

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE  
VITÓRIA - EMESCAM

**ANDREIA VIEIRA SARMENTO ASSIS**  
**CINTIA LIMA DE JESUS**  
**GILSIANE DA PENHA SANTOS CRUZ**

**A PERCEPÇÃO DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE  
MAMA**

Vitória  
2015

**ANDREIA VIEIRA SARMENTO ASSIS  
CINTIA LIMA DE JESUS  
GILSIANE DA PENHA SANTOS CRUZ**

**A PERCEPÇÃO DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE  
MAMA**

Monografia submetida à aprovação do curso de Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.  
Orientadora: Profª. Cláudia Gomes Rossoni.

Vitória  
2015

**ANDREIA VIEIRA SARMENTO ASSIS  
CINTIA LIMA DE JESUS  
GILSIANE DA PENHA SANTOS CRUZ**

**A PERCEPÇÃO DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE  
MAMA**

Monografia submetida à aprovação do curso de Serviço Social da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito para obtenção do grau de Bacharel em Serviço Social.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>a</sup> Cláudia Gomes Rossoni

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

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Silvia Moreira Trugilho

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

---

Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Angela Maria Cauty Santos da Silva

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

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, “por sua infinita bondade ” e por ter nos concedido essa graça

Aos nossos pais, maridos e familiares pelo carinho, apoio e por tudo que investiram em nós e pelo incentivo, colaboração e compreensão presentes durante todo o tempo.

À professora Cláudia Gomes Rossoni pela paciência e colaboração na orientação concedida durante todo o processo de elaboração dessa monografia.

Aos professores e a todos aqueles que, direta ou indiretamente, acreditam e nos incentivam a buscar nossos ideais.

## RESUMO

O câncer de mama é uma doença crônica, responsável por uma das principais causas de morte, sendo um problema de saúde pública e um dos mais recorrentes entre mulheres. No Brasil as taxas de mortalidade continuam elevadas, por ser diagnosticado em estágio avançado. O interesse pela pesquisa surgiu após a vivência no campo de estágio por duas Acadêmicas de Serviço Social. A partir dessa experiência, buscou-se compreender a percepção das mulheres diagnosticadas com câncer de mama. Esta pesquisa é de natureza qualitativa e descritiva. Foi realizada pesquisa bibliográfica, documental e de campo, sendo utilizada entrevista semiestruturada. Os sujeitos foram 05 (cinco) mulheres atendidas no Ambulatório de Oncologia de um hospital escola da Grande Vitória/ES. Teve como critério de inclusão aquelas submetidas a mastectomia ou quadrantectomia, com faixa etária entre 35 e 59 anos de idade. O estudo teve como objetivos analisar a percepção das mulheres com câncer de mama, atendidas no Ambulatório de Oncologia de um hospital escola da Grande Vitória; identificar as implicações que o diagnóstico de câncer de mama reflete na vida social e especificar a realidade enfrentada pelas mesmas conhecendo os desafios impostos pela doença no âmbito social. Os resultados apontaram que a família é suporte fundamental, diante do diagnóstico, sendo que seu auxílio exerce influência para o enfrentamento e superação. As mulheres mesmo fragilizadas em sua sexualidade, feminilidade e autoestima, buscaram vencer esses desafios que influenciaram na sua vida cotidiana, superando o medo e os problemas sociais.

*Palavras-chave: Mulheres. Câncer de Mama. Políticas de Saúde.*

## ABSTRACT

Breast cancer is a chronic disease, accounting for one of the leading causes of death, being a public health problem and one of the most frequent among women. In Brazil mortality rates remain high, being diagnosed at an advanced stage (INCA, 2013). Interest in the research came after the experience in the training field for two Academic of Social Work. From this experience, we sought to understand the perception of women diagnosed with breast cancer. This research is qualitative and descriptive nature. Bibliographic search was done, documentary and field, being used semi-structured interview. The subjects were five (05) women attending the Oncology Clinic of a teaching hospital in Greater Vitória / ES. With the inclusion criteria those undergoing mastectomy or quadrantectomy, aged between 35 and 59 years old. The study aimed to analyze the perception of women with breast cancer treated at Oncology Clinic of a teaching hospital in Greater Vitória; identify the implications of the diagnosis of breast cancer reflects in society and specify the realities facing the same meeting the challenges posed by the disease in the social sphere. The results showed that the family is fundamental support before the diagnosis, and his aid influences to face and overcome. Women vulnerable even in their sexuality, femininity and self-esteem, sought to meet these challenges that influenced in their daily lives, overcoming fear and social problems.

*Keywords: Women; Breast cancer; Health Policy.*

## LISTA DE SIGLAS

- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- CIB's** - Comissões Intergestores Bipartite
- CIT** - Comissão Intergestores Tripartite
- DCT** - Doenças Crônicas não Transmissíveis
- ESF** - Programa de Saúde da Família
- INCA** - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva
- INSS** - Instituto Nacional do Seguro Social
- MS** - Ministério da saúde
- PACS** - Programa de Agentes Comunitários de Saúde
- PAE** - Plano de Ações Estratégicas
- PAISM** - Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher
- PNAB** - Política Nacional de Atenção Básica
- PNAISM** - Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher
- PNAO** - Política Nacional de Atenção Oncológica
- PNPCC** - Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer
- PNPS** - Política Nacional de Promoção à Saúde
- PNS** - Política Nacional de Saúde
- PSM** - Política de Saúde da Mulher
- RAM** - Rede de Atendimento às Mulheres
- RAP** - Rede Atenção Primária
- RAS** - Rede de Atenção à Saúde
- RENASES** - Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde
- SESA** - Secretaria de Estado de Saúde do Espírito Santo
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

## SUMÁRIO

<b>1.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES INICIAIS.....</b>	<b>9</b>
1.1.	CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS: O CAMINHO DA PESQUISA.....	10
<b>2.</b>	<b>ALUSÃO PARA A COMPREENSÃO DA POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL E SUA TRAJETÓRIA.....</b>	<b>16</b>
2.1.	POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER.....	20
2.2.	REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE.....	22
<b>2.2.1.</b>	<b>Organização de Rede de Atenção à Saúde no SUS .....</b>	<b>25</b>
2.3.	O CÂNCER DE MAMA: EPIDEMIOLOGIA.....	27
2.4.	O CÂNCER DE MAMA E AS RELAÇÕES FAMILIARES.....	32
<b>3.</b>	<b>MULHER E O CÂNCER DE MAMA: IMPLICAÇÕES E DESAFIO .....</b>	<b>36</b>
3.1.	IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA VIDA SOCIAL.....	38
<b>3.1.1.</b>	<b>“Você fica sem chão, é como se ele desaparecesse”: A percepção sobre a rede de apoio.....</b>	<b>39</b>
<b>3.1.2.</b>	<b>“Não me reconheço no espelho”: Percepção sobre a sexualidade e da autoestima.....</b>	<b>42</b>
3.2.	“SENTINDO A DIFICULDADE NA PELE”: DESAFIOS ENFRENTADOS NO ÂMBITO SOCIAL.....	47
<b>4.</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>52</b>
<b>5.</b>	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>55</b>
	<b>APÊNDICES.....</b>	<b>61</b>

## 1 CONSIDERAÇÕES INICIAIS

A origem da palavra câncer vem do grego karkinos, que significa caranguejo. O câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 (cem) doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, que se dividem rapidamente e de maneira incontrolável, determinando a formação de tumores ou neoplasias malignas. Esses tumores podem se espalhar para outras regiões do corpo, e quando isso ocorre é denominado de metástase (PERES, 2015).

Dentre os vários tipos de câncer há aqueles que atingem as mulheres, como o câncer de mama. Este entre as mulheres está sendo cada vez mais frequente, e no Brasil as taxas de mortalidade continuam elevadas, por ser diagnosticado em estágio avançado, conforme o Instituto Nacional de Câncer (THOMAS, 2009).

O interesse pelo tema surgiu após a vivência no campo de estágio realizado no Hospital Santa Rita de Cássia, referência em tratamento oncológico no Estado do Espírito Santo, por duas acadêmicas de Serviço Social, no qual nos indagamos sobre qual a realidade das mulheres com câncer de mama após serem submetidas a mastectomia e quadrantectomia, assim como que as implicações que a cirurgia traz para suas vidas e que desafios a doença impõe no âmbito social.

Essa pesquisa visa uma análise sobre a realidade de mulheres com diagnóstico de câncer de mama, visto que se trata de doença crônica, responsável por uma das principais causas de morte e considerado como um problema de saúde pública. A Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer garante o atendimento integral a qualquer pessoa com câncer, por meio das Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e dos Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon). Este é o nível da atenção capacitado para determinar a extensão da neoplasia (estadiamento), tratar, cuidar e assegurar a qualidade dos serviços de assistência oncológica, pois esses serviços devem ser ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS), pois a saúde é direito de todos conforme dispõe no Art. 2º na Lei 8.080 que regulamenta as ações e serviços de saúde que diz:

A saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis ao seu pleno exercício. E ainda ressalta que: O dever do Estado de garantir a saúde consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1990).

Os princípios básicos do SUS defendem e apresentam a universalidade e equidade e, como diretrizes, a descentralização, a integralidade e a participação social.

Diante do exposto o presente trabalho tem como objetivo analisar a percepção das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, atendidas no Ambulatório de Oncologia de um Hospital Escola da Grande Vitória; identificar as implicações que o diagnóstico de câncer de mama reflete na vida social das pacientes e especificar a atual realidade enfrentada pelas mesmas conhecendo os desafios impostos pela doença no âmbito social.

## 1.1 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS: O CAMINHO DA PESQUISA

De acordo com Gil (2010) podemos conceituar pesquisa como o procedimento racional e sistemático cujo objetivo é proporcionar respostas aos problemas que são propostos. A pesquisa se faz necessária quando não se dispõe de informação suficiente para responder ao problema ou então quando a informação disponível se encontra em um estado de desordem que não possa ser adequadamente relacionada ao problema.

De acordo Demo (1987) a pesquisa é a atividade científica pela qual descobrimos a realidade. Já para Minayo (1993), é um fenômeno de aproximações sucessivas da realidade, fazendo uma combinação particular entre teoria e dados.

Gil (2010) afirma que a pesquisa é desenvolvida frente aos conhecimentos disponíveis e a utilização cuidadosa de métodos e técnicas de investigação científica. A pesquisa de fato desenvolve-se no decorrer de um longo processo que envolve inúmeras fases, desde a adequada formulação do problema até a satisfatória apresentação dos resultados.

Oliveira (2001) define método como um esforço para se atingir um fim, uma investigação, um estudo, um caminho pelo qual se chega a um determinado resultado, um programa que regula antecipadamente uma sequência de operações a executar, assinalando certos erros a evitar. “Método indica, portanto, estrada, via de acesso e simultaneamente, rumo, discernimento de direção” (OLIVEIRA, 2001, p. 17).

Para avaliar a qualidade dos resultados de uma pesquisa é fundamental saber como os dados foram obtidos bem como os procedimentos realizados em sua análise e interpretação. Assim podemos classificar as pesquisas considerando a natureza dos dados, quantitativa ou qualitativa.

Desta forma, o caminho metodológico seguido nesta pesquisa trata-se de um estudo de natureza qualitativa. A pesquisa em questão tem caráter qualitativo, pois busca entender um fenômeno específico em profundidade. Segundo Martins e Bicudo (1989), pesquisa qualitativa objetiva resultados mensuráveis e tem o ambiente natural como fonte direta de dados e normalmente o pesquisador como instrumento fundamental.

A classificação da pesquisa é uma atividade importante, pois permite organizar os fatos e conseqüentemente o seu entendimento. Segundo seus objetivos mais gerais podemos classificar a pesquisa em questão como descritiva, visto que têm como objetivo a descrição das características de determinada população. “Entre as pesquisas descritivas, salientam-se aquelas que têm por objetivo estudar as características de um grupo [...]” (Gil, 2010, p. 27 - 28).

Este método, portanto, possibilitou atender ao objetivo de analisar a percepção das mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas no Ambulatório de Oncologia de um hospital escola da Grande Vitória, cuja pesquisa foi realizada no período de agosto a setembro de 2015.

A entidade foi escolhida por ser um Hospital Escola, que possui condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de

assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento de câncer de mama.

Para a realização da presente investigação adotamos a pesquisa bibliográfica e de campo, e como instrumento a entrevista semiestruturada e registro das transcrições das entrevistas.

A pesquisa bibliográfica foi elaborada com base em material publicado que incluiu livros, revistas, dissertações e artigos científicos. Devido aos novos formatos de informação, estas pesquisas passaram a incluir outros tipos de fontes, como as disponibilizadas em sites eletrônicos.

A revisão de literatura consistiu no mergulho na teoria que trata de questões relacionadas a Política Nacional de Saúde; Política Nacional de Atenção Oncológica; Política de Saúde da Mulher; Redes de Atendimento as Mulheres com Câncer, entre outras questões.

Os sujeitos da pesquisa foram mulheres diagnosticadas com câncer de mama atendidas no Ambulatório de Oncologia de um Hospital Escola da Grande Vitória, cujo critério de inclusão foi mulheres que já passaram por cirurgia (mastectomia ou quadrantectomia), em tratamento pelo Sistema Único de Saúde (SUS), com faixa etária entre 35 e 59 anos de idade, visto que o aparecimento do câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas acima desta idade sua incidência cresce rapidamente. Apesar das novas tecnologias, ainda acarreta severos danos na vida das mulheres (INCA, 2005). A pesquisa empírica teve início no dia 04/08/2015 e término no dia 17/10/2015.

Após autorização por escrito da direção-geral do hospital, local onde a pesquisa foi desenvolvida, e aprovação do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), nos apresentamos no ambulatório da instituição e através de solicitação feita a assistente social e enfermeiras responsáveis pelo setor de mastologia fomos encaminhadas para uma sala disponibilizada para realização das entrevistas. Também foi solicitado auxílio no direcionamento as pacientes mastectomizadas, para seleção das mesmas, seguindo os critérios mencionados. As pacientes que aguardavam por consulta com

o médico mastologista eram abordadas e quando estas atendiam aos critérios da pesquisa eram então convidadas a participar do estudo através da apresentação do projeto e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), no qual constava as informações sobre o propósito da pesquisa e o sigilo dos dados.

As entrevistas foram realizadas no Ambulatório de um Hospital Escola situado na Grande Vitória, em uma sala que foi disponibilizada pela equipe, nos dias de atendimento pelos médicos mastologistas, às quintas-feiras e às sextas-feiras. Para seleção das pacientes contamos com o apoio dos profissionais de Serviço Social e Enfermeiras que atuavam no Ambulatório.

O instrumental escolhido para as entrevistas foi um roteiro semiestruturado com 19 perguntas (Apêndice A). O roteiro de entrevista abordava o papel da família no tratamento, rede de apoio, percepção da sexualidade e da autoestima, impacto do diagnóstico na vida e os desafios impostos pela doença no âmbito social.

Por sua vez, as entrevistas aconteceram em salas fechadas na instituição, de forma individual e sigilosa, o que possibilitou resguardar as informações repassadas. As entrevistas deram-se somente após a aceitação e o desejo de participação das interlocutoras e após a leitura e assinatura do TCLE impresso em duas cópias, o qual uma cópia ficou com as entrevistadas e a outra com as pesquisadoras, respeitando os princípios éticos da pesquisa.

A entrevista, de acordo com GIL (1999), é uma técnica em que o entrevistador se apresenta frente ao entrevistado e lhe formula perguntas com o objetivo de obtenção dos dados que interessam à investigação. É, portanto, uma forma de interação social; é uma forma de diálogo assimétrico, em que uma das partes busca coletar os dados e a outra, se apresenta como fonte de informação. A entrevista semiestruturada enfoca um tema específico e permite que o entrevistado fale livremente sobre o assunto, usando linguagem própria e emitindo opiniões. Para Minayo (1993), entrevista é uma conversa a dois, feita por iniciativa do entrevistador destinada a fornecer informações pertinentes a um objeto de pesquisa.

Para melhor apurar as informações adquiridas no momento das entrevistas, fizemos uso de um gravador, que nos auxiliou também no momento da transcrição e no processo de ouvir as informações obtidas. Ressaltamos que pedimos permissão às entrevistadas para a gravação.

Nesse estudo, as interlocutoras ficaram no anonimato. Os nomes foram substituídos por nomes fictícios para preservação de suas identidades, sendo escolhido nomes de pedras preciosas, por possuírem uma identidade singular, além dos grandes valores pertencentes a cada pedra em particular.

Ao fim da pesquisa de campo para conclusão do estudo planejado organizamos a coleta de dados. Discutimos e analisamos o conteúdo, subsidiado por elementos adquiridos na pesquisa de campo e nos dados obtidos na pesquisa bibliográfica.

Foi usada para a interpretação dos dados coletados a análise de conteúdo proposta por Laurence Bardin. Para a análise de conteúdo serão elencadas categorias temáticas que permitirão agrupar os dados para facilitar o seu processo de codificação e análise. Segundo a mesma autora (2000, p.36 e 37):

O primeiro passo pode ser denominado análise categorial, esta pretende tomar em consideração a totalidade do texto, passando-o pelo crivo da classificação e do recenseamento, segundo a frequência da presença (ou da ausência) de itens de sentido [...]. É o método das categorias, espécie de gavetas ou rubricas significativas que permitem a classificação dos elementos de significação constitutivos da mensagem.

A codificação corresponde a uma transformação efetuada segundo regras precisas transformando os dados brutos do texto coletado (entrevistas semiestruturadas e documentos) que, por recorte, agregação, enumerações permitem atingir uma representação do conteúdo ou da sua expressão que permitirão uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo a ser analisado (BARDIN, 2000).

As categorias foram definidas no processo de pesquisa, todavia, elas estabelecem relação direta com as hipóteses que nortearam a realização do estudo, com as categorias teóricas elencadas e com os objetivos específicos adotados no projeto de pesquisa. Foram eleitas, após a transcrição dos dados, unidades de registro (palavras, frases, expressões) que possibilitaram identificar as categorias.

O presente estudo está dividido em dois capítulos, o primeiro capítulo aborda a Política Nacional de Saúde, a Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher, as Redes de Atenção à Saúde, a organização destas Rede de Atenção à Saúde no SUS, os dados epidemiológicos do câncer de mama e as relações familiares.

Já o segundo capítulo trata sobre a realidade das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, as implicações que a doença trouxe para suas vidas e os desafios impostos pela doença no âmbito social, trazendo a percepção das mulheres sobre a rede de apoio social, a percepção sobre sua sexualidade e sua auto-estima.

## **2 ALUSÃO PARA A COMPRESÃO DA TRAJETÓRIA POLÍTICA DE SAÚDE NO BRASIL FRENTE AO CÂNCER DE MAMA**

No Brasil, a Política Nacional de Saúde em sua trajetória, segundo Bravo (2006) foi consolidada no período de 1945-1950. Na década de 1930 a Política de Saúde era de caráter nacional, organizada em dois subsetores: o de saúde pública predominante até meados da década de 1960 que centralizou a criação de condições mínimas para a população urbana e, restritamente, para a população do campo; e o de medicina previdenciária que somente virá a partir de 1966. Já no período de 1974 a 1979 a Política Social teve por objetivo obter maior efetividade no enfrentamento da “questão social”, a fim de conduzir as reivindicações e pressões populares, conforme autora citada acima.

A Política de Saúde na década de 1980 teve como proposta a construção do Projeto de Reforma Sanitária, pautado na defesa da universalização das políticas sociais e a garantia dos direitos sociais. Nesta perspectiva, priorizava-se por melhores condições de vida para a população a partir da construção do Sistema Único de Saúde (SUS), tendo em vista a participação social e financiamento do Estado (BRAVO, 2006, p.11).

A Constituição Federal de 1988 constitui-se marco histórico da proteção à saúde, de modo que, antes da sua promulgação, os serviços e ações de saúde eram destinados a determinados grupos, os quais contribuíam com a Previdência Social. O direito à saúde foi inserido no título destinado à ordem social, que tem como objetivo o bem-estar e a justiça social. Nessa perspectiva, a Constituição Federal de 1988, no seu Art. 6º, estabelece como direitos sociais fundamentais a educação, a saúde, o trabalho, o lazer, segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância (BRASIL,1988).

Em seguida, no Art. 196, reconhece a saúde como “direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação” (BRASIL,1988).

Ao reconhecer a saúde como direito social fundamental, o Estado obrigou-se a prestações positivas, e, por conseguinte, à formulação de políticas públicas sociais e econômicas destinadas à promoção, à proteção e à recuperação da saúde. A proteção constitucional à saúde seguiu a trilha do Direito Internacional, abrangendo a perspectiva promocional, preventiva e curativa da saúde, impondo ao Estado o dever de tornar possível e acessível à população o tratamento que garanta senão a cura da doença, ao menos, uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 1988).

A Constituição Federal de 1988, no Art. 196 citado acima, adotou o conceito amplo de saúde ao incumbir o Estado do dever de elaborar políticas sociais e econômicas que permitam o acesso universal e igualitário às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde. Sabe-se que a aplicação da norma constitucional depende intrinsecamente de procedimentos a serem executados pelo Estado, bem como criação de estruturas organizacionais para o cumprimento do escopo constitucional de promover, preservar e recuperar a saúde e a própria vida humana (BRASIL, 1988).

Há, portanto, um claro dever do Estado de criar e fomentar a criação de órgãos aptos a atuarem na tutela dos direitos e procedimentos adequados à proteção e promoção dos direitos. A Constituição Federal de 1988 não se limitou a prever a criação de uma estrutura organizacional para garantir o direito à saúde, indicou, ainda, como seria atuação desse órgão administrativo e os objetivos que deveria perseguir, conferindo o esboço do que seria o Sistema Único de Saúde. Mesmo com a previsão constitucional, os procedimentos para o adequado funcionamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como as atribuições específicas dos órgãos, só puderam ser concretizadas a partir da elaboração das leis específicas da saúde (BRASIL, 1988).

Nesse propósito foram criadas as leis nº 8.080/90 e nº 8.142/90, que dispõem sobre as atribuições, funcionamento e financiamento do Sistema Único de Saúde (SUS), bem como pontos cujo conhecimento revela-se imprescindível ao estudo dos medicamentos do câncer, tais como a universalidade no acesso à saúde, a integralidade no atendimento, a descentralização dos serviços e ações de saúde. O SUS constitui o conjunto de ações e serviços de saúde, prestados por órgãos e instituições públicas federais, estaduais e municipais (BRASIL, 1990).

Os anos de 1990 foi um período de grande transformação no setor de saúde no país. Assistiu-se, nesse período, à criação do sistema público de saúde universal e gratuito e à luta por sua implantação e por seus princípios. Constata-se um avanço entre o Sistema Único de Saúde (SUS) nos anos de 1990 com o atual, visto que o “SUS nunca esteve tão preparado para assumir seu papel como agora. Isso não significa que não haja desafios e problemas. São fatos que existem, e não são poucos ou pequenos. Apesar disso o avanço foi expressivo” (BRASIL, 2002, p. 5).

No processo de implantação desse sistema, várias foram as normativas e pactos estabelecidos no sentido de ampliar o acesso e cobertura à saúde da população. Destaca-se o Pacto pela Saúde, instituído em 2006<sup>1</sup>, no qual se prevê dentre outros objetivos e metas para o controle do câncer do colo do útero e câncer da mama.

O desenvolvimento da atenção primária – ou atenção básica, como é chamada no Brasil – tem recebido muito destaque no SUS. Impulsionada pelo processo de descentralização e apoiada por programas inovadores, a atenção básica tem o objetivo de oferecer acesso universal e serviços abrangentes, coordenar e expandir a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, bem como implementar ações intersetoriais de promoção de saúde e prevenção de doenças. Para isso, têm sido utilizadas diversas estratégias de repasse de recursos e organizacionais, em particular o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e Estratégia Saúde da Família (ESF) (BRASIL, 2011).

O Decreto Nº 7.508<sup>2</sup>, de 28 de junho de 2011, dispõe sobre a organização do Sistema Único de Saúde - SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa. Objetivo desse decreto é reorganizar a gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) com o fim de garantir avanços na área da saúde em todo o país e estabelece como exigências: a delimitação de regiões de saúde, um acordo de colaboração entre entes federativos visando integrar as ações e serviços de saúde,

---

<sup>1</sup> A Portaria/ GM nº 399, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o pacto e aprova diretrizes operacionais no qual os gestores do SUS firmam compromissos no sentido de efetivar o SUS por meio do Pacto pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão.

<sup>2</sup> O Decreto nº 7.508 foi publicado no dia 29 de junho de 2011 no Diário Oficial da União, que regulamenta a Lei 8.080/90 (Lei Orgânica da Saúde).

entre outras diretrizes. Essa regulamentação também dará uma maior transparência para a atuação do Ministério Público e do Poder Judiciário quanto às responsabilidades das entidades federativas na gestão de saúde (BRASIL, 2011).

A regulamentação traz, como novas exigências, a definição de regiões de saúde, as redes de atenção à saúde, o planejamento ascendente e integrado, a Relação Nacional de Ações e Serviços de Saúde (RENASES) e o contrato organizativo da ação pública da saúde. Este contrato organizativo é um acordo de colaboração firmado entre os entes federativos para a organização da rede, com objetivo de organizar, integrar as ações e os serviços de Saúde para garantir a integralidade da assistência aos usuários. O contrato resultará da integração dos planos de saúde dos entes federativos na rede, tendo como fundamento as pactuações estabelecidas pela Comissão Intergestores Tripartite (CIT). Ele também definirá as responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos com relação às: ações e serviços, os indicadores e as metas, os critérios de avaliação de desempenho, os recursos financeiros que serão disponibilizados, a forma de controle e fiscalização da sua execução e demais elementos necessários à implementação integrada (BRASIL, 2011).

No novo modelo, os espaços de pactuação entre os gestores do SUS definidos como Comissão Intergestores Tripartite (CIT) vinculada ao Ministério da Saúde e as Comissões Intergestores Bipartite (CIBs) vinculadas as Secretarias Estaduais de Saúde, adquirem nova formatação no Sistema e passam a ser quase uno na tomada de decisão, com competências para pactuar em: aspectos operacionais, financeiros e administrativos da gestão compartilhada do SUS; diretrizes gerais sobre as regiões de saúde e suas ações e serviços de saúde; e diretrizes nacionais, estaduais, regionais e interestaduais a respeito da organização das redes de atenção à saúde, responsabilidades individuais e solidárias dos entes federativos na Rede de Atenção à Saúde (RAS) (BRASIL, 2011).

Compreende-se que a Política de Saúde no Brasil passou por transformações ao longo dos anos, sendo que, a partir da Constituição Federal de 1988 o Estado reconheceu a saúde como direito social de cidadania, tornando-se um direito de todo o cidadão e dever do Estado, garantido através de políticas que visam à diminuição

do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços de saúde.

## 2.1 POLÍTICA NACIONAL DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Segundo a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (2004) a saúde da mulher foi incorporada às políticas nacionais apenas no século XX. A partir do Programa de Assistência Integral à saúde da Mulher: bases de ação programática (PAISM), elaborada pelo Ministério da Saúde, enquanto diretriz filosófica e política, incorporou também, Princípios Norteadores da Reforma Sanitária, a ideia de descentralização, hierarquização, regionalização, equidade na atenção, bem como de participação social. No entanto, somente no ano de 2004 o Ministério da Saúde lançou a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM) - princípios e diretrizes, construídos a partir do SUS, respeitando as características da nova política de saúde.

A história das mulheres na busca pelos serviços de saúde expressa discriminação, frustrações e violações dos direitos e aparecem como fonte de tensão e mal-estar psíquico-físico. Diante do exposto, a humanização e a qualidade da atenção implica na promoção, reconhecimento, e respeito aos seus direitos humanos, dentro de um marco ético que garanta a saúde integral e bem-estar da mulher (BRASIL, 2004).

Sendo assim, o SUS deve estar direcionado e capacitado para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina, o controle de patologias mais prevalentes nesse grupo e a garantia do direito à saúde (BRASIL, 2004).

Conforme Teixeira (2011), um dos princípios fundamentais do SUS, é a integralidade do cuidado à saúde. A noção de integralidade diz respeito às diversas ações possíveis para a promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos e assistência a doentes, sendo necessário a sistematização do conjunto de práticas que vem sendo desenvolvidas para o enfrentamento dos problemas e o atendimento das necessidades de saúde. A integralidade se constitui um atributo do modelo de

atenção, entendendo-se que um “modelo de atenção integral à saúde” abrange o conjunto de ações de promoção da saúde, prevenção de riscos e agravos, assistência e recuperação.

Ainda segundo a autora mencionada anteriormente, o modelo “integral” é aquele que dispõe de estabelecimentos, unidades de prestação de serviços, pessoal capacitado e recursos necessários, à produção de ações de saúde que vão desde as ações inespecíficas de promoção da saúde em grupos populacionais definidos, às ações específicas de vigilância em saúde dirigidas ao controle de riscos e danos, até ações de assistência e recuperação de indivíduos enfermos, sejam ações para a detecção precoce de doenças, sejam ações de diagnóstico, tratamento e reabilitação.

Desta forma o SUS deverá assegurar o acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços. Sendo assim, é de responsabilidade dos três níveis gestores, de acordo com as competências de cada um, garantir as condições para a execução conforme ressalta a Política Nacional de Atenção Integral a Saúde da Mulher (PNAISM) que diz:

A Política de Atenção à Saúde da Mulher deverá alcançar as mulheres em todos os ciclos de vida, preservar as especificidades das diferentes faixas etárias e dos distintos grupos populacionais (mulheres negras, indígenas, residentes em áreas urbanas e rurais, residentes em locais de difícil acesso, em situação de risco, presidiárias, de orientação homossexual, com deficiência, dentre outras). Uma das finalidades da Política Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher é promover a melhoria das condições de vida e saúde da população feminina brasileira, mediante a garantia de direitos legalmente constituídos e ampliação do acesso aos meios e serviços de promoção, prevenção, assistência e recuperação da saúde em todo território brasileiro, além de contribuir para a redução da morbidade e mortalidade feminina no Brasil, especialmente por causas evitáveis, em todos os ciclos de vida e nos diversos grupos populacionais, sem discriminação de qualquer espécie (BRASIL, 2004, p. 63 e 67).

Ao pensar sobre a integralidade expressa na Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), segundo Souto (2008), deve ser compreendido a totalidade do ser humano seja físico, mental, afetivo e espiritual, como objeto do cuidado em saúde e práticas de saúde organizadas em redes de serviços que produzem ações de saúde, tendo em vista o cuidado. Além de considerar as respostas

governamentais elaboradas mediante demandas da sociedade e que se expressam em políticas específicas para determinados grupos.

## 2.2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

De acordo com Mendes (2010), podemos definir redes de atenção à saúde como organizações poliárquicas, sendo um conjunto de serviços de saúde, interligado entre si por uma única missão, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela atenção primária à saúde, prestada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa e de forma humanizada, e com responsabilidades sanitárias e econômicas por esta população.

A partir deste conceito podemos destacar os conteúdos básicos das redes de atenção à saúde: apresentam missão e objetivos comuns; operam de forma cooperativa e interdependente; intercambiam constantemente seus recursos; são estabelecidas sem hierarquia entre os diferentes componentes, organizando-se de forma poliárquica; implicam um contínuo de atenção nos níveis primário, secundário e terciário; convocam uma atenção integral com intervenções promocionais, preventivas, curativas, cuidadoras, reabilitadoras e paliativas; funcionam sob coordenação da atenção primária à saúde; prestam atenção oportuna, em tempos e lugares certos, de forma eficiente e ofertando serviços seguros e efetivos, em consonância com as evidências disponíveis; focam-se no ciclo completo de atenção a uma condição de saúde; têm responsabilidades sanitárias e econômicas inequívocas por sua população; e geram valor para a sua população (MENDES, 2010).

Mendes (2010, p. 2300, 2301) cita três elementos fundamentais que constituem as redes de atenção: a população, a estrutura operacional e o modelo de atenção à saúde.

O primeiro elemento das redes de atenção à saúde é uma população. A atenção à saúde baseada na população é a habilidade de um sistema em estabelecer as necessidades de saúde de uma população específica [...]. O conhecimento da população de uma rede de atenção à saúde envolve um

processo complexo, estruturado em vários momentos, sob a responsabilidade fundamental da atenção primária [...]. O segundo elemento constitutivo das redes de atenção à saúde é a estrutura operacional, constituída pelos nós das redes e pelas ligações materiais e imaterial sendo o centro de comunicação, a atenção primária à saúde; os pontos de atenção secundários e terciários; os sistemas de apoio; os sistemas logísticos; e o sistema de governança da rede de atenção à saúde.

No segundo elemento, os três primeiros correspondem aos nós das redes e o quarto, às ligações que comunicam os diferentes nós. E o quinto, o componente que governa as relações entre os quatro primeiros. O centro de comunicação das redes de atenção à saúde é o nó intercambiador no qual se coordenam os fluxos e contra fluxos do sistema de atenção à saúde e é constituído pela atenção primária à saúde (Unidade de Atenção Primária à Saúde ou equipe do Programa de Saúde da Família) (MENDES, 2010).

De acordo com Mendes (2010) o segundo componente das redes de atenção à saúde são os pontos de atenção secundários e terciários, os nós das redes onde se ofertam determinados serviços especializados, gerados através de uma função de produção singular. Eles se diferenciam por suas respectivas densidades tecnológicas, sendo os pontos de atenção terciários mais densos tecnologicamente que os pontos de atenção secundários e, por essa razão, tendem a ser mais concentrados espacialmente. Na perspectiva das redes poliárquicas, não há, entre eles, relações de principalidade ou subordinação, características das relações hierárquicas, já que todos são igualmente importantes para se atingirem os objetivos comuns das redes de atenção à saúde.

Podemos citar ainda o terceiro componente das redes de atenção à saúde, que são os sistemas de apoio. Os sistemas de apoio são os lugares institucionais das redes onde se prestam serviços comuns a todos os pontos de atenção à saúde, nos campos do apoio diagnóstico e terapêutico, da assistência farmacêutica e dos sistemas de informação em saúde. O sistema de apoio diagnóstico e terapêutico envolve os serviços de diagnóstico por imagem, os serviços de medicina nuclear diagnóstica e terapêutica, a eletro fisiologia diagnóstica e terapêutica, as endoscopias, a hemodinâmica e a patologia clínica (anatomia patológica, genética, bioquímica, hematologia, imunologia e microbiologia e parasitologia) (MENDES, 2010).

O quarto componente das redes de atenção à saúde, segundo Mendes (2010) são os sistemas logísticos. Os sistemas logísticos são soluções tecnológicas, fortemente ancoradas nas tecnologias de informação, que garantem uma organização racional dos fluxos e contra fluxos de informações, produtos e pessoas nas redes de atenção à saúde, permitindo um sistema eficaz de referência e contra referência das pessoas e trocas eficientes de produtos e informações, ao longo dos pontos de atenção à saúde e dos sistemas de apoio, nas redes de atenção à saúde. Os principais sistemas logísticos das redes de atenção à saúde são o cartão de identificação das pessoas usuárias, o prontuário clínico, os sistemas de acesso regulado à atenção à saúde e os sistemas de transporte em saúde.

Ainda segundo Mendes (2010) o quinto e último componente das redes de atenção à saúde são os sistemas de governança. A governança das redes de atenção à saúde é o arranjo organizativo que permite a gestão de todos os componentes das redes de atenção à saúde, de forma a gerar um excedente cooperativo entre os atores sociais em situação, aumentar a interdependência entre eles e obter resultados sanitários e econômicos para a população adscrita. A governança objetiva criar uma missão e uma visão nas organizações; definir objetivos e metas que devem ser alcançados no curto, médio e longo prazos para cumprir com a missão e a com visão; articular as políticas institucionais para o cumprimento dos objetivos e metas; e desenvolver a capacidade de gestão necessária para planejar, monitorar e avaliar o desempenho dos gerentes e da organização. A governança das redes de atenção à saúde, no SUS, deve ser feita por meio de arranjos interfederativos, coerentes com o federalismo cooperativo que se pratica no Brasil. São as comissões intergestores que se materializam: no plano nacional, na comissão intergestores tripartite; nos estados, nas comissões intergestores bipartite; e nas regiões de saúde, nas comissões intergestores bipartite regionais.

Podemos ainda destacar o terceiro elemento constitutivo das redes de atenção à saúde que de acordo com Mendes (2010) são os modelos de atenção à saúde. Os modelos de atenção à saúde são sistemas lógicos que organizam o funcionamento das redes de atenção à saúde, articulando, de forma singular, as relações entre a população e suas subpopulações estratificadas por riscos, os focos das intervenções do sistema de atenção à saúde e os diferentes tipos de intervenções sanitárias,

definidos em função da visão prevalecente da saúde, das situações demográfica e epidemiológica e dos determinantes sociais da saúde, vigentes em determinado tempo e em determinada sociedade. Há modelos de atenção à saúde para as condições agudas e crônicas. As condições agudas e os eventos agudos decorrentes de condições crônicas agudizadas exigem, para o seu manejo adequado, a implantação de modelos de atenção à saúde que, em geral, expressam-se num tipo de classificação de riscos. Isso se deve a que, nas condições agudas, a variável chave para a organização das redes de atenção às urgências e às emergências é o tempo resposta em relação ao risco.

Os modelos de triagem nas urgências e emergências mais avançados e que foram construídos numa concepção sistêmica são o modelo australiano, o modelo pioneiro que usa tempos de espera de acordo com a gravidade; o modelo canadense, semelhante, mas mais complexo que o australiano; o modelo americano, que opera com um único algoritmo e que se foca mais na necessidade de recursos para o atendimento; o modelo de Andorra, que se articula em sintomas, discriminantes e algoritmos, mas muito complexo e demorado; e o sistema de triagem de Manchester, que opera com algoritmos e determinantes, associado a tempos de espera simbolizados por cinco cores e que tem sido usado em vários países.

## **2.2.1 Organização das Redes de Atenção no SUS**

A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB)<sup>3</sup>, de acordo com a normatização vigente do SUS, define a organização de Rede de Atenção à Saúde (RAS) como estratégia para um cuidado integral e direcionado às necessidades de saúde da população que tem como objetivo promover a integração sistêmica, de ações e serviços de saúde com provisão de atenção contínua, integral, de qualidade, responsável e humanizada, bem como incrementar o desempenho do sistema, em termos de acesso, equidade, eficácia clínica e sanitária; e eficiência econômica (BRASIL, 2013).

---

<sup>3</sup> A Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), instituída pelo Ministério da Saúde pela portaria nº 2488/11 estabelece a revisão de diretrizes e normas para a organização da atenção básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS).

A RAS se caracteriza pela formação de relações horizontais entre os pontos de atenção com o centro de comunicação na atenção básica, pela centralidade nas necessidades em saúde de uma população, pela responsabilização na atenção contínua e integral, pelo cuidado multiprofissional e pelo compartilhamento de objetivos e compromissos com os resultados sanitários e econômicos. Fundamenta-se na compreensão da Atenção Básica como primeiro ponto de atenção e principal porta de entrada enfatizando a função resolutiva, integrando, coordenando o cuidado e atendendo às necessidades de saúde da população (BRASIL, 2013).

No contexto de Redes de Atenção à Saúde (RAS), o Ministério da Saúde instituiu quatro compromissos prioritários (Portaria MS/GM nº 1.473, de 24 de junho de 2011), entre eles podemos citar:

O fortalecimento das ações para a prevenção e qualificação do diagnóstico e tratamento dos cânceres do colo do útero e da mama (BRASIL, 2011a). Visando garantir esse compromisso foi lançado, em 2011, o Plano de Fortalecimento das Ações para Prevenção e Qualificação do Diagnóstico e Tratamento dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, que tem entre seus objetivos reduzir a incidência e a mortalidade desses cânceres (p. 21).

A Política Nacional de Promoção à Saúde (PNPS), tem entre seus objetivos promover a qualidade de vida e reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes como o modo de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais. Também visa ampliar a autonomia e a corresponsabilidade de sujeitos e coletividades, inclusive o poder público, no cuidado integral à saúde, e minimizar e/ou extinguir as desigualdades de toda e qualquer ordem: étnica, racial, social, regional, de gênero, de orientação/opção sexual, entre outras (BRASIL, 2013).

Nesse sentido, o governo federal lançou o Plano de Ações Estratégicas (PAE) para o Enfrentamento das Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNT) no Brasil, 2011–2022 que aborda quatro principais doenças, sendo:

Doenças do aparelho circulatório, respiratórias crônicas, diabetes e câncer; e os fatores de risco: tabagismo, consumo nocivo de álcool, inatividade física, alimentação inadequada e obesidade. Os objetivos do plano são: promover o desenvolvimento e a implantação de políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências para a prevenção e o controle das DCNT e seus fatores de risco; e fortalecer os serviços de saúde voltados para

a atenção aos portadores de doenças crônicas (BRASIL, 2013, p. 24).

Podemos citar as principais metas nacionais propostas sendo: aumentar a cobertura de mamografia em mulheres entre 50 e 69 anos; ampliar a cobertura de exame citopatológico em mulheres de 25 a 64 anos; tratar 100% das mulheres com diagnóstico de lesões precursoras de câncer. Assim, o desenvolvimento da Rede de Atenção à Saúde é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde, tanto na sua organização, quanto na qualidade e impacto da atenção prestada, e representa o acúmulo e o aperfeiçoamento da política de saúde com aprofundamento de ações efetivas para a consolidação do SUS, como política pública voltada para a garantia de direitos constitucionais de cidadania (BRASIL, 2013).

### 2.3 O CÂNCER DE MAMA: EPIDEMIOLOGIA

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) o câncer no Brasil ganha relevância pelo perfil epidemiológico que a doença vem apresentando, e, com isso, o tema conquista espaço nas agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento sobre a situação dessa doença permite estabelecer prioridades e alocar recursos de forma direcionada para a modificação positiva desse cenário na população brasileira (INCA, 2013).

O INCA destaca-se pelo seu papel nacional no desenvolvimento de ações estratégicas de estruturação e implementação da política de prevenção e controle do câncer, incluindo, de forma especial, seu compromisso na disseminação de informações que contribuam para o estabelecimento de prioridades em termos de saúde pública (INCA, 2013).

De acordo com o INCA (2013) as estimativas para o mesmo ano, das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer, segundo sexo e localização primária:

Tabela 1 - Estimativa dos Casos Novos de Neoplasia Maligna

Estimativa dos Casos Novos								
Localização Primária da Neoplasia Maligna	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24
Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
<b>Subtotal</b>	<b>203.930</b>	<b>208,77</b>	<b>51.100</b>	<b>241,30</b>	<b>190.520</b>	<b>187,13</b>	<b>58.710</b>	<b>248,46</b>
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
<b>Todas as Neoplasias</b>	<b>302.350</b>	<b>309,53</b>	<b>70.750</b>	<b>334,08</b>	<b>274.230</b>	<b>269,35</b>	<b>81.250</b>	<b>343,85</b>

Fonte: INCA, 2013

Ainda de acordo com o INCA (2013) pode-se observar na Tabela 2 que a distribuição proporcional dos dez tipos de câncer mais incidentes estimados para o ano de 2014:

Tabela 2

Localização primária	Casos novos	%		Localização primária	Casos novos	%
Próstata	68.800	22,8%		Mama Feminina	57.120	20,8%
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	5,4%		Cólon e Reto	17.530	6,4%
Cólon e Reto	15.070	5,0%		Colo do Útero	15.590	5,7%
Estômago	12.870	4,3%		Traqueia, Brônquio e Pulmão	10.930	4,0%
Cavidade Oral	11.280	3,7%		Glândula Tireoide	8.050	2,9%
Esôfago	8.010	2,6%		Estômago	7.520	2,7%
Laringe	6.870	2,3%		Corpo do Útero	5.900	2,2%
Bexiga	6.750	2,2%		Ovário	5.680	2,1%
Leucemias	5.050	1,7%		Linfoma não Hodgkin	4.850	1,8%
Sistema Nervoso Central	4.960	1,6%		Leucemias	4.320	1,6%

Fonte: INCA, 2013

De acordo com o Inca (2013) o câncer de mama é o tipo de câncer que mais acomete as mulheres em todo o mundo, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos. Cerca de 1,67 milhões de casos novos dessa neoplasia foram

esperados para o ano de 2012, em todo o mundo, o que representa 25% de todos os tipos de câncer diagnosticados nas mulheres.

Ainda segundo o Inca (2013) o câncer de mama é também a maior causa de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo, com cerca de 520 mil mortes estimadas para o ano de 2012. É a segunda causa de morte por câncer nos países desenvolvidos, atrás somente do câncer de pulmão, e a maior causa de morte por câncer nos países em desenvolvimento.

Estimativas do Instituto Nacional de Câncer (INCA), o câncer de mama em mulheres é o tipo mais frequente nas regiões Sul (71 casos/100 mil), Sudeste (71 casos/100 mil), Centro-Oeste (51 casos/100 mil) e Nordeste (37 casos/100 mil). Na região Norte é o segundo mais incidente (21 casos/100 mil). A idade é o principal fator de risco e, o número de casos aumenta de forma acelerada após os 50 anos. Sua ocorrência está relacionada ao processo de urbanização da sociedade, evidenciando maior risco de adoecimento nas mulheres com elevado nível socioeconômico (INCA, 2013).

De acordo com estimativas mundiais do projeto Globocan 2012, da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (Iarc, do inglês International Agency for Research on Cancer), da Organização Mundial da Saúde (OMS), houve 14,1 milhões de casos novos de câncer e um total de 8,2 milhões de mortes por câncer, em todo o mundo, em 2012. A carga do câncer continuará aumentando nos países em desenvolvimento e crescerá ainda mais em países desenvolvidos se medidas preventivas não forem amplamente aplicadas. Nesses, os tipos de câncer mais frequentes na população masculina foram próstata, pulmão e cólon e reto; e mama, cólon e reto e pulmão entre as mulheres. Nos países em desenvolvimento, os três cânceres mais frequentes em homens foram pulmão, estômago e fígado; e mama, colo do útero e pulmão nas mulheres (INCA, 2013).

Segundo o Inca (2013), no Brasil, a estimativa para o ano de 2014, que será válida também para o ano de 2015, aponta para a ocorrência de aproximadamente 576 mil casos novos de câncer, incluindo os casos de pele não melanoma, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. O câncer de pele do tipo não melanoma (182 mil casos novos) será o mais incidente na população brasileira, seguido pelos

tumores de próstata (69 mil), mama feminina (57 mil), cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil), estômago (20 mil) e colo do útero (15 mil).

Segundo Laurenti (2002), em pesquisa realizada nas capitais brasileiras e no Distrito Federal, analisando óbitos em mulheres de 10 a 49 anos (ou seja, mulheres em idade fértil), as dez primeiras causas de morte encontradas foram as seguintes, em ordem decrescente: acidente vascular cerebral, AIDS, homicídios, câncer de mama, acidente de transporte, neoplasia de órgãos digestivos, doença hipertensiva, doença isquêmica do coração, diabetes e câncer de colo do útero.

De acordo com o INCA (2013) o Brasil vem sofrendo mudanças em seu perfil demográfico, consequência, entre outros fatores, do processo de urbanização populacional, da industrialização e dos avanços da ciência e da tecnologia. A essas novas características da sociedade brasileira, unem-se os novos estilos de vida e a exposição, ainda mais intensa, a fatores de risco próprios do mundo contemporâneo.

Esse processo de mudança demográfica, denominado de “envelhecimento” da população, associado à transformação nas relações entre as pessoas e seu ambiente, trouxe uma alteração importante no perfil de morbimortalidade, diminuindo a ocorrência das doenças infectocontagiosas e colocando as doenças crônico-degenerativas como novo centro de atenção dos problemas de doença e morte da população brasileira (INCA, 2013).

Conforme a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da mulher (PNAISM), as mudanças de hábitos, aliadas ao stress gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem para que as doenças crônicas degenerativas estejam entre as principais causas de morte na população feminina. Alguns fatores, como o tipo de alimentação, o sedentarismo, o tabagismo, a sobrecarga de responsabilidades – aumento considerável do número de mulheres chefes de família –, a competitividade, o assédio moral e sexual no mundo do trabalho, têm relevância destacada na mudança do perfil epidemiológico das mulheres (BRASIL, 2004).

Outros fatores como o envelhecimento, os fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, o histórico familiar de câncer de mama, o consumo de álcool, o excesso de

peso, a exposição à radiação ionizante e alta densidade do tecido mamário, também são fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama (INCA, 2013).

Esses fatores podem influenciar no comportamento da mulher diagnosticada com câncer de mama, tanto no contexto social, como cultural, político e econômico em que está inserida, podendo afetar sua saúde mental e física, causando sobrecarga, conflito de papéis, incerteza, desgaste nos relacionamentos, entre outros problemas.

#### 2.4 O CÂNCER DE MAMA E AS RELAÇÕES FAMILIARES

Segundo Cervený (2001), a concepção de família adotada compreende um grupo social, cujos membros mantêm um sistema de relações significativas entre si. Nesta concepção, os laços efetivos e afetivos são mais valorizados do que a condição de consanguinidade.

Para Araújo e Nascimento (2004), estar com câncer é uma das experiências humanas mais impactantes, tanto do ponto de vista pessoal como familiar. A família de um paciente que se vê obrigado a enfrentar o câncer, com o diagnóstico sente-se abalada pelo inesperado e apenas com o decorrer do tempo consegue desenvolver esperança, solidariedade e fé para enfrentar a doença.

Segundo Carvalho (2008), essa experiência de enfrentamento pode comprometer as relações familiares, ocasionando estresse, tensão e reativação de conflitos latentes, uma vez que, a doença altera o papel social do sujeito enfermo e a dinâmica familiar.

Stolaghi, Evangelista e Camargo (2008) afirmam que certas doenças trazem impactos para o paciente e sua família em função do estigma que carregam, deixando-os fragilizados, à medida que abalam a estrutura emocional dos familiares e suas relações sociais.

Nesse sentido, Baider (2003) afirma que a família não é um espelho sem reflexo e, por esse motivo, se mostra um sistema que reverbera o medo e as ansiedades da paciente e de cada um dos membros que compõem a unidade familiar.

Assim, Souza e Espírito Santo (2008), afirmam que a família é o principal agente responsável pela promoção de conforto e segurança ao paciente, sendo que para os familiares pode ser tão difícil enfrentar o câncer quanto o é para seu ente acometido.

Nos dizeres de Maluf, Mori e Barros (2005) e Parkes (1998), o diagnóstico será vivenciado de acordo com os significados que a pessoa enferma e seus familiares atribuírem-no a partir de suas experiências anteriores de perdas. A vivência da doença também é permeada por medos, angústias e fantasias, que influenciarão o modo particular como a família irá reagir ao tratamento.

Maia (2005), afirma que o diagnóstico de câncer é percebido como uma ameaça de morte e, a partir desse momento, a consciência da mortalidade se torna intensificada, tanto para os pacientes como para os familiares.

Desde a década de 1970 a medicina tem se dedicado mais ao impacto psicossocial do câncer de mama. Estudos dessa época delinearam que as mulheres sofrem desconforto psicológico, como ansiedade, depressão e raiva; mudanças no padrão de vida, relacionadas ao casamento, vida sexual e atividades no trabalho, e, ainda, medos e preocupações concernentes à mastectomia, recorrência da doença e morte (MEYEROWITZ, 1980).

As primeiras investigações nesta área já assinalavam vários fatores que podem influenciar a aceitação e adaptabilidade da mulher diagnosticada com câncer de mama: o contexto cultural no qual as opções de tratamento são oferecidas, os fatores psicológicos e psicossociais que cada mulher traz para esta situação e fatores relacionados ao próprio diagnóstico do câncer, como o estágio da doença, tratamentos disponíveis, respostas e evolução clínica. Assinalam também que para assistir a mulher com cuidados integrais e contínuos, cada um desses fatores deve ser levado em consideração (ROWLAND e MASSIE, 1998).

Segundo Vasconcelos e Neves (2010) o diagnóstico de câncer de mama leva a mulher a experimentar o medo da morte e da mutilação. Após o tratamento cirúrgico, seja ele conservador ou não, a mulher vivencia conflitos em tudo que está relacionado com os

significados atribuídos à mama. O suporte dos filhos e/ou companheiro e dos familiares é de extrema relevância neste momento por ajudar a mulher a aceitar sua condição, se tornar participativa no autocuidado e na prevenção de agravos, assim como na verbalização dos seus sentimentos.

Segundo Rait e Lederberg (1990, p. 396), os cuidados oferecidos pelas famílias aos pacientes com câncer podem ser divididos em cinco categorias:

Provisão de suporte emocional, forma mais abstrata de cuidado, contudo o mais imediato e "obrigatório" dos papéis familiares. Compartilhar responsabilidades de tomada de decisão sobre as complexas demandas decorrentes do diagnóstico de câncer, sobretudo quando o estado de saúde do paciente se agrava. Cuidado concreto, compreende os cuidados de "enfermagem" que devem ser tomados em relação ao paciente, como: administração de medicamentos, curativos e outros, oferecimento de ajuda para desenvolver atividades físicas. Custos financeiros e sociais é outro importante fator propiciador de alto estresse familiar, pois implicam elevado absenteísmo e conseqüente perda de emprego do cuidador principal, sendo esta situação mais frequente e permanente em mulheres e mais observada em famílias mais pobres. Outro aspecto importante é a questão de gênero implícita nas duas categorias anteriores de cuidados. E a manutenção de estabilidade em meio à mudança diz respeito à continuidade do desenvolvimento do ciclo vital da família que, na maioria dos casos de doenças crônicas, apresenta tendência à fixação de sua dinâmica, adoção rígida do padrão de enfrentamento e associação entre cronicidade física e psicológica, que se manifesta no viver em função da doença.

Bervian e Pelini (2006) afirmam que diante de um diagnóstico de câncer, a estrutura familiar se desorganiza inicialmente e, com o passar do tempo, os membros, cada um em seu tempo, poderão processar esta situação e, se reorganizarem ou, se manter desorganizados.

No relacionamento entre mãe e filhos ocorre uma inversão de papéis, pois a mãe que culturalmente exerce a função de cuidadora, protetora e provedora afetiva, agora é quem necessita de cuidados, proteção e afeto. Quanto aos maridos/companheiros, a reação destes depende da reação da mulher: quando ela aceita a amputação da mama, pode influenciá-lo a aceitar o fato e melhorar o relacionamento. Porém, há casos em que a mulher, devido ao déficit de autoestima, sente-se ameaçada de perder o marido, a se tornar objeto de piedade e a perder a feminilidade; estes sentimentos dificultam a relação conjugal e podem levar à separação do casal (BERVIAN; PERLINI, 2006).

Segundo Melo, Silva e Fernandes (2005), o nível de relacionamento da família anterior à doença influencia diretamente na reação de seus membros e, por exemplo, quando existe comunicação aberta e flexível e capacidade de articular as expressões e os sentimentos, a relação interpessoal é fortalecida.

Os filhos e o companheiro, embora sintam medo, da possibilidade da perda da mãe/esposa, se reorganizam e modificam o comportamento e as atitudes a fim de estreitar os laços familiares e principalmente, fortalecer e apoiar a mulher, procurando expressar palavras de ânimo, coragem e incentivo (BERVIAN; PERLINI, 2006).

Estas atitudes, aliadas à ajuda nos afazeres domésticos, às manifestações de carinho, o apoio financeiro e à participação ativa no tratamento, contribuem positivamente na autoaceitação da mulher e evitam a instalação de um processo depressivo e outros conflitos psicológicos na mesma (SILVA; MELO; RODRIGUES, 1999).

A família ao se deparar com o diagnóstico de câncer de mama apresenta comportamentos de medo, frente aos estímulos decorrentes da situação. O medo está relacionado ao diagnóstico de uma doença tida como mortal, “o câncer”, bem como a visão da impossibilidade de cura, com o conseqüente reaparecimento da doença.

Frente às dificuldades vivenciadas pela família diante da doença, enfatizamos a importância do envolvimento da família no processo de tratamento, a fim de minimizar os sentimentos negativos proporcionados pela doença.

### 3 MULHER E O CÂNCER: IMPLICAÇÕES E DESAFIOS

O presente capítulo trata sobre a realidade das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, as implicações que o diagnóstico trouxe para suas vidas e os desafios impostos pela doença no âmbito social.

Para compreender a atual realidade enfrentada por essas mulheres foi preciso conhecer um pouco mais sobre cada uma delas, uma realidade que vai além da doença, são mulheres cada qual com suas particularidades e singularidades.

Rubi, Ametista, Pérola, Esmeralda, e Safira têm várias características em comum, além de mulheres, vivenciam o câncer de mama na vida adulta, duas na faixa etária dos 40 (quarenta) anos e 03 (três) na de 50 (cinquenta) anos. O estado civil é diversificado: três (03) são casadas, 01 (uma) é viúva e 01 (uma) é solteira e todas tem filhos: Rubi e Pérola tem 02 (dois) filhos e Ametista, Esmeralda e Safira têm 03 (três) filhos. Em relação à escolaridade, a maioria tem mais de oito anos de escolaridade, 03 (três) com ensino médio e 02 (duas) com ensino fundamental incompleto.

Nome	Idade	Escolaridade	Estado Civil	Data do diagnóstico câncer de mama
Rubi	40	Ensino Fundamental	União estável	02/2013
Ametista	49	Ensino Fundamental	Solteira	11/2011
Pérola	51	Ensino Médio	Casada	11/2013
Esmeralda	53	Ensino Médio	Casada	06/2015
Safira	59	Ensino Médio	Viúva	02/2010

Elas descobriram o câncer de mama entre 2010 e 2015. Após o diagnóstico 04 (quatro) passaram pela cirurgia de Mastectomia e 01 (uma) pela Quadrantectomia. Antes da descoberta da doença 04 (quatro) contribuíam com a renda familiar, após o diagnóstico, todas passaram a ser dependentes do apoio financeiro do cônjuge, de familiares, e de benefícios da Seguridade Social para complementar a renda da família.

Rubi, 40 anos, possui ensino fundamental incompleto, estudou até 6<sup>o</sup> série, está em uma união estável e tem 02 (dois) filhos. Foi diagnosticada em fevereiro de 2013, posteriormente passando pela cirurgia de Mastectomia. Antes da descoberta da doença exercia a atividade profissional em um restaurante, mas já havia trabalhado como vendedora de roupa e de joias. Recebeu um ano de auxílio doença, até março de 2014. Atualmente a renda familiar é proveniente do cônjuge, ela está em casa sem poder trabalhar e aguardando a definição do processo no INSS para acesso à aposentadoria por invalidez.

Ametista, 49 anos, estudou até 6<sup>o</sup> série, solteira e tem 03 (três) filhos, foi diagnosticada em novembro de 2011, posteriormente passando pela cirurgia de Mastectomia. Antes da descoberta da doença era dona de casa. Atualmente a renda familiar é proveniente do trabalho dos filhos.

Pérola, 51 anos, possui o ensino médio completo, casada, 02 (dois) filhos. Foi diagnosticada em novembro de 2013, posteriormente passando pela cirurgia de Mastectomia. Antes da descoberta da doença exercia a atividade profissional de auxiliar de enfermagem. Atualmente a renda familiar é proveniente do auxílio-doença e dos provimentos do cônjuge.

Esmeralda, 53, possui ensino médio completo, casada, 03 (três) filhas casadas. Foi diagnosticada com câncer de mama em junho de 2015, posteriormente passando pela cirurgia de Mastectomia. Antes da descoberta da doença exercia a atividade profissional de merendeira escolar. Atualmente a renda familiar é proveniente do auxílio-doença e dos provimentos do cônjuge.

Safira, 59 anos, possui o ensino médio completo, viúva, 03 (três) filhos. Foi diagnosticada com câncer de mama em outubro de 2010, posteriormente passando pela cirurgia de Quadrantectomia. Atualmente a renda familiar é proveniente da aposentadoria.

Ao analisar a fala dessas mulheres foi possível depreender duas grandes categorias. A primeira diz respeito à percepção dessas mulheres sobre as implicações do

diagnóstico de câncer de mama na vida social das pacientes sobre a rede de apoio social, refletida na família e nos profissionais da saúde e sobre sua sexualidade e autoestima, frente à perda da mama. Já a segunda categoria aborda os desafios enfrentados no âmbito social diante das categorias trabalho, atividades cotidianas e conhecimento das políticas direcionadas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama.

### 3.1 AS IMPLICAÇÕES DO DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA NA VIDA SOCIAL

Para a mulher, “o impacto do diagnóstico é centrado em interações, nas visões de mundo e de si mesma, que ela construiu ao longo da vida” (ARAÚJO, 2008, p. 670) e a confirmação de uma doença grave e estigmatizada como o câncer de mama, de acordo com a mesma autora, é fator desencadeante de sentimentos denotadores do sofrimento de se descobrir com tal doença.

Menezes (2012, p. 234), ressalta que a confirmação do diagnóstico do câncer de mama, por si só, pode desencadear um sofrimento psicológico acentuado à mulher, pois tende a afetar seu universo de relações e Araújo (2008, p. 665), diz que tal impacto requer uma rede social de apoio, com vistas a facilitar o reconhecimento e a aceitação da doença, e encontrar a melhor forma de adaptação.

Ainda segundo Menezes (2012) parte das pacientes se revelam surpresas e tensas quando da confirmação do diagnóstico relataram que não sabiam exatamente o que fazer frente a essa situação. “Ocorre que, aparentemente, algumas mulheres acometidas por doenças graves como o câncer se veem totalmente à mercê do destino, de modo que encontram dificuldades para tomar decisões apropriadas em relação ao tratamento” (MENEZES, 2012, p. 237), e nesse momento aparece na fala delas o forte impacto que a rede de apoio social teve, a família e amigos como suporte necessário para enfrentar o tratamento e os profissionais de saúde como fortalecedora para a adesão ao tratamento.

O câncer que se situa entre as primeiras causas de morte nas mulheres é o câncer de mama (INCA, 2013). Podendo ter como consequência um profundo impacto psicológico, na percepção da sexualidade, na imagem pessoal e autoestima, de maneira muito mais marcante do que qualquer outro câncer na vida dessas mulheres.

### **3.1.1 “Você fica sem chão, é como se ele desaparecesse”: a percepção sobre a rede de apoio social**

A expressão “Você fica sem chão, é como se ele desaparecesse” foi muito utilizada ao descobrirem o diagnóstico da doença. É extremamente delicada a confirmação desta enfermidade, em virtude da gravidade da doença, do estigma e, concomitantemente, dos impactos sociais vivenciados no novo cotidiano de vida dessas mulheres.

Ao abordar as questões relacionadas à rede de apoio social percebidas por elas e como viam o papel da família no diagnóstico e durante o tratamento, foi possível perceber a importância atribuída a rede social durante todo o percurso da doença.

Esmeralda reconhece a importância da participação da família, marido e filhos, no seu tratamento:

"Nossa... minha família foi minha base, abaixo de Deus... foi eles que nossa.... Meu marido não está aqui porque está trabalhando mas ele está aqui direto, meus filhos, ontem mesmo eu tive aqui, meu filho tava aqui comigo. Acho que é o melhor remédio (...)"

Pérola também fala a importância do apoio social no seu tratamento:

"Todo mundo me ajudou. Minha irmã ela que ficou mais tempo comigo em Vitória. Minha irmã, minha nora, cada uma vinha uma semana e ficava comigo. Depois com trinta dias eu fiz outra cirurgia. Meus amigos aqui de Vitória também me apoiaram, eu tenho muitos amigos isso foi muito importante"

Com relação à rede de apoio percebida pelas entrevistadas durante o período de tratamento foram identificadas a importância da família e da equipe de saúde. Constatou-se a família como importante suporte de apoio para a maioria das entrevistadas, sendo fortemente citado os filhos, os cônjuges, irmãos e amigos, presença que se demonstrou um fator positivo na superação.

Segundo Sluzki (1996), a rede de apoio é constituída pelo ser humano desde o início de sua vida. Pode ser considerada uma trama interpessoal que, tanto modela, como é modelada pelas pessoas. Esta trama é composta, primeiramente, pela família e, à medida que o indivíduo cresce, integram os amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, entre outros.

Pérola relata a importância da sua família, principalmente sua irmã, amigos, igreja, no seu tratamento:

“Eu me sinto muito apoiada. Deus me livre... As igrejas tudo oraram por mim. Igreja Católica Igreja de crente. Fui lá conversei com o padre que eu estava passando por isso, se ele podia fazer oração por mim. Todas as missas que tinha ele orava por mim. Os crentes, os evangélicos que me conhecia também todos eles oravam por mim fia. Tudo, tudo foi maravilhoso. Eu não tenho nada que reclamar daqui este hospital pra mim é o melhor da grande Vitória. Todo mundo é gente boa “.

Algumas das pacientes pesquisadas mencionaram que, diante da confirmação do diagnóstico de câncer de mama, recorreram à religiosidade, e que muitas vezes a igreja se mostrou muito presente demonstrando apoio. Para Ferreira et al. (2008), isso ocorre, sobretudo, quando à doença é atribuído um significado de provação. Mas deve-se esclarecer que a religiosidade pode ser empregada de diversas formas no enfrentamento de uma situação adversa.

Há evidências de que a presença de uma doença, a exemplo do câncer, pode deteriorar a qualidade das relações sociais de uma pessoa. O tratamento do câncer, muitas vezes, é longo, o que gera um grande desgaste emocional e físico (MOTTA, 1998).

No relato de Rubi foi possível confirmar que a doença pode sim deteriorar a qualidade das relações sociais de uma pessoa:

“Igual eu ia pro forró... depois que eu operei só fui no forró duas vezes. (...) Eu tenho amigos, amigos de forró mesmo, bebia ali e dançava. Mas hoje não, pra dizer a verdade quando eu operei uma pessoa foi me ver do forró. Um Colega, “conhecido” mesmo só foi uma que foi. Os outros não”.

Ametista também corrobora sobre a possível deterioração da qualidade das relações sociais, alterando suas atividades:

“Ir na praia... desde que eu operei... desde que eu operei não fui praia nunca mais. Mas o resto até a cerveja eu to bebendo” (AMETISTA).

No entanto, isso não ocorre com todas, a exemplo de Safira que afirma não haver alterações em suas relações e nas suas atividades do dia a dia:

“Faço, ginástica duas vezes por semana, ginástica corporal, faço hidroginástica. (...)mas agora a piscina estourou lá, tá parado por um período. Não. A minha vida não mudou em nada por causa disso aí. Continua a mesma coisa só não vou mesmo quando não quero. Tudo bem”.

Além disso, houve menção à equipe de saúde como fortalecedora para a adesão ao tratamento. Pérola por exemplo fala da importância da equipe de saúde no seu tratamento:

“Tudo, tudo foi maravilhoso. Eu não tenho nada que reclamar daqui deste hospital, dos profissionais pra mim é o melhor da grande Vitória. Todo mundo é gente boa. Foi graças a eles que eu não desisti do tratamento”.

Ametista reitera a importância da equipe de saúde na efetivação do seu tratamento:

“No hospital a gente vem e conversa, eles são atenciosos, nos apoiam e dão “esporro” por que não venho de seis em seis meses”.

Outra questão abordada pelas mulheres foi à participação dos profissionais da área da saúde para o tratamento do câncer de mama que contribuiu de forma significativa, pois sabemos que é fundamental a atuação desses profissionais para dar suporte à paciente e a seus familiares. No entanto, também foi possível perceber que a maioria das mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde (SUS), não obtiveram um atendimento sistemático na Rede Atenção Primária do município de origem, sendo que a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher diz preciso que os serviços de saúde disponham de profissionais capacitados para o atendimento às mulheres.

Desta forma fica claro que diante do diagnóstico de câncer de mama, a família apresenta-se como suporte fundamental, seu auxílio exerce influência para o enfrentamento, visto que a doença fragiliza a mulher não só fisicamente, mas emocionalmente e a mesma busca na família forças para enfrentar tal situação. E com a família também são compartilhadas responsabilidades de tomada de decisão, quanto ao tratamento e bom andamento do mesmo, além de ser um suporte para o

cuidado no sentido físico. Ao receber apoio a mulher sente-se protegida, cuidada, o que aumenta suas expectativas de sucesso no tratamento. A família tem assim um importante papel na recuperação da paciente.

Embora houvesse relatos de fragmentação em alguns relacionamentos, a maioria das mulheres entrevistadas relata manter o estilo de vida como o anterior a doença, inclusive redes de amigos. Diante de situações de extrema mudança como é o caso do diagnóstico de câncer de mama, é comum haver reações inesperadas como o distanciamento de pessoas próximas, essa é uma realidade enfrentada por algumas pacientes. Sabemos que é extremamente importante mantermos uma convivência prazerosa com pessoas do nosso círculo de amizade e o distanciamento pode gerar uma sensação de abandono. O afeto, a aceitação e o companheirismo auxiliam no enfrentamento.

Outro fator que aparece de forma relevante é o serviço prestado pela instituição de saúde, a qual foi outro determinante para a continuidade do tratamento, conforme abordado pelas entrevistadas. Embora seja na atenção primária, onde o cuidado deva iniciar de forma preventiva, muitas são as deficiências que prejudicam o devido atendimento a estas mulheres. E mesmo diante dos desafios que o sistema de saúde brasileiro enfrenta, houve o reconhecimento de um serviço que atendia as necessidades das pacientes, contribuindo para a continuidade do tratamento.

### **3.1.2 “Não me reconheço no espelho”: Percepção sobre a sexualidade e a autoestima**

A ideia de discutir o corpo feminino e os papéis associados a ele, é uma discussão histórica, social e culturalmente construída em nossa sociedade. O corpo como ponto de mutilação a partir do procedimento de mastectomia produz discursos e visões que passam a ser utilizados para a compreensão desse corpo após a experiência da doença (AURELIANO, 2009).

Além disso, a autora menciona ainda, que as questões envolvendo corpo, gênero e saúde tornam-se indissociáveis nos estudos sobre mulheres com câncer de mama,

pois todo o contexto das implicações e significações da doença está intimamente ligado à questão do corpo feminino, estando a mama associada à sexualidade e à feminilidade da mulher (AURELIANO, 2009).

Ao discutir a questão da sexualidade e da autoestima com as entrevistadas podemos perceber que a doença além de pôr em risco a saúde da mulher, sobretudo, põe em risco a sua feminilidade, sua autoestima e sua sexualidade.

Rubi fala sobre sua vaidade e como ela se sente hoje após a cirurgia de mastectomia:

“(...) É pra falar a verdade?! Eu diria que eu me acho bonitinha... Hoje eu não me acho bonita não...(silêncio) ah sei lá, na aparência mesmo. Antes assim em geral ... antes eu não ia no supermercado nem de sandália. Olha com que eu estou calçada! Só andava de saltinho, penteada, de decote... hoje não, do jeito que eu estou aqui eu vou em qualquer lugar. Não sinto vontade mais de me arrumar!”.

Ao falarem de seu corpo como mutilado, as mulheres fazem-no identificando sentimento de tristeza, estranheza e preocupação, sentimento de impotência sexual, de dor e limitação. Representou também para elas a perda da feminilidade percebendo que seu corpo apresenta-se alterado e estranho ao olhar-se no espelho e quando está despida.

Ametista por exemplo fala da vergonha da alteração em seu corpo após a cirurgia de mastectomia:

“A gente fica com vergonha por não ter mais a mama...por que como é que você vai...sei lá, fico assim constrangida a gente não demonstra, mas a gente fica. (...) Quando você vai tirar a roupa, tomar um banho...coloca um baby-doll. (...) fico constrangida por que você não pode colocar uma blusinha de alça, eu gostava muito de usar blusinha de alça...nem sutiã eu usava porque meu peito era durinho. Mas agora eu não posso usar”.

Para Oliveira (2004) a imagem corporal desempenha um papel central, não só na relação que temos com o nosso corpo, mas também na relação que temos conosco e com os outros. Ainda segundo Oliveira as mulheres mastectomizadas manifestam insatisfação relativamente ao seu corpo despido.

Amorim (2007) afirma que a imagem corporal é a autopercepção que o indivíduo tem da sua imagem, estrutura e função corporal. É a ideia mental que uma pessoa tem do seu corpo, em todo e qualquer momento da sua vida.

Segundo Seara (2012) a mama é, provavelmente, a parte do corpo da mulher mais carregada de simbolismo. É considerado símbolo de feminilidade, maternidade, atratividade, sexualidade. O fato de as mamas serem vistas como um dos principais atrativos sexuais de uma mulher leva-nos a pensar que qualquer patologia que ameace este órgão pode conduzir a uma perda de autoestima, acarretando sentimentos de inferioridade e rejeição.

Rubi relata o impacto da mastectomia na sua sexualidade:

“Na hora da relação... (silêncio) tipo assim.... Não tiro a blusa, essas coisas assim não deixo ele me tocar.”

Esmeralda corrobora com a visão de Rubi:

“A minha sexualidade está assim.... meio lenta né... mais assim, minha autoestima bem (silêncio)?! (...) nunca fica a mesma coisa...da aquele baque.

Para Fernandes (2009), quando a imagem corporal vai alterando-se gradativamente como um processo de envelhecimento, o corpo modifica-se por etapas, sem interferir tão profundamente na personalidade. Mas, “na mastectomia, a imagem da mulher é modificada bruscamente sem tempo hábil para uma adaptação; e ainda, como consequência de uma doença grave” (FARIAS, 2007, p. 141). Sua nova situação assemelhar-se-ia um roubo ou acidente, que chega e subtrai repentinamente algo importante e insubstituível. No caso da mastectomia, há uma desconstrução da “imagem corporal de maneira abrupta, essa imagem e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida”.

Diante dos depoimentos, percebe-se que as mulheres que passaram pela cirurgia mutiladora da mama necessitam de um tempo para assimilação, incorporação e reconquista da autoestima. “Cada pessoa reage de forma muito peculiar à experiência do câncer, não existindo uma conduta padrão (...), um caso único” (FARIAS, 2007, p.146), sendo importante que em todas as etapas vividas pela paciente seja

preservada a autonomia, a integridade e o respeito às opiniões e desejos dessas mulheres diagnosticadas com câncer de mama:

“Agora eu vou começar fazer tratamento... Pra minha autoestima assim.... a mama é mais importante né... por que a mama eu perdi ela e não vou ter mais né...o cabelo eu tenho esperança que vou perder mais vai nascer né?”.

Os depoimentos permitem-nos informar que as referências para enfrentar a mudança na imagem corporal são produtos das experiências de vida, pois como se percebe em algumas das respostas das entrevistas, há a conformação em perder a mama, mas também há um momento de revolta, de tristeza e de mudança de vida.

Também foi possível perceber, na fala de algumas das entrevistadas a relação da autoestima com a queda do cabelo já que há uma vaidade intrínseca nas mulheres com relação ao cabelo, em função do comércio da estética ter investido cada vez mais em artifícios que mudam totalmente a performance, da mulher.

Rubi fala da sua autoestima e a relação com seu cabelo:

“Eu detesto meu cabelo assim, meu cabelo não era picotado assim.... era bonito antes, eu me sentia bonita antes”

Esmeralda relata que embora a perda dos cabelos não seja fácil a perda da mama e o que mais a abalou:

“Agora eu vou começar fazer tratamento... Pra minha autoestima assim.... a mama é mais importante né... por que a mama eu perdi ela e não vou ter mais né, isso é horrível...o cabelo eu tenho esperança que vou perder mais vai nascer né?”.

É fundamental ressaltar que não apenas as mulheres que realizam a mastectomia vivenciam a baixa da autoestima. “O próprio fato de estar com câncer, uma doença repleta de estigmas já altera a percepção de si mesma, como mulher” (VENÂNCIO, 2004, p.57). Com isso, um medo muito frequente entre às pacientes que passaram por mastectomia é o de não ser mais atraente sexualmente.

Dessa forma, a reconstrução da mama foi mencionada como fator positivo para estas mulheres e que pode ajudar na recuperação e recolocação da autoestima, no entanto tem dificuldades para o acesso a esse direito:

“É (...) sobre os direitos que as pessoas tem. Como a doutora falou que com dois anos ia colocar meu nome na lista pra fazer a reconstrução da mama. Eu falo mesmo eu to morrendo de medo porque eu não sei nem como começa este processo. Ter uma pessoa no meio que entenda sobre estes direitos que a pessoa tem...” (PÉROLA).

“(...) a única coisa pra fazer reconstrução, mas até hoje, não tô conseguindo não” (AMETISTA).

A reconstrução da mama foi sancionada como direito as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, a partir da nova Lei 12.802/13, que estabelece a cirurgia imediata reparadora para as mulheres vítimas de câncer de mama. Isso significa que a reconstrução das mamas deverá ser feita no mesmo momento cirúrgico da retirada do câncer em hospitais que fazem parte do Sistema Único de Saúde (SUS). Atualmente a Lei 9.797/99 prevê a reconstrução, mas não estabelece o prazo. Em função da longa espera, milhares de mulheres acabam desenvolvendo doenças depressivas (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2013).

O Brasil tem uma cultura de “supervalorizar” os padrões de beleza já selecionados, e que de fato não está ao alcance de todos, exercendo assim uma pressão social, gerando impactos em toda população. Embora a tecnologia tenha avançado e o tratamento do câncer de mama tenha se expandido, esta ainda é uma doença visivelmente temida pelas mulheres devido aos impactos que provoca fisicamente.

A autoestima está relacionada com a forma como a mulher se vê, devido a perda da mama muitas desenvolvem uma imagem distorcida de si, não se reconhecendo a partir de outras possibilidades. A mutilação provocada pela doença e a queda dos cabelos, gera constrangimento e são fatores determinantes para a perda da autoestima. As mulheres se deparam com o desafio de lidar com uma nova realidade manifesta pela alteração física do corpo, o que reflete de forma negativa em sua sexualidade, pois a mama representa feminilidade e é um órgão símbolo de sexualidade.

### 3.2 “SENTINDO A DIFICULDADE NA PELE”: DESAFIOS ENFRENTADOS NO ÂMBITO SOCIAL

“Diante das mudanças e as limitações físicas, a mulher também passa a enfrentar as limitações sociais, como a mudança de papéis, ou abre mão das atividades” (ARAÚJO, 2008, p. 669) rotineiras, tais como o trabalho, o cuidado com os filhos e a casa.

Pérola relata os desafios enfrentados no âmbito do trabalho e em suas atividades cotidianas:

O médico falou que eu não posso trabalhar nessa área da saúde mais. Por causa dos “linfonodos” que foi tirado aqui de baixo né? Ai ele me deu um laudo o Dr°. como que eu não podia mais exercer minha profissão(...) depois da cirurgia eu tava sentindo muita dor...era dor que Deus me livre, que eu não aquentava nem andar...precisava de alguém pra me levantar. Eu fiquei com medo de voltar a trabalhar e eu atingir por que isso aqui no meu dedo na segunda quimioterapia saiu essa coisa aqui fia que eu quase morri com esse dedo. (...) essa outra mão minha ficou paralisada...hoje pra mim limpar uma casa eu tenho que limpar aos poucos, eu não aguento, não tenho aquela firmeza pra pegar...as roupas quando eu lavo coloco pra escorrer depois pego coloco no arame”.

O comportamento social das mulheres com câncer de mama é afetado e provoca restrições na vida social, como uma disfunção de papéis. Em decorrência da doença, elas deixam seus empregos, restringem suas atividades domésticas e sociais, e isso contribui para acelerar o comportamento depressivo e o isolamento social, pois as mulheres, por não desempenharem tarefas que outrora eram suas, se sentem inúteis (ALMEIDA, 2001).

Para Peixoto (2014), são muitas as complexidades da doença por conta das consequências adversas, que se dão desde despesas com serviços médicos, a imensurável incapacidade ou redução da atividade laboral, chegando a perda do emprego, até a redução do tempo e da qualidade de vida da mulher, que, por conseguinte, provocam alterações nas relações sociais que a cerca.

Especialmente, estas complexidades tornam-se mais emblemáticas quando se trata da esfera cirúrgica de mastectomia, resultando na mutilação dos membros mamários, que pode ser a mutilação de uma ou das duas mamas. Quando é retirada uma só

mama é definida como mastectomia, ao se retirar as duas mamas, o procedimento cirúrgico recebe o nome de mastectomia bilateral ou radical. Esse procedimento mutilador desencadeia impactos e repercussões importantes nas dimensões de vida da mulher, podendo ser percebidas no seu universo físico, psicológico e social (PEIXOTO, 2014).

Ao deparar-se com suas limitações físicas, a mulher também passa a enfrentar dependência e mudanças de papéis, deixar suas atividades de rotina, o trabalho, o cuidado com seus filhos e a casa. Num primeiro momento, a mulher sente-se frágil e inútil diante das tarefas mais simples até as mais complexas, como prover o próprio sustento e o da família (ARAÚJO, 2008).

Rubi reitera as limitações e seus desafios que a mastectomia trouxe:

“Acho que eu faço em casa mais assim....lavar vasilha, almoço. Por meu médico proibiu. “Dr<sup>o</sup>” proibiu de fazer movimento repetitivo, até cozinhar pra mim cozinhar eu teria que ter aquela luva... eu não posso machucar este braço, ele falou que eu tenho risco de perder ele, pode da a tal da “grendena” (...) não posso tirar cutícula, não posso mexer de espécie nenhuma, evita pancada. (...) dificuldade é ficar sem dinheiro...ninguém merece. Eu não to podendo trabalhar...trabalhei de faxina e limpeza, mas agora não posso, fica assim...(SILÊNCIO) (...) eu tenho duas crianças em casa. O que ta me salvando é que eu não pago aluguel, meu marido é dono da residência, e comida, água luz esta tudo nas costas dele. Pra vim pra ca ele teve que me da o dinheiro da passagem nem o dinheiro passagem eu tenho”.

Para Araújo (2008) se a mulher é parte da força de trabalho que provém o sustento da família, a situação pode se tornar muito complicada e a ferida moral é maior, pois às vezes elas passam a depender dos outros até para se alimentar.

De acordo com Fernandes (2009), o comportamento social das mulheres com câncer de mama é afetado, ocorrendo uma mudança nas suas atividades laborais.

Sabendo que 04 (quatro) das 05 (cinco) mulheres entrevistadas trabalhavam, e hoje se encontram em benefício social previdenciário, auxílio-doença e até aposentada, impossibilitadas de trabalhar, isso fica claro. Elas deixam seus empregos e restringem suas atividades domésticas e sociais pela ocorrência da doença.

Isto contribui para aumentar o comportamento depressivo e de isolamento social, pois as mulheres estão sentindo-se inúteis por não desempenharem tarefas que outrora eram de sua competência (ARAÚJO, 2008).

Esmeralda fala das dificuldades enfrentadas:

“(...) a doutora falou que eu não podia pegar peso foi a doutora que recomendou. Eu fiquei do dia sete de julho a sete de agosto, um mês sem fazer nada. Eu nunca fui assim. Minha filha que vai no sábado e domingo lá pra casa fazer minha comida. (..) não sei se vou poder voltar a trabalhar, eu amo meu trabalho amo o que faço e não sei se vou poder fazer novamente”.

Segundo Rêgo e Nery (2013) as estimativas crescentes do câncer de mama refletem a necessidade do planejamento de políticas públicas que atendam às necessidades reais das usuárias dos serviços de saúde, visto que ocorreu um aumento gradativo na quantidade de casos de mulheres com a doença em níveis nacional e regional, o que exige o desenvolvimento contínuo do sistema de vigilância de câncer, com o propósito de colocar em prática as diretrizes sobre redes e serviços de apoio oncológico no país.

Nesse contexto, o acesso é uma forma universal de ingressar nas instituições de saúde pública brasileira, com base na própria localização junto ao público-alvo foco de atendimento. Exige o fortalecimento da saúde como um bem público destinado a atender pessoas que recorrem aos serviços, sendo que a igualdade social o trata como um direito individual e coletivo. A partir da organização de serviços públicos e privados, intensificam-se ações e estratégias políticas no âmbito da oncologia para potencialização de intervenções institucionais e sociais no controle de doenças crônicas, em que o acesso configura-se como uma denominação complexa e de escassa relação com a estrutura de saúde pública (REGO; NERY, 2013, p. 380).

Ao analisar o acesso aos serviços de saúde, constatou-se que a maioria das entrevistadas não tinha qualquer informação ou conhecimento sobre a Política de Saúde para as Mulheres com câncer de mama, sendo explícito nas falas de apresentadas:

“Não, conheço a política, não. Minha cidade é assim muito pequena... pelo menos eu nunca ouvi falar não” (SAFIRA).

“Mais ou menos. Como assim? Não...só aqui. Eu fiquei sabendo...certas meninas que eu conheci com câncer aqui, que a gente tem direito a aposentadoria isso é inegável, tanto é que joguei na justiça, só isso...mas o restante não” (RUBI).

“Não conheço a política. É eu ouço muita palestra que a nossa filha da muita palestra sobre estas coisas... mas é uma palestra assim muito proveitosa... mas até então quando não é com a gente... não é com a gente a gente presta atenção, mas não fica assim.... fala sobre o câncer de mama, ovário, boca fala tudo...” (ESMERALDA).

O direito à saúde e ao acesso aos serviços de saúde é explícito na Constituição de 1988 e na Lei nº 8080/90, na Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) e na Política Nacional de Controle do Câncer de Mama, na qual o Estado reconhece que:

“O investimento financeiro deve estar vinculado à ampliação das redes de atenção em oncologia, na tentativa de estruturação estática e dinâmica do atendimento integral a mulheres com neoplasia maligna mamária, com a finalidade de oferecer uma porta de entrada baseada nas premissas de universalidade, equidade e integralidade” (REGO; NERY, 2013, p. 380) e segundo parâmetros de atendimento estabelecido pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

É evidente que o acesso ao tratamento oncológico consiste na ampliação do atendimento a mulheres com a doença. E é de suma importância o estímulo à participação das mulheres em palestras, programas sociais, grupos de apoio e nas ações de planejamento das políticas de acesso aos direitos à pacientes com câncer de mama. Assim, foi possível perceber a importância do acesso aos serviços de saúde para as mulheres diagnosticadas com câncer de mama e como a falta desse serviço pode prejudicar no processo de tratamento:

“(...) Na saúde, no meu município, lá falta tudo, falta remédio, falta assistência médica, “falta tudo”! ... lá não tem nada! (...) tinha que ter mais assistência médica por que, tudo que você tem que fazer tem que vir aqui e é longe, é gasto muito danado (SAFIRA).

É notável que no decorrer do tratamento a mulher precisa se adaptar com limitações impostas definitivamente pela doença, o que afeta seu cotidiano de forma relevante. A figura da mulher está associada ao cuidado do lar, dos filhos, da família. A mesma se vê dependente, por não poder exercer suas atividades domésticas, e também vulnerável, pois se encontra privada de realizar suas atividades laborativas.

A burocracia e a morosidade do sistema previdenciário favorecem para que a mesma se torne totalmente dependente financeiramente do cônjuge ou demais familiares

gerando uma sensação de impotência por não poder realizar atividades que outrora produziam satisfação e bem-estar social, além de gerar renda para a família.

As diretrizes da Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher preconizadas pelo Ministério da Saúde - MS (BRASIL, 2004) abrangem como principais ações:

"O SUS deve prover orientação e capacitação para a atenção integral à saúde da mulher, numa perspectiva que contemple a promoção da saúde, as necessidades de saúde da população feminina e a garantia do direito à saúde; As políticas de saúde da mulher deverão ser compreendidas em sua dimensão mais ampla, objetivando a criação e ampliação das condições necessárias ao exercício dos direitos da mulher, seja no âmbito do SUS, seja na atuação em parceria do setor Saúde com outros setores governamentais. Devendo o SUS contemplar a garantir de acesso das mulheres a todos os níveis de atenção à saúde, no contexto da descentralização, hierarquização e integração das ações e serviços “.

Muitas entrevistadas revelaram o desconhecimento da política como direito, sendo necessário ampliar a divulgação de informações sobre este assunto, ainda afirmaram encontrar dificuldades para manutenção do tratamento em determinados municípios. Contudo, reconhecem a importância da intervenção que auxilie na superação da doença, através de palestras e grupos para trabalhar o assunto, a instituição e os profissionais de saúde ao possibilitar a socialização de informação assumem um papel ainda mais significativo, visto que em determinado período do tratamento a mulher e seus familiares permanecem por longo período de tempo na instituição de saúde.

Constatamos em nossa pesquisa, através dos relatos, que as mulheres diagnosticadas com câncer de mama mesmo diante de todos os desafios impostos pela doença, se mostraram guerreiras e lutam diariamente para suportar e superar as consequências do tratamento em meio ao sofrimento. As mulheres participantes, mesmo fragilizadas em sua sexualidade, feminilidade, do sentimento de inferioridade e medo, expressados nas falas, buscam vencer esses desafios que influenciam diretamente na sua vida cotidiana e familiar, e como é fundamental o apoio, incentivo, compreensão, carinho e amor para melhor superação do câncer de mama.

#### 4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama, longe de ser um assunto novo, apresenta-se como um tema atual e o presente estudo aponta diversos desafios para as mulheres, pois afeta a esfera física, psicológica e o âmbito social.

Segundo o Instituto Nacional de Câncer (2013), o câncer de mama é um dos mais comuns entre as mulheres no Brasil e no mundo, cuja incidência é de 25% dos novos casos a cada ano. Embora a saúde esteja explicitada na Constituição Federal como direito de todos, de acesso universal e a atenção básica ser a principal porta de entrada para o SUS e a responsável por coordenar e a cobertura para níveis mais complexos de cuidado, as entrevistadas revelaram o desconhecimento em relação às políticas de saúde e aos níveis de atenção à saúde.

O estudo atesta que o diagnóstico do câncer de mama causou um impacto importante nas relações sociais, ficando claro que a família se apresenta como suporte fundamental, exercendo influência para o enfrentamento da doença. A família aparece como provedora de suporte emocional, uma forma mais abstrata de cuidado, mas não menos importante, que o suporte financeiro, o auxílio no cuidado físico, entre outros.

Evidenciou as dificuldades e medos das mulheres, prevalecendo a busca por uma nova percepção de si mesmas. Embora a tecnologia tenha avançado e o tratamento do câncer de mama tenha se expandido, essa ainda é uma doença visivelmente temida pelas mulheres devido aos impactos que provoca fisicamente, pois a autoestima está relacionada com a forma como a mulher se vê e devido a perda da mama muitas desenvolvem uma imagem distorcida de si, não se reconhecendo a partir de outras possibilidades. No decorrer do tratamento a mulher precisa se adaptar com limitações impostas definitivamente pela doença, o que afeta seu cotidiano de forma relevante. A mesma se vê dependente por não poder exercer suas atividades domésticas e se sente vulnerável, pois se encontra privada de realizar suas atividades laborativas. Além disso, em alguns casos, fica explícito a demora por parte da previdência social devido a burocracia e morosidade relatado pelas entrevistadas ao solicitar o benefício previdenciário.

Percebemos que durante o período de tratamento do câncer de mama foram necessárias constantes adaptações devido às perdas e aos sintomas vivenciados pelas pacientes e que o câncer de mama apresenta influência negativa na qualidade de vida dessas mulheres. Também foi possível perceber e compreender o impacto que a doença causa nas mulheres e seus familiares, principalmente nas condições sociais, econômicas, emocionais e culturais, e as mudanças da percepção sobre sua sexualidade, sua autoimagem e sua autoestima fortemente relatada por elas.

As mulheres que foram pesquisadas e muitas outras, necessitam de informação sobre prevenção, tratamento e suas consequências, orientação sobre a nova condição vida e de apoio social tanto dos familiares, amigos, como dos profissionais da saúde. Ressaltamos nesse sentido, a importância do trabalho do profissional de Serviço Social, tendo em vista seu papel socioeducativo, socioassistencial e na garantia dos direitos dessas mulheres.

O grande desafio para a mulher diagnosticada com câncer de mama, é deixar o papel de cuidadora que sempre assumiu culturalmente e ser cuidada pela família e por amigos. Outro desafio é reconhecer o SUS como política pública por meio de informações que esclareçam e aproximem as pessoas, destruindo o abismo do desconhecimento que gera indiferença. É importante que a mulher se reconheça como sujeito de direito, ao utilizar os serviços de saúde, assistência e previdência, e conte com serviços de qualidade e profissionais preparados para acolher, informar e cuidar.

Acreditamos que este trabalho é relevante para as mulheres e também para o Hospital Escola, no qual se deu a pesquisa, pois é essencial expandir o acesso a informação, através de ações educativas propostas pelas entrevistadas, como trabalhos com grupos. Foi apontado que a instituição de saúde e seus profissionais atuam de forma significativa no enfrentamento da doença e tem uma função relevante para a recuperação de cada paciente.

Acreditamos ainda que essa pesquisa possa contribuir para o direcionamento de outras pesquisas no que diz respeito à adesão ao tratamento, qualidade de vida, o

reconhecimento das mulheres no âmbito social como mulheres de direitos e que possa contribuir para a identificação de suas necessidades.

Finalizamos esta pesquisa mencionando que mesmo diante de todos os desafios impostos pela doença, as participantes se mostraram abertas ao diálogo, expondo suas incertezas, propondo ações educativas, visando ser esta mais uma ferramenta para o enfrentamento da doença. Ressaltamos o encorajamento das mulheres participantes, que se mostraram mulheres fortes, guerreiras e destemidas. Mulheres que choraram, sorriram, silenciaram enquanto narravam um pouco de suas intensas histórias, de lutas, de perdas, de conquistas. Mulheres que cruzaram o medo de um futuro incerto e lutaram diariamente para superar os sentimentos de impotência e incertezas que a condição de adoecimento as trouxe, agora almejosas por exacerbar novos planos, desejos, objetivos e novos sonhos.

## 5 REFERÊNCIAS

ALMEIDA, A. M, Mamede M. V, Panobianco M. S, Prado M. A. S, Clapis M. J. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. Rev Latino-am Enfermagem 2001.

AMORIM CM. Doença oncológica da mama. Vivências de mulheres mastectomizadas [dissertação]. Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar; 2007.

ARAÚJO, J. S., & NASCIMENTO, M. A. A. Atuação da família frente ao processo saúde-doença de um familiar com câncer de mama. Revista Brasileira de Enfermagem, 2004, p. 274-278.

ARAUJO, I. M. A. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. Esc. Anna Nery vol.12 no.4 Rio de Janeiro Dec. 2008. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-8145200800040000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-8145200800040000)> Acesso em: 02 nov. 2015.

AURELIANO, Waleska de A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama, 2009.

BAIDER, L. Câncer y família: aspectos teóricos e terapêuticos. Revista Internacional de Psicologia Clínica y de la Salud, 2003, p. 505-520.

BARDIN, L. Análise de Conteúdo. Lisboa, Portugal; Edições 70. O Desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 3. ed. São Paulo: Hucitec. Rio de Janeiro: Abramo, 2000.

BERVIAN, I. P.; PERLINI, N. M. O. G. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 121-128, mar. 2006. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_52/v02/pdf/artigo1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf)>. Acesso em: 06 abr. 2015.

BRASIL. Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L8080.htm)>. Acesso em: 10 set. 2015.

\_\_\_\_\_. A Política de Saúde no Brasil nos anos 90: avanços e limites; elaborado por Barjas Negri. – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Departamento de Apoio à Descentralização. Coordenação-Geral de Apoio à Gestão Descentralizada. Diretrizes operacionais dos Pactos pela Vida, em Defesa do SUS e de Gestão. Brasília, 2006.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7.508, de 29 de junho de 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/decreto/D7508.htm)>. Acesso em: 10 set. 2014.

BRAVO, Maria Inês Souza. Política de Saúde no Brasil, Serviço Social e Saúde: Formação e Trabalho Profissional. Editora Cortez, 2º edição, 2006, São Paulo- SP.

Caderno de Atenção Básica: Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama, nº13. 2º Ed, Brasília, DF, 2013.

CARVALHO, C. S. U. A necessária atenção à família do paciente oncológico. Revista Brasileira de Cancerologia; 2008, p. 87-96.

CERVENY, C. A família como modelo: desconstruindo a patologia. São Paulo: Livro Pleno, 2001.

Constituição 1988. Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília, DF, Senado, 1998.

DEMO, P.; Introdução à metodologia da ciência. 2ª Edição. São Paulo. Editora Atlas S.A. 1987. 118 p.

FARIAS. T. S.D. (2007) O cotidiano do(a) Assistente Social frente as Demandas apresentadas pela Paciente portadora do Câncer de Mama em tratamento no Hospital Doutor Luiz Antônio em Natal/RN. Disponível:<<http://repositorio.ufrn.br/jspui/bitstream/123456789/17865/1/TamaraSDF.pdf>>. Acesso em: 09 nov. 2015.

FERNANDES, A. F.C. O cotidiano da mulher com câncer de mama. Fortaleza: Estudos Feministas, Florianópolis, 17(1): 49-70, janeiro-abril/2009. Disponível em<<http://www.scielo.br/pdf/ref/v17n1/a04v17n1.pdf>> Acesso em: 25 out. 2015.

FERREIRA, C. B., Almeida, A. M., & Rasera, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. Interface,12(27), 2008.

GIL, Antonio C. Métodos e técnicas de pesquisa social. São Paulo: Atlas, 1999.

GIL, Antônio Carlos. Como Elaborar Projetos de Pesquisa. 5<sup>o</sup>. Edição, São Paulo-SP, Atlas, 2010.

INCA, Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/20052005200520052005/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&id=5](http://www.inca.gov.br/estimativa/20052005200520052005/index.asp?link=conteudo_view.asp&id=5)>. Acesso em: 23 set. 2015.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Ministério da Saúde. Estimativas 2014 Síntese de Resultado. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>>. Acesso em: 03 set. 2015.

LAURENTI, Ruy; JORGE, M. H. de M.; GOTLIEB, S. L. D. (Org.). Mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna. [Brasília]: Ministério da Saúde; OPAS; USP, 2002.

MAIA, S. A. F. Câncer e morte: o impacto sobre o paciente e a família. Trabalho de Conclusão do Curso de Especialização em Psiconcologia, Hospital Ernesto Gaertner, Curitiba, PR, 2005.

MALUF, M. F. M., MORI, L., & BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. Revista Brasileira de Cancerologia, 2005, p. 149-154.

MARTINS, J., BICUDO, M.A.V. A pesquisa qualitativa em Psicologia: fundamentos e recursos básicos. São Paulo: Educ/Moraes, 1989.

MELO, E. M.; SILVA, R. M da; FERNANDES, A. F. C. O relacionamento familiar após mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. Revista Brasileira de Cancerologia, Rio de Janeiro, v. 51, n. 3, p. 219-225. jul. 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v03/pdf/artigo4.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf)>. Acesso em: 19 abr. 2015.

MENDES, E.V. As Redes de Atenção à Saúde. Ciência e Sociedade Coletiva. Belo Horizonte, 2010.

MENEZES, N. N. T. SHULZ, V. L. PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. Estud. psicol. (Natal) vol.17 no.2 Natal May/Aug. 2012. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1413-294X201200020000](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X201200020000)> Acesso em: 02 nov. 2015.

MEYEROWITZ, B. E. Psychosocial correlates of breast cancer and its treatment. *Psychological Bulletin*. 1980,p.108-131.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. et al. *Pesquisa Social: Teoria, Método e Criatividade*. Petrópolis, RJ: Vozes, 1993.

Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília, 2004.

MOTTA, M.G.C. O ser doente no tríplice mundo da criança, família e hospital: uma descrição fenomenológica das mudanças e resistências. Florianópolis: UFSC, 1998, p. 223.

OLIVEIRA, Paulo de Salles. *Metodologia das Ciências Humanas*. São Paulo: Hucitec/UNESP, 2001.

OLIVEIRA I. *Vivências da mulher mastectomizada – abordagem fenomenológica da relação com o corpo*; 2004.

PARKES, C. M. *Luto: Estudos sobre a perda na vida adulta*. (M. H. F. Bromberg, Trad.). São Paulo: Sumus, 1998.

PEIXOTO, J. A. *Do início ao fim e do fim ao início: o que esperar do (re)começo: os significados e impactos do câncer de mama para a mulher*. Ceará, 2014.

PERES, Ana Cláudia. Sob o signo do câncer. *RADIS*. Programa Radis de Comunicação e Saúde, Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca (ENSP), n 155, ago. 2015.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e Diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nac\\_atencao\\_mulher.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf)>. Acesso em: 25 ago. 2014.

Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher Princípios e Diretrizes, Brasília-DF, 2004.

RAIT, D.; LEDERBERG, M. The family of the cancer patient. In: HOLLAND, J.C.; ROWLAND, J.H. (Eds.). *Handbook of psychooncology: psychological care of the patient with cancer*. New York: Oxford University, 1990. p.585-97.

RÊGO, I. K. P. e NERY, I. S. Acesso e Adesão ao Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama Assistidas em um Hospital de Oncologia. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2013.

ROWLAND, J. H. & Massie, M. J. Breast Cancer. In J. C. Holland (Ed.), *Psycho-oncology* (p. 380-401). New York: Oxford University, 1998.

Saúde no Brasil 1: O Sistema de Saúde Brasileiro: História, Avanços e Desafios; PAIM, Jairnilson. et al. Publicado Online 9 de mai. de 2011.

SEARA, Maria de Lurdes Pereira dos Santos. *Imagem Corporal e Função Sexual das Mulheres Mastectomizadas*. (Mestrado em Sexualidade Humana , 2º Edição). Lisboa; 2012.

SILVA, R. M. da; MELO, E. M.; RODRIGUES, M. S. P. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, Curitiba, v. 1, n. 1, jan/dez.1999. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/refased/article/view/4855>>. Acesso em: 09 abr. 2015.

Sociedade Brasileira de Mastologia, 2013. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/sala-de-imprensa/-releases-/142-nova-lei-para-reconstrucao-de-mama>. Acesso em: 13 nov. 2015.

SOUTO, Kátia Maria Barreto. *A Política de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Uma Análise de Integralidade e Gênero*. São Paulo-SP, 2008.

SOUZA, M. G. G., & ESPÍRITO SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. *Revista Brasileira de Cancerologia*; 2008, p. 31-41.

SLUZKI, C. E. *A rede social*. Barcelona: Gedisa.editorial, 1996.

STOLAGLI, V. P., EVANGELISTA, M. R. B., & CAMARGO, O. P. Implicações sociais enfrentadas pelas famílias que possuem pacientes com sarcoma ósseo. *Acta Ortopédica Brasileira*, 2008, p. 242-246.

TEIXEIRA, C. F. *Os princípios do sistema único de saúde*. Salvador, Bahia, 2011. Disponível em: <[http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS\\_PRINCIPIOS\\_DO\\_SUS.pdf](http://www.saude.ba.gov.br/pdf/OS_PRINCIPIOS_DO_SUS.pdf)> Acesso em: 13 mar. 2014.

THOMAS, Kátia. O desafio Feminino do Câncer. Rede Câncer, Publicação Trimestral do Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro, RJ, n.09, Nov, 2009. Disponível em: [http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/87526e004eb6934688eb9af11fae00ee/Re\\_de\\_Cancer\\_9.pdf?MOD=AJPERES](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/87526e004eb6934688eb9af11fae00ee/Re_de_Cancer_9.pdf?MOD=AJPERES). Acesso em: 23 nov. 2015.

VASCONCELOS, P; NEVES, J. Importância do apoio familiar à mulher submetida à cirurgia para tratamento da neoplasia mamária. Revista Enfermagem Integrada – Ipatinga: 2010 Disponível em: <<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/05-importancia-apoio-familiar-mulher.pdf>>. Acesso em: 09 set. 2014.

VENÂNCIO, J. L. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. 2004. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_50/v01/pdf/REVISA03.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/REVISA03.pdf)>. Acesso em: dia 10 nov. 2015.

## APÊNDICE A

### ROTEIRO DE ENTREVISTA A PERCEPÇÃO DAS MULHERES DIAGNOSTICADAS COM CÂNCER DE MAMA

1. Nome:
2. Idade:
3. Escolaridade:
4. Estado civil:
5. Profissão:
6. Município:
7. Núcleo familiar:
8. Nº. de filhos:
9. Tempo do diagnóstico:
10. Tipo de tratamento:
11. Como avalia o papel da sua família no seu tratamento?
12. Quem te auxilia nesse período de tratamento?
13. Se sente apoiada? Sente manifestação de apoio dos familiares? Da sua comunidade (vizinhos, igreja, outros)? da instituição/e dos profissionais da saúde?
14. Que atividades desenvolve no seu cotidiano? Você diria que depois do diagnóstico de câncer suas atividades cotidianas se alteraram? (Ex: grupo de amigos, passeios, viagens, vida social).
15. Que avaliação você faz hoje da sua sexualidade e da sua autoestima?
16. Você conhece a política de saúde para as mulheres diagnosticadas com câncer de mama?
17. Na sua concepção quais os desafios impostos pela doença no âmbito social?
18. Quais são as principais lutas e reivindicações para as mulheres diagnosticadas com a doença?
19. Na sua opinião, que tipos de Políticas Públicas deveriam ser desenvolvidas em apoio às mulheres com câncer de mama?

**APÊNDICE B****TERMO DE LIVRE CONSENTIMENTO E ESCLARECIMENTO**

A pesquisa “A percepção das mulheres com câncer de mama” tem como objetivo geral analisar a percepção das mulheres com câncer de mama em um hospital escola da Grande Vitória e como objetivos específicos identificar as implicações que o diagnóstico de câncer de mama reflete na vida social dessas mulheres e especificar a atual realidade enfrentada pelas mesmas conhecendo os desafios impostos pela doença no âmbito social. Declaro que esclareci todas as minhas dúvidas, sendo informada que toda pesquisa envolvendo seres humanos apresenta risco, conforme a Resolução 466/2012, que o risco será mínimo, devido ao constrangimento decorrente do questionário, que será amenizado, pois a entrevista acontecerá em local reservado e com apoio da equipe presente no setor. Mas a pesquisa também traz benefícios para seus participantes por meio do conhecimento gerado e através deste fomentando na implementação de políticas públicas. Estou informada de que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo, que recebi uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de igual teor a esse e, em caso de dúvidas não esclarecidas de maneira adequada pelo pesquisador responsável, de discordância com procedimentos ou irregularidades de natureza ética posso buscar auxílio junto ao Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória - EMESCAM no seguinte endereço: Avenida Nossa Senhora da Penha, 2190, Santa Luiza, Vitória, ES, 29.045-402-Prédio da Farmácia, 3º andar. Tel.: 3334-3586. E-mail: comite.etica@emscam.br.

Vitória, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

\_\_\_\_\_  
Sujeito da Pesquisa e/ou Responsável

Documento de identificação: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura da estudante

Matrícula / telefone \_\_\_\_\_

Cláudia Gomes Rossoni – pesquisador responsável. E-mail:  
claudia.rossoni@emescam.br Tel.: (27) 99357295