregada como recurso isolado (FERRARI; HERZBERG, 1997).

Duas formas de irradiação são utilizadas na prática clínica: a braquiterapia e a teleterapia.

Braquiterapia

É a colocação do material radioativo junto ao tumor, permitindo administrar altas doses diretamente às células malignas, poupando os tecidos saudáveis dos seus efeitos tóxicos (FERRARI; HERZBERG, 1997).

Teleterapia

É a irradiação feita à distância da área tratada, podendo definir com clareza os limites desse tratamento. Os efeitos tóxicos aos órgãos saudáveis são evitados pelo uso de escudos, pelo *fracionamento* das doses (aplicações diárias ao longo de semanas) e pela administração dos raios através de diversos ângulos (campos de irradiação) (FERRARI; HERZBERG, 1997).

As aplicações são geralmente realizadas nos dias úteis, reservando os fins de semana para a recuperação dos tecidos saudáveis. A distribuição da dose total ao longo das semanas permite uma maior tolerância do organismo à irradiação (FERRARI; HERZBERG, 1997).

1.2.3 Quimioterapia

A quimioterapia é o uso de substâncias químicas para tratamento de doenças. Os quimioterápicos são drogas que, ingeridas ou injetadas nas veias, músculos ou sob a pele do paciente, determinam danos às células tumorais. A quimioterapia tem a capacidade de alcançar as células malignas dentro de todo o organismo, considerada ação sistêmica (FERRARI; HERZBERG, 1997).

É utilizada principalmente para tratar a doença sistêmica, ao invés de tratar lesões localizadas ou passíveis de cirurgia ou radiação. Pode ser combinada à radioterapia e/ou cirurgia, na tentativa de diminuir o tamanho do tumor no pré-operatório ou de destruir quaisquer células tumorais remanescentes no período pós-operatório.

A maior parte dos quimioterápicos é administrada por via endovenosa, embora exista um número crescente de agentes que podem ser administrados por via oral (CAPONERO, 2008).

Na maioria das vezes, os quimioterápicos são usados de forma combinada, o que aumenta sua eficácia, enquanto se mantém a toxidade do tratamento em níveis aceitáveis. A administração conjunta de diferentes drogas, que agem em etapas distintas do ciclo celular, impede o desenvolvimento de células malignas resistentes aos próprios medicamentos, aumentando as chances de uma destruição completa do câncer (FERRARI; HERZBERG, 1997).

A combinação das drogas, suas doses e todo o esquema de administração formam um *protocolo.* Trata-se de um guia para o tratamento, que será adaptado à realidade de cada paciente.

As doses dos quimioterápicos são o ponto mais crítico do tratamento. Se forem muito baixas, os medicamentos serão ineficazes contra o tumor, ao passo que as doses excessivas levam a eventos adversos que podem ser intoleráveis e danosos aos pacientes (CAPONERO, 2008).

Na quase totalidade dos esquemas, as doses são ajustadas pela superfície corpórea. Calculada matematicamente com base na massa corpórea e na altura, a superfície corpórea tem boa correlação com o volume sanguíneo e o espaço de distribuição dos quimioterápicos (CAPONERO, 2008).

A ação da quimioterapia não distingue as células neoplásicas das células normais; seu efeito atinge as populações de células de rápida divisão. Por serem substâncias tóxicas, e assim são percebidos pelo organismo, os quimioterápicos podem causar eventos adversos, tais como náuseas e vômitos, mucosite, diarreia, anemia, podendo ainda comprometer a imunidade, deixando o organismo vulnerável a infecções de gravidade variável (CAPONERO, 2008).

1.2.4 Hormonioterapia

A hormonioterapia, ou terapia hormonal, visa a evitar que o tumor cresça, se espalhe ou retorne. Utiliza medicamentos para alterar a ação dos hormônios. Pode evitar que os hormônios naturais do corpo atinjam as células de câncer, deixando de estimular o seu crescimento e permitindo controle de seu crescimento.

Alguns tumores como os de mama, próstata e endométrio expressam receptores hormonais, ou seja, eles crescem por conta da presença hormonal. A hormonioterapia é um tratamento que tem como objetivo impedir a ação desses hormônios bloqueando ou suprimindo os efeitos do hormônio sobre o órgão alvo (órgão sobre o qual atua), por exemplo, os efeitos do estrógeno, que é o hormônio responsável pela proliferação celular no caso do tumor da mama.

1.3 EPIDEMIOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (2011), a mama é uma glândula sudorípara especializada, que contém tecido conjuntivo de sustentação, glandular e adiposo. Além disso, é constituído de células que se reproduzem constantemente por mitose, um processo de divisão celular que, em condições normais, é controlado e organizado, permitindo a formação, o crescimento e a regeneração dos tecidos do corpo humano.

As mamas desempenham papel fisiológico importante em todas as fases do desenvolvimento, mostrando transformações desde a puberdade à idade adulta, e estão ligadas à identidade da mulher (DUARTE; ANDRADE, 2003).

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A cada ano, cerca de 22% dos casos novos de câncer em mulheres são de mama.

Na Tabela 1, observa-se esse panorama no Brasil, onde os novos casos de câncer de mama em mulheres apareceram como a segunda maior estimativa de incidência, para o ano de 2010.

Tabela 1 - Estimativas no Brasil, para o ano 2010, de incidência e de número de casos novos de câncer, em mulheres, segundo localização primária.

Mulheres

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.240	49,27	17.540	74,56
Colo do Útero	18.430	18,47	5.280	22,50
Cólon e Reto	14.800	14,80	5.530	23,54
Traqueia, Brônquio e Pulmão	9.830	9,82	3.130	13,37
Estômago	7.680	7,70	2.340	9,94
Leucemias	4.340	4,33	1.330	5,52
Cavidade Oral	3.790	3,76	1.090	4,48
Pele Melanoma	2.970	2,92	860	3,38
Esôfago	2.740	2,69	660	2,55
Outras Localizações	78.770	78,83	28.510	121,33
Subtotal	**192.590**	**192,74**	**66.270**	**282,03**
Pele não Melanoma	60.440	60,51	12.800	54,45
Todas as Neoplasias	**253.030**	**253,23**	**79.070**	**336,52**

Fonte: INCA (2010)

Entre as neoplasias malignas, o câncer de mama é indicado pelo Instituto Nacional do Câncer (2000) como o maior causador de mortes no mundo. No Brasil, país em desenvolvimento, o índice de morte por câncer de mama de mulheres só é superado por aquelas provocadas por doenças cardiovasculares e por causas externas[2]. Duarte e Andrade (2003, p. 156) afirmam:

> Este fato situa o câncer de mama como a terceira causa responsável pelo índice de grande mortalidade em mulheres no país, principalmente nas regiões sul e sudeste, o que indica uma mudança no perfil de mortalidade, em que as doenças crônico-degenerativas, comparadas às doenças infecto-contagiosas que causavam muitas mortes até a década de 80, apresentam uma alta prevalência entre a população brasileira.

[2] O conceito de mortalidade por causas externas engloba homicídios, suicídios e acidentes fatais, e o de morbidade recobre as lesões, envenenamentos, ferimentos, fraturas, queimaduras e intoxicações por agressões interpessoais, coletivas, omissões e acidentes (CID 10 / OMS).

Na Tabela 2, nota-se que, no Espírito Santo, a estimativa do câncer de mama é compatível com a realidade nacional.

Tabela 2 – Estimativas no Espírito Santo, para o ano 2010, de incidência e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária.

Mulheres

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	820	44,14	130	69,17
Colo do Útero	440	23,78	30	18,00
Cólon e Reto	260	14,02	50	24,83
Traqueia, Brônquio e Pulmão	170	9,01	20	13,08
Estômago	160	8,62	20	12,56
Leucemias	80	4,45	**	5,76
Cavidade Oral	100	5,20	20	9,23
Pele Melanoma	40	2,40	**	4,72
Esôfago	70	3,55	**	3,05
Outras Localizações	1.450	78,07	200	109,00
Subtotal	**3.590**	**193,30**	**500**	**272,49**
Pele não Melanoma	1.050	56,59	170	95,07
Todas as Neoplasias	**4.640**	**250,00**	**670**	**363,33**

Fonte: INCA (2010).

Apesar de o câncer de mama ser considerado um câncer de relativamente bom prognóstico, se diagnosticado e tratado oportunamente, as taxas de mortalidade por esse tipo de câncer continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. Para países desenvolvidos, essa sobrevida aumenta para 73%; já nos países em desenvolvimento, fica em 57%.

1.3.1 Fatores de risco no câncer de mama

As causas de câncer são variadas. Podem ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente[3] e aos hábitos ou costume próprio de um ambiente social e cultural; as causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente predeterminadas, estando elas ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformação maligna nas células normais.

Alguns fatores ambientais são bem conhecidos: o tabagismo pode causar câncer de pulmão, a exposição excessiva ao sol pode causar câncer de pele e algum vírus pode causar leucemia.

> Estima-se que até 70% dos casos de câncer podem ser evitados simplesmente impedindo-se a exposição aos fatores de risco ambientais. A eliminação do hábito de fumar, modificações na dieta, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e do controle na exposição a agentes químicos, radiações ionizantes e raios-ultravioletas (FERRARI; HERZBERG, 1997, p. 106).

No geral, a incidência de câncer é mais elevada em homens que em mulheres e mais alta nos setores e países industrializados.

Embora o câncer afete todos os grupos etários, muitos tipos acometem pessoas idosas. O envelhecimento traz mudanças nas células que aumentam a sua suscetibilidade à transformação maligna. Isso, somando ao fato de as células das pessoas idosas terem sido expostas por mais tempo aos diferentes de risco para câncer (SMELTZER; BARE, 2002).

---

[3] Entende-se por meio ambiente em geral (água, terra), ambiente ocupacional (indústrias químicas e afins), ambiente de consumo (alimentos, medicamentos) o ambiente social e cultural (estilos e hábitos de vida).

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção.

É recomendação que alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não transmissíveis, em geral (BRASIL, 2002).

Muitas mulheres que acabam desenvolvendo o câncer de mama não apresentam esses fatores de risco; porém, os estudos científicos mostraram que existem outros fatores de risco que aumentam a chance de aparecimento da doença (SASSE, 2004). São eles:

- mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo de 50 anos de idade;
- mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer no ovário, em qualquer faixa etária;
- mulheres com história familiar com câncer de mama masculino;
- mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atípia ou neoplasia lobular in situ;
- mãe ou irmã com câncer da mama na pré-menopausa;
- mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa;
- primeira gestação de termo depois de 34 anos;
- sedentarismo.
- menarca precoce, antes dos 12 anos;
- menopausa tardia, após os 50 anos;
- história de elevados níveis de exposição de ionização, que seriam: tratamento prévio com raio X ou exposição a radiação nuclear;
- neoplasias malignas do útero ou cólon;
- elevada ingestão de gordura e ingestão de álcool;
- idade acima de 50 anos;

- não ter engravidado ou ter engravidado tardiamente após 35 anos;
- uso de hormônios exógenos (anticoncepcionais e reposição hormonal por mais de 5 anos).

1.3.2 Modalidades terapêuticas no tratamento do câncer de mama

As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirurgia e a radioterapia, para o tratamento loco-regional; a hormonioterapia e a quimioterapia, para o tratamento sistêmico (BRASIL, 2004a). Como o câncer de mama é uma doença complexa, com variações individuais, não há uma conduta única aceita para o tratamento. Os esquemas de tratamento frequentemente são complexos e variam de acordo com o diagnóstico, a histologia, o paciente, a idade, o oncologista e o cirurgião, a progressão de doença e os protocolos atuais (NETTINA, 2003).

Smeltzer e Bare (2002) consideram que as opções de tratamento oferecidas para os pacientes com câncer devem se basear em metas realistas e alcançáveis para cada tipo de câncer específico. As metas passíveis de ser alcançadas incluem: erradicação completa da célula cancerosa (cura), sobrevida prolongada e contenção do crescimento da célula cancerosa (controle) ou alívio dos sintomas associados à doença (paliativo).

> [...] a equipe de saúde, o paciente e a família do paciente devem ter uma clara compreensão das opções de tratamento e das metas. A comunicação aberta e o suporte são vistos quando o paciente e a família reavaliam periodicamente o plano de cuidados e metas, quando as complicações da terapia se desenvolvem ou a doença progride (SMELTZER; BARE, 2002, p. 260).

O tratamento para câncer de mama é sempre individual, avaliando a doença do paciente e sua situação pessoal. Mas existem alguns passos comuns no tratamento da doença. Em primeiro lugar, com a doença em estágios precoces, o objetivo inicial é eliminar todo o tumor visível. Assim, os oncologistas recomendam cirurgia para a remoção do tumor (SASSE, 2004).

Os tipos de intervenção cirúrgica na mama incluem os seguintes métodos:

1) tumorectomia (mastectomia segmentar) e dissecção dos linfonodos axilares seguida por um tratamento de cobaltoterapia para o tecido mamário remanescente;
2) quadrantectomia, uma ressecção do quadrante mamário envolvido, comumente o quadrante superior externo, com dissecção dos linfonodos axilares e irradiação do tecido mamário residual;
3) mastectomia simples, na qual a ressecção se estende da clavícula até a reborda costal e da linha média para o grande dorsal;
4) mastectomia radical modificada, na qual todo resíduo mamário é removido justamente com linfonodos axilares. Os músculos grandes peitorais e pequenos peitorais não são removidos. Essa é a conduta cirúrgica mais comum para tratamento do câncer de mama;
5) mastectomia radical, na qual toda mama é removida juntamente com todos os linfonodos axilares e ambos os músculos peitorais, incluindo os linfonodos. Atualmente, esse procedimento é raramente realizado.

A mastectomia simples é um tratamento curativo em 98% dos casos, mas certamente representa procedimento excessivamente mutilante para considerável parcela dos casos (BRASIL, 2004a).

Tumores com diâmetro inferior a dois centímetros e margens cirúrgicas livres de comprometimento podem ser tratados com ressecção segmentar seguida de radioterapia complementar.

Cirurgias não conservadoras da mama, seguidas ou não de reconstrução mamária, são indicadas quando é impossível assegurar a obtenção de margens livres, em função da extensão ou multicentricidade do tumor.

Várias mulheres têm interesse na cirurgia reconstrutiva ou reparadora, que representa potencial de considerável benefício psicológico para a paciente. Se a mulher decide realizar uma cirurgia de reconstituição no momento da mastectomia, ela evita cirurgia futura, embora o tempo total de cirurgia seja aumentado. Algumas

mulheres observam que a reconstrução imediata diminui as sensações de perda e desfiguramento.

Ocasionalmente, a reconstrução não pode ser realizada, porque a pele e os músculos são muito rígidos. Algumas mulheres beneficiam-se aguardando até o momento posterior, porque não estão certas de sua escolha inicialmente (CARPENITO, 2002).

A radioterapia é utilizada com objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras, deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independentemente do tipo histológico, da idade, do uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens livres de comprometimento neoplásico (BRASIL, 2004a).

As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia (BRASIL, 2004a).

As decisões sobre o tratamento hormonal para o câncer de mama são baseadas no índice de receptores de estrogênio e progesterona. É realizado um exame do tecido tumoral retirado no momento da biópsia original.

As pacientes consideradas com risco mínimo de recorrência devem ser submetidas a seguimento periódico. Para aquelas com risco baixo, deve-se usar tamoxifeno[4] (TMX), por cinco anos. Já naquelas com risco elevado, o tratamento será condicionado à avaliação dos seguintes fatores: responsividade aos hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal (BRASIL, 2004a).

---

[4] É uma droga antiestrogênica para as mamas (embora estrogênica para o útero), que se usa sob a forma de comprimidos diários. Atua no corpo competindo com o estrógeno na “corrida” para ocupar os receptores hormonais de estrógeno das células mamárias. Em lá chegando, ele bloqueia esses receptores e passa a funcionar como um anti-hormônio – um antiestrogênico –, exercendo sobre as células mamárias (sadias e doentes) efeitos que obstaculam sua proliferação.

1.3.3 Avanços científicos no tratamento do câncer de mama

A oncologia é uma das áreas da medicina que mais se desenvolveu nas duas últimas décadas e vem tendo um crescimento acentuado. Devido à alta prevalência do câncer de mama na atualidade, pesquisar com intuito de desenvolver novas drogas para o tratamento ou prevenção torna-se um dever dos médicos e cientistas envolvidos direta ou indiretamente com a doença (PAGANOTTO FILHO; SCHWARTSMANN; ARAUJO, 2006).

Paganotto Filho, Schwartsmann e Araujo (2006) relatam que os primeiros anos do século XXI já demonstraram um avanço significativo no tratamento do câncer, obtido principalmente por meio de um melhor entendimento do comportamento das células neoplásicas (ou tumorais) e do surgimento de drogas mais seletivas, com melhores resultados e menos efeitos colaterais.

A descoberta dos antígenos de superfície, substâncias localizadas na membrana celular de algumas células cancerosas, proporcionou o surgimento de nova classe de drogas no tratamento do câncer de mama. Essa substância chama-se C-erbB2 e pode ser dosada no tumor, mesmo que a cirurgia tenha sido feita há muito tempo, porque é dosada no bloco de parafina onde o tumor retirado fica armazenado. O C-erB2 é uma substância encontrada somente nas células neoplásicas, não estando presente nas células normais, o que faz com que haja uma diminuição dos efeitos colaterais, pois só atingem as células doentes.

Novas drogas surgiram também na hormonioterapia, graças ao melhor entendimento da biologia tumoral. O tamoxifeno, que antes era a droga incontestável no tratamento hormonal, encontra-se agora na companhia de novas estratégias terapêuticas. Muitos tumores de mama possuem receptores hormonais em suas células, sendo, portanto, dependentes dos hormônios femininos produzidos pelos ovários, tecido adiposo e glândulas suprarrenais. O tamoxifeno age bloqueando tais receptores, o que impede que a célula tumoral prevaleça. Entretanto, em muitos casos, ocorria a falha do tamoxifeno, e a doença progredia.

O novo grupo de drogas é composto pelo anastrazol, o letrozol e o exemestane (tomados por via oral, um comprimido ao dia) e o fluvestranto (intramuscular, a cada 28 dias), todos usados em mulheres que já atingiram a menopausa. Trata-se de um tratamento eficaz e com poucos efeitos colaterais.

Avanços também foram vistos na radioterapia, com aparelhagem que fornece tratamento mais direcionado ao tumor ou ao leito tumoral, atingindo cada vez menos tecidos da vizinhança. Houve também o surgimento de uma nova modalidade de tratamento, a radioterapia intraoperária. Durante a cirurgia para a remoção do tumor é realizada a emissão de radiação diretamente no leito tumoral, em uma única sessão. Essa técnica substitui a convencional, durante a qual a paciente se submete a vários dias de tratamento.

A cirurgia de câncer de mama tem demonstrado um crescente nível de aperfeiçoamento. As técnicas cirúrgicas proporcionam (hoje em dia) cirurgias menos mutilantes, com preservação de grande parte da mama. O esvaziamento linfonodal axiliar, que antes era obrigatório, hoje, com a técnica do linfonodo sentinela, torna-se cada vez menos imprescindível. Nessa técnica, um vaso linfático é identificado durante a retirada do tumor da mama e é introduzido um contraste cintilográfico ou um corante. Seguindo o trajeto do contraste ou do corante, chega-se ao primeiro linfonodo da mama, para onde o tumor drenava o linfonodo sentinela. Esse é retirado e examinado por um médico patologista. Caso esse linfonodo não esteja contaminado por células neoplásicas, o risco de os demais estarem contaminados é mínimo, e, portanto, não é feita a retirada dos linfonodos.

A evolução das técnicas de tratamento, prevenção e detecção do câncer de mama segue no ritmo acelerado, sempre objetivando a cura e a melhor da qualidade de vida dessas pacientes. O futuro do câncer depende, em grande parte, de ações em saúde pública, mudando hábitos, evitando ou minimizando a exposição a agentes carcinogênicos, estimulando a prevenção e a detecção precoce das neoplasias (PAGANOTTO FILHO; SCHARTSMANN; ARAUJO, 2006).

“É uma doença solitária algumas vezes, pois você briga todos os dias com um inimigo invisível e não sai por aí falando ao mundo todas as horas, sobre sua luta. Mas também é uma doença generosa, pois lhe mostra para quantas pessoas você é importante”.

Mirela Janotti

2 MARCO TEÓRICO SOBRE A POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL

O sistema de saúde no país vem sofrendo constantes mudanças desde o século passado, acompanhando as transformações econômicas, socioculturais e políticas da sociedade brasileira. Busca-se contextualizar os principais fatos ocorridos na conformação da política de saúde brasileira, desde o começo do século XX, passando pelo surgimento da assistência ligada à previdência, pelo movimento pela reforma sanitária, chegando ao processo de implantação do SUS (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

2.1 BREVE HISTÓRICO DA POLÍTICA DE SAÚDE: DAS PRIMEIRAS INICIATIVAS ATÉ A CONCEPÇÃO DE DIREITO NO BRASIL

O início do século XX até 1920 era o tempo da chamada Primeira República, cuja economia se baseava na agricultura, tendo como principal produto o café, produzido com a finalidade de exportação. Portanto, era de fundamental importância que os espaços de circulação dessa mercadoria fossem saneados (sobretudo os portos) e que as doenças que prejudicassem as exportações (como a peste, a cólera e a varíola) fossem controladas (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Destaca-se, nesse período, o médico Oswaldo Cruz, que adotou o modelo das campanhas sanitaristas, destinado a combater as endemias urbanas e, posteriormente, as rurais. Esse modelo teve inspiração militar e consistia na interposição de barreiras que quebrassem a relação agente/hospedeiro, adotando ainda um estilo repressivo de intervenção médica, tanto nos indivíduos como na sociedade como um todo (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Na área de assistencia individual, as ações de saúde eram eminentemente privadas. A assistência hospitalar pública assumia o caráter de assistência social: abrigava e isolava os portadores de psicoses, hanseníase e tuberculose (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001). Nas demais áreas de atenção, a assistência aos que não podiam custeá-la, considerados indigentes, era praticada por entidades de caridade (geralmente as Santas Casas de Misericórdia).

De 1920 a 1945, segue o modelo sanitarismo campanhista. Surge a assistência previdenciária do país, com a Lei Elói Chaves, em 1923, que cria, em cada uma das empresas de ferro, uma Caixa de Aposentadoria e Pensões (CAP) para os respectivos empregados. Em 1926, as CAPs foram estendidas aos portuários e marítimos. As principais características das CAPs eram

> a concessão de benefícios pecuniários (aposentadorias e pensões) e prestação de serviços (assistência médica e farmacêutica) aos empregados e seus dependentes. Eram organizadas por empresas, e administradas e financiadas pelos empregados e empregadores (OLIVEIRA, apud ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001, p. 29).

O controle por parte do poder público era exercido a distância, ou seja, como uma instância externa ao sistema administrativo, e era destinado exclusivamente à resolução de conflitos entre a administração das Caixas e algum segurado.

Em 1930, registra-se a criação do Ministério da Educação e Saúde, que passa a coordenar as ações de saúde de caráter coletivo. A assistência à população não vinculada ao mercado formal do trabalho continuava sendo prestada pelo poder público ou pelas entidades de caridade (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Em 1933, nasce uma nova estrutura de previdência social, os Institutos de Aposentadoria e Pensões (IAPs), agora não mais administrada por empresas, mas, sim, por categorias de trabalhadores, como marítimos, bancários, comerciários, entre outros.

O início da década de 1960 foi marcado por insatisfações populares. A sociedade brasileira atingira considerável grau de industrialização e urbanização. Nessas condições, a população clamava por mudanças estruturais. A insatisfação manifestada na área da saúde era uma das reivindicações populares que pediam reformas de base (ANDRADE; SOARES; CORDONI JUNIOR, 2001).

Em 1967, ocorre a intervenção do Estado nos institutos (IAPs), que se dá com a unificação desses institutos no Instituto Nacional de Previdência Social (INPS).

O período da ditadura foi marcado por atos institucionais e por outros decretos presidenciais de cunho arbitrário, que alteraram a Constituição no que diz respeito a direitos de cidadania, informação social e política (CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2001).

Nesse período, a assistência à saúde ligada à previdência teve como principal característica a extensão da cobertura, que, a partir de 1971, passa a incluir trabalhadores rurais, em 1972, as empregadas domésticas e, em 1973, os trabalhadores autônomos (CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2001).

De 1960 até meados de 1980, vigora o modelo médico-assistencial privatista. Para Carvalho, Martins e Cordoni Junior (2001, p. 33) as principais características desse modelo eram

> o privilegiamento da prática médica curativa, individual, assistencialista e especializada, em detrimento da saúde pública, e a criação, mediante intervenção estatal, de um complexo médico-industrial privado, orientado para a geração de lucro.

Ainda na década de 1970, principalmente em sua segunda metade, cresce a discussão pela busca de reformas nas políticas de saúde e ganha corpo o movimento conhecido como Reforma Sanitária, cuja característica era a formação do pensamento crítico na política de saúde. Aparece, ainda, o conceito de Atenção Primária à Saúde (APS), promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS), difundido para países em desenvolvimento.

Carvalho, Martins e Cordoni Junior (2001) ressaltam que a década de 1980 assiste ao enfraquecimento e à queda da ditadura militar, seguidos do processo de transição democrática do País, que culminou com a discussão, redação e aprovação, em 1988, da nova e atual Constituição Federal, com repercussões importantes e determinantes no processo de construção de uma nova política para o setor saúde.

Em 1986, foi realizada a 8ª Conferência Nacional de Saúde, para discutir uma nova proposta de estrutura e de política de saúde nacional. Esse evento contou com ampla participação (cerca de 5.000 pessoas, entre dirigentes institucionais, técnicos,

estudiosos, políticos e demais lideranças sindicais e populares). Nele foi discutida a situação da saúde no País e foi aprovado um relatório cujas conclusões passaram a constituir o Projeto de Reforma Sanitária Brasileira (CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2001).

> Fato é que boa parte das teses e conclusões da 8ª Conferência Nacional de Saúde fazem parte do texto final aprovado na Constituição Federal Brasileira. Ali está desde o mais elementar, porém emblemático, estabelecimento de que "a saúde é direito de todos e dever do Estado", passando pela definição de que "as ações e serviços de saúde são de relevância pública", indo até o mais importante, que foi a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) (CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2001, p. 39).

Portanto, a conferência sistematizou os princípios e as diretrizes da Reforma Sanitária, destacando os seguintes elementos: conceito ampliado de saúde; reconhecimento da saúde como direito de todos e dever do Estado; Sistema único de Saúde; Participação Popular; Constituição e ampliação do orçamento social (PAIM, 1993).

Como o panorama de saúde no Brasil, desde a década de 1980, vinha de um contexto de democratização do país, como o fim da ditadura militar e a eleição direta a Presidência da República e a Constituição de 1988, a saúde aparece como direito de todos e dever do Estado, garantindo-se mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário das ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

A reformulação do conceito de saúde exigiu alterações na organização e na prestação de serviços tendo em vista que o novo conceito de saúde não considera apenas as causas biológicas, provenientes de fungos, vírus, mas também determinantes sociais, como a fome, ou seja, todas as questões que influenciem nas condições de vida e de trabalho da sociedade (BRASIL, 1990b).

A Constituição Federal de 1988 criou um novo modelo de saúde, agora não mais vista como ausência de doenças, mas com o sentido amplo de atendimento integrado, como dispõe seu artigo 196:

> A saúde é um direito de todos e dever do Estado garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução de risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 2006, p. 129).

Essa Constituição traz ainda o novo sistema de saúde brasileiro, especialmente nos artigos 196 a 200:

- art. 196: coloca a saúde como direito de todos e dever do Estado, garantindo acesso universal, igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação;
- art. 197: define as ações e serviços de saúde como sendo de relevância pública;
- art. 198: constitui o Sistema Único de Saúde (SUS) – através de rede regionalizada e hierarquizada de ações e serviços públicos de saúde, segundo diretrizes de descentralização, com direção única em cada esfera de governo, de atendimento integral preventivo/assistencial e de participação da comunidade.
- art. 199: mantém a assistência à saúde livre à iniciativa privada;
- art. 200: dispõe sobre as competências do Sistema Único de Saúde.

Para a efetiva implantação do SUS, seguiu-se um processo de elaboração e aprovação das “Leis Orgânicas de Saúde” (Lei nº 8.080 e nº 8.142) as quais detalharam os princípios, as diretrizes gerais e as condições para a organização e o funcionamento do sistema.

Londrina (apud CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2011) afirma que a organização básica das ações e dos serviços de saúde, quanto à direção, às competências e atribuições de cada esfera de governo no SUS, foi um tema detalhado pela Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990.

A Lei nº 8.080/1990 assim dispõe em seu art.º 3º (BRASIL, 1990):

> Art. 3º. A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.
>
> Parágrafo único: Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do dispositivo do artigo, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem estar físico, mental e social.

Essa lei teve que ser complementada, devido aos vetos que recebeu do então presidente Fernando Collor de Melo, pela Lei nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990. Essa segunda lei dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do sistema e a forma e as condições para as transferências intergovernamentais de recursos.

É importante levar em consideração que a participação da comunidade implica a participação da população na gestão do SUS, por intermédio de instâncias representativas, como as conferências de saúde, que ocorrem de quatro em quatro anos, e os conselhos de saúde, que são colegiados, ou seja, as vagas são distribuídas, o que conhecemos como paridade: os usuários ocupam metade das vagas, e o governo, um quarto das vagas, e o mesmo número de vagas é destinado aos trabalhadores (BRASIL, 1990b). Essa participação na gestão da saúde possibilita ainda um controle sobre as ações do Estado, podendo então acompanhar, executar e fiscalizar as políticas de saúde, para que sejam realizadas atendendo interesses coletivos.

A organização operacional do SUS evoluiu mediante a edição de três Normas Operacionais Básicas (NOB). A primeira edição, em 1991; a segunda, em 1993, e a terceira, em 1996.

A criação da Norma Operacional Básica (NOB 01/93) permitiu constituir Comissões Intergestores como instância privilegiada de negociação, pactuação, articulação, e integração entre gestores, visando à operacionalização da descentralização. Na esfera federal, a Comissão Intergestores Tripartite (CIT) é constituída igualitariamente por representantes do Ministério da Saúde, da entidade de representação dos secretários estaduais de saúde – CONASS, e da entidade de representação dos secretários municipais de saúde – CONASEMS. Na esfera estadual, a Comissão Intergestores Bipartite (CIB) é formada paritariamente por representantes da Secretaria Estadual de Saúde e da entidade de representação do conjunto dos secretários municipais de saúde do estado (CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2001).

A partir da implantação da Norma Operacional Básica 01/96 – NOB 96, em 1998, foram estabelecidas estratégias visando a mudanças no modelo de atenção

instalado no país e na alocação de recursos, a partir das quais parte das transferências federais é distribuída por critérios populacionais, ampliando a governabilidade do gestor municipal no uso desses recursos. Além de pretender ser mecanismo indutor de um novo modelo de atenção, ao buscar promover a organização da gestão dos sistemas municipais de saúde para o alcance da efetiva integralidade da atenção, a NOB 96 também inova, ao enfocar a necessidade de aplicação de critérios capazes de avaliar os sistemas estaduais e municipais de saúde (BRASIL,1996).

> As principais mudanças previstas por esta norma dizem respeito à forma de repasses financeiros, com transferência regular e automática fundo a fundo, possibilitando autonomia aos municípios e estados para a gestão descentralizada. Além disso, prevê incentivos para a mudança do modelo de atenção à saúde, e avaliação dos resultados (CARVALHO; MARTINS; CORDONI JUNIOR, 2001, p. 47-48).

Em 2001, foi editada a Norma Operacional da Assistência à Saúde (NOAS – SUS 01/2001), com objetivo de aperfeiçoar o processo de descentralização em curso no país, avançando na implementação da regionalização da saúde e na ampliação da responsabilidade dos municípios no tocante à atenção básica. Assim como a NOB 96, essa norma reforça a necessidade de avaliar o sistema de saúde, tanto no que diz respeito à sua organização, quanto no tocante à qualidade e ao impacto da atenção prestada (BRASIL, 2001).

Destacam-se, aspectos do SUS com relação ao pacto de gestão, por ser a recente proposição para a operacionalização da política de saúde do país, em vigor a partir de fevereiro de 2006. Essa proposição se encontra em processo de implantação e reorienta a Política Nacional de Saúde em cinco pontos, conforme Solla (2006):

1. substituição do processo de habilitação pela formalização de termos de compromisso de gestão;
2. regionalização solidária como eixo estruturante da descentralização;
3. proposta de integração de várias fontes de recursos federais para estados e municípios em blocos de financiamento;
4. explicitação dos recursos de critérios próprios dos estados e municípios;
5. unificação do processo de pactuação de indicadores a partir de 2007.

2.2 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NO CONTEXTO DO SUS

O SUS é um sistema que significa um conjunto de unidades, de serviços, e ações que interagem para um fim comum. Esses elementos se voltam, ao mesmo tempo, para atividades de promoção, proteção e recuperação da saúde e têm como princípios básicos a universalidade, a equidade e a integralidade (BRASIL, 1990b).

Dentro do sistema, é importante ressaltar a questão da Atenção Primária à Saúde (APS). Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a APS é definida como o primeiro contato de indivíduos, famílias e comunidade com o Sistema Nacional de Saúde, trazendo os serviços de saúde, o mais próximo possível, aos lugares de vida e trabalho das pessoas e constituindo o primeiro elemento de um processo contínuo de atenção.

Sobre a APS, é relevante abordar a Estratégia Saúde da Família (ESF), que veio contribuir para a reorientação do modelo assistencial em conformidade com os princípios do SUS e com a definição de responsabilidade entre os serviços de saúde e população, visando superar o caráter de atenção primária seletiva.

As ações ainda são focalizadas na prática, o que nos leva a refletir que precisamos investir na mudança da lógica de prestação de serviços, intervindo desde a prevenção, a porta de entrada, até os níveis mais complexos da atenção.

Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária tem responsabilidade quanto às ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis da história natural da doença.

As ações de cuidados paliativos podem e devem ser inseridas em todos os níveis, inclusive na atenção primária, envolvendo não só o apoio multidimensional (físico, espiritual, psicológico, social e afetivo) aos indivíduos e às famílias que vivenciam o câncer em estágio avançado, mas também os cuidados aos indivíduos no início da doença, por meio de orientação, encaminhamento e suporte adequado (BRASIL, 2002).

A prevenção primária do câncer de mama ainda não prevê estratégias específicas em virtude do conhecimento hoje disponível sobre a causalidade da doença. O câncer de mama tem, na idade, um dos principais fatores de risco, ao lado da herança genética.

As ações, nessa área, envolvem a adoção de estratégias de comunicação e educação em saúde sobre a importância do problema, a possibilidade de detecção precoce e a rotina de rastreamento. O processo educativo deve considerar o perfil da população feminina na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde (UBS), e esse processo deve contar com a participação da comunidade, fortalecendo, assim, o envolvimento popular nas ações. A comunidade, portanto, não pode estar afastada da realidade sociocultural da população.

O exame clínico das mamas integra as estratégias de rastreio e deve ser realizado nas mulheres de 40 a 69 anos e no grupo de mulheres acima de 35 anos consideradas de alto risco. Há profissionais que ainda não fazem esse tipo de atendimento, limitando-se à indicação de mamografia aleatoriamente.

A APS tem papel fundamental no rastreamento do câncer de mama, e, dentre múltiplos desafios, destaca-se a permanente necessidade de qualificação e responsabilização de diversos atores para que possam garantir a reflexão sobre as práticas e a identificação de falhas e limites a serem corrigidos no processo.

Há uma necessidade urgente de se ampliar o rastreamento, mediante o acesso facilitado a serviço de qualidade, a adoção de estratégias educacionais e participativas e a organização da rede para o seguimento adequado das mulheres com exames alterados. A referência para atenção de média e alta complexidade deve ter a garantia de ações adequadas de diagnóstico e tratamento, ponto ainda crítico para a organização da linha de cuidado. A dificuldade de articulação entre os níveis de atenção se reflete nos elevados índices de diagnóstico tardio e mortalidade pela doença (PARADA et al., 2008).

Em relação às ações de promoção, é preciso fortalecer o eixo da mobilização social para que os fatores relacionados à ocorrência de câncer de mama possam ser

reconhecidos e debatidos publicamente. A informação sobre a redução da exposição aos riscos e as formas de proteção deve estar articulada a um conjunto de fatores relacionados à oportunidade para práticas saudáveis e para o acesso a serviço de qualidade, em um contexto educativo que privilegie a interação, a participação e o diálogo (PARADA et al., 2008).

A perspectiva da atenção primária como porta de entrada junto a indivíduos, família e comunidade e o conceito de integralidade, preconizado pelo SUS, nos dão a dimensão de como a paciente mastectomizada deve ser abordada e entendida, considerando funções biológicas, psicológicas e sociais, buscando atendimento individual e familiar, trabalhando aspectos que interferem no processo de tratamento e visando ações que favoreçam o enfrentamento da doença e as relações sociais e as potencialidades da paciente enquanto cidadã.

2.3 A INTEGRALIDADE NA ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS

A integralidade, além de um princípio constitucional defendido como prerrogativa da humanização do cuidado em saúde, busca a possibilidade de apreender as necessidades mais abrangentes do ser humano, valorizando a articulação entre atividades preventivas e assistenciais.

Todavia, o modelo teórico-conceitual do sistema de saúde, o da biomedicina, constitui um obstáculo importante para a proposta da integralidade. Além disso, os problemas de saúde surgem articulados a contextos sociais, culturais, econômicos, políticos, que influenciam o processo saúde-doença e extrapolam o campo das políticas exclusivamente de saúde, numa complexidade que impõe limites e uma multiplicidade de desafios.

É importante destacar que, para a materialização da integralidade em saúde, não basta apenas garantir o acesso ao sistema de saúde; existe dependência de outros fatores, conforme é constatado a seguir:

> [...] o acesso da população a todos os níveis de sofisticação tecnológica dos serviços seria a condição e o ponto de partida para a construção do princípio de integralidade no SUS. Ao mesmo tempo, o acesso em si não garantiria a integralidade, na medida em que, conforme já discutido, esse princípio depende de outros fatores para sua materialização. Dentre eles a criação de vínculos entre usuários e equipes, a melhoria das condições de vida da população e a construção da autonomia dos usuários na luta pela satisfação de suas necessidades e atendimento de suas demandas em saúde. Dar resposta às necessidades de saúde de uma dada população requer sua apreensão no campo individual, compreendendo que essas necessidades são constituídas historicamente e demandam a seu atendimento a existência de uma rede organizada e articulada de saúde e de outras áreas da política governamental (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006, p. 23).

Os mecanismos de cooperação e coordenação se colocam como ferramentas indispensáveis à materialidade da integração de redes assistenciais de saúde, com potencialidade de garantir respostas às necessidades individuais, em âmbito local e regional.

A integração dos Serviços de Saúde, assim como a conformação de redes assistenciais, constitui atributo importante da integralidade em saúde e ainda representa um grande desafio para a consolidação do SUS.

O reconhecimento da determinação social das doenças exige novas maneiras de enfrentar os problemas de saúde. Ganha ênfase, então, a concepção integral da saúde, bem como reforça-se a necessidade de desenvolvimento de ações voltadas para a erradicação das causas sociais das doenças (BRASIL, 2002). Segundo Cohn,

> [...] o setor da saúde é levado, necessariamente, a responder e a enfrentar questões que em sua grande maioria têm como origem fatores externos a ele. E se de um lado não há como negar, contrariamente à concepção estritamente biológica do saber médico predominante, que as manifestações mórbidas têm profunda raízes no contexto social [...], de outro reforça a busca de integração dos diferentes setores das políticas públicas na formulação e implementação dos programas (COHN, 1999, p. 99).

Falar da concepção integral de saúde é pensar em uma forma de atenção que privilegie a saúde, não a doença, é observar a dinâmica da sociedade nas mais diferentes situações de vida que resultam no processo de adoecimento. As ações fragmentadas da saúde apreendem o indivíduo como se todo contexto de vida fosse resumido em coração, útero, ou pulmão, quando ele transpõe as portas do sistema

de saúde, onde é classificado com base em denúncias preexistentes. O acesso precisa conter um aparato em todos os níveis de atenção, pois a integralidade garante o atendimento em todos os níveis de complexidade do SUS.

Como no processo de efetivação da integralidade ligado às questões de saúde da mulher ocorre uma disparidade na continuidade das ações relacionadas à totalidade da atenção à saúde, a esfera de atendimento em nível secundário ainda é uma estrutura distante do alcance desse segmento da população.

O câncer também passa a ser um indicativo da condição geral de saúde da população. Com a falta de comunicação entre os setores primários, secundários e terciários, tem-se um grande contingente de indivíduos com tumor que não têm como se tratar. A falta de articulação e de informação gera todo esse desequilíbrio dentro do sistema de saúde e leva a uma desintegração. Quando se fala em saúde no Brasil, se fala só em tratamento, e a situação de diagnósticos tardios é uma consequência dessa desintegração, que é um prenúncio de alta mortalidade (KLIGERMAN, 2001).

Essa fragmentação dos níveis de assistência amplia o desafio pelo princípio da integralidade, sendo esta uma das diretrizes do SUS. A saúde pressupõe ações que envolvam de forma totalizante as causas sociais, para a construção de saúde e para, além disso, a promoção de ações que de fato promovam a saúde.

Saúde em forma de integralidade compreende as causas sociais e as necessidades básicas da população, como educação, trabalho, alimentação, lazer e todos os processos que lhe permitam o pleno convívio em sociedade. Problemas sociais chegam aos centros de saúde pelo desemprego, pelo alcoolismo, pela depressão, pelo filho que foi embora, usuário de drogas, pela baixa renda, pela criança que trabalha, que vive nas ruas, pela violência doméstica. O alcance dessa diretriz não está, portanto, apenas em um atendimento clínico, mas também em uma ação ; está em saber de que a população adoece, de que serviço dispõe, de suas condições de acesso e inserção nos programas de políticas públicas (ANTUNES, 2003).

Para Marsiglia (apud ROUQUAYROL,1999, p. 19), na história da doença, o social e o natural têm, cada qual, sua hora e sua vez:

> A perspectiva de pensar o 'social' sob a forma mais totalizante – uma estrutura social particularizada em conjuntura econômica, política e ideológica –, que condiciona uma dada situação de vida de grande parcela da população e um agravante crítico do seu estado de saúde, dá ao estudo do processo epidêmico sua real dimensão enquanto fenômeno coletivo.

O modelo hegemônico assistencial é centrado na doença. Se os profissionais de saúde e a população usuária não percebem essas relações, os direitos sociais, incluindo a saúde, sempre significarão direitos não efetivados, em países em desenvolvimento como o Brasil.

Prestar atendimento integral ao paciente significa que todos os aspectos do funcionamento humano precisam de cuidados. Na oncologia, já não se concebe o atendimento fragmentado, tão comum na área de saúde. Os profissionais devem se basear no entendimento de totalidade do ser e procurar, por intermédio de uma equipe interdisciplinar, atender as demandas referentes ao adoecimento do paciente com câncer.

A integralidade é qualificada como um "dispositivo político, de críticas, saberes e poderes instituídos por práticas cotidianas que habitam sujeitos, nos espaços públicos, a engendrar novos arranjos sociais e instituições em saúde", e o dialogismo representa um de seus elementos constitutivos (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

É fundamental a postura dos profissionais quando a configuração de sua prática com o usuário também vislumbra a realização da integralidade no atendimento. Referenda-se que essa integralidade em saúde não se limita apenas ao bom exercício da biomedicina, mas compreende a prática de todos os profissionais diretamente envolvidos com o cuidado em saúde.

A percepção ampliada sobre o conjunto de necessidades desses usuários dos Serviços de Saúde e a forma como os profissionais procuram encaminhar ou

resolver essas necessidades demonstram como sua prática pode estar implicada com esta dimensão da integralidade (ALMEIDA, 2009).

Ao se falar da integralidade, faz-se importante falar também do cuidado. Pinheiro e Guizardi (2006) defendem que o cuidado é uma atividade intrinsecamente humana, como valor ético-político que reafirma a vida, partindo-se da compreensão de que esse cuidado configura o ethos humano do agir em saúde, sendo ele o ponto central das práticas eficazes de integralidade em saúde.

O cuidado representa a maior expressão de integralidade nos encontros humanos em saúde e exige responsabilidade coletiva, da qual nenhum ator social comprometido com a afirmação da vida poderá se esquivar (PINHEIRO; GUIZARDI, 2006).

Os autores defendem o entendimento de que as diferenças devem ser respeitadas publicamente. No campo da saúde, isso ganha materialidade quando, na organização dos serviços, por exemplo, o usuário tem acesso às alternativas terapêuticas, para além das práticas médicas tradicionais, ou ainda é garantida sua participação na decisão das tecnologias utilizadas em seu tratamento.

A noção de vínculo trazida por Merhy (1994) aponta a necessidade de estabelecimento de relações bastante próximas e claras entre os usuários e os profissionais, como condições fundamentais para o trabalho em saúde. O efeito desejado dessa interação é a sensibilização e a mobilização da equipe de saúde em torno das demandas e sofrimentos individuais e coletivos vividos pela população.

Para esse autor, vinculação é um termo que está implicado com a ideia de responsabilização desses profissionais pela solução dos problemas que lhes são apresentados. Nesse sentido, o ato de vinculação condiciona os profissionais a pensar, agir, acompanhar os direitos e movimentos da rede de atenção à saúde, na garantia de uma atenção integral e digna voltada à população.

Essas considerações indicam que a intervenção profissional é um desafio, pois a oncologia envolve múltiplas questões (biológicas, sociais, econômicas), que evidenciam aspectos como saúde e doença, vida e morte, cuidado e abandono.

Essa complexidade coloca, para o profissional de saúde, a necessidade de um atendimento humanizado associado à educação em saúde na sua integralidade, como uma prática político-pedagógica voltada para prevenção e detecção da doença.

Segundo documento base da Política Nacional de Humanização (PNH) ao se promover a “valorização dos diferentes sujeitos implicados no processo de produção de saúde e ao direcionar estratégias e métodos de articulação de ações, saberes, práticas e sujeitos, pode-se efetivamente potencializar a garantia de atenção integral, resolutiva e humanizada” (BRASIL, 2006c).

Sendo assim, defende-se uma política de saúde pública orientada pela integralidade da atenção e pela superação do tecnicismo e do modelo médico hegemônico e reforça-se uma análise crítica conjuntural e estrutural, visando à articulação com os serviços intra e extrainstitucional e estimulando o trabalho interdisciplinar, onde a reflexão conjunta, a diversidade de percepções, conhecimentos e ideologias presentes no cotidiano apontam possíveis caminhos de intervenção.

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2004b) considera como prioridade à saúde da mulher uma política que incorpore, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção de saúde como princípios norteadores e busca consolidar os avanços no campo dos direitos sexuais e reprodutivos, no planejamento familiar, no combate à violência doméstica e sexual, na prevenção e tratamento da AIDS e outras doenças transmissíveis e de câncer ginecológico.

As histórias das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressam frustrações, violações de direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico e físico.

2.4 A POLÍTICA DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

A política voltada para assistência à saúde da mulher foi formulada, nas políticas nacionais, na década de 30, estando limitada nas demandas relativas à gravidez e ao parto.

Nos anos de 1950 e 1960, os programas materno-infantis eram priorizados, tendo em vista o papel da mulher em ser reprodutora e mantenedora de indivíduos, portanto mãe e doméstica responsável pela criação, pela educação e pelo cuidado com a saúde dos filhos.

Na visão do movimento feminista, esses programas trabalharam numa perspectiva reducionista do papel da mulher. Os grupos organizados argumentaram que as desigualdades nas relações sociais de gênero se traduziam também em problemas de saúde. Esses grupos reivindicavam sua condição de sujeitos de direito com necessidades que extrapolavam o momento da gestação e do parto, demandando ações que lhes proporcionassem melhoria das condições de saúde em todos os momentos e dimensões da vida.

Na década de 1980, foi elaborado pelo Ministério da Saúde o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), com participação de princípios feministas em políticas públicas de saúde. Porém, o modelo continuou com especialização clínica, verticalizado e fragmentado.

Pedrosa (2005) considera que a implementação das políticas de atenção integral à saúde da mulher é um desafio para os gestores e profissionais inseridos no sistema de saúde. Ela destaca ainda que essas políticas apresentam caráter contra-hegemônico na medida em que introduzem conceitos de assistência à saúde que se contrapõem à maneira histórica de se compreender o processo saúde-doença: sexo X gênero, biologismo X holismo, integralidade X fragmentação.

Em 2004, foi publicada a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher, que incorpora, em um enfoque de gênero, a integralidade e a promoção da saúde como princípios norteadores.

As ações dessa política enfatizam a melhoria da atenção obstétrica; o planejamento familiar; a atenção ao abortamento; o combate à violência doméstica e sexual e o cuidado à saúde da adolescente e da mulher no climatério.

A política agrega também a prevenção e o tratamento de mulheres que vivem com HIV/AIDS; das portadoras de doenças crônicas não transmissíveis, incluindo as pacientes com doença mental e de câncer ginecológico.

Além disso, amplia as ações para grupos historicamente alijados das políticas públicas: lésbicas, mulheres negras, indígenas, residentes em áreas rurais e mulheres em situação de prisão.

Um dos problemas encontrados no SUS, hoje, se refere à implantação de alguns programas com certas implicações e racionalizações, que se constituem em “subsistemas” de atenção aos pobres, não efetivando a integração da rede de serviços e não havendo definição de uma rede de referência.

No processo de organização da rede de atenção oncológica nos estados, têm sido constatadas algumas questões que têm dificultado as ações de rastreamento e controle do câncer.

É necessário também avançar no acesso ao tratamento quando há a confirmação do diagnóstico, pois o câncer não espera e o sistema deve estar preparado para o encaminhamento e o atendimento na alta complexidade. De acordo com a Federação de Entidades Filantrópicas de Apoio à Saúde da Mama (FEMAMA), trava-se uma luta também com a participação da Sociedade Brasileira de Mastologia para que o prazo máximo entre a descoberta e a cirurgia seja feito em, no máximo, 60 dias, e, logo depois, proceda-se aos tratamentos adjuvantes como a quimioterapia ou radioterapia, caso haja necessidade.

Para que as estratégias de controle do câncer se integrem e produzam resultados, é vital que os profissionais de saúde e gestores conheçam seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações.

A política ainda propõe diretrizes para a humanização e a qualidade do atendimento. A humanização e a qualidade da atenção implicam a promoção, o reconhecimento e o respeito aos direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e o bem-estar do paciente (BRASIL, 2006c).

2.5 A POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

No Brasil, a abordagem do câncer como problema sanitário a ser enfrentado pelo Estado se deu somente a partir da década de 1930, pela atuação de pesquisadores da área como Mario Kroeff, Eduardo Rabello e Sérgio Barros de Oliveira (BRASIL, 2010). O caráter nacional do controle do câncer viria sob a forma de criação do Serviço Nacional de Câncer (SNC), em 1941, destinado a orientar e controlar a campanha de câncer em todo país.

Em 1954, o Brasil sediou o VI Congresso Internacional de Câncer, em São Paulo, organizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Nesse evento, foram destacados o câncer como problema de saúde pública e o conceito de controle como “meios práticos aplicados às coletividades ou indivíduos, capazes de influenciar a mortalidade por câncer”, sendo esse controle construído a partir da prevenção, da educação, do diagnóstico e do tratamento.

Em 1957, foi inaugurado, no Rio de Janeiro, o hospital-instituto (atual INCA), que passou a ser a sede do SNC. A partir de então, esforços de unificação das ações de controle do câncer resultaram, em 1967, na institucionalização da Campanha Nacional de Combate ao Câncer (BRASIL, 2006b).

Após um período de retrocesso nas políticas de controle do câncer na década de 1970, foi criado, nos anos de 1980, o Programa de Oncologia (PRO-ONCO), com objetivo de retomar o controle da doença. A partir da década de 1990, com o processo de estruturação do Sistema Único de Saúde (SUS), coube ao INCA o papel de agente diretivo das políticas de controle do câncer no país.

Em 1998, surgiu o Programa Nacional de Controle do Câncer de Colo de Útero (Viva Mulher) e, em 2000, surgiram às primeiras iniciativas para o controle do câncer de mama, consolidadas com as diretrizes técnicas nessa área (BRASIL, 2004a), como se vê no Anexo C.

Outras ações como a ampliação dos registros de câncer e a expansão da assistência oncológica, por meio dos Centros de Alta Complexidade, foram implementadas nos últimos 10 anos (BRASIL, 2007).

Esse esforço para consolidar ações nacionais de controle do câncer culminou, no final de 2005, com o lançamento da Portaria nº 2439/GM, de 8 de dezembro de 2005, que estabeleceu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO). O texto apresenta uma forma inovadora na abordagem integrada de tratar a questão do câncer no Brasil desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos (vide Anexo B).

A PNAO é parte integrante do SUS, na medida em que o câncer passa a ser visto como questão de saúde pública devido à sua grande incidência e ao alto índice de mortalidade. Tem como suas diretrizes:

> 1) estabelecer, em âmbito nacional, as ações de prevenção de câncer, visando à promoção da saúde do povo brasileiro; 2) detectar precocemente os cânceres passíveis de tal detecção, para aumentar a probabilidade de cura e melhorar a qualidade de vida dos doentes; 3) consolidar e expandir os serviços de assistência oncológica e gradativamente, em todo país, de forma integrada; 4) promover o desenvolvimento de recursos humanos, de estudo, pesquisas e outras ações indispensáveis à qualidade desejada de serviços e ações de prevenção e controle do câncer (BRASIL, 2005).

O objetivo da política é tratar simultaneamente das questões relativas à incidência e à mortalidade por câncer.

A redução da incidência do câncer está diretamente associada às medidas de prevenção e de conscientização da população quanto aos fatores de risco. Já a redução da mortalidade depende da capacidade em detectar o câncer o mais precocemente possível e tratá-lo adequadamente. Essas duas ações, além de

caracterizarem a indissolubilidade do binômio prevenção-assistência, preveem a aplicação dessas ações em âmbito nacional e de forma universal.

Ainda em 2006, em parceria com o INCA, o Ministério lançou um caderno de atenção básica, específico para o câncer de mama e colo do útero, onde coloca a importância de:

a) conhecer as ações de controle dos cânceres do colo de útero e da mama;
b) planejar e programar as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama como priorização das ações segundo os critérios de risco, vulnerabilidade e desigualdade;
c) realizar ações de controle do colo do útero e da mama de acordo com este caderno: promoção, prevenção, rastreamento, detecção precoce, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos;
d) alimentar e analisar dados dos sistemas de informação em saúde (SIAB, SISCOLO e outros) para planejar, programar e avaliar as ações de controle;
e) conhecer os hábitos de vida, valores culturais, éticos e religiosos das famílias assistidas da comunidade;
f) acolher as usuárias de forma humanizada;
g) valorizar os diversos saberes e práticas na perspectiva de uma abordagem integral e resolutiva, possibilitando a criação de vínculos com ética, compromisso e respeito;
h) trabalhar em equipe, integrando áreas de conhecimento e profissionais de diferentes formações;
i) prestar atenção integral e contínua às necessidades de saúde da mulher, articulada com os demais níveis de atenção, com vistas ao cuidado longitudinal (ao longo do tempo);
j) identificar usuárias que necessitem de assistência ou internação domiciliar (onde houver disponibilidade do serviço) e corresponsabilizar, comunicando os demais componentes da equipe;
k) realizar atividades de educação permanente relativas à saúde da mulher, ao controle dos cânceres do colo do útero e de mama e participar dessas atividades;
l) desenvolver atividades educativas individuais e coletivas.

“A primeira sensação é de impotência, o processo de vitimização é muito perverso. Uma coisa é você reconhecer que tem uma doença grave, outra coisa é você sentir que está diante de uma maldição e ficar na maluquice de “por que eu?” “eu não mereço isso”.

Elisa Gonçalves

3 O UNIVERSO FEMININO NA DIMENSÃO DO CÂNCER DE MAMA

3.1 O PAPEL DA MULHER NA SOCIEDADE

Nas escrituras bíblicas, a figura da mulher traz a representatividade da maternidade, da continência, da submissão, cujo principal papel está relacionado aos cuidados e à proteção da família para assegurar as relações do lar. Atributos como compreensão, obediência e aceitação associadas à figura da Virgem Maria contribuem para o entendimento do ser feminino na sociedade (GIMENES, 2000).

No sistema patriarcal, grande parte da sociedade distribue seus papéis segundo a divisão sexual: os homens com atividades externas ao lar, relacionadas como as mais fortes e competitivas; e as mulheres com as atividades internas ao lar e como responsáveis pela manutenção da moral e reprodução de valores. A mulher era rainha do lar e deveria ser exemplo para a continuidade dessa história aos seus filhos. O casamento era o alicerce desse tipo de organização social com fundamentos na monogamia, sustentado pelo homem (GIMENES, 2000).

A mulher era considerada de inteligência inferior e não tinha autonomia para se envolver em questões políticas e econômicas e ou outras atividades extralar. Além de ser frágil, irresponsável e irracional, a mulher era considerada assexuada, pois o sexo só existia para a procriação e a mulher deveria ser destituída de todo desejo sexual para cumprir seu papel de progenitora (GIMENES, 2000).

A naturalização das funções de esposa e mãe como sendo femininas contemplava a domesticação dos impulsos, desejos, sendo onde a educação voltada para as prendas domésticas, que seriam repassadas na criação das meninas para que pudessem exercer a função de esposas e mães prendadas. Aos meninos caberia a missão de torná-los grandes homens, fortes e inteligentes (GIMENES, 2000).

Do ponto de vista filosófico, outra dualidade se manifesta intervindo na construção das identidades: o predomínio da razão ou da emoção na compreensão e interpretação do mundo bem como da inserção de homens e mulheres nesse

mundo. A construção dessas ideias remonta à época medieval, que tinha na dúvida o eixo fundamental de compreensão das coisas, em oposição à razão. Segundo Fagundes (2003),

> a modernidade inverte esta relação quando passa a ter a razão como eixo a determinar o que é aceitável ou não, o que é certo e o que é errado, o que é mais e o que é menos importante. Neste contexto, a emoção passa a se situar em um plano de menor importância. Desse modo, o critério da razão definirá a quem cabe o domínio da sociedade, quem é capaz de pensar o mundo e dirigir o destino das pessoas. Assim, a sociedade estimula os homens a serem racionais, a se controlarem, a sufocarem ou matarem o seu lado emocional, tido como seu lado frágil (FAGUNDES, 2003, p. 3).

Durante a primeira guerra, a mulher foi trabalhar nas indústrias, devido à escassez de mão-de-obra e aos baixos salários masculinos. O trabalho feminino passou a ser necessário para a sociedade. A imagem feminina passou a ser valorizada, e a mulher, tornada independente economicamente, passou a interferir no mercado e a alterar as relações com o sexo masculino (GIMENES, 2000).

A divisão do trabalho nas sociedades humanas dependia mais das condições culturais do que das condições sexuais.

> A primeira divisão do trabalho se fez entre o homem e a mulher na criação dos filhos. Posteriormente, com o aperfeiçoamento das forças produtivas e o surgimento de excedentes de produção, a divisão do trabalho tornou-se mais complexa: uma parte da população passou a administrar o processo produtivo, do qual progressivamente se apoderou do produto (e deteve o poder), e a outra parte ficou com o papel de reproduzir (e em conseqüência, ser submissa, uma vez que reproduzir, socialmente, vinha em segundo plano em relação ao produzir, prover). Diante disso, depreende-se que a propriedade privada foi decorrente da divisão e da alienação do trabalho. Uma releitura das posições de Marx e Engels permite concluir que os homens passaram à situação de donos do poder e as mulheres, de excluídas e submissas, embora se considere que a relação entre dominantes e dominados não é simétrica (FAGUNDES, 2003, p. 4).

A mulher na modernidade trabalha fora do espaço doméstico, possui salário e não depende exclusivamente do homem para sobreviver. Agrega papéis sociais, já desempenhados, uma autêntica identidade profissional, valorizada pela competitiva sociedade capitalista, cuja palavra de ordem é obter êxito (ALMEIDA, 2009).

Os acontecimentos históricos que tornam o trabalho feminino fora do ambiente doméstico uma necessidade contribuem para a construção da identidade profissional cuja imagem de heroína é reforçada por ser economicamente independente, no desejo de exercitar o direito de escolha (GIMENES, 2000).

Ao agregar à sua identidade mais esse papel na sociedade, a mulher incorpora o fato de ter que obter êxito no que faz e, enquanto o corpo físico permitir externar sua força, ela permanecerá realizando todas as atividades que ajudam a compor sua identidade, contribuindo para a reconstrução de valores normais e pensamentos culturalmente comuns a sua sociedade (GIMENES, 2000).

Com a conquista feminina do mercado de trabalho, foi possível introduzir a transformação de um discurso masculino, de pura opressão, num discurso naquele de respeito à mulher determinada, forte, que adota um projeto reflexivo de vida. Porém, no espaço doméstico, a redistribuição de papéis entre homens e mulheres não ocorreu, e a mulher duplicou sensivelmente a sua profissão com o trabalho doméstico.

Segundo Coelho (apud ALMEIDA, 2009), “a participação masculina no mundo do trabalho se dá de acordo com as oportunidades oferecidas à sua inserção, e vai estar relacionadas às qualificações pessoais, com pouca ou nenhuma interferência de fatores familiares e domésticos”. No caso das mulheres, a situação é absolutamente diferente, pois a sobrecarga de responsabilidades não distribuídas com os homens vem afetando a saúde da mulher, não se compatibilizando com a realidade de vida apresentada por elas.

3.2 MULHER E SEXUALIDADE: NO CONTEXTO DO CÂNCER DE MAMA

Lidar com o câncer constitui um desafio doloroso, na experiência feminina, particularmente quando se trata do câncer do colo de útero e de mama, caso em que essa tarefa parece ainda mais difícil, porque esses tipos de câncer afetam órgãos do seu corpo que estão diretamente ligados à sua função reprodutiva e à sua sexualidade, trazendo-lhes danos, algumas vezes, irreparáveis.

No caso do câncer de mama – ressalvando que mama para a mulher e também para a sociedade está atrelada à questão da feminilidade e da maternidade –, quando a mulher tem que passar pela experiência traumática da mastectomia, a sua perda tende a repercutir tanto no âmbito afetivo quanto no desempenho do seu papel social.

As mulheres apresentam sofrimento vivenciado não somente no que diz respeito aos seus impactos físicos, mas, sobretudo, ao enfrentamento do preconceito social e familiar, particularmente por parte de seus parceiros (maridos, namorados, amantes).

Tal questão pode ser constatada na pesquisa de Garcia (2006), que observa que, muitas vezes, há incompreensão por parte do marido ou companheiro com relação à perda da mama e aos impactos do tratamento, dificultando ainda mais a recuperação da paciente e contribuindo ainda mais para o seu adoecimento e para a redução da sua autoestima. Após a mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, por sentir dificuldade em lidar com o próprio corpo.

Um dos principais fatores que influem na imagem corporal da mulher é caracterizado pelos parâmetros que a sociedade impõe para a identificação do corpo perfeito. A sociedade valoriza o corpo, essencial na atração sexual, e, nesse aspecto, a mastectomia pode provocar consequências, desencadeando novas reações na mulher, relacionadas a si própria e às demais pessoas.

As mulheres vêm ao longo das épocas, buscando se adaptar às mudanças nas normas sociais que estimulam diferentes padrões estéticos para o próprio corpo feminino, sensual e atraente. Atualmente, deve ser bem torneado é definido, com suas formas valorizadas por meio de vestimentas justas ou curtas, com decotes, fendas, feitas com tecidos que modelam esse corpo “esculpido” e extremamente sexualizado.

Assim, quando uma mulher se submete à mastectomia como forma de tratamento de um câncer, esse ideal de corpo perfeito sofre um “corte” em sua harmonia, tornando-

se corpo imperfeito. Essa visão de imperfeição pode causar diversos problemas, inclusive aspectos ligados à sexualidade, podendo estes estar ou não associados diretamente à cirurgia realizada (MACIEIRA; MALUF, 2008).

Ainda segundo as autoras, essas mudanças físicas e psíquicas alteram a dinâmica de vida e podem conduzir à perda de prazer e de esperança de viver. A vivência da sexualidade é um dos aspectos essenciais do desenvolvimento humano, presente desde o nascimento até a morte. Em seu sentido mais amplo, ela carrega consigo o senso de identidade pessoal, a forma de relacionamento e de troca afetiva que se estabelece com o outro, além da capacidade física de dar e receber prazer.

Lim (apud DUARTE e ANDRADE, 2003) observou, em um estudo realizado em Cingapura com dez mulheres mastectomizadas, que nove apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição de frequência de relações sexuais, mudanças de comportamento e medo de não serem aceitas pelos companheiros.

As mudanças físicas e psíquicas causadas pelo diagnóstico transformam o mundo da mulher para sempre. Inicialmente, ela fica sob o impacto do conhecimento da doença, mas, aos poucos, encontra o equilíbrio que lhe permite seguir seu caminho por um complexo processo.

Para a Organização Mundial de Saúde, a saúde integra aspectos somáticos, emocionais e intelectuais, enriquece a personalidade humana, a comunicação e o amor. É a capacidade de desfrutar o comportamento sexual de acordo com a ética pessoal e social, sem medo, vergonha, culpas, tabus ou outras barreiras psicológicas.

Em pacientes com câncer, a disfunção sexual está frequentemente associada ao tipo do câncer ou ao tratamento utilizado, à fadiga e às mudanças na imagem corporal, à depressão ou à angústia acerca da cura, da sobrevida, da família e das finanças. Tratar do restabelecimento da sexualidade é um passo essencial na reestruturação da identidade e do senso de normalidade e bem-estar da paciente, visando à sua qualidade de vida.

3.3 CÂNCER: DOENÇA COLETIVA E RELAÇÕES FAMILIARES

Para Franco (2008), a família está definida interativamente, mais do que biologicamente. Refere-se a um círculo restrito, com o qual a pessoa com a doença interage, troca informações, sentindo-se ligada por vínculos fortes, pessoais, recíprocos ou obrigatórios. Podem ser aí incluídas pessoas com ligação afetiva, amigos, ex-marido/mulher, enfim, todos os que se envolverem no processo de tratamento. Assim sendo, o importante, ao se tratar uma família com câncer, é identificar quem é a família daquele paciente, que ele define como sua família.

Messa (2003) afirma que as limitações impostas pela doença afetam também a família, que precisa se adaptar às necessidades do doente, utilizando novos recursos de enfrentamento.

Franco (2008, p. 358) destaca *que* “qualquer doença potencialmente fatal afeta a família como um todo, não apenas o paciente. Todos terão sua vida alterada, de maneira sutil e também significativa, ao longo do curso da doença”.

Vale destacar que, no mundo da oncologia, é comum a terminologia de que o câncer é uma doença coletiva, que afeta não só o paciente, mas também suas relações mais próximas.

> No período de diagnóstico, os familiares e o paciente são informados sobre o que é a doença e o que ela vai representar. Isso não significa que tenha acabado a incerteza, pois novas situações, relativas ao tratamento, ao andamento da doença, ao prognóstico, se apresentam. Algumas pessoas podem não querer compartilhar a notícia do diagnóstico com seus familiares (todos ou alguns) ou estes podem querer manter o paciente na ignorância. Instala-se a conspiração do silêncio, que pode conter alguma lógica, mas convém lembrar que inibirá a comunicação e o apoio da família, podendo causar posteriormente raiva, ressentimento, culpa. É importante avaliar os motivos e as conseqüências dessas decisões (FRANCO, 2008, p. 358).

Assim, percebe-se que o diagnóstico traz impacto também sobre a família, que não se resume apenas à reorganização necessária para atender as necessidades cotidianas.

Simonton (1991) afirma que as mudanças são os maiores fatores de estresse com os quais o ser humano tem que lidar e que elas começam a ocorrer a partir do diagnóstico, das informações que devem ser reunidas e das decisões a serem tomadas em relação ao tratamento.

Rolland (2001) diferenciou três fases da doença: a) fase de crise; b) fase crônica; c) fase terminal. Cada uma dessas fases tem suas próprias tarefas, que requerem forças, atitudes e ou mudanças por parte das famílias.

A fase de crise compreende o período sintomático. Antes do diagnóstico, a família experimenta sentimento de choque, incerteza e uma significativa descarga de emoções, sendo a tendência a união a fim de atender as necessidades imediatas para elaborar a aceitação da doença e seus enfrentamentos. Nessa fase, ocorre a conspiração do silêncio, que provoca efeitos negativos nas relações familiares e na sensação de bem-estar dos seus membros. Os familiares precisam aprender a lidar com a dor, com as limitações ligadas à doença, lidar com o hospital, manter bom relacionamento com o hospital, manter bom relacionamento com a equipe médica, além de, em alguns casos, entristecer-se pela perda da identidade familiar, buscar atitude de aceitação diante da mudança permanente, buscar uma reorganização perante a crise e estabelecer objetivos futuros.

A fase crônica consiste na lamentação da família pela perda da saúde do membro doente. Redefinem-se papéis, cria-se assim um suporte para suprir as necessidades do paciente, buscando também atender outras demandas da família. Quanto mais a doença evoluir, maior o número de familiares que podem experimentar e manifestar sua raiva, ciúmes e carências, o que provoca o surgimento de sintomas em outros membros da família. Se há, nesse caso, uma reincidência, o medo e a raiva também aparecem, pois a cura do paciente não foi alcançada (SORAES, 2004).

Na fase terminal, ou melhor, sem possibilidade terapêutica, a família tem que aprender a lidar com a morte, com a separação, com o leito, com as mudanças estruturais e financeiras e ainda acompanhar o adeus de seu ente querido.

Santos e Sebastiani (2001) relatam que há três tipos de reações familiares perante as situações de crise ocasionadas pela doença e suas limitações: a primeira é a reação, em que o sistema se mobiliza para resgatar o estado anterior, passando ele por dificuldades na tentativa de acomodar a enfermidade; a segunda reação é a paralisação diante do impacto da crise, sendo essa reação superada em maior ou menor tempo proporcionalmente à importância que o indivíduo possuía no equilíbrio dinâmico do sistema; a terceira reação é a identificação de benefício com a crise e a mobilização para mantê-la, colocando o indivíduo como depósito de todas as patologias das relações dentro da família.

A família, numa situação de crise, pode alterar os modos de relação de interdependência dos sujeitos envolvidos, colaborando para acentuar ou não os conflitos internos. A família pode ainda repensar valores, restabelecer vínculos perdidos, resolver antigos conflitos.

Ribeiro (1994) considera que o surgimento do câncer em qualquer família é sempre uma catástrofe; no entanto, se bem orientada, essa mesma família poderá extrair alguns benefícios da experiência, no sentido de crescimento como grupo, durante a doença. Se uma família permanece unida e ao lado do doente expressando suas emoções e seus sentimentos, pode propiciar mudanças importantes nos padrões de relacionamento familiar e na própria maneira de enfrentar a vida.

As mudanças no cotidiano das pessoas podem promover um estado de equilíbrio e desequilíbrio, dependendo da compreensão ou do entendimento das pessoas acerca da situação, além dos meios de ajuda utilizados pelos envolvidos. Se a comunicação flui com facilidade, o relacionamento pode ser facilitado e a doença se constituirá num fator contributivo de melhoria das relações interpessoais, podendo potencializar a afetividade existente anterior à doença. Do contrário, quando há falta de apoio principalmente dos maridos e companheiros, tais comportamentos podem ser considerados como agressores à mulher, afetando sua autoestima num momento em que precisa ser aceita e compreendida.

Diante desse cenário, a família deve tentar achar maneiras de melhorar sua vida de formar gradativa, pois, sendo o câncer uma doença de longa duração, o melhor é não fazer mudanças drásticas imediatamente.

Outro aspecto importante da estratégia familiar é o aumento do contato físico e do carinho entre os parentes, por isso é muito importante quanto se atravessar uma crise e lidar com ansiedade.

Romano (1999) ressalta que, no atendimento aos familiares do paciente, é muito comum que a irritabilidade, a diminuição de atenção e o comprometimento no potencial para tomar decisões influenciem no entendimento de rotinas e procedimentos hospitalares. São apontadas, como necessidades para a família, ter ela suas perguntas respondidas honestamente, ter explicações compreensíveis e ser informada sobre os fatos a respeito do progresso da paciente.

É importante destacar que a hospitalização é percebida como ameaçadora, além de ser um momento estressante para toda a família, no qual o afastamento do paciente do contexto familiar e da casa leva a família a mudar papéis, a alterar rotinas, a ter sentimentos de isolamento e de perda de controle.

Franco (2008) considera alguns fatores facilitadores e complicadores no enfrentamento da doença pela família. São eles:

<u>Fatores facilitadores</u>

- estrutura familiar flexível que permita reajuste de papéis;
- boa comunicação com a equipe profissional e entre os membros da família;
- conhecimento dos sintomas e ciclos da doença;
- participação nas diferentes fases, para obter senso de controle;
- sistema de apoio informal e formal disponível.

<u>Fatores complicadores</u>

- padrões disfuncionais de relacionamento, interação, comunicação e solução de problemas;
- sistemas de suporte formal e informal não existentes ou ineficientes;

- outras crises familiares simultâneas à doença;
- falta de recursos econômicos e sociais, cuidados médicos de pouca qualidade e dificuldade de comunicação com a equipe médica;
- doenças estigmatizantes e pouca assistência.

Venâncio (2004) acredita que a família seja fundamental no auxílio às pacientes com câncer de mama, pois, o suporte familiar pode se tornar aliado permanente não só da paciente como também da equipe de saúde. A família, com sua ajuda material e emocional, é considerada pelas mulheres com câncer de mama como um apoio fundamental na continuidade do tratamento, contribuindo na prevenção da depressão e da ansiedade, tão comuns no cotidiano dessas pacientes.

Rodrigues (2008) cita três tipos importantes de suporte oferecido à doente: primeiro, o suporte emocional, revelando a importância da família e dos amigos. A retomada da vida conjugal e sexual também se mostra fundamental no processo de reabilitação. Em segundo lugar, seria o suporte material, que envolve as atividades domésticas, recebendo a doente o apoio necessário, de modo que ela não tenha que assumir sozinha essas atividades. Por último, o suporte comparativo, uma vez que a mulher mastectomizada sente necessidade de compartilhar sua experiência com outras mulheres na mesma situação.

3.4 ACOMPANHAMENTO PÓS-CIRURGIA E TERAPIA COMPLEMENTAR PARA O CÂNCER DE MAMA

O acompanhamento da mulher mastectomizada após seu tratamento primário do câncer tem recebido especial atenção da comunidade técnica da oncologia, tendo em vista que, no primeiro momento, entende-se que normalmente a paciente deveria voltar ao seu ambiente natural, no sentido de integrar-se à vida diária conforme levava anteriormente.

Porém, de acordo com Parisoto e Miotti (2006), a paciente se sente um soldado que voltou da guerra trazendo consigo estigmas ou marcas em virtude de um somatório de eventos, como a notícia da doença; os procedimentos pré-operatórios; a cirurgia;

a espera pelos resultados; a quimioterapia; a radioterapia; o início da hormonioterapia.

Segundo os autores, como qualquer outra pessoa que enfrentou e sobreviveu a um câncer, a mulher pode sentir-se emocionalmente esgotada, quando o tratamento se completa, experimentando uma queda importante da disposição, da autoestima e do humor e podendo apresentar graus variáveis de depressão. Isso pode acontecer por ter usado todos os seus recursos físicos e emocionais durante a maratona de seu tratamento, e, agora, com a missão cumprida, tentar elaborar o processo pelo qual passou. Algumas pessoas sentem a sensação de que ainda deveriam continuar lutando contra a doença.

Preocupações e medos tendem ainda a assombrar. Uma nova dor ou desconforto, ou o aniversário de seu diagnóstico podem trazer de volta a sensação de ameaça. Até o processo de marcar reconsultas de seguimento, o comparecimento aos locais de exames e aguardo pelos resultados podem ser especialmente estressantes.

Ainda de acordo com Parisoto e Miotti (2006), surgem questões sobre a retomada à vida normal que interferem profundamente no cotidiano dessa mulher, como as seguintes: Como será minha vida daqui para frente? Como vão ficar minha imagem e minha autoestima? Como será minha vida sexual, minha libido, minha resposta ao meu marido ou companheiro? Posso levar uma vida normal, assumir responsabilidades, trabalho, atividades físicas? Como será o relacionamento com meus familiares e amigos? O câncer pode voltar?

Esses sentimentos e questionamentos são naturais, têm sentido e fazem parte do processo de enfrentamento do câncer. Tendo encarado um dos grandes desafios da vida, a paciente encontra alívio de sua ansiedade no retorno às suas atividades diárias e no enfoque de seus objetivos futuros, porém não deve esquecer que o seguimento adequado é de fundamental importância, mesmo que não haja sintoma aparente.

Por ter tido um câncer em uma das mamas, o risco de desenvolver câncer na outra mama está aumentado. Para assegurar-se de que o câncer não voltou e que a

mama contralateral não apresenta alterações suspeitas de malignidade, as reconsultas devem ser realizadas em intervalos de aproximadamente quatro meses nos primeiros dois anos e, semestralmente, nos três anos seguintes. Os primeiros cinco anos que seguem o diagnóstico são os que requerem mais atenção. Nos anos seguintes, o controle passa a ser anual.

A paciente deve ter consciência de que é necessário seguir as instruções da equipe médica, que tem o difícil dever de achar um ponto de equilíbrio com o seguimento efetivo, evitando excesso de exames e estresse. A descoberta precoce de possíveis recidivas locais pode possibilitar uma segunda intervenção cirúrgica e a troca de medicação adjuvante, o que pode não resultar em qualquer interferência no prognóstico geral da doença.

Reforçando as orientações desses mesmos autores, a paciente deve sentir que vai ao consultório reabastecer-se de fé, esperança e otimismo, que, no conjunto, são a base da excelência da qualidade de vida.

“O profissional deve conhecer a lógica das políticas públicas
e entender que o Estado é um devedor na atenção à Saúde
e o usuário um credor dos seus serviços.”
Bianca Beraldi Xavier

4 O SERVIÇO SOCIAL NO PROCESSO DE TRATAMENTO DO CÂNCER

Tendo em vista a nova forma de pensar a Saúde, dentro do modelo da reforma sanitária, constata-se que a equipe interdisciplinar se consolida na dinâmica da atenção à saúde, conforme preconiza o SUS, no documento de Consenso (Anexo C).

Diante disso, faz-se necessário e importante abordar algumas considerações acerca do Serviço Social no processo de tratamento à mulher com câncer de mama. Antes, porém, vale pontuar o Serviço Social no contexto social mais amplo.

4.1 O SERVIÇO SOCIAL NA LINHA DO TEMPO

Nos últimos 30 anos, o Conjunto CFESS/CRESS vem lutando em diferentes frentes e de diversas formas para garantir e ampliar direitos, tendo como projeto ético-político-profissional a luta pela construção de uma sociedade justa e igualitária. Contrariando as forças que aceitem ou reforcem as investidas do capital e da mercantilização das relações sociais, bens e serviços, e confrontando-se com essas forças, os assistentes sociais ousam permanecer no campo da contracorrente e sustentam a defesa e a reafirmação de direitos que, inseridos em um projeto societário mais amplo, buscam cimentar as condições econômicas, sociais e políticas para construir uma sociedade emancipada que não se esgota na garantia da cidadania burguesa (CFESS, 2010).

Ainda segundo o documento, o assistente social possui uma formação profissional que o habilita teórica, técnica e politicamente para atuar nas expressões da questão social, em suas diferentes formas de manifestação. As condições objetivas de vida da classe trabalhadora, marcadas pela fome, pelo desemprego, pela violência, pela exclusão do acesso aos direitos como saúde, previdência, moradia, educação, transporte e assistência social, constituem a base material de sua intervenção social.

A inserção do Serviço Social nos diferentes níveis do SUS deriva do conceito ampliado de saúde, que compreende o processo saúde e doença como decorrente

das condições de vida e de trabalho, tornando-se necessária na promoção, proteção e recuperação da saúde (CAVALCANTE; ZUCCO, 2009).

A perspectiva inovadora do SUS, que sinaliza para a atenção às necessidades integrais da saúde e que se preocupa com a universalidade e com a expansão de direitos de cidadania e justiça social, converge com a Lei de Regulamentação da Profissão e com o Código de Ética Profissional, aprovados em 1993 (NOGUEIRA; MIOTO, 2008). Faleiros (2005) ressalta a direção ético-política desse código na defesa dos direitos sociais e na participação dos usuários no contexto democrático, visando consolidar uma perspectiva de transformação social.

O princípio da integralidade compreende a articulação de distintas intervenções profissionais, propondo a interdisciplinaridade no campo da promoção à saúde, o que possibilita a inserção do assistente social nesse campo, superando a concepção de uma profissão para o médico, o que fica claro na Resolução nº 218, de 1997, do Conselho Nacional de Saúde (CNS). Nessa resolução, há o reconhecimento da imprescindibilidade das ações realizadas pelos diferentes profissionais de nível superior, da importância da ação multiprofissional no âmbito da saúde e da integralidade das ações, reconhecendo os assistentes sociais como profissionais da área da saúde, entre 14 categorias[5].

As principais atividades desenvolvidas pela categoria são “ações de caráter emergencial, assistencial, educacional, informação e comunicação em saúde, planejamento e assessoria e mobilização e participação social” (COSTA, 2008).

O profissional de Serviço Social tem sido chamado a assumir também atividades de Gestão e Planejamento, buscando, na intersetorialidade, a perspectiva de conceber a saúde no âmbito da Seguridade Social. Outra demanda que vem sendo colocada aos assistentes sociais é a sua inserção nos processos de auditoria de gestão, a partir do monitoramento, da investigação, da regulação e da avaliação dos serviços prestados, com o objetivo da melhoria da qualidade de vida dos serviços, buscando

[5] As 14 (quatorze) categorias profissionais de saúde de nível superior para fins de atuação no CNS são estas: assistentes sociais, biólogos, biomédicos, profissionais de educação física, enfermeiros, farmacêuticos, fisioterapeutas; fonoaudiólogos, médicos, médicos veterinários, nutricionistas, odontólogos, psicólogos e terapeutas ocupacionais.

superar os impasses vividos na política de saúde (PARÂMETROS PARA ATUAÇÃO DE ASSISTENTES SOCIAIS NA POLÍTICA DE SAÚDE, 2010).

As ações de caráter emergencial são atividades direcionadas para “agilização de internações, exames, consultas, tratamento, obtenção de transporte, medicamentos, órteses, próteses, sangue, alimentos, roupa, abrigo, etc”. Essas ações facilitam o acesso aos serviços de saúde, na maioria das vezes relacionados às precárias condições de vida e ao *deficit* de oferta dos serviços de saúde e das outras políticas sociais para atender as necessidades dos usuários.

A educação, a informação e a comunicação em saúde são atividades que “consistem em orientações a abordagens individuais ou coletivas, para esclarecer, informar e buscar soluções” no que diz respeito a problemáticas que abrangem a colaboração desses profissionais, na solução de problemas de saúde individual e coletiva, principalmente no que se trata de epidemias e pandemias.

Costa (2008) considera que as atividades de planejamentos e assessorias consistem na realização de ações direcionadas para o processo de reorganização do trabalho do SUS, no que tange ao planejamento das unidades de saúde, a elaborações dos planos municipais de saúde, programas e projetos. Destaca-se que seu objetivo é qualificar os recursos humanos na esfera operacional das unidades, bem como participar como monitores, instrutores e articuladores de reuniões, treinamentos e oficinas de trabalhos relativos “a processo de discussão e implantação de novos sistemas de registro das atividades e de controle da produtividade”.

Por fim, as atividades de mobilização e participação social constituem atividades de cunho político-organizativo e socioeducativo. Consistem em ações educativas, direcionadas para a sensibilização e mobilização da comunidade com intuito de convocar usuários e trabalhadores do SUS para a participação do processo de instalação e funcionamento dos conselhos de saúde no âmbito local (das unidades de saúde), distrital, municipal e estadual e de explicar-lhes esse processo sobretudo com a finalidade “de articulação do engajamento de lideranças tanto em relação à

participação nos referidos conselhos, quanto na organização de trabalhos" direcionados para a prevenção e o controle de doenças (COSTA, 2008).

Nesse contexto, é necessário ao Serviço Social contrapor-se à difusão do ideário neoliberal e fortalecer o projeto ético-político-profissional no cotidiano do trabalho do assistente social. O profissional precisa romper com a prática rotineira, acrítica e burocrática, procurando buscar a investigação da realidade a quem estão submetidos os usuários dos serviços de saúde e a reorganização da sua atuação, tendo em vista as condições de vida desses usuários e os referenciais teóricos e políticos hegemônicos na profissão, previstos na sua legislação e no projeto de Reforma Sanitária (CFESS, 2010).

Considerando as reflexões acerca da profissão, com intuito de dar concretude à análise teórica, situaremos a pesquisa fazendo uma trajetória histórica do Serviço Social na instituição, de referência oncológica, trazendo algumas considerações pessoais da autora.

4.2 A HISTÓRIA DO SERVIÇO SOCIAL NA INSTITUIÇÃO DE REFERÊNCIA ONCOLÓGICA

A Associação Feminina de Educação e Combate ao Câncer (AFECC) é uma entidade filantrópica, sem fins econômicos, organização da sociedade civil fundada, em 28 de abril de 1952, por um grupo de senhoras da sociedade com objetivo de educar, prevenir, diagnosticar e tratar paciente com câncer.

Inicialmente, seu objetivo era a criação de um abrigo para acolher os doentes; porém, diante de diversas doações, optou-se pela construção de um hospital. Com o advento do SUS, foi realizado um convênio com a Secretaria Estadual de Saúde para referência em oncologia.

A história do Serviço Social ora narrada ressultou de entrevistas com todas as assistentes sociais que trabalharam na instituição, com menção especial às eternas professoras Ângela Campos e Eugenia Célia Raizer, do Curso de Serviço Social da

Universidade Federal do Espírito Santo. A primeira, infelizmente, já é falecida, tendo como causa de morte a patologia estudada nesta dissertação.

Essa história foi marcada com a contratação da primeira assistente social, no ano de 1971. Nesse período, o Serviço Social tinha sua atuação vinculada à própria formulação da política do hospital, juntamente com a direção desse hospital. Ao Serviço Social era delegada uma posição não só operacional como também participante no processo decisório, ocupando ele, desse modo, uma importante posição na estrutura do organograma da instituição, definido pela própria diretoria. Desenvolveu-se, assim, uma estrutura organizacional de trabalho, objetivando prestar assistência integral aos pacientes oncológicos com o tratamento ambulatorial e de internação.

No ambulatório, o Serviço Social utilizava uma ficha social e tinha como ações primordiais prestar esclarecimentos previdenciários, fazer encaminhamento para exames, contato com familiares e encaminhamentos diversos (albergue). Os usuários eram, na sua maioria, trabalhadores do extinto FUNRURAL e /ou chamados indigentes, com baixa ou nenhuma renda.

Nas enfermarias, o atendimento era realizado por meio de demanda espontânea, em que o paciente ou familiar procurava o Serviço Social; por encaminhamentos feitos pela equipe de profissionais; por visitas diárias aos leitos, em que eram detectados pelo Serviço Social os problemas, à medida que se estabelecia contato por meio de observação direta.

Em termos de atendimento, a abordagem individual tinha um caráter psicossocial, com a perspectiva de se trabalhar com a assistência, pois “todo processo de adoecer vem acompanhado por um processo de desorganização social, podendo afetar diretamente a estrutura familiar” (CAMPOS, apud XAVIER, 2008).

No período de 1975 a 1983, a equipe do Serviço Social se estruturou e passou a ter mais profissionais na área, contando inclusive com acadêmicos da Universidade Federal do Espírito Santo. A pesquisa passou a ter importância no processo de trabalho, com vistas à melhoria dos serviços, subsidiando mudanças na dinâmica do

atendimento institucional. Foram, então, desenvolvidos alguns projetos, como grupos de mulheres mastectomizadas; palestras de prevenção no hospital e nas comunidades; grupos de sala de espera, entre outros.

Em crescente atuação, o Serviço Social assume, em 1989, cargo de gestão do ambulatório, já em fase de ampliação do convênio com o SUS, como referência do tratamento de câncer no Estado. O setor acompanhava ações referentes aos pacientes e familiares, ao treinamento de voluntários, a palestras na comunidade e à assessoria direta à direção da instituição.

Nessa década, o assistente social passou a acompanhar os médicos nos seus ambulatórios, recebendo o paciente desde sua primeira consulta. Intensificava-se, assim, a importância de se trabalhar a reabilitação, que se inicia no momento do diagnóstico, em que se discute o tratamento e seus efeitos, e continua no decorrer de todo o processo, ajudando-o a compreender suas limitações físicas, a dar continuidade ao convívio social como ser digno e produtivo diante de suas novas potencialidades. O Serviço Social entende a reabilitação, por meio do acolhimento institucional como direito: facilitação do acesso, da qualidade, da integridade e da resolutividade para garantir o tratamento necessário.

A partir de 1995, iniciou-se um outro campo de trabalho, na medida em que o Serviço Social, por ser uma profissão eminentemente política, que necessita efetivamente das discussões e da implementação de políticas públicas que venham na atender ao cidadão, passou a ter representação nos Conselhos de Assistência Social nos níveis Estadual e Municipal, contribuindo na discussão da Política de Assistência Social e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) até a atualidade.

Na contemporaneidade, o setor se mantém forte, respeitado pela comunidade hospitalar, dando continuidade ao trabalho junto aos pacientes e junto à sociedade capixaba.

4.3 O SERVIÇO SOCIAL E O CÂNCER DE MAMA

Focando especificamente o câncer de mama, o Serviço Social na instituição sempre foi atuante no sentido de participar da construção do enfrentamento desse tratamento tão desgastante, física, financeira e emocionalmente. Trabalhar com câncer não é fácil, pois, por mais que a ciência tenha evoluído no tratamento, a repercussão social da doença ainda é grande e ligada à aproximação da morte.

Na experiência cotidiana, constata-se que os primeiros anos do tratamento do câncer de mama são marcados por muitas expectativas em virtude dos novos acontecimentos. Ao saber do diagnóstico, a mulher se depara com sua possibilidade da finitude e passa por muitas emoções e dúvidas quanto ao seu futuro e o futuro de seus filhos. Diante desse contexto, a prática profissional precisa ser alimentada diariamente, por meio de estudos, de pesquisa, de participação em eventos, de troca de experiências e de conhecimentos científicos.

O assistente social tem trabalhado no atendimento a essa paciente desde o primeiro momento, com informações claras e precisas sobre a importância de a mulher se colocar no processo como protagonista de sua história, refletindo sempre que não há tecnologia na medicina que traga resultados positivos se a paciente não investir no tratamento e não tomar decisão sobre seu corpo e sua vida. Percebe-se que, através dos anos, houve grande evolução, inclusive na postura dos médicos em colocar o paciente enquanto participante de seu processo de tratamento, e não como mero espectador, como se seu corpo não lhe o pertencesse.

O Serviço Social entende que a humanização do atendimento faz parte do compromisso assumido por meio do código de ética profissional, visto claro, como direito social. Cabe ao profissional defender a qualidade do atendimento e a intersetorialidade das políticas públicas, pois é inconcebível fragmentar ações, entendendo, com muita clareza, que uma política setorial não dá conta de atender a todas as demandas de que o paciente necessita.

O acompanhamento é fundamental, principalmente com os filhos, devido ao vínculo que é, na maioria das vezes, fortalecido por meio da maternidade. Com os parceiros,

outra atenção especial, pois, de acordo com muitos relatos vivenciados na prática cotidiana, acontecem muitos abandonos de mulheres mastectomizadas em virtude de os homens não mais as considerarem “inteiras”, o que agrava em muito o aspecto emocional da mulher.

Torna-se, ainda, um desafio analisar o grande abalo financeiro que o tratamento impõe, principalmente considerando que grande parte das mulheres é responsável pela sobrevivência familiar e que a maioria é trabalhadora do setor informal, ficando assim, mais vulnerável por não haver políticas públicas que efetivamente busquem a proteção social devida nesse momento de grandes dificuldades.

O Serviço Social atua no campo das políticas sociais, com objetivo de viabilizar o acesso aos direitos da população e o exercício da cidadania. O profissional pode orientar os pacientes e familiares, auxiliando na identificação de recursos que favorecem o processo de tratamento do paciente, democratizando informações e o acesso aos programas públicos e institucionais.

“Não fico imaginando se vou ganhar ou perder se uma nova batalha viver no futuro. Só o presente me basta. De que adianta fazer tantos planos para o futuro se, quando eu acordar amanhã, vou acordar de novo no presente?”

Elisa Gonçalves

5 FATORES SOCIOAFETIVOS E O TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA

Em toda a bibliografia pesquisada, encontra-se a associação do câncer com fatores socioafetivos tendo em vista suas múltiplas expressões. A afetividade, segundo Costa (2008), é a linguagem dos sentimentos, e, segundo definição de dicionário a sociologia, é a visão de totalidade do comportamento social, das interações e organizações humanas no estudo dos símbolos culturais que usam para interagir e para organizar a sociedade.

Daí a importância de pensar o câncer de mama de forma diferente, com todo seu simbolismo e representações, evidenciadas nas linhas teóricas da saúde e nos depoimentos de quem já vivenciou tal experiência.

5.1 TRAJETÓRIA NA CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA

A primeira indagação se configurou em saber como foi a trajetória da suspeita até a confirmação do diagnóstico. Encontramos como respostas:

> *Eu descobri tomando banho, aí achei assim do lado da minha axilas, uma coisinha assim, um nódulo assim, durinho... (MM 1).*
>
> *Eu descobri, eu mesma tocando, né, eu senti um carocinho, aí fui ao meu ginecologista e ele fez a punção e pela punção ele desconfiou (MM 5).*
>
> *Eu senti na hora que levei a cotovelada, eu senti muita dor mesmo (MM 2).*
>
> *Foi Deus que me falou (MM 3).*
>
> *Eu fui fazer um check-up, todo ano eu fazia (MM 4*).

Essas primeiras respostas apontam como ainda é estigmatizante e angustiante a fase em que se confirma o diagnóstico, ainda cercada de mitos de que o câncer de mama não dói, não se dá por “cotovelada”.
A descoberta da doença constitui-se num choque muito grande para a doente, tendo em vista a representação social que se faz do câncer. Muitas informações novas têm que ser processadas, mesmo considerando a vulnerabilidade do momento.

Segundo Nettina (2003), os fatores da doença são insidiosos. Um tumor indolor, que pode ser móvel, desenvolve-se na mama, geralmente no quadrante superior externo, mais frequentemente à esquerda que à direita. A dor geralmente está ausente. Poucas mulheres tomam consciência de seu problema, pela primeira vez, por meio de um desconforto bem localizado que pode levar a uma queimação, ardência ou dor. Pode-se destacar que, em alguns casos, as mulheres não apresentam sintomas e não possuem tumor palpável.

Ao continuar falando dessa trajetória, a maioria delas se referiu ao seu médico, como peça fundamental nesse processo, o que vem a confirmar a autoridade da medicina ao interferir diretamente na vida dessas pacientes. O poder do médico é repetidamente colocado nas falas das entrevistas:

Como meu médico é bom! (MM 4)

A empatia do paciente com seu médico apresenta-se como de fundamental importância, visto que a confiança depositada nele é incondicional. Por mais que tenha evoluído a Ciência no sentido de pensar a saúde de forma interdisciplinar, temos na figura do médico a diretriz de todo o tratamento sob sua liderança e poder.

Esse poder conferido é cultuado socialmente, com base na tradição, no *status* e no prestígio social da profissão médica. Ao médico é atribuído o poder de comunicar a cura, de ser o emissário tanto da boa como da má notícia. Por isso, sua figura é investida de elevadas expectativas, na cultura ocidental. Esse valor conferido à fala do médico é algo construído socialmente e fortemente reforçado no meio cultural. Os determinantes psicossociais acabam destacando o saber médico enquanto legítimo

detentor do saber científico, como sinônimo de verdade, de conhecimento inquestionável (SPINK, 2003).

Alguns discursos atuais sobre o câncer de mama, advindos de profissionais, cientistas, pacientes, familiares ou da coletividade em geral, têm se mostrado limitadores de possibilidades, no sentido de que veem as mulheres apenas como pessoas doentes, dependentes de cuidados, recebendo passivamente os discursos elaborados pela autoridade científica. Mesmo os discursos sustentados pelas mastectomizadas, em boa medida, reproduzem e reelaboram o discurso biomédico. As narrativas são frequentemente influenciadas por esse modelo hegemônico, que é fortemente voltado à doença como um evento meramente orgânico e que não valoriza as estratégias de enfrentamento e as possibilidades transformadoras que o adoecer involucra (COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009).

5.2 IMPACTO APÓS A CONFIRMAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Ao mencionar qual impacto o diagnóstico causou, verifica-se, por intermédio das entrevistas, o que se vivencia na prática do cotidiano do trabalho em instituição especializada em câncer, que é a expectativa de morte.

> *A ficha cai, vim andando, vim..., eu só fui contar mesmo pros familiares depois de dois dias (MM 1).*

> *Você toma um choque, o chão abre e você fala assim "O que é que eu faço?". É porque a médica disse assim para mim: "Agiliza sua vida". Aí, quando eu já só pensando nisso..." Eu vou correr atrás" (MM 5).*

> *O senhor me carrega nos braços e no seu colo porque não tenho pernas para andar, como eu vou fazer isso tudo se eu não tenho pernas para andar? Minhas pernas não querem andar (MM 6).*

> *Foi depois que tirou o nódulo, que eu soube dos exames, do resultado...que aconteceu o pânico comigo... chorei, chorei, chorei...depois parei. (MM 7).*
> *Me entreguei nas mãos de Deus e falei: "Seja feita a tua vontade" (MM 4).*

O câncer de mama tem merecido maior preocupação entre mulheres, pois, apesar de todos os avanços da medicina, a mortalidade ainda não apresenta redução acentuada e também pelo fato de a mastectomia ter em seu caráter a mutilação e a agressividade do tratamento, o que fere a sensibilidade da mulher.

Fala-se que a morte é a certeza da vida, porém ninguém se prepara para a convivência com ela. A mulher, ao se deparar com câncer de mama, se encontra com a possibilidade de sua finitude e com perdas, não de outros, mas de si mesma. Ter um câncer de mama abala sua identidade feminina, suas relações mais próximas, seu envolvimento com o mundo do trabalho e com a afetividade.

Quanto à questão de como foi o impacto do diagnóstico, as entrevistas mostraram, mais uma vez, a dificuldade de assimilação dessa realidade por parte das mulheres. Mas, por outro lado, identifica-se um avanço, ao constatar que todas as entrevistadas tiveram plena consciência do diagnóstico e do planejamento do tratamento, não sendo meras espectadoras do processo, mas, sim, protagonistas desse movimento. Bem diferente de anos atrás, em que as mulheres entravam nos centros cirúrgicos e saíam sem as mamas e sem informações, como se não fossem sujeitos de sua história.

Esse avanço se deve à socialização de informações sobre saúde/ doença: a postura médica em dialogar com seus pacientes e a abordagem interdisciplinar na perspectiva de integrar o físico, o emocional e o social, durante o processo de tratamento.

5.3 ACESSO AO SISTEMA DE SAÚDE E O ENVOLVIMENTO DA REDE DE ATENÇÃO PRIMÁRIA

Analisando o eixo de acesso ao sistema SUS, constata-se que as entrevistadas fizeram as cirurgias utilizando meios próprios (um particular e dois planos privados), mas ingressaram no SUS na fase da hormonioterapia. A medicação, como foi dito anteriormente, é necessária nos 5 anos subsequentes ao tratamento do câncer de mama. As outras sete pacientes fizeram todo o tratamento pelo sistema público de saúde.

Outro fator que merece consideração se relaciona ao tempo gasto entre a descoberta do diagnóstico, a cirurgia e o tratamento adjuvante, entre 1 e 3 meses, o que vem de encontro ao que defende a Sociedade Brasileira de Mastologia, que reforça agilização do tempo, baseada na concepção, popularmente conhecida, que traduz uma realidade, a de que câncer não espera.

Esse dado mostra que, apesar dos vários entraves, o SUS tem funcionado na alta complexidade, viabilizando o atendimento dessas mulheres no tempo hábil, na tentativa de garantir o resultado positivo na cura das pacientes, diminuindo o risco de mortalidade secularmente vivenciado no universo feminino.

Apesar dessa constatação, nas entrevistas das pacientes, contraditoriamente, vimos que nenhuma delas, em suas falas, relacionou o SUS como direito. É o que demonstram as falas:

> *“Olha... Eu tive todo o tratamento, não tenho o que reclamar. Lá eu fui bem tratada, com todos, lá tive todo o carinho. Tá de parabéns mesmo, porque fui bem tratada. As meninas de lá são maravilhosas, os enfermeiros, os médicos nota 10” (MM 5).*
>
> *O enfermeiro é muito bom, sabe... um é irmão da vizinha, porque ele é de sangue (MM 2).*
>
> *Não procurei ninguém... Eu tinha muito problema em casa. Tinha aquele negócio... fisioterapia (MM 8).*

> *Também nunca participei daquilo... "A fisioterapia que eu fiz sabe o que é que foi? Chegar do hospital, joguei um toalha de banho dobrada aqui em cima e mexia as panelas e na hora de abanar o fogo, abanava com uma tampa de panela pra poder não abaixar na quentura do fogo. Então minha fisioterapia foi toda essa, recém-operada (MM 3).*
>
> *O enfermeiro me acompanhou, o médico... Conversei com umas duas assistentes sociais (MM 7).*

Ao analisar esses relatos, observa-se que, talvez devido a toda fragilidade desse momento vivenciado pela mulher, não se percebe o entendimento da integralidade do atendimento do sistema público, numa concepção interdisciplinar, no aspecto da totalidade da atenção necessária no tratamento do câncer. As menções de "aquele enfermeiro", "as meninas", reforçam a ideia de que a "bondade" dos profissionais, na visão das entrevistadas, ainda é tida como benesse e favor, e não como a consolidação de um direito constitucional que é o direito à saúde.

As entrevistas trazem à cena a discussão de vínculo, outro atributo de integralidade desejado na relação da paciente com o SUS e com os trabalhadores do sistema:

> Criar vínculo implica em ter relações tão próximas e tão claras, que nos sensibilizamos com todo o sofrimento daquele outro, daquela população. É permitir a constituição de um processo de transferência entre usuário e o trabalhador que possa servir à construção da autonomia do próprio usuário e sentir-se responsável pela vida, pela morte do paciente dentro de uma dada possibilidade de intervenção, nem burocratizada, nem impessoal. É ter relação, integrar-se, com a comunidade em seu território, no serviço, no consultório, nos grupos, e se tornar referência para o usuário, individual ou coletivo (MERHY, 1994, p. 138).

Ainda sobre o eixo do acesso ao SUS, ao perguntarmos sobre a inserção da Unidade de Saúde no processo de tratamento, surgiram algumas respostas que denunciam alguns gargalos, e entre elas, selecionamos as seguintes:

> *A Unidade de Saúde até na época em que precisei do cartão SUS... mas até uma funcionária ali me tratou meio assim...aí na hora eu tava apavorada né ... Outra veio ao meu alcance, me ajudou...eu vou lá para vacinar de gripe (MM 1).*
>
> *Não, nunca veio ninguém, assim, nem souberam. Acho que agora ultimamente o pessoal tá se movimentando né (MM 2.)*

> *“Nada, nunca fui à Unidade de Saúde (MM 4).*
>
> *Foi pela Unidade de Saúde, mas fui para unidade de saúde para poder agendar. Esse ano (2010) que foi fazer visita (MM 5).*
>
> *Também me acompanharam. A agente comunitária e Dr. Antonio... Até eu falava com ele que era como filho para mim... A agente comunitária vinha aqui todos os dias e perguntava se eu tava me sentindo bem, se precisava que o médico viesse aqui (MM 6).*
>
> *Eu frequento assim, faço o preventivo, pressão. Eu tenho pressão alta também, então é isso aí (MM 7).*

As outras entrevistadas afirmam não procurar a unidade, nem terem sido procuradas. Das dez entrevistadas, apenas uma teve acompanhamento sistemático da Unidade Básica de Saúde. Outras duas têm caso de vacinas, aferição de pressão e preventivo ginecológico.

Esses dados somente nos remetem a uma das principais categorias deste trabalho no que se refere à integralidade da atenção à saúde e à dificuldade encontrada pelo sistema em dar respostas efetivas ao tratamento do câncer de mama, tendo em vista que, no ideário do conceito de integralidade, essa mulher deveria estar sendo acompanhada no serviço de alta complexidade e na atenção primária, no sentido de se deveria acompanhar a saúde da paciente considerando não só os aspectos físicos como também os emocionais e os sociais, conforme o que preconiza a OMS sobre a saúde. A proposição deste trabalho seria justamente estabelecer um estreitamento na inter-relação dos hospitais especializados com os Programas Saúde da Família (PSF) no sentido de dar complementaridade ao atendimento à mulher em tratamento de câncer.

Outro aspecto que ainda aparece na fala das entrevistadas é o de que funcionários são bons (“é como filho meu”), dando a entender que um atendimento digno não faz parte de um direito do usuário da saúde, sendo, sim, uma característica pessoal de alguns funcionários.

Fica claro, nas entrevistas, o desconhecimento das pacientes sobre a atenção que deveriam receber, de acordo com as estratrégias das diversas políticas públicas de saúde estabelecidas. Conforme Almeida (2009), acredita-se que esse fato, aliado à falta de mobilização da sociedade civil em torno dessas questões, pode contribuir para um quadro persistente de vulnerabilidade das mulheres com câncer de mama às práticas negligentes do SUS, já que essas práticas não são denunciadas, nem existem mecanismos de controle social para o seu enfrentamento e para a cobrança de responsabilidades.

Diante da realidade apresentada, faz-se oportuno destacar que a mobilização das mulheres e o envolvimento da sociedade civil em torno desses problemas podem ser bastante eficazes no alcance de resultados mais favoráveis no controle e tratamento da patologia em estudo.

5.4 ENVOLVIMENTO E MUDANÇAS NO COTIDIANO FAMILIAR NO ENFRENTAMENTO DO CÂNCER

O eixo família, também considerado como determinante no processo de tratamento, destaca-se em alguns relatos.

> *Todo mundo... me apoiam até hoje... até hoje eles "tão" preocupados (MM 1).*
>
> *Minha filha e meus filhos, tudo soube acertar, tudo em volta de mim... e ele deixou (o filho), era empregado no Amazonas, deixou o emprego tão bom por causa do meu problema (MM 4).*
>
> *Olha a família quase morreu, meu marido ficou para morrer e até hoje ele não aceita, ele não tinha coragem de me cuidar, ele não sabe reagir. Não é que ele quer, é dele e do homem, isso ao não sabe reagir. A mulher reage por amor, o homem por emoção. A emoção dele não é para cuidar. E eu tenho que dar força, que é para mim, pois filho, porque precisa você não pode se abater nessa hora... E pra ela também (MM 5).*
>
> *Ficaram desesperados, principalmente as meninas... ficaram muito abaladas... num sei se é amor (apontando para o marido), num sei se é amor ou se é de coisa... que homem é*

> *bicho durão né, você sabe que chora assim, mas depois não sei o que tá no coração dele... filho a gente sabe que é verdadeiro (MM 7).*
>
> *Aposentada aqui não tem direito a nada (MM 8).*

Com o diagnóstico de câncer, a família se vê obrigada a elaborar estratégias para tentar reorganizar-se e manter a estrutura familiar, fazendo com que permaneça unida para buscar forças e esperanças a fim de superar esse momento de incertezas.

Macieira e Liberato (2008) consideram que a forma como cada pessoa enfrenta a doença, o tratamento, a reabilitação e mesmo a possibilidade de morte depende de características individuais e da avaliação do significado e da importância da doença naquele momento de vida. Essas características são as seguintes: aspectos da personalidade, história de vida, contexto sociocultural e familiar e, também, a vivência da espiritualidade.

Podemos destacar alguns aspectos do enfrentamento da doença no cotidiano familiar. Um deles se deve ao fato de que, ao vivenciar a experiência do câncer, a família adoece junto, enfrentando sentimentos angustiantes e dolorosos. Conforme reforça Messa (2003), *"a família precisa se adaptar às necessidades do doente utilizando novos recursos de enfrentamento".*

Franco (2008) salienta que as ameaças atingem os projetos familiares, que deverão ser mudados ou adiados: novas responsabilidades, pressão do tempo, efeitos financeiros. Pode surgir a preocupação de que a doença cause problemas de saúde aos outros membros da família, não por ser contagiosa, mas por deixá-los estressados, pelas novas responsabilidades e mudanças.

Outro aspecto se deve ao fato de a mulher se responsabilizar pela saúde da família inteira, pois, mesmo fragilizada, ela tem que mostrar força, principalmente para os filhos e esposos, sendo ela, muitas vezes, o equilíbrio da saúde coletiva da família.

Isso mostra a responsabilidade excessiva da figura feminina, que, mesmo doente, tem que dar conta do funcionamento familiar.

Por fim, há a concepção de que o homem não sabe cuidar e que precisa ser cuidado. Na verdade todos precisam de cuidados, todos estão abalados; porém, não se pode culpabilizar ou mesmo sobrecarregar essa mulher, pois, nesse momento, é ela que está na posição mais vulnerável no processo; o corpo é dela e é sua existência que está em jogo.

A mulher necessita de tempo, precisa ser acariciada, apoiada em todos os aspectos, sem desconsiderar que a família também precisa de atenção. O diagnóstico de câncer atinge os outros membros pelo fato de que, de certa forma, a mulher provê o equilíbrio emocional da família, como mãe e responsável pela educação dos filhos, a responsável pelo cuidado (visão tradicional), podendo-se desencadear um crise e uma desorganização pelo impacto que a doença produz. A mulher acaba assumindo para si muitos encargos emocionais que dificultam o enfrentamento da doença com tantos significados.

5.5 VIVENCIANDO O CÂNCER: IMPACTO, ENFRENTAMENTO, PERSPECTIVAS DE VIDA NO CONTROLE DO CÂNCER

Ao se abordar, nas entrevistas, quais as mudanças que as mulheres perceberam após a vivência da experiência do câncer de mama, foram colhidos os seguintes depoimentos:

> *Muda, você vê que... se valoriza mais, se palpa mais né... e assim... sobre serviço doméstico... a gente já não faz tanta coisa como fazia. Então aí a gente fica com a cabeça mais... e assim, procuro me esclarecer de tudo... de vez em quando a gente sente assim... uns baque quando a gente ouve "ah! uma coleguinha faleceu" (MM 1).*
>
> *Olha, eu até esqueço que eu tive que tirar a mama toda e eu só lembro realmente na hora do banho, porque a gente leva um susto, vai lavar e não acha a outra né, mas não deixei a enfermidade influir na minha vida, minha fé, em nada. Eu creio*

> *que às vezes acontece uma coisa assim com a gente, porque a gente acha que só acontece com os outros (MM 4).*
>
> *Sinto que estou curada, porque minha mente pensa assim. Eu sabia que isto estava passando em minha vida, mas não ia ficar assim porque médico... primeiramente Deus, os médicos iam cuidar de mim (MM 7).*
>
> *"Sentia que eu era ninguém. Tinha dia que eu tomava a quimioterapia, o outro dia, eu deitava na minha cama... era do lado do fogão... eu deitava, mexia um arroz...deitava...deixava torrar (MM 8).*
>
> *Eu sou uma mulher prazerosa, eu sou velha, não penso na velhice. No meu caso não é isso, meu caso é Deus e eu, Deus lá no céu (MM 9).*

Macieira e Liberato (2008) afirmam que as crenças religiosas e a fé podem exercer um papel positivo significativo como estratégia de enfrentamento das situações causadas pelo diagnóstico e tratamento do câncer, conforme relato de sobreviventes. Podem, também, trazer senso de disciplina e esperança, possibilitando melhor submissão e adesão ao controle médico.

Os autores destacam ainda que, quando as pessoas estão doentes, muitas se firmam na espiritualidade e nas crenças religiosas para que possam preservar o senso de controle, manter a esperança e o sentido de significativo e propósito da vida.

Fica evidenciada a espiritualidade como fundamental na superação da doença. É muito comum a intensificação das idas às igrejas, o recurso às orações e a outras manifestações religiosas, que dão suporte às pacientes e aos familiares, muitas vezes contribuindo no aspecto agregador dos envolvidos no processo de tratamento. A questão da espiritualidade se faz presente no cotidiano dessas mulheres, sendo a "fé" a mola mestra para potencialização da força nesse enfrentamento.

5.6 PARTICIPAÇÃO EM PROGRAMAS DE REABILITAÇÃO

Por fim, ficou evidenciado que quatro das dez entrevistadas participaram e ainda participam de grupos de reabilitação e buscam, nessa convivência, trabalhar com a limitação que a doença trouxe e com a capacidade de superação, reafirmando a condição de um “ser inteiro”.

A participação em grupos de apoio é de fundamental importância na reabilitação das pacientes, pois elas apresentam um histórico comum, que é a vivência do câncer e da retirada da mama ou parte dela em decorrência da doença. As pacientes estabelecem um vínculo de identificação umas com as outras pela perspectiva de superação da doença e encontram no grupo a possibilidade de discutir sobre questões afetas ao câncer e à vida após o tratamento, que dificilmente podem ser compartilhadas nos outros espaços de convívio. Assim, as ideias produzidas no âmbito do grupo, que nutre o sentimento de confiança nas possibilidades de tratamento e de erradicação da doença maligna, também ressoam intensamente no espaço social. O grupo representa o microcosmo no qual se dão as interações e as falas das protagonistas do processo de negociação de novos significados para a experiência humana, demasiadamente humana, do adoecimento (COMIN, 2009).

Ao falar do câncer nos grupos, há um rompimento de barreiras que se difundem por meio das famílias, dos profissionais de saúde envolvidos e da sociedade em geral. Ainda conforme Comim (2009), isso possibilita a reconstrução contínua de saberes, criando um espaço de ressignificações de tal maneira que novas histórias possam ser escritas. Essa capacidade de conter experiência dolorosa, quando ampliada, pode promover um reordenamento da subjetividade a partir do poder transformador do sofrimento, quando este pode ser ressignificado.

Diante do exposto, cabe destacar que, na instituição de referência da pesquisa, existe um grupo instituído como PREMMA (Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas), coordenado pela professora Dra. Maria Helena Costa Amorim por meio de um convênio firmado entre a UFES e a AFECC. Esse programa foi iniciado em 1999 e hoje conta com cerca de 1600 mulheres inscritas. Ele se apresenta como um dos pioneiros no país, sendo espaço de inúmeras pesquisas em

virtude dos resultados obtidos e da credibilidade construída historicamente no meio científico e social.

Acreditando que cuidar do paciente e de sua família não é uma tarefa fácil para os profissionais envolvidos, percebe-se que as carências apresentadas mostram ser preciso que as instituições de saúde e sua equipe se preparem para conhecer melhor a realidade, pois isso também faz parte do tratamento, de forma a serem atendidas as necessidades da mulher mastectomizada, na construção de uma assistência digna.

A participação de profissionais nesses programas de reabilitação é determinante para o aprofundamento dos conhecimentos acerca da amplitude da temática do câncer de mama, pois vai dar subsídio à prática profissional de qualidade.

A OMS orienta que o tratamento oncológico seja acompanhando com o controle de sintomas relacionados à doença, desde o diagnóstico e em todo o processo de tratamento. Diante disso, fica clara a importância da equipe multiprofissional no período de tratamento, na busca por trazer qualidade de vida não só para o paciente, mas também para seus familiares, atentando para as necessidades físicas, emocionais, psicológicas, sociais, atendidas de forma contínua, dinâmica (GUARINGUE, 2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Apesar de a temática do câncer de mama ser bastante difundida na área da saúde, mostra-se de grande relevância o aprofundamento da discussão, pois o câncer continua matando e, apesar das facilidades de comunicação no mundo contemporâneo, a detecção precoce e os índices epidemiológicos não estão sendo muito alterados.

A descoberta da doença, o medo de não haver cura, de ser mutilada, de não ter acesso ao trabalho, a preocupação de como ficarão os filhos, a sua relação com os parceiros, abalam toda a sua condição de vida.

Ter um câncer de mama reflete a possível perda de sua identidade e também reflete em suas relações mais íntimas, pois a mama está diretamente ligada à representação da feminilidade e tem um papel fundamental na sexualidade feminina.

A cirurgia na mama é um processo extremamente invasivo e doloroso e provoca reações físicas e emocionais na mulher. Os tratamentos associados com a radioterapia e a quimioterapia também contribuem para os quadros depressivos e de ansiedade, por conta de seus efeitos colaterais e do medo de recidiva do câncer. Com intuito de reduzir o trauma psicológico e melhorar a qualidade de vida dessas mulheres, técnicas de reconstrução mamária começaram a surgir na década de 1980.

Percebe-se que, quando a reconstrução é realizada no pós-tratamento, a mulher enfrenta a perda da mama mais fortalecida, pois isso potencializa a importância da retomada de seu corpo, trazendo mais satisfação e resultados positivos na sua identidade feminina.

É importante lembrar que, tempos atrás, a reconstrução de mama era considerada cirurgia estética, não sendo contemplada pelo SUS. Porém, a partir de uma luta política em que foi ressaltada a extensão emocional e social da cirurgia, esta foi instituída como direito.

Ainda sobre o tratamento, há a quimioterapia, que é um tratamento prolongado e indica risco de vida, uma vez que a disseminação da doença é uma realidade. Os efeitos colaterais são visíveis, como ganho de peso, mudanças na pele, dificuldades na localização de veias, necessidade de cateter, enjoos. A queda do cabelo merece destaque especial, visto que muitas vezes é a grande preocupação da mulher, na sua representação social feminina. Nesse momento, a família e os profissionais de saúde que acompanham a paciente precisam estar atentos no apoio, fazendo com que ela potencialize seu enfrentamento.

Como se diz corriqueiramente, cada um encontra o seu jeito de enfrentar; não existe uma receita única. O que se tem de deixar claro é que a paciente pode estar temporariamente limitada, porém jamais incapacitada. No período de tratamento, terá que, diante dessas limitações, procurar adequações, pois a vida continua e pode ser trabalhada com qualidade.

O desconforto causado pelo tratamento também pode suscitar muitas reações diferentes nos membros da família, que terá que adotar medidas e estratégias em relação à doença, o que implica uma boa comunicação familiar. Todas as possibilidades têm que ser trabalhadas por todos os membros, com total participação do paciente. A base da estratégia familiar é a união de seus membros, o que pode trazer novas expectativas quantos aos aspectos emocionais e a outros arranjos nos trabalhos domésticos e na sobrevivência financeira.

A doença traz mudanças significativas na vida do paciente e de sua família, pois estão com uma situação nova que poderá mudar todo o funcionamento familiar. Quando essa doença é o câncer, mas especificamente o câncer de mama, o drama familiar aumenta, pois, de certa forma, atinge um membro que provê todo o equilíbrio emocional da família, que é a mulher, a mãe, a responsável pela educação dos filhos, pelo cuidado com a casa e com o marido. Se essa família é composta de crianças pequenas, surge mais uma preocupação sobre quem recairá a responsabilidade de cuidar dessas crianças, caso a mãe venha a falecer.

Cabem aqui algumas considerações tendo em vista que, apesar dos avanços nos direitos da mulher, na inclusão no mercado de trabalho, na manutenção financeira da família, não há, ainda, a divisão social dos papéis domésticos. O excesso de responsabilização do funcionamento da família na mulher também pode ser um agravante do adoecimento feminino.

Diante da complexidade que envolve o diagnóstico de câncer, faz-se necessário um atendimento profissional interdisciplinar, tanto para o doente, quanto para a família, pois isso pode contribuir para um melhor entendimento dos sentimentos iniciais, com o recebimento do diagnóstico, e de como lidar com o tratamento, para a compreensão das orientações, assim como das mudanças que ocorrem com todos os envolvidos. Todos precisarão de apoio e suporte para entender seus próprios sentimentos e para poderem traçar planos e metas de enfrentamento da doença.

A ética do cuidado, o acolhimento, o vínculo, o atendimento humanizado e a responsabilização são temas e valores que precisam ser discutidos e perseguidos na organização das práticas de saúde na linha da integralidade e que devem nortear a escolha, a qualificação e a avaliação dos trabalhadores envolvidos com o respectivo cuidado (SILVA JUNIOR; MASCARENHAS, 2006).

A adoção de processos de educação permanente, visando à superação das dificuldades encontradas, torna-se urgente e necessária, tendo em vista que o tratamento de câncer é diferenciado, por ser de longa duração e com grandes efeitos para a vida da mulher e dos profissionais que acompanham esse processo. Aliada à questão educativa, ressalta-se também a necessidade de que esses profissionais sejam acompanhados com um suporte técnico-terapêutico, na medida em que não é fácil trabalhar com câncer devido aos componentes socioafetivos envolvidos no tratamento da doença. Pelo conhecimento adquirido através de anos de prática, infelizmente constatam-se pouquíssimas iniciativas para atender essa demanda.

Por fim, considera-se necessário enfatizar a importância do Serviço Social nesse contexto, pois trabalha com direitos e ajuda a entender que essa paciente mastectomizada continua sendo mulher, mãe, esposa, trabalhadora, necessitando

ser vista na integralidade do seu ser, na amplitude do atendimento em saúde. Nesse sentido, os fatores socioafetivos podem desempenhar um fator estratégico para a recuperação da mulher acometida pelo câncer de mama.

A atuação do Serviço Social em oncologia é bastante ampla na prevenção, na assistência e nos cuidados paliativos. O assistente social tem participado da construção de conhecimento a respeito do ser humano, de suas relações sociais e do enfrentamento de questões sociais. Intervir junto aos pacientes e seus familiares, incentivando-os a participarem do processo de recuperação da saúde na condição de cidadãos e, democratizando as informações de forma a garantir o acesso aos serviços oferecidos e a resolutividade das situações sociais que interferem no processo saúde-doença, por meio dos recursos institucionais e comunitários, são ações que devem permear a prática desse profissional.

A título de proposição, considera-se que o Serviço Social, em sua atuação na oncologia, poderia contribuir na efetivação dos cuidado integral à mulher com câncer de mama buscando parceria com o Programa Saúde da família (PSF) para que essa mulher seja acompanhada em seu domicílio. Considera-se também importante que seja buscado apoio no Centro de Referência da Assistência Social (CRAS), em cujo território existem profissionais especializados que poderiam ser mobilizados num planejamento de ações que poderiam dar suporte no enfrentamento desse diagnóstico com tantas representações.

A transversalidade das políticas é necessária e urgente, na medida em que não se pode fragmentar o ser humano; porém, a realidade ainda nos mostra ações pontuais e paralelas, sem o verdadeiro entendimento de que saúde não é de responsabilidade de uma política isolada e de que os resultados só serão positivos diante de um olhar inteiro.

A dificuldade de articulação entre os níveis de atenção se reflete nos elevados índices de diagnóstico tardio e de mortalidade pela doença. Conforme relatam Parada et al. (2008), em relação às ações de promoção, é preciso fortalecer o eixo da mobilização social para que os fatores relacionados à ocorrência do câncer de mama possam ser conhecidos e debatidos publicamente. A informação sobre a

redução da exposição aos riscos e sobre as formas de proteção deve estar articulada a um conjunto de fatores relacionados a oportunidades de práticas saudáveis e de acesso a serviços de qualidade, em um contexto educativo que privilegie a interação, a participação e o diálogo.

Ainda de acordo com esses autores, para que as estratégias de controle e tratamento do tratamento do câncer se integrem e produzam resultados, é vital que os profissionais de saúde e gestores conheçam bem seu papel e atuem com responsabilidade e sensibilidade em cada etapa das ações. A participação dos diversos atores e o engajamento efetivo na produção social da saúde e na qualificação da rede assistencial é condição básica para que se possa mudar a história do controle do câncer de mama no Brasil.

Outra questão que merece considerações se refere a mudanças necessárias nas terminologias tão comumente utilizadas no meio profissional, acadêmico e social que normalmente se observam quando se trata do câncer. Uma terminologia muito usada é a referente a "ser portador da patologia". Não se "porta" o câncer , se trata o câncer, se cuida da paciente com câncer, não se vê o uso dessa terminologia com pacientes diabéticos ou cardiopatas; por que com câncer?

Na contemporaneidade do trabalho, as referências indicadas pela autora desta dissertação destacam a importância de levar a paciente entender que ela está em tratamento de câncer, não somente "está com câncer", pois esta última expressão dá a impressão de que não há possibilidade de eliminar a doença, como se a paciente a carregasse para sempre. O câncer tem tratamento e é necessário ser visto de forma diferente. Caso contrário, o seu estigma não será combatido nem emocionalmente, nem socialmente e será perpetuado historicamente.

Ao finalizar este trabalho, referenda-se a opinião de Almeida (2009), lembrando que o intuito do estudo não é só contribuir para um processo de reflexão em saúde Considera-se como relevante que essas análises possam ser utilizadas como um dispositivo político, este último compreendido no sentido de ação e capacidade de promover mudanças. O exercício reflexivo desenvolvido com a pesquisa só agregará valor se ele for traduzido em ações e respostas efetivas aos problemas e obstáculos

detectados, transformando o cotidiano dos serviços em saúde, no que concerne à sua organização e às práticas profissionais (PINHEIRO; SILVA JUNIOR; MATTOS, 2008).

REFERÊNCIAS

ANDRADE, S. M de; SOARES, D. A; CORDONI JUNIOR, L. (Orgs.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: UEL, 2001.

ALMEIDA, S. B. **A trajetória de mulheres com câncer de mama:** uma proposta de estudo sobre a prática avaliativa de integralidade nos municípios de Volta Redonda. Rio de Janeiro: UFRJ - Instituto de medicina social, 2009.

BRASIL. Constituição (1998). **Constituição da República Federativa do Brasil:** 1998. 24. ed. Brasília: Câmara dos Deputados, 2006a.

_____. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário oficial da República Federativa do Brasil**. Brasília, 20 set. 1990a. Disponível em: <planalto.gov.br/ccvil_03/leis/80.html>. Acesso em: 10 ago. 2010.

_____. Ministério da Saúde. **O SUS e o controle social**: guia de referência para conselheiros municipais. Coordenação de projetos de promoção de saúde. Brasília: DF, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Resolução nº 218, de 06 de março de 1997**. Conselho Nacional de Saúde. 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/ conselho/resol97 /res21897 .htm>. Acesso em: 10 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde**. ABC do SUS:** doutrina e princípios. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. Brasília: DF, 1990b.

_____. Ministério da Saúde. **Carta dos direitos dos usuários da saúde**. 2. ed. Brasília: MS, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino – serviço. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/enfermagem/index.asp>. Acesso em: ago. 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2010**. Incidência de câncer no Brasil. INCA. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/ estimativa/2010/ index.asp ?link= tabela estados.asp&UF=BR>. Acesso em: 1 mar. 2011.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do Câncer de Mama Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, Secretaria de Atenção à Saúde, Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. **A situação do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, Secretaria de Atenção à Saúde. Coordenação de Prevenção e Vigilância, 2006b.

_____. Ministério da Saúde. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco**. Rio de Janeiro, INCA, Coordenação Nacional de controle de tabagismo – CONTAPP, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção integral à saúde da mulher**. Brasília: MS, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e da Gestão do SUS.** 2006c. Disponível em: < http://www.saude.sc.gov.br/hijg/gth/Cartilha%20da%20PNH.pdf>. Acesso em: 10 abr. 2011.

CAPONERO, R. Biologia do câncer. In: CARVALHO, V. A de. (Org.). **Temas de Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

CARPENITO, L. J. **Intervenções de enfermagem no controle do câncer**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, INCA, 2002.

CARVALHO, B. G.; MARTINS, G. B.; CORDONI JUNIOR, L. A. A organização do sistema de saúde no Brasil. In: ANDRADE, S. M.; SOARES, D. A.; CORDONI JUNIOR, L. A. (Org.). **Bases da saúde coletiva**. Londrina: Eduel, 2001, p. 27-56.

CAVALCANTE, L. F.; ZUCCO, L. P. Políticas de saúde e serviço social. In: SOARES, I. R.; CAVALCANTI, L. F. **Serviço social e políticas sociais**. 2. ed. Rio de Janeiro: UFRJ, v.1, p. 67-82, 2009.

COHN, A. **Descentralização da saúde:** novas formas de gestão do setor. São Paulo: Cedec, 1999.

CONSELHO FEDERAL DE SERVIÇO SOCIAL. **Parâmetros para atuação de assistente social na política de saúde**. Brasília: CFESS, 2010.

COMIN, F. S.; SANTOS, M. A.; SOUZA, L. V. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de psicologia.** p. 41-50, jan./abr. 2009. Disponível em: <www.scielo.br/epsic>. Acesso em: 3 fev. 2011.

COSTA, M. D. H. O trabalho nos serviços de saúde e a inserção dos (as) assistentes sociais. In: MOTA, A. E. et al. **Serviço social e saúde**: formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudo da Biologia**. Natal, v. 8, n. 1, p.155-163, jan./2003.

FAGUNDES, T. C. P. C. **Identidade e relações de gênero**. Disponível em: <www.projetoeducar.com.br/biologia/relato3.html>. Acesso em: 20 out. 2003.

FALEIROS, V. P. **Estratégias em Serviço Social**. 5. ed. São Paulo: Cortez, 2005.

FERRARI, C.; HERZBERG, V. **Tenho câncer e agora?** Enfrentando o câncer sem medos ou fantasias. São Paulo: Sociedade Brasileira de Oncologia Clínica, 1997.

FRANCO, M. H. P. A família em pisco-oncologia. In: CARVALHO, V. A de. (Org.). **Temas de Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 358-361.

GARCIA, M. Câncer de mama: redes de ação e afeto. In: **Rede feminina de Combate ao câncer**. Macaé/RJ, 2006.

GIMENES, M. G. G. **A mulher e o câncer**. São Paulo: Livro pleno, 2000.

GUARINGUE, C. A. P. **O papel do serviço social na oncologia**. 2010. Disponível em <http:// www.ispon.com.br/ orientações>. Acesso em: 10 fev. 2011.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade de câncer no Brasil – 2001. **Revista Brasileira de Cancerologia**. 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v02/pdf/editorial.pdf>. Acesso em: 12 mai. 2011.

MACIEIRA; R. C; MALUF, M. F. Sexualidade e câncer. In: CARVALHO, V. A de. (Org.). **Temas de Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 303-316.

MACIEIRA, R. C.; LIBERATO, R. P. Espiritualidade no enfrentamento do câncer. In: CARVALHO, V. A de. (Org.). **Temas de Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008, p. 414-431.

MERHY, E. E. Em busca da qualidade dos serviços de saúde e o modelo tecnoassistencial em defesa das vidas. In: CECILIO, L. C. O. **Intervenção a mudança na saúde**. São Paulo: Hucitec, 1994, p.117-160.

MESSA, A. A. **O impacto da doença crônica na família**. 2003. Trabalho de Conclusão de Curso - Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2003.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: Pesquisa qualitativa em saúde, Hucitec, 2006.

NETTINA, S. M. **Prática de Enfermagem.** 7. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2003.

NOGUEIRA, V. M.; MIOTO, R. C. T. Desafios atuais do sistema único – SUS e as suas exigências para os assistentes sociais. In: MOTA, A. E., et al. **Serviço social e saúde:** formação e trabalho profissional. 3. ed. São Paulo: Cortez, 2008.

PAGANOTTO FILHO, E. C.; SCHWARTSMANN, G.; ARAUJO, M. C. In: **100 perguntas sobre o câncer de mama**. Rio Grande do Sul: Mesa redonda, 2006, p. 251-258.

PAIM, J. S. A reforma sanitária e os modelos assistenciais. In: ROUQUAYROL, M. Z. Epidemiologia & Saúde. 4. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 1993, p. 455-466.

PARADA, R. et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer**. Rev. APS.** v. 11, n. 2. Rio de janeiro: INCA/Fio Cruz, p. 199-206, abr./jun. 2008.

PARISOTO, D.; MIOTTI, L. Como é o acompanhamento pós-cirurgia e terapia complementar para o câncer de mama. In: **100 perguntas sobre o câncer de mama**. Rio Grande do Sul: Mesa redonda, 2006, p. 143-147.

PEÇANHA, D. L. N. Câncer: recursos de enfrentamento da doença. In: CARVALHO, V. A de. (Org.). **Temas de Psico-oncologia**. São Paulo: Summus, 2008.

PEDROSA, M. Atenção integral à saúde da mulher: desafios para implementação na prática assistêncial. **Revista Brasileira Médica Famacêutica Comunitária**. v. 1. n. 3. Rio de Janeiro, out./dez. 2005. Disponível em: <http:??www.remfc.org.br/index.php/rbnfc/search/advancedresults?subject=saudada mulher. > Acesso em: 12. fev. 2011.

PINHEIRO, R.; GUIZARDI, F.L. Cuidado e integralidade: por uma genealogia de saberes e praticas no cotidiano. In: PINHEIRO, R.; MATTOS, R. A. **Cuidado**: as fronteiras da integralidade**.** Rio de Janeiro: Abrasco, 2006, p. 21-36.

PINHEIRO, R.; SILVA JÚNIOR, A. G.; MATTOS, R. A. (Orgs.). **Atenção básica e integralidade**: contribuições para estudos de práticas avaliativas em saúde. Rio de Janeiro: CEPESC: IMS/UERJ: ABRASCO, 2008.

POLESI, G. **O impacto da visita aberta no hospital Santa Casa de Misericórdia de Vitória sob a ótica do profissional de saúde.** 2009. Trabalho de conclusão de curso – Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2009.

RIBEIRO, E. M. P. C. O paciente terminal e a família. In: CARVALHO, M. M. M. J. **Introdução à psicooncologia**. São Paulo: Summus, 1994, p. 197-217.

RODRIGUES, R. A. **Direitos fundamentais na constituição de 1988**. Rio Grande do Sul: Búria Fabris, 2008.

ROLLAND, J. S. In: SILVA, N. C. **Como o câncer (des)estrutura a família**. 2001. Dissertação de Mestrado em Família – Instituto João Paulo II. Rio de Janeiro: INCA, 2001.

ROMANO, B. W. **Princípios para a prática da psicologia clínica em hospitais**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1999.

ROUQUAYROL, M. Z. **Epidemiologia e saúde**. Rio de Janeiro: Medsi, 1999.

SANTOS, C. T dos; SEBASTIANI, R. W. Acompanhamento psicológico à pessoa portadora de doença crônica. In: CAMON, V. A. A (Org.) **E a psicologia entrou no hospital**. São Paulo: Pioneira, 2001.

SASSE, A. D. **E-câncer: informações para uma vida melhor.** Disponível em: <www.andre.sasse.com/mama.htm>. Acesso em: jun. 2007.

SILVA JUNIOR, A. G. S; MARCARENHAS, M. T. M. Avaliação da atenção básica em saúde sob a ótica da integralidade: aspectos conceituais e metodológicos. In: PINHEIROS, R; MATTOS, R. A (org.) **Cuidado:** as fronteiras da integralidade. Rio de Janeiro: CEPESC/UERJ: ABRASCO, 2006. p. 241-257.

SILVA, G. **Processo de enfrentamento no período pós-tratamento do câncer de mama.** 2008. Disponível em <www.teses.usp.br>. Acesso em: nov. 2008.

SIMONTON, S. M. **A família e a cura:** o método Simonton para famílias que enfrentam uma doença. São Paulo: Simmus, 1991.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogam, 2002.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Disponível em: < http://www.sbmastologia.com.br/>. Acesso em: 11 mai. 2011.

SOLLA, J. **A trajetória histórica do Instituto Nacional do Câncer e do Brasil em relação a sua responsabilidade pública e à cidadania brasileira**. Rio Janeiro: INCA, 2006.

SORAES, R. **A percepção emocional do câncer de mama sobre dinâmica familiar.** Dissertação Mestrado. Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de São Paulo, 2004.

SPINK, M. J. P. **Psicologia social e saúde:** práticas, saberes e sentidos. Petrópolis, vozes, 2003.

VENÂNCIO, J. L. A importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Revista cancerologia**. Rio de Janeiro, 2004, p. 55-63. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf >. Acesso em 1 mar. 2011.

XAVIER, B. B. **Socializando experiências sobre o Serviço Social em oncologia**. Vitória: texto mimeografado, 2008.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: "FATORES SOCIOAFETIVOS E TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA"

Nome da Pesquisadora: Bianca Beraldi Xavier

Nome da Orientadora: Raquel de Matos Lopes Gentilli

Coorientadora: Gilsa Helena Barcellos

Natureza da pesquisa: A Senhora está sendo convidada a participar desta pesquisa, que tem como finalidade analisar como os fatores socioafetivos se encontram associados ao tratamento de câncer de mama em pacientes do SUS.

1. **Participantes da pesquisa**: Serão avaliadas pacientes em tratamento do câncer de mama atendidas pela AFECC.
2. **Envolvimento na pesquisa**: Ao participar deste estudo, a Senhora permitirá que a pesquisadora, Bianca Beraldi Xavier, realize a avaliação por meio de entrevista. A Senhora tem liberdade de se recusar a participar e, ainda se recusar, a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a Senhora. Sempre que quiser, poderá pedir mais informações sobre à pesquisa a pesquisadora e, se necessário, ao Comitê de Ética em Pesquisa.
3. **Sobre a entrevista e teste**: Serão realizados uma única vez.
4. **Riscos e desconforto**: A participação nesta pesquisa não traz complicações legais. Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.
5. **Confidencialidade**: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente a pesquisadora e o orientador terão conhecimento dos dados pessoais.
6. **Benefícios**: Ao participar desta pesquisa, a Senhora não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre o tratamento do câncer de mama, de forma que o conhecimento que será construído a partir desta pesquisa possa auxiliar futuros estudos experimentais, que poderão trazer benefícios diretos. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos.
7. **Pagamento**: A Senhora não terá nenhum tipo de despesa para participar desta

pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após esses esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto, preencha, por favor, os itens que se seguem:

Consentimento Livre e Esclarecido

Tendo em vista os itens acima apresentados, eu, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa.

_____

Nome do Participante da Pesquisa

_____

Assinatura do Participante da Pesquisa

_____

Bianca Beraldi Xavier

Pesquisadora

_____

Assinatura do Orientador

TELEFONES

Pesquisadoras: Bianca Beraldi : 3334-8105

Coordenação do Comitê de Ética em Pesquisa: 3334-3586.

APÊNDICE B – ROTEIRO DE ENTREVISTA

1. Descreva passo a passo como foi a trajetória da suspeita para a confirmação de câncer de mama.

2. Ao se deparar como o diagnostico, o que passou pelo seu pensamento?

3. Como foi o acesso ao sistema de saúde para viabilizar o tratamento necessário:

a) Tempo para conseguir a consulta?

b) Período de aguardo da cirurgia?

c) Tratamentos adjuvantes (quimioterapia/radioterapia)?

d) Acompanhamento da equipe interdisciplinar?

4. A Unidade de Saúde e a Estratégia de Saúde da Família se envolveram com o tratamento? Se afirmativo, como foi?

5. Como sua família se colocou ao se deparar com o diagnóstico e tratamento do câncer de mama?

6. Quais arranjos familiares tiveram que ser alternados por conta do tratamento:

a) Financeiro?

b) Tarefas domésticas?

c) Acompanhamento dos filhos?

d) Trabalho?

7. E você, como você, mulher, se coloca diante da vida? O mudou? Como mudou? Para que mudou?

8. Participa de programa(s) de reabilitação? Qua(is)? Resultado?

ANEXOS

ANEXO B – POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO ONCOLÓGICA

PORTARIA Nº 2.439/GM DE 8 DE DEZEMBRO DE 2005.

Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso de suas atribuições, e

Considerando a Constituição Federal, na seção saúde, em seus arts. 196 a 200 e as Leis Orgânicas da Saúde nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, e nº 8.142, de 28 de dezembro de 1990;

Considerando a importância epidemiológica do câncer no Brasil e sua magnitude social;

Considerando o risco de câncer associado ao tabagismo, a ocupações, à incidência de raios ultravioleta, a hábitos sociais e alimentares, e o impacto das ações de promoção e prevenção sobre os índices de incidência e prevalência de algumas neoplasias malignas;

Considerando a diversidade na distribuição regional das neoplasias malignas, que requerem tipos diversos de ações e serviços de saúde;

Considerando os custos cada vez mais elevados na alta complexidade e a necessidade de estudos que avaliem o custo-efetividade e a qualidade da atenção oncológica;

Considerando as condições de acesso da população brasileira à atenção oncológica e a necessidade de se estruturar uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada que garanta atenção integral à população, bem como o acesso a consultas e exames para o diagnóstico do câncer;

Considerando a necessidade de instituir parâmetros para o planejamento e de aprimorar os regulamentos técnicos e de gestão em relação à atenção oncológica no País;

Considerando a necessidade da implementação do processo de regulação, avaliação e controle da atenção oncológica, com vistas a qualificar a gestão pública;

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estabelecer diretrizes nacionais para a atenção oncológica; e

Considerando a responsabilidade do Ministério da Saúde de estimular a atenção integral e articular as diversas ações nos três níveis de gestão do SUS,

R E S O L V E:

Art. 1º Instituir a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão.

Art. 2º Estabelecer que a Política Nacional de Atenção Oncológica deve ser organizada de forma articulada com o Ministério da Saúde e com as Secretarias de Saúde dos estados e dos municípios, permitindo:

I - desenvolver estratégias coerentes com a política nacional de promoção da saúde voltadas para a identificação dos determinantes e condicionantes das principais neoplasias malignas e orientadas para o desenvolvimento de ações intersetoriais de responsabilidade pública e da sociedade civil que promovam a qualidade de vida e saúde, capazes de prevenir fatores de risco, reduzir danos e proteger a vida de forma a garantir a eqüidade e a autonomia de indivíduos e coletividades;

II - organizar uma linha de cuidados que perpasse todos os níveis de atenção (atenção básica e atenção especializada de média e alta complexidades) e de atendimento (promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos);

III - constituir Redes Estaduais ou Regionais de Atenção Oncológica, formalizadas nos Planos Estaduais de Saúde, organizadas em níveis hierarquizados, com estabelecimento de fluxos de referência e contra-referência, garantindo acesso e atendimento integral;

IV - definir critérios técnicos adequados para o funcionamento e avaliação dos serviços públicos e privados que atuam nos diversos níveis da atenção oncológica, bem como os mecanismos de sua monitoração;

V - ampliar a cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a eqüidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;

VI - fomentar, coordenar e executar projetos estratégicos de incorporação tecnológica, mediante estudos de custo-efetividade, eficácia e qualidade e avaliação tecnológica da atenção oncológica no Brasil;

VII - contribuir para o desenvolvimento de processos e métodos de coleta, análise e organização dos resultados das ações decorrentes da Política Nacional de Atenção Oncológica, permitindo o aprimoramento da gestão e a disseminação das informações;

VIII - promover intercâmbio com outros subsistemas de informações setoriais, implementando e aperfeiçoando permanentemente a produção de dados e a democratização das informações com a perspectiva de usá-las para alimentar estratégias promocionais da saúde;

IX - qualificar a assistência e promover a educação permanente dos profissionais de saúde envolvidos com a implantação e a implementação da Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização;

X - fomentar a formação e a especialização de recursos humanos para a rede de atenção oncológica; e

XI - incentivar a pesquisa na atenção oncológica, de acordo com os objetivos da Política Nacional de Ciência e Tecnologia em Saúde.

Art. 3º Definir que a Política Nacional de Atenção Oncológica seja constituída a partir dos seguintes componentes fundamentais:

I - promoção e vigilância em saúde: elaborar políticas, estratégias e ações que ampliem os modos de viver mais favoráveis à saúde e à qualidade de vida e que superem a fragmentação das ações de saúde, mediante articulação intersetorial em busca de uma maior efetividade e eficiência;

II - As ações de vigilância da saúde devem utilizar:

a) estratégias para estimular a alimentação saudável e a prática da atividade física em consonância com a Estratégia Global proposta pela Organização Mundial da Saúde;

b) proporcionar a redução e o controle de fatores de risco para as neoplasias, como o tabagismo;

c) desencadear ações que propiciem a preservação do meio ambiente e a promoção de entornos e ambientes mais seguros e saudáveis, incluindo o ambiente de trabalho dos cidadãos e coletividades;

d) implantar estratégias de vigilância e monitoramento dos fatores de risco e da morbimortalidade relativos ao câncer e às demais doenças e agravos não transmissíveis; e

e) desenvolver mecanismos e parâmetros de avaliação do impacto em curto, médio e longo prazos das ações e serviços prestados em todos os níveis da atenção à saúde;

III - atenção básica: realizar, na Rede de Serviços Básicos de saúde (Unidade Básicas de Saúde e Equipes da Saúde da Família), ações de caráter individual e coletivo, voltadas para a promoção da saúde e prevenção do câncer, bem como ao diagnóstico precoce e apoio à terapêutica de tumores, aos cuidados paliativos e às ações clínicas para o seguimento de doentes tratados;

IV - média complexidade: realizar assistência diagnóstica e terapêutica especializada, inclusive cuidados paliativos, garantida a partir do processo de referência e contra-referência dos pacientes, ações essas que devem ser organizadas segundo o planejamento de cada unidade federada e os princípios e diretrizes de universalidade, eqüidade, regionalização, hierarquização e integralidade da atenção à saúde;

V - alta complexidade: garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas, assistência essa que se dará por meio de Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON);

VI - Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia: são aqueles CACONs designados para exercer o papel auxiliar, de caráter técnico, ao gestor do SUS nas políticas de atenção oncológica;

VII - Plano de Controle do Tabagismo e outros Fatores de Risco do Câncer do Colo do Útero e da Mama: deve fazer parte integrante dos Planos Municipais e Estaduais de Saúde.

VIII - regulamentação suplementar e complementar por parte dos estados e dos municípios, com o objetivo de regular a Atenção Oncológica;

IX - regulação, fiscalização, controle e avaliação das ações da Atenção Oncológica de competência das três esferas de governo;

X - sistema de informação que possa oferecer ao gestor subsídios para tomada de decisão no processo de planejamento, regulação, avaliação e controle e promover a disseminação da informação;

XI - diretrizes nacionais para a atenção oncológica em todos os níveis de atenção, que permitam o aprimoramento da atenção, regulação, avaliação e controle;

XII - avaliação tecnológica: oferecer subsídios para tomada de decisão no processo de incorporação de novas tecnologias, articulando as diversas esferas do Ministério da Saúde;

XIII - educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção, considerando o enfoque estratégico da promoção e envolvendo todos os profissionais de nível superior e os de nível técnico, de acordo com as diretrizes do SUS e alicerçada nos Pólos de Educação Permanente em Saúde; e

XIV - pesquisa sobre o câncer: incentivar pesquisas nas diversas áreas da atenção oncológica.

Art. 4º Estabelecer que o Instituto Nacional de Câncer seja o Centro de Referência de Alta Complexidade do Ministério da Saúde, em conformidade com a Portaria nº 2.123/GM, de 7 de outubro de 2004, para auxiliar na formulação e na execução da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Art. 5º Determinar à Secretaria de Atenção à Saúde, isoladamente ou em conjunto com outras Secretarias do Ministério da Saúde e a Agência Nacional de Vigilância Sanitária do Ministério da Saúde, que adotem, no prazo de 12 (doze) meses, todas as providências necessárias à plena estruturação da Política Nacional de Atenção Oncológica instituída por esta Portaria.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

SARAIVA FELIPE

Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso

Consensus for the Management of Breast Cancer

INTRODUÇÃO

A Organização Mundial da Saúde estima que, por ano, ocorram mais de 1.050.000 casos novos de câncer de mama em todo o mundo, o que o torna o câncer mais comum entre as mulheres. No Brasil, não tem sido diferente. Informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostram que na década de 90 este foi o câncer mais freqüente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre.

Além disso, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte por câncer entre as mulheres, registrando-se uma variação percentual relativa de mais de 80 % em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000 (Ministério da Saúde, 2002).

Internacionalmente, tem-se observado em alguns países desenvolvidos, como é o caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, um aumento da incidência do câncer de mama acompanhado de uma redução da mortalidade por esse câncer, o que está associado à detecção precoce por meio da introdução da mamografia para rastreamento e à oferta de tratamento adequado. Em outros países, como no caso do Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento do diagnóstico e da instituição de terapêutica adequada.

Frente às limitações práticas para a implementação junto à população de estratégias efetivas para a prevenção do câncer de mama, as intervenções, do ponto de vista da Saúde Pública, passam a ser direcionadas a sua detecção precoce, com a garantia de recursos diagnósticos adequados e tratamento oportuno.

O Ministério da Saúde, considerando a situação atual do câncer de mama no Brasil e percebendo a necessidade de definir as estratégias a serem priorizadas para o seu controle a partir de um trabalho conjunto entre o Instituto Nacional de Câncer e a Área Técnica da Saúde da Mulher, com o apoio da Sociedade Brasileira de Mastologia, realizou, nos dias 13 e 14 de novembro de 2003, uma oficina de trabalho para discussão e aprovação de recomendações referentes ao controle do câncer de mama. Participaram, além de técnicos de diferentes áreas do Ministério, gestores, pesquisadores que atuam na área de controle de câncer e representantes de Sociedades Científicas afins e de entidades de defesa dos direitos da mulher.

Este documento de consenso apresenta as recomendações emanadas dessa oficina para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos no câncer de mama e aponta possíveis estratégias que devem ser utilizadas para a sua implementação no Sistema Único de Saúde.

PREVENÇÃO

Embora tenham sido identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção.

É recomendação que alguns fatores de risco, especialmente a obesidade e o tabagismo, sejam alvo de ações visando à promoção à saúde e a prevenção das doenças crônicas não-transmissíveis, em geral.

Não há consenso de que a quimioprofilaxia deva ser recomendada às mulheres assintomáticas, independente de pertencerem a grupos com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama.

DETECÇÃO PRECOCE

Para a detecção precoce do câncer de mama recomenda-se:

- Rastreamento anual, por meio do exame clínico da mama, em todas as mulheres a partir de 40 anos de idade. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, e deve ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
- Rastreamento por mamografia em mulheres com idade

entre 50 a 69 anos, com o intervalo máximo de dois anos entre os exames;
- Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, nas mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
- Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama:
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- Mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- Mulheres com história familiar de câncer de mama masculino;
- Mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ*.

Diagnóstico

Exame clínico

O exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.

Diagnóstico das lesões palpáveis

A ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Ela pode ser complementada pela ultra-sonografia nas seguintes situações:
- Nódulo sem expressão, porque a mama é densa ou porque está em zona cega na mamografia;
- Nódulo regular ou levemente lobulado, que possa ser um cisto;
- Densidade assimétrica difusa, que possa ser lesão sólida, cisto ou parênquima mamário.

A ultra-sonografia complementar não deve ser solicitada nas lesões Categoria 2 e 5 (BI-RADS®), microcalcificações, distorção da arquitetura e densidade assimétrica focal.

Se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico, que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional.

A PAAF é um procedimento ambulatorial, de baixo custo, de fácil execução e raramente apresenta complicações, que permite o diagnóstico citológico das lesões. Esse procedimento dispensa o uso de anestesia.

A PAG[a] ou core biopsy é também um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que fornece material para diagnóstico histopatológico (por congelação, quando disponível), permitindo inclusive a dosagem de receptores hormonais.

Nas lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ultra-sonografia), prosseguir a investigação com PAAF, PAG ou biópsia cirúrgica. Havendo indisponibilidade da realização de exames de imagem, está indicada a investigação por meio da PAAF ou PAG.

O diagnóstico prévio reduz o estresse da mulher quanto ao conhecimento do procedimento cirúrgico a que será submetida, otimiza o planejamento das atividades do centro cirúrgico, além de ser de custo inferior quando comparado a uma internação para biópsia cirúrgica convencional.

Diagnóstico das lesões não palpáveis

A conduta nas lesões não palpáveis segue a proposta do *Breast Imaging Reporting and Data System* (BI-RADS®), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em reunião de Consenso em1998. A edição de 2003 do BI-RADS® está disponível na Internet, na página do ACR <http:// www.acr.org>

Nos casos Categoria 3 (BI-RADS®), devem ser realizados dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual.

Nas lesões Categoria 4 e 5 (BI-RADS®), está indicado estudo histopatológico, que pode ser realizado por meio de PAG, mamotomia ou biópsia cirúrgica.

Por tratar-se de lesão não palpável, a biópsia cirúrgica deve ser precedida de marcação (MPC, marcação pré-cirúrgica), que pode ser guiada por raios X (mão livre, biplanar ou estereotaxia) ou por ultra-sonografia.

[a] Este procedimento não estava disponível na tabela do SUS até abril de 2004, data de publicação deste documento.

PAG e mamotomia podem ser guiadas por raios X (estereotaxia) ou por ultra-sonografia.

Se houver disponibilidade, recomenda-se eleger a USG para guia de procedimento invasivo quando a lesão for perceptível pelos dois métodos.

Nos casos de PAG e mamotomia com resultado histopatológico benigno, é necessário saber como foi o procedimento para decidir a conduta.

O procedimento (PAG, mamotomia) é considerado adequado se produzir fragmentos íntegros (mínimo de três) e se a lesão for atingida.

Nas lesões Categoria 4 (BI-RADS®), nos casos de procedimento adequado deve-se fazer dois controles radiológicos com intervalo semestral, seguidos de dois controles com intervalo anual; nos casos não adequados, indicar biópsia cirúrgica.

Nas lesões Categoria 5 (BI-RADS®), se o resultado histopatológico for benigno, deve-se proceder à investigação com biopsia cirúrgica, tanto nos casos de procedimento adequado quanto nos casos de procedimento não adequado.

A biópsia cirúrgica também está indicada nos casos de exame histopatológico radial scar, hiperplasia atípica, carcinoma in situ, carcinoma microinvasor e material inadequado, quando a biópsia for realizada em material obtido por meio PAG ou mamotimia.

A correlação entre análise do procedimento e conduta está resumida no Quadro 1.

Quadro1: Conduta nos casos discordantes, lesões Categoria 4 e 5 (BI-RADS).

Categoria	Resultado da PAG ou MT	Análise do procedimento	Indicação
4	benigno	PAG ou MT adequada	controle mamográfico em 6 m, 6 m e 1 ano.
4	benigno	PAG ou MT não adequada	biópsia cirúrgica
4	carcinoma *in situ*, *radial scar*, hiperplasia atípica ou se o patologista solicitar mais material	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	biópsia cirúrgica
4	carcinoma infiltrante	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	tratamento
5	benigno	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	biópsia cirúrgica
5	carcinoma *in situ*, *radial scar*, hiperplasia atípica ou se o patologista solicitar mais material	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	biópsia cirúrgica
5	carcinoma infiltrante	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada	Tratamento

PAG = punção com agulha grossa (core biópsia); MT = mamotomia

Diagnóstico citopatológico

Os critérios citológicos para a avaliação das lesões mamárias podem ser categorizados como:

- padrão citológico benigno, negativo para malignidade;
- padrão citológico positivo para malignidade - apresenta celularidade alta, com células epiteliais atípicas, geralmente isoladas e com citoplasma intacto, ausência de núcleos nus e redução da coesão celular. Sempre que possível acompanha a especificação diagnóstica do processo;
- padrão citológico de malignidade indeterminada (tumor papilar, tumor filóide);
- padrão citológico suspeito para malignidade (lesão epitelial proliferativa com atipias).

Diagnóstico histopatológico

O relatório histopatológico deve conter todos os elementos necessários para o adequado manuseio clínico da paciente sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico, apresentando a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e o resultado dos marcadores prognósticos avaliados por imunoistoquímica (ANEXO 1).

Estadiamento

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos, TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer, UICC, conforme as características do tumor primário, dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância (ANEXO 2).

TRATAMENTO

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisplinar visando o tratamento integral da paciente. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirúrgica e a radioterápica para o tratamento loco-regional, e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico.

Cirurgia

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora, fazendo-se a ressecção de um segmento da mama (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia) com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não-conservadora (mastectomia).

São modalidades de mastectomia:
- Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo-papilar);
- Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada);
-Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical);
- Mastectomia com reconstrução imediata;
- Mastectomia poupadora de pele.

Carcinoma ductal *in situ*

A mastectomia simples é um tratamento curativo em 98% dos casos, mas certamente representa procedimento excessivamente mutilante para considerável parcela dos casos. Tumores com diâmetro inferior a dois centímetros e margens cirúrgicas livres de comprometimento podem ser tratados com ressecção segmentar seguida de radioterapia complementar.

Cirurgias não conservadoras da mama, seguidas ou não de reconstrução mamária, são indicadas quando é impossível assegurar a obtenção de margens livres, em função da extensão ou multicentricidade do tumor. A linfadenectomia de nível I (base da axila) ou a dissecção do linfonodo sentinela deve ser realizada em casos de comedonecrose ou alto grau histológico (GIII), devido à possibilidade de microinvasão e envolvimento axilar.

Nos carcinomas ductais in situ pode-se ainda considerar a possibilidade do uso de hormonioterapia adjuvante com tamoxifeno (20mg/dia), por cinco anos.

Na neoplasia lobular in situ, considerada como um fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, indica-se a biópsia excisional. Esta condição exige vigilância especial por meio de exame clínico semestral e mamografia anual.

Carcinomas invasores com diâmetro tumoral inferior a três centímetros

A cirurgia conservadora preenche os pré-requisitos que norteiam o tratamento cirúrgico do câncer de mama, que são: máximo controle loco-regional, estadiamento, prognóstico semelhante com menor morbidade e mutilação.

São pré-requisitos para se indicar uma cirurgia conservadora:
- realização de mamografia prévia;
- diâmetro tumoral menor que 3 cm;
- ausência de comprometimento da pele;
- tumor único;
- avaliação das margens cirúrgicas (no intra ou pós-operatório);
- proporção adequada entre volume da mama e do tumor (distorção menor do que 30%);
- facilidade de acesso ao sistema de saúde para garantia do seguimento.

A avaliação das margens cirúrgicas modifica a extensão da cirurgia e contribui para reduzir a incidência de recidiva local nas cirurgias conservadoras. Quando a avaliação das margens for feita posteriormente à cirurgia e for identificado o comprometimento das mesmas, recomenda-se a re-intervenção. À cirurgia conservadora, segue-se a radioterapia complementar na mama.

Nas mulheres com tumor de diâmetro igual ou inferior a três centímetros, sem comprometimento nodal clinicamente aparente, pode ser utilizada, quando disponível, a técnica do linfonodo sentinela (LS) que visa identificar aquelas que necessitam ser submetidas à linfadenectomia axilar. É baseada na retirada do LS, que é o primeiro linfonodo a receber células metastáticas do tumor primário. O LS pode ser identificado pelo cirurgião por meio de injeção de corantes vitais e/ou radiofármacos, seguido de linfocintigrafia e uso de detector portátil de irradiação (probe). O exame citológico ou histológico é realizado pelo patologista para identificar ou descartar a presença de metástases. Esta técnica deve ser realizada por equipe multidisciplinar treinada (mastologista, patologista e médico nuclear).

Constituem contra-indicações para a realização da técnica do LS: realização de biópsia prévia complicada

por hematoma, presença de cicatrizes extensas, mamoplastia, quimioterapia neoadjuvante e gravidez.

Não havendo disponibilidade da técnica do LS ou nos casos em que o LS mostrou-se comprometido pela neoplasia maligna da mama, deve-se proceder à linfadenectomia axilar.

Carcinomas invasores com diâmetro igual ou maior que três centímetros, com ou sem quimioterapia neoadjuvante

A mastectomia deve ser indicada para os tumores iguais ou maiores que três centímetros. As técnicas modificadas que preservam um ou ambos os músculos são as mais empregadas, pois além de assegurarem resultados semelhantes à mastectomia radical, facilitam a reconstrução e reduzem a morbidade. A opção pela técnica depende dos achados intra-operatórios, das circunstâncias clínicas e da idade da paciente. Sempre que se indicar uma mastectomia em pacientes com boas condições clínicas, deve-se considerar a possibilidade de se realizar a reconstrução mamária imediata.

Radioterapia

É utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras, deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico.

O reforço da dose no leito tumoral (*boost*), está indicado nas pacientes com carcinoma ductal infiltrante, principalmente naquelas com idade inferior a 50 anos. Os casos de carcinoma ductal in situ, quando tratados por meio da cirurgia conservadora, devem ser submetidos à radioterapia adjuvante em toda a mama.

A presença de um dos fatores listados a seguir é suficiente para a indicação de radioterapia após a mastectomia, conforme o consenso alcançado no encontro de St. Gallen, Suíça:

- tumores com diâmetro igual ou maior que cinco centímetros (somar com o tamanho do fragmento de biópsia prévia);
- pele comprometida pelo tumor;
- dissecção inadequada da axila;
- margem comprometida (menor do que 1 cm.);
- quatro ou mais linfonodos comprometidos;
- não houve consenso quanto a indicação de realizar radioterapia quando há de um a três linfonodos comprometidos.

A utilização de quimioterapia com antracíclicos no período após as cirurgias radicais ou conservadoras protela o início da radioterapia para o término da terapêutica sistêmica, não devendo ser este período superior a seis meses desde a realização da cirurgia.

Existindo mais de quatro linfonodos axilares comprometidos e em tumores centrais ou mediais, pode se incluir a cadeia da mamária interna, principalmente nos três primeiros espaços intercostais, uma vez que a possibilidade de comprometimento é de 30%.

Quimioterapia e hormonioterapia

A terapia adjuvante sistêmica segue-se ao tratamento cirúrgico instituído. Sua recomendação deve basear-se no risco de recorrência. Para auxiliar nessa decisão, pode ser utilizado um dos programas obtidos pela internet, nos seguintes endereços: <http://www.adjuvantonline.com> e <http://www.mayoclinic.com/calcs/>

As mulheres com indicação de mastectomia como tratamento primário, podem ser submetidas à quimioterapia neoadjuvante, seguida de tratamento cirúrgico conservador, complementado por radioterapia. Para aquelas que apresentarem receptores hormonais positivos, a hormonioterapia, também está recomendada.

Estádios I, II e III (operável)

As pacientes consideradas com risco mínimo de recorrência devem ser submetidas a seguimento periódico. Para aquelas pacientes com risco baixo deve-se usar Tamoxifeno (TMX) por cinco anos. Já naquelas com risco elevado, o tratamento será condicionado à avaliação dos seguintes fatores: capacidade de resposta aos hormônios, presença de menopausa e comprometimento nodal, como mostrado nos quadros a seguir (quadros 2 e 3).

Não há indicação, no momento, para a substituição do Tamoxifeno por inibidor de aromatase. Nos casos de contra-indicação para uso de TMX, como na ocorrência de doença tromboembólica, doença cerebrovascular ou carcinoma de endométrio e naqueles tumores iniciais que se desenvolvam durante uso de TMX, sugere-se inibidor de aromatase como terapia adjuvante somente em mulheres na pós-menopausa e com tumores positivos para receptores hormonais.

Há poucos estudos que avaliam o impacto da quimioterapia adjuvante em mulheres com idade superior a 70 anos. A sua utilização nesta faixa etária deve ser feita de forma criteriosa e individualizada.

Estádio III (não-operável)

No tratamento neoadjuvante está recomendado o uso de Antracíclico (até 6 ciclos) ou CMF. Na impossibilidade da administração de quimioterapia, a hormonioterapia deve ser instituída. Recomenda-se o uso de TMX por um período de quatro a seis meses.

Em caso de falha no uso de Antracíclico, deve-se adotar a radioterapia acrescida de hormonioterapia se o tumor for receptor positivo.

Não houve consenso sobre o uso neoadjuvante dos Taxanes e seus benefícios para as mulheres com câncer de mama, uma vez que, são necessários maiores estudos a seu respeito.

O tratamento adjuvante consiste no uso de Tamoxifeno, por 5 anos, em pacientes com tumores positivos para receptores hormonais.

Quadro 2: Tratamento de pacientes nos estádios I, II e III (doença operável) conforme o risco de recorrência

RISCO DE RECORRÊNCIA	CARACTERÍSTICAS	RECOMENDAÇÕES
Mínimo	Idade superior a 35 anos e Tumor menor que 1 cm e Linfonodo axilar negativo ou Tumor tubular ou mucinoso ou medular típico ou papilífero menor do que 3 cm e Linfonodo negativo	Seguimento periódico
Baixo	Idade superior a 35 anos e Tumor entre 1 e 2 cm e Grau I ou grau II e Receptor hormonal (estrogênio e/ou progesterona) positivo e Linfonodo negativo	TMX, por cinco anos
Elevado	Idade inferior a 35 anos ou Tumor maior que 2 cm ou Grau III ou Receptor hormonal (estrogênio e progesterona) negativo ou Linfonodo positivo	Ver quadro 3

Quadro 3: Tratamento de pacientes nos estádios I, II e III (doença operável) com risco elevado de recorrência

Condições	Pré-menopausa	Pós-menopausa
Hormônio responsivo		
Com linfonodo axilar negativo	Antracíclico (até 6 ciclos) ou CMF seguidos de Tamoxifeno por 5 anos	TMX por 5 anos ou Antracíclico (até 6 ciclos) seguido de TMX por 5 anos
Com linfonodo axilar positivo	Antracíclico (até 6 ciclos) seguido de TMX por 5 anos	
Hormônio não responsivo		
Com linfonodo axilar negativo	Antracíclico (até 6 ciclos)	Antracíclico (até 6 ciclos)
Com linfonodo axilar positivo		

Estádio IV (terapia paliativa)

A doença metastática deve ser confirmada cito ou histologicamente, sempre que possível.

A indicação hormonioterapia isolada deve ocorrer sempre que possível. Deve ser utilizada somente em tumores com receptor hormonal positivo, conforme descrito no Quadro 4.

A Quimioterapia está recomendada nos tumores negativos para receptores hormonais, nos casos de doença visceral sintomática ou extensa e quando há progressão após intervalo curto de manipulação hormonal prévia (4 meses), devendo ser realizada conforme indicado no Quadro 5.

Quadro 4: Recomendações para hormonioterapia em pacientes no estádio IV

Hormonioterapia	Pré-menopausa	Pós-menopausa
1ª linha	Ablação ovariana[1] ou TMX	TMX
2ª linha	TMX isolado [2] ou ablação ovariana isolada	Inibidor de aromatase [4]
3ª linha[a]	Inibidor de aromatase [3]	Acetato de megestrol
4ª linha[b]	Acetato de megestrol	—

Notas:
(1) A ablação ovariana pode ser realizada por cirurgia ou radioterapia.
(2) A terapêutica hormonal de segunda linha, na pré-menopausa, fica na dependência da opção adotada como 1ª linha.
(3) A utilização de inibidores de aromatase deve ser feita somente em mulheres na pós-menopausa ou, se na pré-menopausa, apenas naquelas em que foi realizada ablação ovariana.
(4) Não há evidências de aumento de sobrevida com a utilização de inibidores de aromatase na primeira linha do tratamento paliativo de mulheres na pós-menopausa, com câncer de mama receptor hormonal positivo.

Quadro 5: Recomendações para quimioterapia em pacientes no estádio IV

Quimioterapia	Drogas recomendadas
1ª linha	CMF ou FAC
2ª linha	Taxanes ou Capecitabina ou Vinorelbine
3ª linha	Taxanes ou Capecitabina ou Vinorelbine, desde que não tenha sido usada como 2ª linha

Notas:
1. A escolha de quimioterapia paliativa de primeira linha está na dependência de tratamento adjuvante prévio e do intervalo entre a sua administração e a recorrência da doença. Em caso de intervalo superior a um ano, pode-se considerar reinstituição do mesmo esquema quimioterápico. Entretanto, a reutilização de esquema terapêutico com Adriamicina estará vinculada à dose prévia utilizada, respeitando-se o limite total de 450 mg/m2.
2. Considerar a quimioterapia de terceira linha, desde que anteriormente tenham sido empregados CMF e Adriamicina.
3. O uso da quimioterapia paliativa deve ser adotada por no máximo 6 meses em cada linha.

Há evidências recentes de aumento de sobrevida com utilização precoce de Trastuzumab associado à quimioterapia, em pacientes com tumores que superexpressam HER-2. No entanto, a sua utilização está condicionada a estudos de avaliação econômica a serem realizados pelo Ministério da Saúde.

Seguimento

No seguimento das pacientes com câncer de mama após tratamento adjuvante deve-se proceder à história, exame físico, mamografia e exame ginecológico conforme descrito no quadro a seguir (quadro 6). Não há indicação de realização de hemograma, bioquímica no sangue, radiografia de tórax, ultra-sonografia abdominal ou trans-vaginal, cintilografia óssea e marcadores tumorais na ausência de sintomas ou de indicações clínicas que justifiquem sua solicitação.

Quadro 6: Recomendações para o seguimento de mulheres com câncer de mama

Recomendação	Tempo decorrido	
	1-5 anos	Após o 5º ano
História e Exame físico	semestral	anual
Mamografia	anual	anual
Exame ginecológico (quando em uso de Tamoxifeno)	anual	anual

Intervenções interdisciplinares

As ações interdisciplinares na atenção ao câncer de mama devem ser iniciadas a partir do diagnóstico, e devem fazer parte da atuação conjunta entre todos os profissionais de saúde, junto aos pacientes e familiares.

As intervenções interdisciplinares têm como objetivo fazer uma junção entre conhecimentos e disciplinas, que intercedam efetivamente na qualidade de vida desta população após o tratamento, favorecendo de forma prioritária o seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais.

A equipe interdisciplinar deverá ser composta por: médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista.

[a] A hormonioterapia neoadjuvante em câncer de mama estádio III (não operável), não estava disponível na Tabela do SUS até abril de 2004, data da publicação deste documento

[b] As 3ª e 4ª linhas de hormonioterapia paliativa em câncer de mama não estavam disponíveis na Tabela do SUS até abril de 2004, data da publicação deste documento.

A atuação interdisciplinar para a prevenção de complicações decorrentes do tratamento deve ser realizada em todas as fases: diagnóstico; durante e após o tratamento; na recorrência da doença e nos cuidados paliativos. Em cada uma dessas fases, é necessário conhecer e identificar as necessidades da mulher, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no seu cotidiano.

A intervenção consiste em orientações domiciliares, tratamento ambulatorial, tratamento hospitalar específicos e grupos educativos. Deve ser garantido o acesso às informações relacionadas aos direitos previstos em lei e adequação dos recursos que garantam uma atenção integral.

Psicologia

O atendimento psicológico deve ser iniciado imediatamente após o diagnóstico e definição da conduta terapêutica oncológica, estabelecendo-se uma avaliação psicológica individual para o planejamento dos atendimentos subseqüentes, que poderão ser em grupo.

Quando não for possível a reconstrução mamária, próteses mamárias de uso externo devem ser adaptadas após a alta do curativo, visando diminuir a alteração na imagem corporal.

Enfermagem

A atuação do enfermeiro deve ser iniciada logo após o diagnóstico, por meio da consulta de enfermagem, a ser realizada por ocasião da internação e antes de cada modalidade terapêutica. No pós-operatório deve-se avaliar a ferida operatória e orientar para a alta, direcionando a mulher para o autocuidado (cuidados com o sítio cirúrgico, dreno e membro homolateral).

No momento da alta hospitalar deve-se encaminhar a mulher para grupos de apoio interdisciplinar, que discutem aspectos educativos, sociais e emocionais, visando à reintegração à vida cotidiana. Por fim, no seguimento ambulatorial da ferida operatória deve-se avaliar e realizar os curativos, retirar dreno, realizar punção de seroma e acompanhar a mulher durante todo o período de cicatrização.

Fisioterapia

A atuação do fisioterapeuta deve ser iniciada no pré-operatório, objetivando conhecer as alterações pré-existentes e identificar os possíveis fatores de risco para as complicações pós-operatórias. Quando necessário, deve ser instituído tratamento fisioterapêutico já nesta etapa, visando minimizar e prevenir as possíveis seqüelas. No pós-operatório imediato, objetiva-se identificar alterações neurológicas ocorridas durante o ato operatório, presença de sintomas álgicos, edema linfático precoce e alterações na dinâmica respiratória.

Durante a terapia adjuvante e no seguimento, deve-se priorizar a prevenção e minimização das complicações, sejam elas linfáticas, posturais, funcionais e/ou respiratórias. As recomendações para a prevenção, diagnóstico e tratamento do linfedema são apresentadas no ANEXO 3.

Para o controle dos sintomas álgicos, as pacientes devem realizar exercícios domiciliares, manobras ativas de relaxamento muscular e automassagem no local cirúrgico. A atividade física deve ser recomendada, sendo contra-indicado o uso do braço em movimentos rápidos e de repetição, assim como atividades com carga.

CUIDADOS PALIATIVOS

Segundo a definição da Organização Mundial de Saúde, "Cuidados Paliativos consistem na assistência promovida por uma equipe multidisciplinar, ativa e integral a pacientes cuja doença não responde mais ao tratamento curativo, sendo o principal objetivo a garantia da melhor qualidade de vida, tanto para o paciente quanto para seus familiares, através do controle da dor e demais sintomas, em suas dimensões psicossociais e espirituais".

Sua instituição deve ser precoce, à época do diagnóstico de doença avançada, sem possibilidade de cura. A transição do cuidado ativo para o cuidado com intenção paliativa é um processo dinâmico e diferente em cada paciente.

Os Cuidados Paliativos visam garantir melhor qualidade de vida, controle da dor e demais sintomas, além de facilitar a desospitalização. Devem ainda contribuir para reduzir a realização de exames complementares quando seus resultados não mudam a terapia, evitar o uso de terapias ineficazes e potencialmente danosas aos pacientes, enfatizar o tratamento domiciliar em detrimento do tratamento hospitalar, preparar os cuidadores para a realização, em ambiente domiciliar, de cuidados antes restritos às instituições e estruturar o acesso à distribuição e à dispensação de insumos e medicamentos necessários à manutenção do paciente no seu domicílio.

A prática clínica de cuidados paliativos segue princípios éticos baseados no respeito à autonomia do paciente, requer habilidade de comunicação e uma abordagem interdisciplinar.

A equipe interdisciplinar deve ser composta por médico, enfermeiro, fisioterapeuta, assistente social, psicólogo, nutricionista e terapeuta ocupacional, sendo cada profissional responsável pelas condutas dentro de

sua área de competência. Tais condutas, no entanto, devem sempre ser discutidas com toda a equipe. É ainda importante a atuação do voluntário junto à equipe.

A habilidade de comunicação tem um importante papel, uma vez que a informação e explicação adequadas usualmente diminuem a ansiedade dos pacientes e familiares, estabelecendo-se um sentimento de confiança e segurança na equipe.

No ANEXO 4 são apresentados os principais aspectos relacionados ao controle dos sintomas, com destaque para astenia, síndrome anorexia / caquexia, lesões tumorais da pele, dor, dispnéia, alterações neurológicas / psiquiátricas, depressão maior e delírio.

Sociedade civil organizada

Sua participação nas ações de controle do câncer de mama tem papel fundamental no fortalecimento do controle social e na capacidade de mobilização em torno de projetos de responsabilidade social, que começam a fazer parte da agenda empresarial. Dessa forma cumpre o seu papel de núcleo mobilizador de parcerias em prol da humanização da saúde.

Foram recomendadas as seguintes estratégias:

- Criação de um Grupo Permanente de Trabalho, composto por diversas organizações que reconhecidamente vêm desenvolvendo ações na área de câncer de mama, com a presença das sociedades científicas afins, com o objetivo de colaborar e monitorar a implantação das ações de controle do câncer de mama no País. Esse grupo participará diretamente na proposição e execução de ações de educação comunitária e continuada para os profissionais, visando promover a humanização da assistência, na perspectiva dos direitos humanos.
- Realização de seminários regionais, de capacitação de lideranças comunitárias e de conselheiros municipais (saúde, educação e assistência social), enfatizando o controle social, culminando em um Encontro Nacional de Luta no Combate ao Câncer de Mama.
- Articulação com os Institutos de Direitos do Consumidor, Ministério Público, Ordem dos Advogados do Brasil e a Comissão Intersetorial da Saúde da Mulher, com o objetivo de garantir os direitos da mulher no que diz respeito ao diagnóstico precoce e à reconstrução mamária. As mulheres deverão ter acesso à informação por meio de cartilha informativa sobre seus direitos.
- Estimular a criação de grupos de ajuda nos hospitais de referência para as mulheres com câncer de mama.

Recomendações para o SUS

- Estimular, mediante ações educativas nos meios de comunicação, o exame físico da mama realizado pelo profissional de saúde.
- Desenvolver ações de educação para o ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher como estratégia dos cuidados com o próprio corpo. O exame realizado pela própria mulher não substitui o exame físico por profissional de saúde capacitado para esta atividade.
- Implantar o rastreamento mamográfico no país, com garantia do diagnóstico, tratamento em tempo hábil e seguimento das mulheres com alterações mamárias.
- Elaborar e implantar normas técnico-operacionais para a estruturação da rede de saúde e a definição dos fluxos assistenciais visando subsidiar os gestores municipais e estaduais.
- Implantar sistema de informação nos serviços de mamografia credenciados pelo SUS.
- Criar os indicadores e parâmetros assistenciais para cálculo da necessidade de oferta de serviços em todos os níveis de atenção ao câncer de mama.
- Revisar normas técnicas para o credenciamento, o controle e a avaliação dos serviços de mamografia no SUS.
- Criar mecanismos de garantia de qualidade, como parte dos critérios para o credenciamento e monitoramento de serviços de mamografia no SUS.
- Exigir habilitação em mamografia para os médicos responsáveis pela emissão de laudos mamográficos.
- Rever as Portarias Ministeriais (Portaria GM/MS nº 2413 de 23 de março de 1998; Portaria GM/MS nº 2416 de 23 de março de 1998; Portaria GM/MS nº 3535 de 02 de setembro de 1998; Portaria GM/MS nº 1319 de 23 de julho de 2002; Portaria SAS/MS nº 472 de 24 de julho de 2002; Portaria SAS/MS nº 859 de 12 de novembro de 2002) que regulamentam atividades relacionadas aos cuidados paliativos, visando estruturar esta modalidade assistencial na rede SUS.
- Desenvolver uma política de capacitação dos profissionais em todos os níveis de complexidade da atenção ao câncer de mama.
- Inserir conteúdos sobre câncer de mama nos diversos níveis de formação profissional (médio e superior).
- Realizar estudos de avaliação econômica visando a incorporação racional, pelo SUS, de novas tecnologias na área de tratamento de câncer.
- Incorporar a classificação TNM atualizada (UICC, 2002) aos Registros Hospitalares de Câncer e Registros de Câncer de Base Populacional.
- Proceder a revisão da Tabela SUS, a partir de estudos de avaliação econômica, visando analisar a viabilidade de incorporação dos seguintes procedimentos:
- hormonioterapia neoadjuvante em câncer de mama

estádio III (não operável);
- 3ª linha de quimioterapia paliativa;
- 3ª e 4ª linhas de hormonioterapia paliativa;
-associação de trastuzumab à quimioterapia paliativa em pacientes que superexpressam HER-2;

BIBLIOGRAFIA

Baines CJ, Miller BA. Mammography versus clinical examination of the breast. Monogr Natl Cancer Inst 1997;22:25-9.

Barton MB, Harris R, Fletcher SW. Does this patient have breast cancer? The screening clinical breast examination: shoud it be done? How? JAMA 1999;282:1270-80.

Cuzick J, Powles T, Veronesi U, Forbes J, Edwards R, Ashley S, et al. Overview of the main outcomes in breast-cancer prevention trials. Lancet 2003;361(9354):296-300.

Fletcher SW, Elmore JG. Mamographic screening for breast cancer. N Engl J Med 2003;348:1672-80.

Hunter CP, Redmond CK, Chen VW. Breast cancer: factors associated with stage at diagnosis in black and white women. J Natl Cancer Inst 1993;85:1129-37.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: INCA; 2002.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Câncer no Brasil: dados dos registros de câncer de base populacional, Rio de Janeiro: INCA; 2003. vol. 3.

Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil, 2003. Rio de Janeiro: INCA; 2003.

International Union Against Cancer (United States). TNM Classification of malignant tumors. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 2002.

Jackman RJ, Nowels KW, Rodriguez-Soto J, Marzoni FA Jr, Finkelstein SI, Shepard MJ. Stereotactic, automated large-core needle biopsy of nonpalpable breast lesions: false-negative and histologic underestimation rates after long-term follow-up. Radiology 1999;210:799-805.

Koch HA, Azevedo CM, Boechat AL. Radiologia da mama: qualidade em mamografia. Radiol Bras 1996;29:257-69.

Koch HA, Peixoto JE. Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama por meio da mamografia. Radiol Bras 1998;31:329-37.

Lee CH, Philpotts LE, Horvath LJ, Tocino I. Follow-up of breast lesions diagnosed as benign with stereotactic core-needle biopsy: frequency of mammographic change and false-negative rate. Radiology 1999;212:189-94.

Liberman L, Feng TL, Dershaw DD, Morris EA, Abramson AF. US-guided core breast biopsy: use and cost-effectiveness. Radiology 1998;208:717-23.

Miller AB, To T, Baines CJ, Wall C. Canadian national breast screening study-2: 13 year- results of a randomized trial in women aged 50-59 years. J Natl Cancer Inst 2000;92:1490-9.

Miller BA, Feuer EJ, Hankey BF. Recent incidence trends for breast cancer in women and the relevance of early detection: an update. CA Cancer J Clin 1993;43:27-41.

Olsen O, Gotzsche PC. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database Syst Rev 2001;(4):CD001877.

Parker SH, Burbank F, Jackman RJ, Aucreman CJ, Cardenosa G, Cink TM, et al. Percutaneous large-core breast biopsy: a multi-institutional study. Radiology 1994;193:359-64.

Parkin DM, Bray FI, Devesa SS. Cancer burden in the year 2000. The global picture. Eur J Cancer 2001;37:S4-66.

Peixoto JE, Koch HA, Almeida CD. Manual de instruções para medidas de contraste de qualidade dos parâmetros técnicos da mamografia. Rio de Janeiro: Centro de Diagnóstico Mamário da Santa Casa da Misericórdia; 1998.

Tavassoli FA, Deville P. World Health Organization classification of tumors. Pathology and genetics of tumors of the breast and female genital organs. Lyon: IARC; 2003.

Thomas DB, Gao DL, Ray RM, Wang WW, Allison CJ, Chen FL, et al. Randomized trial of breast self-examination in Shangai: final results. J Natl Cancer Inst 2002;94:1445-57.

Weiss NS. Breast cancer mortality in relation to clinical breast examination and breast self- examination. Breast J 2003;9 (Suppl 2):S86-9.

Wünsh Filho V, Moncau JE. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. Rev Assoc Med Bras 2002;48:250-7.

ANEXO 1

DIAGNÓSTICO HISTOPATOLÓGICO

a) Características da neoplasia

Devem ser consideradas as seguintes características do tumor:

- Tamanho do tumor: Para fins de estadiamento dos tumores por meio da classificação TNM (Tumor, Nódulo e Metástase), considerar o maior diâmetro do componente invasivo do tumor. A medida macroscópica deve ser confirmada pela medida microscópica. No caso de discrepância, predomina a medida avaliada na microscopia. Em casos de tumores multifocais ou multicêntricos, a medida considerada é a do maior tumor. Deve-se relatar a porcentagem de ductos que contêm o componente in situ.
- Tipo histológico: A classificação do tipo histológico deve seguir a terminologia da Organização Mundial de Saúde, atualizada em 2003.
- Grau histológico: Recomenda-se a utilização do grau histológico combinado de Nottinghan (Scarff, Bloon, Richardson modificado por Elston-Ellis, 1998), que inclui percentual de diferenciação tubular, avaliação do pleomorfismo nuclear e índice mitótico.
- Invasão vascular peritumoral nos vasos sangüíneos ou

linfáticos: Vasos sanguíneos e linfáticos intra e peritumorais podem ser invadidos por células tumorais. A presença de êmbolos tumorais em vasos linfáticos peritumorais está associada ao aumento de recorrência tumoral e a invasão de vasos sanguíneos correlaciona-se ao desenvolvimento de metástases à distância e pior prognóstico.

b) Estado linfonodal

O relatório deve contemplar os seguintes itens:

- número de linfonodos dissecados (mínimo de 10);
- número de linfonodos comprometidos;
- tamanho do maior foco metastático;
- invasão capsular e extensão a tecidos extranodais;
- coalescência.

c) Avaliação das margens cirúrgicas de ressecção

As margens cirúrgicas da ressecção devem estar descritas, considerando-se "margem comprometida" a presença de neoplasia na área pintada com tinta nanquim. No caso de "margens livres", designa-se em milímetros, à distância da neoplasia à menor margem.

d) Marcadores prognósticos avaliados por imunoistoquímica

Os receptores hormonais são os principais fatores preditivos do prognóstico de mulheres com câncer de mama. A sua presença se correlaciona com o benefício da terapia hormonal. Recomenda-se a dosagem de receptores de estrógenos e de progesterona em todos os casos, citando-se o percentual de positividade. Considera-se positivo o tumor que apresente receptores em pelo menos 10% das células.

ANEXO 2

Classificação TNM

Esta classificação aplica-se apenas aos carcinomas, sendo indispensável a confirmação histológica. Recomenda-se que, quando houver múltiplos tumores, o maior deles seja considerado para definição dos parâmetros e quando houver tumores sincrônicos bilaterais, a classificação de cada um deles seja isolada.

Os quadros a seguir sintetizam as classificações conforme o tamanho do tumor (T), comprometimento nodal (N) e metástases (M), além de agrupar, por estádios, as diversas combinações possíveis.

Tamanho do Tumor(T)

Tx - tumor não pode ser avaliado
Tis - carcinoma in situ
T1 - tumor com até 2 cm em sua maior dimensão
T1 mic - carcinoma microinvasor (até 1 mm)
T1a - tumor com até 0,5 cm em sua maior dimensão
T1b - tumor com mais de 0,5 e até 1 cm em sua maior dimensão
T1c - tumor com mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão
T2 - tumor com mais de 2 e até 5 cm em sua maior dimensão
T3 - tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão
T4 - qualquer T com extensão para pele ou parede torácica
T4a - extensão para a parede torácica
T4b - edema (incluindo peau d'orange), ulceração da pele da mama,
nódulos cutâneos satélites na mesma mama
T4c - associação do T4a e T4b
T4d - carcinoma inflamatório
Observações:
a. O comprometimento do músculo grande peitoral não caracteriza T4.
b. Presença de retração da pele ou papila não interfere no estadiamento.

Linfonodos Regionais (N)

Nx - Os linfonodos regionais não podem ser avaliados
N0 - Ausência de metástase
N1 - Linfonodo(s) homolateral(is) móvel(is) comprometido(s)
N2 - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), fixos uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral
N2a - Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas
N2b - Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral, sem evidência clínica de metástase axilar
N3 - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral clinicamente aparente na presença de evidência clínica de metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna
N3a - Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is)
N3b - Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral e para linfonodo(s) axilar(es)
N3c - Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)
Observação: Clinicamente aparente é definido como

detectado por estudos de imagem (exceto linfocintigrafia), pelo exame clínico ou pelo diagnóstico patológico macroscópico.

Metástases (M)

Mx - metástase à distância não pode ser avaliada
M0 - ausência de metástase à distância
M1 - presença de metástase à distância (incluindo LFN supraclaviculares)

Estadiamento TNM do câncer de mama por agrupamentos

Estádio 0	Tis N0 M0
Estádio I	T1 N0 M0
Estádio II A	T0 N1 M0 T1 N1 M0 T2 N0 M0
Estádio II B	T2 N1 M0 T3 N0 M0
Estádio III A	T0 N2 M0 T1 N2 M0 T2 N2 M0 T3 N1 M0 T3 N2 M0
Estádio III B	T4 N0 M0 T4 N1 M0 T4 N2 M0
Estádio III C	Tqq N3 M0*
Estádio IV	Tqq Nqq M1*

ANEXO 3

PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DO LINFEDEMA

A mobilização do braço deve ser limitada a 90º de flexão e a abdução de ombro e a rotação externa até o limite de tolerância da paciente, para prevenir complicações relacionadas à restrição articular e linfedema, sem aumentar o risco da formação do seroma. Após a retirada dos pontos e do dreno, não havendo intercorrências proibitivas, a mobilização do braço deve ser realizada com amplitude completa. As pacientes devem ser orientadas a adotar uma postura confortável, com o membro superior levemente elevado quando estiverem restritas ao leito.

Para as pacientes submetidas à reconstrução com retalho miocutâneo do músculo reto abdominal, o posicionamento adequado é com a cabeceira elevada e semiflexão de joelhos, nas duas primeiras semanas de pós-operatório.

A prevenção do linfedema requer uma série de cuidados, que se iniciam a partir do diagnóstico de câncer de mama. As pacientes devem ser orientadas quanto aos cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, visando prevenir quadros infecciosos e linfedema. Evitar micoses nas unhas e no braço; traumatismos cutâneos (cortes, arranhões, picadas de inseto, queimaduras, retirar cutícula e depilação da axila); banheiras e compressas quentes; saunas; exposição solar; apertar o braço do lado operado (blusas com elástico; relógios, anéis e pulseiras apertadas; aferir a pressão arterial); receber medicações por via subcutânea, intramuscular e endovenosa e coleta de sangue; movimentos bruscos, repetidos e de longa duração; carregar objetos pesados no lado da cirurgia e deitar sobre o lado operado.

Preconiza-se: pele hidratada e limpa; uso de luvas de proteção ao fazer as atividades do lar (cozinhar, jardinagem, lavar louça e contato com produtos químicos); intervalos para descanso durante a execução de atividades de vida diária; utilização de removedor de cutículas ao fazer a unha do lado operado; usar cremes depilatórios, tesoura ou máquina de cortar cabelo na retirada de pelo da axila do lado operado; atenção aos sinais de infecção no braço (vermelhidão, inchaço, calor local); e uso de malhas compressivas durante viagens aéreas.

Deve-se tomar o cuidado para não provocar sensação de incapacidade e impotência funcional. As pacientes devem ser encorajadas a retornarem as atividades de vida diária e devem ser informadas sobre as opções para os cuidados pessoais.

O diagnóstico do linfedema é obtido através da anamnese e exame físico. Os exames complementares são utilizados quando se objetiva verificar a eficácia de tratamentos ou para analisar patologias associadas.

Considera-se linfedema a diferença de pelo menos 2 cm entre os membros, em um ou mais pontos, obtidos através da perimetria ou volume residual de 200 ml obtido de forma direta (volume de água deslocada) ou indireta (perimetria).

ANEXO 4

CONTROLE DOS SINTOMAS

Em relação aos pacientes com câncer de mama avançado, os sintomas de maior freqüência, ressaltando que os demais não devem ser esquecidos, são:

- Astenia. Sintoma mais comum em pacientes com câncer avançado. Seu manejo se dá através do tratamento das causas reversíveis (anemia, infecção, distúrbio hidroeletrolítico, entre outros) e auxílio no estabelecimento de prioridades.

- Síndrome anorexia / caquexia. É o segundo sintoma mais comum em cuidados paliativos, ocorrendo em 65-85% dos casos. Seu manejo tem como objetivo a manutenção da integridade física e não a melhora do estado nutricional do paciente.
- Lesões tumorais de pele. Infiltração da pele pelo tumor primário ou metastático com conseqüente desenvolvimento de ulcerações ou lesões "fungóides", causando muitas vezes isolamento social e prejuízo emocional. A terapêutica compreende o tratamento oncológico paliativo (radioterapia e quimioterapia) e tratamento sintomático, possibilitando a regressão da lesão, controle de sangramento, da dor e de infecções secundárias.
- Dor. Sintoma dos mais estudados em cuidados paliativos. Constitui o quinto sinal vital, ocorrendo em 60% a 90% dos pacientes com câncer avançado. Sendo assim, torna-se mandatório o uso da "Escala Visual Analógica - EVA" durante a avaliação da dor em paciente com câncer de mama avançado.

Entre as principais causas da dor encontram-se: complicações do próprio tratamento curativo (cirurgia, radioterapia e quimioterapia), metástases ósseas, linfedema e compressão radicular pela doença.

Atualmente, dispõe de grande arsenal terapêutico, incluindo tratamento medicamentoso, quando se segue a Escada Analgésica da OMS, guiando o uso seqüencial de drogas (incluindo os opióides), radioterapia, procedimentos invasivos (bloqueios, cateteres, alcoolização de plexo, Drez [destruição do corno posterior da medula]), acupuntura, psicoterapia, fisioterapia.
- Dispnéia. Ocorre em 70% dos pacientes em cuidados paliativos, sendo que em 24% dos casos não há causas identificáveis.

Causas relacionadas ao câncer: restrição por invasão da parede torácica, metástases pulmonares, derrame pleural neoplásico, linfangite carcinomatosa.

Causas relacionadas ao tratamento: fibrose pulmonar por drogas ou radioterapia, comorbidades como doença pulmonar obstrutiva crônica, insuficiência cardíaca congestiva, infecções, tromboembolia pulmonar.

Como medidas de tratamento temos a fisioterapia e o tratamento medicamentoso específico.
- Alterações neurológicas/ psiquiátricas. A avaliação inicial das pacientes com câncer de mama avançado e alteração cognitiva inclui exame físico completo e exames laboratoriais. Não esquecer que desidratação é a causa mais comum de confusão mental e alteração de comportamento. A realização de exames de imagem é importante quando existe a suspeita de progressão de doença para sistema nervoso central ou a necessidade de exclusão de outras possíveis etiologias dos sintomas. A radioterapia deve ser realizada na possibilidade de benefício.
- Depressão maior. Os quadros de depressão maior, presente em 20% dos pacientes em Cuidados Paliativos, e de ansiedade generalizada devem ser tratados com terapia medicamentosa, psicoterapia, estímulo à atividade física e terapia comportamental.
- Delírio. Manifestação neuropsiquiátrica encontrada com freqüência em pacientes com câncer avançado, sendo inclusive descrito na literatura médica mundial como uma das principais indicações de sedação. Entre as possíveis causas destacamos a progressão da doença, incluindo metástases, associação medicamentosa, alterações metabólicas, comorbidades descompensadas. A abordagem deve ser feita visando também o cuidador, que na maioria dos casos encontra-se angustiado e impotente diante da situação.

Instituto Nacional de Câncer/MS
Coordenação de Prevenção e Vigilância
Gulnar Azevedo e Silva
Divisão de Atenção Oncológica
Roseli Monteiro da Silva
Dept° de Ações Programáticas e Estratégicas/MS - Área Técnica da Saúde da Mulher
Maria José de Oliveira Araújo
Apoio
Sociedade Brasileira de Mastologia
Ézio Dias Novaes
Elaboração
Instituto Nacional de Câncer
Célia Regina Andrade Costa
Fátima Meirelles P. Gomes
Roseli Monteiro da Silva (organizadora)
Revisão
Luiz Claudio Thuler - **Área de Avaliação em Saúde**
Maria Lucia Brandão - **Coordenação de Ensino e Divulgação Científica**
Produção
Claudia Gomes e Viviane Queiroga - **Divisão de Comunicação Social**
Maria do Carmo Esteves da Costa - **Divisão de Atenção Oncológica**
Colaboradores
Secretaria Estadual de Saúde de Alagoas
Maria Betânia Silva
Secretaria Estadual de Saúde do Amazonas
Luciano Afonso Brandão
Secretaria Estadual de Saúde do Distrito Federal
Edna Nakamai
Secretaria Estadual de Saúde do Espírito Santo

Albertina Salomão Rocha
Morilda T. Dumuner de Souza
Secretaria Estadual de Saúde de Minas Gerais
Sergio Bicalho
Secretaria Estadual de Saúde da Paraíba
Alana Soares Brandão Barreto
Secretaria Estadual de Saúde do Rio de Janeiro
Risoleide Marques Figueiredo
Secretaria Estadual de Saúde de Santa Catarina
Deise Carvalho Dias
Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo
Wilza Vieira Villela
Secretaria Estadual de Saúde de Sergipe
Joana Maria M. Oliveira
Maria Augusta Garcez Almeida
Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Afrânio Coelho de Oliveira
Secretaria de Vigilância à Saúde/MS
Maria de Fátima Souza Marinho
Secretaria de Atenção à Saúde/MS
Vânia Lucia Estrela
Departamento de Atenção Básica/ MS
Andréa Leitão Ribeiro
Marcela de Paula Mateus
Instituto Nacional de Câncer/MS
Alexandre Donato
Anke Bergmann
Carlos José Coelho Andrade
Carlos Manoel Araújo
César Augusto Lasmar Pereira
Claudia Naylor
Eliane Moscoso Braga Teixeira
Eliane Pinto
Elizete Martins dos Santos
Elyete Canella
Gilberto Amorim
Itamar Tavares de Souza
José Bines
Margarida Tutungi
Maria Célia Resende
Mariângela Freitas Lavor
Sergio Melo
Teresa Caldas Camargo
Área Técnica da Saúde da Mulher/MS
Ana Margareth Gomes Leite
Ivone Peixoto Gonçalves
Maria Magy
Rosilene Brito Silva
Verônica Reis
Sociedade Brasileira de Mastologia
Antonio Figueira Filho
Diógenes Baségio
Ézio Novais Dias (presidente)
José Antonio Ribeiro
Sergio Zerbini Borges
Sociedade Brasileira de Cuidados Paliativos
Ricardo Caponero
Sociedade Brasileira de Radiologia/Radioterapia
Eduardo Martella
Colégio Brasileiro de Radiologia
Hilton Kock
Sociedade Brasileira de Patologia
Helenice Gobbi
Luiz Antonio Rodrigues de Freitas
Hospital Marter Dei (Belo Horizonte/MG)
Henrique Salvador
Hospital Albert Einstein
Sergio Daniel Simon
Núcleo Mama do Hospital Moinhos do Vento/RS
Maíra Caleff
Departamento de Medicina Preventiva/USP
José Eluf Neto
Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia
Jurandir Moreira de Andrade
Universidade Federal de Campinas/UNICAMP
Luiz Carlos Zeferino
Universidade Federal do Espírito Santo
Maria Helena Costa Amorim
Universidade Federal do Rio de Janeiro
Olga Helena Renelles
Universidade Federal do Paraná
Vinícius Milani Budel
Escola Nacional de Saúde Publica/FIOCRUZ
Sergio Koifman
UNAMAMA - União Nacional Solidária no Combate ao Câncer de Mama
Marilena Garcia
Marli S. Massaú
Rosina Tognetti
SOS/CORPO Gênero e Cidadania
Solange Rocha
ADAMA Associação dos Amigos da Mama de Nitéroi
Tereza Cipreste
REDEH Rede de Desenvolvimento Humano
Thais Corral
Associação Viva a Vida
Wilma Godoy Almeida