



Ministério da Saúde

FIOCRUZ

Fundação Oswaldo Cruz



ESCOLA POLITÉCNICA DE SAÚDE
JOAQUIM VENÂNCIO

Beatriz Guedes de Lima

NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA: um breve olhar sobre a realidade brasileira

Rio de Janeiro

2016

Beatriz Guedes de Lima

NEOPLASIA MALIGNA DA MAMA: um breve olhar sobre a realidade brasileira

Projeto de monografia apresentado à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) como requisito parcial para aprovação no Curso Técnico em Gerência em Saúde.

Orientadora: Profa. Dra. Adelyne Maria Mendes Pereira

Rio de Janeiro

2016

*Dedico esse trabalho à minha falecida tia e a todas
as mulheres que faleceram na batalha contra o câncer.*

AGRADECIMENTOS

Agradeço à Escola Politécnica de Saúde Joaquim Venâncio – Fundação Oswaldo Cruz (EPSJV-Fiocruz) pelo apoio institucional que me fez conseguir administrar um tema um tanto delicado e complexo.

Agradeço a minha orientadora, Adelyne, com quem compartilhei ideias e construções e por ter me dado suporte, tanto técnico quanto psicológico, para aguentar as horas de desesperos.

Agradeço a minha família e amigos, Ana Carolina, Ana Beatriz, Maíra Soares e Igor Paes, por sempre terem ficado ao meu lado nos momentos mais importantes da minha vida, principalmente nesse processo educacional importante para vida de qualquer pessoa.

Agradeço especialmente a minha tia Geane, que não irá ver este trabalho, porém foi uma das fontes de inspiração para escolher esse tema e que infelizmente acabou falecendo de câncer de mama nesse processo.

Minha eterna gratidão à minha mãe, Luciana, por também me servir de inspiração com a sua suspeita de câncer de mama no ano de 2015 e que sempre me deu suporte do emocional até o financeiro, aguentando as minhas noites sem dormir para concluir este trabalho.

Agradeço as minhas irmãs Priscila e Karyni, por sempre estarem ao meu lado e por compartilharem os seus sonhos comigo, conseqüentemente fazendo a nossa ligação ser genuína e por não me deixarem sozinha nenhum instante.

Agradeço também as minhas companheiras de EPSJV, Andreza e Thaíssa, por me aguentarem e por compartilharem comigo os seus melhores e piores dias. Impossível não lembrar de vocês ao falar do meu ensino médio.

Agradeço às professoras Márcia (INCA) e Leticia (EPSJV) pelas valiosas contribuições a esse trabalho por meio de sua participação na minha banca.

Sou eternamente grata a ONG Sonhar Acordado e ao Projeto Sonhando Juntos por me permitirem realizar o meu sonho de brincar com as crianças dos hospitais e por me darem parceiros nessa caminhada de buscar esperança na humanidade.

*O câncer não é uma
doença nova na
história, nem o câncer
de mama.
(Maria da Glória G.
Gimenes, 1997)*

RESUMO

Essa monografia teve como objetivo compreender alguns aspectos da neoplasia maligna de mama feminina no contexto da realidade brasileira. Esteve baseada na abordagem qualitativa, configurando-se como uma pesquisa exploratória, tendo como método a revisão da literatura. A análise foi norteadada por quatro categorias: 1) Epidemiologia do câncer de mama no Brasil; 2) Rastreamento e detecção do câncer de mama; 3) Tratamento e reabilitação do câncer de mama; e 4) Percepção da mulher com câncer de mama sobre sua saúde e seu corpo. Espera-se contribuir para o debate sobre o câncer de mama no campo de Saúde Pública no Brasil, visto que esse é um problema relevante e frequente causa de mortalidade das mulheres.

Palavras-chave: Neoplasias de mama; Câncer de mama; e Brasil.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	07
2 DESENHO DO ESTUDO	10
2.1 Objetivos	10
2.2 Metodologia	10
3 O QUE É O CÂNCER DE MAMA? ASPECTOS GERAIS E SUA EPIDEMIOLOGIA POR REGIÃO BRASILEIRA	13
4 RASTREAMENTO, DETECÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL	27
5 PERCEPÇÕES DA MULHER BRASILEIRA COM NEOPLASIA DE MAMA SOBRE SUA AUTOIMAGEM	36
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	42
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

1 INTRODUÇÃO

Este estudo tem como objeto a neoplasia maligna de mama em mulheres no Brasil. Configura-se como um estudo exploratório, que visa mapear a mortalidade feminina por câncer de mama no Brasil nos últimos cinco anos, identificar os métodos de rastreamento, detecção, tratamento e reabilitação disponíveis no país, e compreender como a neoplasia de mama é percebida pelas mulheres brasileiras acometidas por ela.

As motivações para a realização desse estudo são variadas. Do ponto de vista científico e de relevância social, esse tema se destaca como um importante problema de saúde pública, cuja morbidade e mortalidade são significativas entre as mulheres. Sob a perspectiva pessoal, uma familiar próxima faleceu em decorrência da neoplasia maligna de mama, despertando meu interesse em compreender melhor a dinâmica dessa patologia crônica, suas opções de tratamento e suas consequências para a mulher, tanto físicas quanto psicológicas.

Muitos conceitos sociais são impostos à mama feminina, como afirmam Rosa e Radünz (2012), por exemplo, a mama é considerada uma das fontes de vida (amamentação) e também um símbolo de sensualidade para a mulher e o homem. Com o diagnóstico da doença, é possível que as mulheres desenvolvam problemas de autoestima, psicológicos e sociais, pois o câncer ainda é visto como uma doença que leva à morte e à dor, provocando um caminho de muito sofrimento para a mulher e sua família.

A pesquisa de Rosa e Radünz (2012, p. 449) sugere quatro significados associados ao câncer de mama, segundo relato de mulheres em tratamento: “1) Ambivalência; 2) Medo e preocupações; 3) Mudanças do viver; e 4) Refazendo o viver”. A “ambivalência” trata-se de um momento conflituoso de aceitação e/ou negação da situação, a fim de evitar dor, sofrimento e medo, coloca-se como uma autodefesa. Os “medos e preocupações” são interpretados como receios de que algo de ruim possa vir a acontecer, e assim, sua família seria atingida, causando sofrimento e ansiedade para iniciar e concluir o tratamento. A “mudança do viver” está ligada a interrupção das atividades que antes eram feitas, um exemplo dessa situação é o afastamento da carreira profissional durante o tratamento, abdicando da sua rotina em função do repouso necessário. Como um último estágio, o “refazendo o viver” é a retomada da vida depois das mudanças produzidas pelo câncer de mama, envolvendo a volta dos hábitos cotidianos e as suas limitações, mais cuidado com a saúde, maior valorização da vida e da família.

A neoplasia de mama é uma das principais causas de mortalidade feminina no mundo, atingindo mulheres nos países centrais e periféricos. Uma observação importante é que, nos países periféricos, grande parte dos casos são diagnosticados em um estágio muito avançado, provocando assim uma dificuldade de obter a cura (KIM *et al*, 2010). De acordo com Kim *et al* (2010), as maneiras mais usadas para identificar precocemente a neoplasia de mama são o autoexame, o exame clínico feito por profissionais da saúde e a mamografia, associada ou não, à ultrassonografia.

Em estudo realizado por Fonseca, Neto e Filho (2010), a mortalidade por câncer de mama apresentou tendência geral de estabilidade, no Brasil, entre os anos 1980 e 2004. Cabe destacar que mais acesso à informação, melhor mapeamento de futuros casos e melhorias no diagnóstico precoce podem estar entre os motivos para a estabilização da mortalidade nesse período. Diante disso, esse projeto tem como um dos seus objetivos identificar a mortalidade por câncer de mama no período recente (2010 a 2014).

A redução da mortalidade e a melhora nas taxas de sobrevivência da mulher com câncer de mama evidenciam a necessidade de investimentos em reabilitação. Petito *et al* (2012) apresentam a aplicação de um programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirúrgico por câncer de mama. Os dados evidenciados são bastantes promissores e podem indicar uma solução para o problema criado a partir do esvaziamento axilar. Para os autores, essa é uma possibilidade de reabilitação bastante eficiente e eficaz para as mulheres após a cirurgia ou tratamento.

Tendo em vista os resultados mostrados por Petito *et al* (2012), a reabilitação está dividida entre flexão, abdução e extensão de ombro, do primeiro dia pós-operatório até o 105º dia após a operação, apontando ser bastante produtivo ter esse tipo de método precoce. O início da fisioterapia logo após a cirurgia pode evitar que o músculo tenha algum prejuízo e colaborar para a recuperação mais rápida. Os autores afirmam que o tempo de exercício varia de acordo com a cirurgia a qual a mulher foi submetida, por exemplo, a quadrantectomia precisa, de no mínimo, 75 dias de repetições dos exercícios e, a mastectomia, no mínimo, 105 dias de exercícios, que podem ser feitos em domicílio, com orientação e acompanhamento de um profissional.

Diante dos argumentos apresentados, algumas questões orientam esse trabalho: Qual a mortalidade por câncer de mama no Brasil no período de 2010 a 2014? Quais são os métodos de rastreamento, detecção, tratamento e reabilitação disponíveis no país? Qual a percepção das

mulheres sobre os impactos que o câncer de mama trouxe para suas vidas? Para respondê-las, foram utilizadas a revisão e análise da literatura, bem como a coleta de dados secundários.

Após essa introdução, essa monografia traz os objetivos e a metodologia, apresentados na seção sobre o desenho do estudo. Em seguida, traz três capítulos: 1) O que é o câncer de mama? Aspectos gerais e sua epidemiologia por região; 2) Rastreamento, detecção, tratamento e reabilitação do câncer de mama no Brasil; e 3) Percepções da mulher brasileira com neoplasia maligna de mama sobre a sua autoimagem. Por fim, apresentam-se as considerações finais.

2 DESENHO DO ESTUDO

2.1 Objetivos

O objetivo geral foi compreender alguns aspectos da neoplasia maligna de mama feminina no contexto da realidade brasileira.

Os objetivos específicos foram:

- 1) Descrever a epidemiologia do câncer de mama no Brasil, destacando os índices de mortalidade por região de 2010 a 2014.
- 2) Identificar as principais estratégias para rastreamento, detecção, tratamento e reabilitação no que se refere ao câncer de mama.
- 3) Compreender a percepção das mulheres com câncer de mama a respeito das mudanças provocadas na autoimagem.

2.2 Metodologia

Este estudo configura-se como uma pesquisa exploratória, baseando-se na abordagem qualitativa, tendo como método a revisão e análise da literatura, bem como a coleta e análise de dados secundários. A partir dos seus objetivos geral e específicos, a análise foi norteada por quatro categorias: 1) Epidemiologia do câncer de mama no Brasil; 2) Rastreamento e detecção do câncer de mama; 3) Tratamento e reabilitação do câncer de mama; e 4) Percepção da mulher com câncer de mama sobre sua saúde e seu corpo.

Em busca feita em outubro de 2015 na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), foram identificados os seguintes descritores de pesquisa: “Neoplasias de mama”, “Câncer de mama” e “Brasil”. A partir desses descritores, foram encontrados 966 artigos na base da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS). Assumiu-se, como critério de exclusão, a indisponibilidade do texto completo; e como critério de inclusão, artigos que abordassem a realidade brasileira, qualitativa ou quantitativamente, independente do idioma. Dessa maneira, foram identificados 297 artigos completos. A partir das categorias de análise elencadas, após a leitura dos títulos e resumos, 23 artigos foram selecionados. Os artigos selecionados são apresentados por categoria de análise no quadro a seguir.

Quadro 1: Distribuição dos artigos selecionados por categorias de análise.

Categorias de análise	Título dos Artigos
Epidemiologia do câncer de mama no Brasil	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mortalidade por câncer no Brasil 1980-1995: padrões regionais e tendências temporais. 2. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. 3. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. 4. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste: Brasil (1998 a 2007). 5. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009 6. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à de mulheres saudáveis. 7. Taxa de sobrevivência na mulher com câncer de mama: estudo de revisão 8. Incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres menores de 50 anos no Brasil. 9. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011.
Rastreamento e detecção do câncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> 10. Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre as mulheres brasileiras. 11. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. 12. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. 13. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. 14. Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo de útero e de mama – Brasil e Regiões, 2013.
Tratamento e reabilitação do câncer de mama	<ol style="list-style-type: none"> 15. Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirurgia por câncer de mama. 16. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. . 17. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama 18. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil.
Percepção da mulher sobre sua saúde e seu corpo	<ol style="list-style-type: none"> 19. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. 20. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. 21. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de beck - short form. 22. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. 23. Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama.

Fonte: Elaboração própria.

Livros, documentos oficiais (políticas e diretrizes do Ministério da Saúde e do Instituto Nacional do Câncer - INCA) e dados secundários disponíveis em bases de acesso livre (DataSUS) também foram utilizados segundo necessidades da pesquisa.

3 O QUE É O CÂNCER DE MAMA? ASPECTOS GERAIS E SUA EPIDEMIOLOGIA POR REGIÃO BRASILEIRA

A definição de câncer, de acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2016a), é o crescimento exacerbado de células que invadem tecidos ou órgãos, podendo sofrer metástase (“espalhar”) para outros lugares do corpo. Cabe destacar que por mais que seja uma doença genética, não é uma doença hereditária. Contudo, o histórico familiar aumenta a possibilidade da mulher ter câncer, por exemplo, se a mãe da mulher teve câncer de mama, a probabilidade de sua filha ter é de 80% a 90%.

Neste estudo, o foco está na neoplasia maligna da mama na mulher, ou seja, mutações nos genes BR-CA1 e BR-CA2, que na maioria das vezes se caracteriza por um nódulo mais duro, com formato desregular e em planos profundos. Outros sintomas que podem estar associados à doença são: o mamilo tornar-se mais sensível, com mudanças de características e formas; secreção de líquidos pelo mamilo; presença de linfonodos nas mamas e axilas; aparecimento de veias salientes perto do mamilo; e mudanças no tamanho e formato de uma das mamas.

A evolução do câncer de mama é dividida em estadiamentos baseada na classificação de Tumores Malignos (TNM - tumor, linfonodo e metástase), proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC). Existem quatro estadiamentos: I) tumor com dois ou menos centímetros de diâmetro; II) chegada aos nódulos linfáticos axilares; III) quando alastra para nódulos linfáticos ou lesiona nódulos mamários; e IV) lesiona órgãos distantes, como ossos e fígado (Onco Guia, 2016a).

Um meio de diagnosticar o câncer de mama é pelo sistema internacional de avaliação chamado BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*), que possui 6 categorias: 0) exame incompleto, não sendo possível de estimar o câncer de mama; 1) exame normal e com o risco muito baixo, na maioria dos casos é uma conduta anual; 2) alterações benignas, com risco muito baixo de câncer de mama e com controle anual; 3) exame diagnosticado benigno, com risco de 2% para ter o câncer de mama e com controle semestral por um determinado tempo; 4) lesão suspeita para a doença, com 20% de chances de desenvolver e com a necessidade de realização de biópsia; 5) lesão com um alto risco de câncer, com chances de 95% para desenvolver e com realização de biópsia; e 6) lesão já diagnosticada com câncer, 100% de desenvolver e com a conduta de tratamento oncológico (Minha vida, 2016).

De acordo com os estudos de Kluthcovsky (2012), Rosa e Radünz (2012) e Mattos (2015), a maior parte das mulheres atingidas estão na faixa etária entre 40 e 60 anos, casadas, empregadas com vínculo, sem hábito de fumar e beber, com a escolaridade fundamental incompleta e de classe média e baixa.

Segundo Wunsch Filho e Moncau (2002), no período de 1980 a 1995, a mortalidade por câncer de mama era maior nas regiões Sul e Sudeste do Brasil (cerca de 15%). Um fator que foi levantado pelos autores como possível protetor ao câncer de mama nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste foi a elevada taxa de natalidade, como mostra a trecho a seguir.

Entre os inúmeros fatores de risco para o câncer de mama, cujas diferenças poderiam ser assinaladas para explicar as diferenças geográficas de mortalidade, pode-se destacar o fato das mulheres do Norte, Nordeste e Centro-Oeste registrarem maior número médio de filhos e com tendência a tê-los em idades mais precoces. Esta característica, vinculada à estrutura social destas regiões, poderia estar agindo como um fator de proteção para o câncer de mama nestas regiões. Ao contrário, as mulheres das regiões Sul e Sudeste, urbanizadas em maior proporção, em geral, iniciais gestações em idades mais avançadas (WÜNSCH FILHO; MONCAU, 2002, p. 255).

No período de 1980 a 2004, de acordo com Fonseca *et al* (2010), a tendência de mortalidade manteve uma estabilidade, apesar do aumento da taxa de incidência do câncer de mama, associada ao envelhecimento da população. Os autores destacam que não há programas estruturados de rastreamento do câncer de mama, o que eles apontam como um problema. Nas palavras dos autores:

O câncer de mama apresentou tendência geral de estabilidade em suas taxas no período em estudo. Uma vez que é plausível supor aumento da incidência da doença, dado o envelhecimento da população e talvez de maior prevalência de seus fatores de risco, a estabilidade das taxas pode ser vista como sucesso. Deve-se notar que não há um programa estruturado de rastreamento do câncer de mama no país (FONSECA; ELUF NETO; WÜNSCH FILHO, 2010, p. 331).

Em uma comparação entre capitais brasileiras e os demais municípios (interior) no período de 1980 a 2006, Silva *et al* (2011) afirmam que as capitais têm os maiores índices de casos, logo, de mortalidade, de maneira que o câncer de mama foi, e ainda é, a principal causa de mortalidade para as mulheres nas capitais. No interior, o câncer de mama só ultrapassou o câncer

de colo de útero após a década de 1990. É provável que a concentração dos métodos preventivos e o tratamento nas capitais, principalmente nas regiões Sul e Sudeste, esteja relacionada a maiores taxas de mortalidade nas demais regiões, nas quais o acesso ao diagnóstico é mais tardio. Segundo os autores:

Apesar das altas taxas, o câncer de mama nas capitais apresentou uma tendência a aumento, porém com significância estatística marginal para todo o período estudado. As estimativas de coberturas de mamografia, calculadas a partir de informação auto-relatada em inquéritos populacionais, variaram entre 64% e 82% nas capitais das regiões Sudeste e Sul, ao passo que na região Norte ficou entre 41% e 63%. Nos municípios do interior, a mortalidade por esse câncer tem aumentado em todas as regiões desde a década de 1990, é possível que entre mulheres do interior o acesso à mamografia seja menor do que entre as residentes nas capitais (SILVA *et al*, 2011, p. 1.017).

Felix *et al* (2012) realiza uma avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do sistema de informação sobre mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na região sudeste do Brasil de 1998 a 2007. Reflete sobre as consequências de lacunas nos sistemas de informação para as análises realizadas no período estudado, com destaque para a ausência de informação sobre raça. Contudo, foi possível observar que existe um grupo de mulheres que estão mais expostas de acordo com a sua etnia/raça, nível de escolaridade, estado civil, entre outros aspectos, que evidenciam desigualdades intrarregionais no Brasil. Nas palavras do autor:

Nesse mesmo contexto, Schneider e D'Orsi, em estudo recente em uma coorte histórica de mulheres com câncer de mama diagnosticadas no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002, detectaram que a sobrevida daquelas com grau de escolaridade superior com esta neoplasia era maior do que as que apresentavam a mesma doença, porém com nível de escolaridade inferior (FELIX *et al*, 2012, p. 950-951).

Freitas Junior *et al* (2012) afirmam que, no período 1980 a 2009, os estados das regiões Sudeste e Sul tiveram suas taxas de mortalidade e incidência estabilizadas, possivelmente pela concentração de diagnóstico, tratamento e reabilitação. De acordo com os autores, o risco de morte por câncer de mama em mulheres no Brasil é duas vezes mais alto nos estados de São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, quando comparados com estados como Alagoas, Maranhão e Piauí, que possuem Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) mais

baixos, o que pode sugerir iniquidades no acesso e no uso dos serviços de saúde, como mostra o trecho abaixo:

Conseqüentemente, os resultados do presente estudo mostram que o risco de morte por câncer de mama em mulheres no Brasil é de, pelo menos, duas vezes maior em estados como São Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul e Distrito Federal, onde IDHs são maiores, comparado aos estados de Alagoas, Maranhão e Piauí. Desigualdades sociais no acesso e no uso de serviços de saúde também estão presentes neste país, como refletiu nas diferentes tendências de mortalidade por câncer de mama no Brasil (FREITAS JUNIOR et al, 2012, p. 735. Tradução da autora).¹

Segundo Kluthcovsky e Urbanetz (2012), em estudo realizado em Curitiba entre 2008 e 2009, o perfil de mulher que possui maior incidência de câncer de mama é de 50 anos ou mais, de cor de pele branca, com o nível de escolaridade fundamental, com o número de filhos entre um e dois, e com renda de até um salário mínimo. Além disso, o agravamento da doença e a queda na qualidade de vida estão relacionados à presença de outras doenças crônicas, como hipertensão, depressão, doenças gastrointestinais, doenças musculoesqueléticas, entre outras. Nas palavras dos autores:

A pior avaliação de qualidade de vida feita pelas pacientes neste estudo poderia ser explicada, pelo menos em parte, pela presença de outras doenças crônicas nesse grupo, já que cerca de metade delas apresentavam pelo menos outra doença (como hipertensão arterial, doenças musculoesqueléticas, depressão, doenças gastrointestinais, entre outras). Esse fato pode ter contribuído para uma avaliação negativa, principalmente no aspecto físico da qualidade de vida (KLUTHCIVSKY; URBANETZ, 2012, p. 457).

O estudo de Rosa e Radünz (2012) aborda o perfil de mulheres mais expostas ao câncer de mama, em 20 países (Coreia, Japão, Brasil, Canadá, Estados Unidos da América, Itália, Suíça, França, China, Cingapura e Suécia, Escócia, Espanha, Finlândia, Índia, Inglaterra, México, Polônia, Reino Unido e Holanda) e período 2004 a 2009. Para os autores, esse perfil está relacionado ao baixo status socioeconômico, escolaridade baixa e raça branca. No Brasil, existem

¹ No original: “Accordingly, the results of the present study show that the risk of dying from female breast cancer in Brazil is at least twofold higher in states such as Sao Paulo, Rio de Janeiro, Rio Grande do Sul and the Federal District, where HDIs are higher, compared with the states of Alagoas, Maranhao and Piaui, Social inequalities regarding the access to and use of healthcare services are also present in this country, as reflected in the diferente breast cancer mortality trends found within Brazil” (FREITAS JUNIOR et al, 2012, p. 735).

políticas de saúde para o câncer de mama, que ainda precisam avançar, pois quanto mais cedo é feito o diagnóstico da doença, melhor será o processo de tratamento, a reabilitação e a sobrevivência das mulheres. Mesmo com a maior incidência de casos em mulheres brancas, elas possuem o maior percentual de sobrevivência, possivelmente pela condição que a maior parte das mulheres brancas possuem na sociedade brasileira. Sobre a importância do rastreamento, as autoras afirmam:

Isso reforça a importância do diagnóstico e tratamento em estágios iniciais, aumentando a chance da doença ainda não ter invadido linfonodos axilares, o que aumenta a sobrevivência, as possibilidades de cura e a adoção de tratamento menos agressivo (ROSA; RADÜNZ, 2012, p. 984).

De acordo com Santos *et al* (2013), o câncer de mama não é algo específico para mulheres de 50 anos adiante, o número de casos de mulheres com menos de 50 anos está ficando cada vez mais alto e preocupante, já que a maioria descobre em estágios já avançados. A doença em mulheres com menos de 50 anos de idade está ligada à exposição a fatores de risco mais cedo do que antes e ao histórico genético da família. Nas palavras dos autores:

O câncer de mama diagnosticado em mulheres mais jovens sugere que a exposição ao risco começou cedo na vida ou até mesmo na fase ultra-uterina. Estudos epidemiológicos sugerem que fatores que levam a maior exposição a substâncias estrogênicas durante o desenvolvimento fetal ou a primeira infância possam influenciar a exposição a agonistas de estrogênio (disruptores endócrinos), inclusive praguicidas organofosforados, bisfenol-A, e outros. Porém, nenhuma destas combinações foi finalmente associada conclusivamente com o risco aumentado de câncer de mama. (SANTOS *et al*, 2013, p. 2.237-2.238. Tradução da autora).²

Segundo o artigo de Ferreira e Mattos (2015), no estado do Rio de Janeiro no período 1996 a 2011, o maior número de casos está concentrado na capital, quando comparado com o interior. No entanto, o número na capital está estabilizado, enquanto no interior sofre variações heterogêneas. Um aspecto que pode explicar isso seria a dificuldade de acesso à saúde pública no

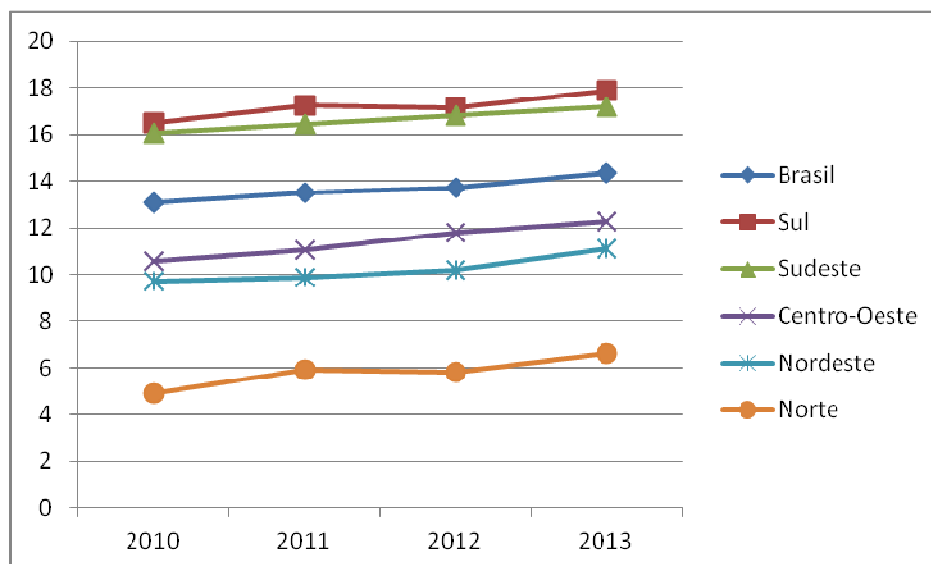
² No original: "A breast cancer diagnosis in a young woman suggests that exposure to risk began early in life or even on the intrauterine phase. Epidemiological studies suggest that factors leading to greater exposure to estrogenic substances during fetal development or early childhood can influence exposure to estrogen agonists (endocrine disruptors), including organochlorine pesticides, bisphenol-A, and others. However, none of these compounds has been conclusively associated with increased risk of breast cancer" (SANTOS *et al*, 2013, p. 2.237-2.238).

interior, pois a grande concentração de equipamentos para rastreamento e tratamento está na região metropolitana do Rio de Janeiro. Os autores apontam que “a dificuldade no acesso a serviços de saúde para o diagnóstico e o tratamento do câncer da população que reside no interior poderia ter contribuído para as diferenças observadas” (FERREIRA; MATTOS, 2015, p. 900).

Em suma, é possível afirmar que as maiores taxas de incidência e de mortalidade ficam nas capitais do Brasil e com o perfil de mulheres brancas, acima de 50 anos, com o nível de escolaridade baixo, baixo status socioeconômico e, na média, de uma a dois filhos. A sua sobrevivência varia de acordo com o estágio que a doença está, quanto menor for o estágio, maior chance de sobrevivência terá. Para avançar nesse sentido, o Brasil tem que expandir políticas de rastreamento, tanto nas capitais quanto nos interiores, principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste.

No âmbito dessa monografia, foram analisados dados referentes à mortalidade de mulheres por câncer de mama no Brasil e nas suas cinco grandes regiões, no período de 2010 a 2014 (DATASUS, 2016). Foi possível observar que houve um aumento na taxa bruta de mortalidade ao longo do período analisado, no Brasil e em todas as regiões, como mostra o gráfico 1. Contudo, cabe destacar que as regiões Sul e Sudeste apresentaram as maiores taxas de mortalidade, superiores à média do Brasil. Em seguida, estão as regiões Centro-Oeste, Nordeste e Norte. Cabe destacar que as taxas brutas de mortalidade na Região Norte são consideravelmente menores, quando comparadas às demais regiões do país.

Gráfico 1: Taxa bruta de mortalidade de mulheres por câncer de mama. Brasil e regiões. 2010 a 2014.



Fonte: Elaboração própria.

A tabela 1 apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama (brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres) para o Brasil, nos anos de 2010 a 2014. Pode-se verificar o aumento das taxas ao longo do tempo. Pode-se identificar também que a faixa etária que mais teve casos de mortalidade foi entre 50 e 59 anos, enquanto a faixa etária que menos teve foi entre 15 e 19 anos. Cabe salientar que a faixa etária de 15 a 19 anos não é uma idade comum para a incidência do câncer de mama, e que a política de rastreamento está voltada para mulheres de 30 anos ou mais. Com relação a isso, vale ressaltar que é preciso estar atentos, pois o câncer de mama está atingindo cada vez mulheres mais jovens e as políticas de saúde devem se expandir para incluí-las (considerando o rastreamento). Um fato intrigante é o número de óbitos em crianças com idade de 0 e 4 anos, podendo tratar-se de algum erro no registro.

A tabela 2 apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama (brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres) para a Região Sudeste, nos anos de 2010 a 2014. É possível observar que a Região Sudeste concentra o maior número absoluto de óbitos femininos por câncer de mama (cerca de 52% do total), e está em segundo lugar no que diz respeito às taxas. A idade que tem a maior mortalidade é entre 50 e 59

anos, provavelmente em função dos fatores que pré-dispõem a mulher ao câncer de mama, e a idade com o menor índice de mortalidade é entre 15 e 19 anos. Há o óbito de uma criança entre 0 e 4 anos, onde é possível fazer a mesma análise da Tabela 1.

A tabela 3 apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama (brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres) para a Região Sul, nos anos de 2010 a 2014. A Região Sul possui as maiores taxas de mortalidade ao longo de todo o período de estudo. A faixa etária mais afetada é entre 50 e 59 anos e, a menos afetada é de 20 a 29 anos.

A tabela 4 apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama (brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres) para a Região Nordeste, nos anos de 2010 a 2014. A Região Nordeste está em segundo lugar quando se trata no número absoluto de óbitos e, em quarto lugar, quando observamos as taxas. Contudo, as condições de saúde da Região Nordeste e da Sudeste/Sul são diferentes, pois nas Regiões Sudeste/Sul têm a maior concentração de equipamentos para rastreamento e tratamento. Pensando na universalidade, é possível exprimir que a saúde tem que estar no país todo e não só na região central.

A tabela 5 apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama (brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres) para a Região Centro-Oeste, nos anos de 2010 a 2014. No Centro-Oeste, a idade com menos casos de mortalidade é entre 15 a 19 anos, tendo apenas um caso no ano de 2010, após isso a idade que menos tem casos é de 20 a 29 anos, provavelmente pelo foco do rastreamento ser após os 35 anos, se tiver caso na família, e a idade com maior número de casos é a idade padrão de 50 a 59 anos, contudo a próxima faixa etária 60 e 69 anos está com os valores bem parecidos e ficando acirrado com a anterior.

A tabela 6 apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama (brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres) para a Região Norte, nos anos de 2010 a 2014. A região Norte é preocupante, apesar de ter as menores taxas de mortalidade do país, por ser uma região com uma extensão territorial muito grande e que não tem cobertura de 100% para atenção ao câncer de mama para todos que vivem naquele espaço. Houve um óbito infantil no ano de 2013, porém a faixa etária menos atingida é de 40 a 49 anos e a mais

atingida é de 50 e 59 anos, tendo mortalidade zero por câncer de mama em mulheres de 15 a 19 anos.

Após analisar todas as tabelas, foi possível refletir sobre algumas questões. Por um lado, foi possível identificar que as regiões Sul e Sudeste possuem a maior concentração de mortalidade feminina por câncer de mama. Por outro lado, ainda que tenham melhores condições para rastreamento e tratamento, ainda há um déficit na detecção precoce, o que talvez, venha a refletir sobre os tratamentos adotados e a sobrevida das mulheres. As regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste têm taxas de mortalidade menores, o que não necessariamente signifique que está tudo bem. É possível que muitas mulheres não tenham acesso à detecção-tratamento-reabilitação e que, por muitas vezes, venham a óbito devido ao agravamento da doença ou de outros fatores, acabando por não ser registradas na contagem de mortalidade. Com o passar dos anos, a mortalidade está aumentando em todas as regiões, mesmo que não seja na mesma proporção.

Tabela 1: Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres. Brasil. 2010 a 2014.

Faixa Etária	2010		2011		2012		2013		2014	
	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.
00 a 04	0	0	0	0	0	0	1	0,01	2	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	2	0,02	2	0,02	3	0,03	4	0,05	1	0
20 a 29	103	0,6	120	0,69	84	0,48	101	0,58	111	0
30 a 39	826	5,45	859	5,62	913	5,92	928	6,02	932	0
40 a 49	2.203	17,17	2.322	17,95	2.304	17,67	2.426	18,6	2.507	0
50 a 59	3.203	33,09	3.180	32,6	3.335	33,93	3.499	35,59	3.487	0
60 a 69	2.654	43,62	2.851	46,51	2.922	47,32	3.066	49,65	3.221	0
70 a 79	2.073	58,44	2.097	58,7	2.146	59,65	2.230	61,99	2.316	0
80 ou mais	1.641	91,04	1.792	98,72	1.883	103,05	1.949	106,66	2.044	0
Idade ignorada	0	0	2	0	1	0	2	0	1	0
Total	12.705	-	13.225	-	13.591	-	14.206	-	14.622	-
Taxa Bruta	-	13,05	-	13,47	-	13,73	-	14,35	-	∞
Tx Padr. Mundial	-	11,51	-	11,88	-	12,1	-	12,66	-	0
Tx Padr. Brasil	-	12,32	-	12,71	-	12,96	-	13,55	-	0

Legenda: N. óbito – Número de óbito; Tx. Esp. – Taxa Específica

Fonte: DATASUS, 2016. MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Compnev/Divisão de Vigilância

Tabela 2: Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres. Região Sudeste. 2010 a 2014.

Faixa Etária	2010		2011		2012		2013		2014	
	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.
00 a 04	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	1	0,03	1	0,03	2	0,06	1	0,03	0	0
20 a 29	42	0,59	53	0,74	39	0,54	43	0,6	56	0
30 a 39	394	6	426	6,43	427	6,4	428	6,42	430	0
40 a 49	1.092	18,9	1.088	18,69	1.146	19,55	1.116	19,03	1.195	0
50 a 59	1.677	36,56	1.617	35	1.671	35,91	1.799	38,66	1.733	0
60 a 69	1.380	48,47	1.558	54,34	1.567	54,28	1.547	53,59	1.686	0
70 a 79	1.136	67,23	1.104	64,89	1.133	66,15	1.207	70,48	1.233	0
80 ou mais	919	106,2	996	114,31	1.047	119,4	1.059	120,77	1.110	0
Idade ignorada	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0
Total	6.641	-	6.844	-	7.033	-	7.201	-	7.445	-
Taxa Bruta	-	16,08	-	16,45	-	16,78	-	17,19	-	∞
Tx Padr. Mundial	-	12,85	-	13,18	-	13,42	-	13,7	-	0
Tx Padr. Brasil	-	13,77	-	14,09	-	14,36	-	14,69	-	0

Legenda: N. óbito – Número de óbito; Tx. Esp. – Taxa Específica

Fonte: DATASUS, 2016. MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Compnev/Divisão de Vigilância

Tabela 3: Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres. Região Sul. 2010 a 2014.

Faixa Etária	2010		2011		2012		2013		2014	
	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.
00 a 04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 29	15	0,64	19	0,81	9	0,38	18	0,76	14	0
30 a 39	125	5,93	126	5,93	131	6,13	138	6,46	152	0
40 a 49	369	18,37	417	20,63	382	18,78	381	18,73	371	0
50 a 59	541	34,35	565	35,66	592	37,14	594	37,27	655	0
60 a 69	552	55,82	522	52,49	531	53,11	606	60,61	587	0
70 a 79	405	71,41	404	70,86	434	75,74	403	70,33	430	0
80 ou mais	293	107,81	366	134	337	122,76	383	139,52	387	0
Idade ignorada	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
Total	2.300	-	2.420	-	2.416	-	2.523	-	2.596	-
Taxa Bruta	-	16,49	-	17,24	-	17,1	-	17,86	-	∞
Tx Padr. Mundial	-	13,24	-	13,67	-	13,61	-	14,25	-	0
Tx Padr. Brasil	-	14,09	-	14,72	-	14,61	-	15,26	-	0

Legenda: N. óbito – Número de óbito; Tx. Esp. – Taxa Específica

Fonte: DATASUS, 2016. MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Tabela 4: Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres. Região Nordeste. 2010 a 2014.

	2010		2011		2012		2013		2014	
Faixa Etária	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.
00 a 04	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	0	0	1	0,04	1	0,04	2	0,08	1	0
20 a 29	28	0,56	28	0,56	22	0,43	23	0,45	26	0
30 a 39	207	5,07	201	4,89	244	5,89	243	5,86	241	0
40 a 49	506	15,47	534	16,2	511	15,38	625	18,81	615	0
50 a 59	685	29,37	670	28,51	716	30,25	726	30,67	693	0
60 a 69	498	31,72	519	32,82	542	34,04	601	37,75	620	0
70 a 79	380	40,58	426	45,18	403	42,46	441	46,46	440	0
80 ou mais	329	64,67	318	62,07	377	73,12	392	76,02	414	0
Idade ignorada	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0
Total	2.633	-	2.697	-	2.816	-	3.054	-	3.051	-
Taxa Bruta	-	9,69	-	9,85	-	10,2	-	11,07	-	∞
Tx Padr. Mundial	-	9,28	-	9,46	-	9,74	-	10,6	-	0
Tx Padr. Brasil	-	9,96	-	10,13	-	10,47	-	11,36	-	0

Legenda: N. óbito – Número de óbito; Tx. Esp. – Taxa Específica

Fonte: DATASUS, 2016. MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Tabela 5: Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres. Região Centro-Oeste. 2010 a 2014.

Faixa Etária	2010		2011		2012		2013		2014	
	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.
00 a 04	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	1	0,16	0	0	0	0	0	0	0	0
20 a 29	12	0,91	11	0,82	6	0,44	8	0,59	10	0
30 a 39	52	4,34	57	4,69	54	4,39	72	5,85	61	0
40 a 49	146	15,34	165	17,11	161	16,49	184	18,84	182	0
50 a 59	197	30,52	213	32,59	233	35,23	230	34,78	259	0
60 a 69	161	43,41	158	42,09	200	52,68	201	52,95	222	0
70 a 79	109	56,57	114	58,48	117	59,36	120	60,88	140	0
80 ou mais	69	84,95	72	87,63	84	101,14	77	92,71	93	0
Idade ignorada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	747	-	790	-	855	-	892	-	967	-
Taxa Bruta	-	10,55	-	11,02	-	11,77	-	12,28	-	∞
Tx Padr. Mundial	-	10,85	-	11,26	-	12,23	-	12,65	-	0
Tx Padr. Brasil	-	11,56	-	12,04	-	12,96	-	13,42	-	0

Legenda: N. óbito – Número de óbito; Tx. Esp. – Taxa Específica

Fonte: DATASUS, 2016. MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

Tabela 6: Taxas de mortalidade por câncer de mama, brutas e ajustadas por idade, pelas populações mundial e brasileira de 2010, por 100.000 mulheres. Região Norte. 2010 a 2014.

Faixa Etária	2010		2011		2012		2013		2014	
	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.	N. óbito	Tx. Esp.
00 a 04	0	0	0	0	0	0	1	0,13	0	0
05 a 09	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
10 a 14	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
15 a 19	0	0	0	0	0	0	1	0,12	0	0
20 a 29	6	0,4	9	0,59	8	0,51	9	0,58	5	0
30 a 39	48	4,03	49	4,06	57	4,65	47	3,83	48	0
40 a 49	90	10,96	118	14,17	104	12,3	120	14,19	144	0
50 a 59	103	19,06	115	21	123	22,15	150	27,01	147	0
60 a 69	63	20,45	94	30,12	82	25,93	111	35,1	106	0
70 a 79	43	26,66	49	30	59	35,67	59	35,67	73	0
80 ou mais	31	41,12	40	52,4	38	49,18	38	49,18	40	0
Idade ignorada	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	384	-	474	-	471	-	536	-	563	-
Taxa Bruta	-	4,89	-	5,94	-	5,82	-	6,62	-	∞
Tx Padr. Mundial	-	6,22	-	7,7	-	7,49	-	8,73	-	0
Tx Padr. Brasil	-	6,7	-	8,2	-	8,03	-	9,2	-	0

Legenda: N. óbito – Número de óbito; Tx. Esp. – Taxa Específica

Fonte: DATASUS, 2016. MS/SVS/DASIS/CGIAE/Sistema de Informação sobre Mortalidade - SIM

MP/Fundação Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE

MS/INCA/Conprev/Divisão de Vigilância

4 RASTREAMENTO, DETECÇÃO, TRATAMENTO E REABILITAÇÃO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

Os meios mais comuns para detecção do câncer de mama são o autoexame; mamografia de rotina; mamografia diagnóstica; ressonância magnética; ultrassom e ressonância magnética nuclear (RMN); exames complementares e PET scan. Para o rastreamento, a mamografia de rotina é recomendável após os 40 anos, ou a partir dos 35 anos se houver histórico de câncer de mama na família (entretanto, nessa faixa, etária é possível que hajam falsos-positivos) (Informativo INCA, 2012). Complementarmente, a ultrassonografia também pode ser usada nesses casos.

No autoexame, a mulher toca na sua mama deitada ou em frente ao espelho, e com a ponta dos dedos conseguirá perceber qualquer indício de lesões. Pela incidência de raios-X na mama, a mamografia é capaz de identificar indícios de anomalia, sendo possível avaliar inicialmente se as características são de benignidade ou malignidade, e, após essa etapa, quando necessário, é realizada a biópsia como um exame complementar. Na biópsia, ocorre a retirada um pedaço do tecido do nódulo para fazer estudos histopatológicos (INCA, 2015).

O ultrassom e a ressonância magnética nuclear ajudam o profissional por ter as imagens tridimensionais, conseguindo avaliar melhor o formato, tamanho, a textura e a densidade do nódulo mamário. No caso do PET scan, ele permite que o profissional avalie se os tecidos e órgãos em volta do tumor/nódulo estão funcionando normalmente.

Em geral, o tratamento das mulheres com câncer de mama se dá por meio de cirurgia e tratamentos adjuvantes (INCA, 2016b). No tratamento cirúrgico, há duas categorias: 1) mastectomia; e 2) quadrantectomia. A mastectomia é a remoção ou a retirada de pequenas partes da mama, havendo cinco possibilidades: 1) preventiva; 2) radical; 3) radical modificada; 4) simples; 5) subcutânea ou poupadora de pele. Já a quadrantectomia, consiste na retirada do tumor.

Na mastectomia preventiva, as mulheres realizam a cirurgia para a retirada total da mama com o objetivo de reduzir a zero a possibilidade de ter câncer de mama no futuro. Na maioria dos casos de mastectomia preventiva, o câncer de mama ou de ovário e em homem já aconteceu em várias pessoas da família. Os demais tipos de mastectomia são realizados como uma etapa do tratamento. A mastectomia radical consiste na retirada da glândula mamária, dos linfonodos

axilares e do músculo peitoral. Já a mastectomia radical modificada pode ser de dois tipos: 1) radical modificada Patey, quando é mantido o músculo peitoral maior; e 2) radical modificada de Madden, quando é preservado o músculo peitoral maior e menor. A mastectomia simples consiste na retirada total da mama, preservando somente os linfonodos axilares. Ao contrário da mastectomia simples, a subcutânea ou poupadora de pele, visa apenas à retirada das glândulas mamárias, mantendo o complexo aureolar, o músculo peitoral, a aponeurose e a pele (Deficiente Ciente, 2010).

O tratamento adjuvante pode ser feito antes do período da cirurgia (neoadjuvante), a fim de diminuir as células cancerígenas; e também pode ser indicado em um momento pós-cirúrgico (adjuvante), para finalizar o tratamento contra a doença. Existem várias categorias de tratamento adjuvante: 1) quimioterapia; 2) hormonioterapia; 3) radioterapia; 4) terapia-alvo; e 5) imunoterapia (Vencer o Câncer, 2013).

A quimioterapia é um tratamento sistêmico. É feito através de uma junção de drogas combativas ao câncer de uma forma geral. As substâncias não focam somente nos tumores, mas agem pelo corpo inteiro da mulher. A quimioterapia pode ser adquirida por via oral, soro ou intramuscular. Alguns dos efeitos colaterais são anemia, aumento da possibilidade de infecções, náuseas, vômitos, diarreia, queda de pelos e cabelos, dificuldade para engravidar e problemas para menstruar (Bonduki, 2016).

A hormonioterapia é outra possibilidade de tratamento, tem o mesmo princípio da quimioterapia, ou seja, ambas tendem a destruir focos microscópicos da doença, porém, a hormonioterapia é usada em casos de tumores mais sensíveis, como, por exemplo, o câncer de mama e de próstata. Sobre a hormonioterapia, Brito, Portela e Vasconcellos (2014, p. 285) afirmam:

A terapia endócrina ou hormonioterapia para o câncer de mama consiste no uso de substâncias semelhantes ou supressores de hormônios para inibir o crescimento do tumor e, há décadas, está associada à melhoria da sobrevida livre da doença e da taxa de mortalidade. Constitui-se em tratamento de longa duração, com efeitos adversos importantes, representando a supressão dos hormônios femininos, para algumas mulheres, uma mutilação adicional sobre a sua imagem feminina, depois da mastectomia (BRITO; PORTELA; VASCONCELLOS, 2014, p. 285).

A radioterapia, diferente dos métodos anteriormente apresentados, é mais localizada, ou seja, seu foco de ação é o local diretamente afetado pelo tumor. Dessa maneira, sua indicação clínica está relacionada à erradicação dos focos microscópicos de células cancerígenas localizadas ao redor da área afetada pelo tumor.

O método da terapia-alvo é utilizado de uma forma conjunta com a quimioterapia, pois é um novo tipo de tratamento feito com substâncias que permitem a identificação das células cancerígenas, assim podendo atacá-las e não gerando tantos danos ao organismo (ONCOGUIA, 2016b). Por fim, o tratamento por imunoterapia é feito por meio de substâncias modificadoras que promovem a estimulação do sistema imunológico contra as células do câncer, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2016c).

A tabela 1 traz os dados referentes ao número de casos por câncer de mama (CID-50) como localização primária segundo o primeiro tratamento recebido no Brasil em 2014, de acordo com a base de Informações do Registro Hospitalar de Câncer (Integrador RHC). Sabe-se que essa base pode estar sujeita a subnotificações, em função da sua natureza (depende que cada instituição hospitalar, de cada estado, informe o número de casos em tratamento, por exemplo). Apesar disso, para esse momento do estudo, ela tem como objetivo apenas fazer um retrato da distribuição das modalidades de tratamento. Pode-se perceber que quase 40% das mulheres com câncer de mama têm a cirurgia como um primeiro tratamento, entretanto dentro do percentual de 40% das mulheres, 30% passam pela cirurgia e mais um tratamento adjuvante.

Tabela 1: Número de casos por câncer de mama (CID-50) como localização primária segundo o primeiro tratamento recebido. Brasil, 2014.

Primeiro tratamento recebido	Número de casos	Percentual
Cirurgia (Cir)	950	11%
Cir + HT	146	2%
Cir + HT + RXT	204	2%
Cir + QT	818	9%
Cir + QT + HT	146	2%
Cir + QT + HT + RXT	350	4%
Cir + RXT	234	3%
Cir + RXT + QT	431	5%
Subtotal (Cir + outro tratamento)	3279	38%
Hormonioterapia (HT)	321	4%
Quimioterapia (QT)	1179	14%
Radioterapia (RXT)	1577	18%
RXT + QT	177	2%
Nenhum	617	7%
Outros Procedimentos Terapêuticos	239	3%
Sem Informação	1253	15%
TOTAL	8642	100%

Fonte: Informações do Registro Hospitalar de Câncer (Integrador RHC), 2016.

A partir da leitura dos artigos selecionados e categorizados (conforme apresentado na seção de metodologia), foi possível perceber um déficit entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama ainda em seu estágio precoce no Brasil. Alguns autores afirmam que:

Em países desenvolvidos, a incidência de câncer de mama mostra-se crescente, acompanhada por declínio nos índices de mortalidade pela doença, estando esse dado associado à utilização de métodos eficientes de detecção precoce e à oferta de tratamento adequado. Entretanto, no Brasil, a mortalidade mostra-se crescente, o que pode ser atribuído ao retardo no diagnóstico e atraso na instituição de terapêutica adequada, o que propicia o crescimento tumoral, tornando o prognóstico da população vulnerável reservado (MEDEIROS *et al*, 2015, p. 1270).

Após a realização do exame-diagnóstico, a partir da Lei 12.732 de 22 de novembro de 2012, o Sistema Único de Saúde (SUS) estabeleceu um prazo máximo de 60 dias para o início do tratamento (Onco Guia, 2016c). Contudo, nem sempre a aplicação dessa lei é eficiente, pois é

frequente a demora ao acesso ao exame-diagnóstico, o que acaba por retardar todo o processo e gerar iniquidade. Nesses casos, as mulheres já chegam na unidade de saúde em estádios muito avançados e tendo que optar por abordagens terapêuticas mais agressivas. Cabe destacar que também há uma lei que garante a reconstrução mamária realizada pelo SUS, Lei 12.802 de 24 de abril de 2013 (INCA, 2016d).

Segundo Bezerra *et al* (2012), o processo de cura, na maioria dos casos, é feito por duas ou mais abordagens (cirurgia e alguma terapia adjuvante, por exemplo), respeitando as condições psicológicas e físicas das mulheres com câncer de mama, com o objetivo de propor uma qualidade de vida durante o tratamento e pós-tratamento. Um ponto importante destacado pelos autores é a ideia de que um tratamento neoadjuvante pode diminuir a quantidade de mulheres mastectomizadas e colaborar para a qualidade de vida das mulheres no âmbito social, físico e funcional (desenvolvimento das funções cotidianas).

De um modo geral, após a cirurgia, as mulheres tendem a ter alguns problemas emocionais e físicos, assim necessitando de sessões de reabilitação do movimento do braço, além de apoio psicológico e social. Frequentemente, os exercícios utilizados na reabilitação da área da axila pós-cirurgia são flexão, extensão e abdução, com início no primeiro dia pós-operatório e o final no 105º dia (PETITO *et al*, 2012).

Petito *et al* (2012) ressaltam a importância de que o tratamento de reabilitação seja iniciado no primeiro dia pós-operatório e seguido até o final. No caso de mulheres mastectomizadas, o tempo mínimo é de 105 dias; e para as quadrantectomizadas, é de 75 dias. Nas palavras dos autores:

Os resultados deste estudo mostraram que o número e o tipo de exercícios que constituíram o programa extramuros foram efetivos para a recuperação dos movimentos de flexão, abdução e extensão do ombro homolateral à cirurgia, na população estudada. O tempo de recuperação desses movimentos ocorreu em diferentes momentos do programa, desde o 7º até o 105ºPO, sendo que o seguimento mínimo após a quadrantectomia é de 75 dias, e, para a mastectomia, de 105 dias. Confirma-se, assim o benefício do início precoce da reabilitação funcional, com seguimento contínuo até, pelo menos, três meses após a cirurgia (PETITO *et al*, 2012, p. 8).

Por mais que a implantação desse programa de reabilitação seja de baixo custo, existem fatores externos que podem colaborar para a interrupção do tratamento. Segundo esses autores,

cerca de 80% das mulheres declararam adesão satisfatória ao programa de exercícios até o 45º dia pós-operatório; depois disso, a adesão satisfatória caiu para cerca de 70% até o 75º dia pós-operatório e, foi inferior a 50% até o 105º dia.

De acordo com a pesquisa realizada por Bezerra *et al* (2012), é possível dizer que os métodos usados para o tratamento de câncer de mama são bastante agressivos às mulheres. Porém, os autores destacam que o tratamento conservador (quadrantectomia) tem sido mais escolhido por ter um impacto menos agressivo no meio físico, psicológico e social, e o período de reabilitação ter aspectos mais positivos do que no tratamento não-conservador (mastectomia). Neste estudo, realizado no Maranhão (nordeste do Brasil), observou-se ausência de solicitação de reconstrução mamária para as pacientes que foram submetidas à retirada da mama, por parte dos cirurgiões. Apesar de se destacar que a não reconstrução da mama diminui a qualidade de vida (QV) das mulheres de uma forma geral, os autores ponderam que:

Dessa forma, é possível que a QV da mulher mastectomizada no Maranhão seja mais satisfatória ainda, caso a reconstrução imediata da mama seja implementada como terapêutica complementar para a portadora de câncer de mama (BEZERRA *et al*, 2012, p. 1.939).

A partir de Leal *et al* (2005), é possível afirmar que o Brasil precisa de maiores investimentos para a área de exames de rastreamento periódicos, neste caso para as mulheres, pois não cobre 100% da população nos exames primordiais para a sua saúde, como a mamografia e o exame Papanicolau. A ausência de tais exames, básicos para a prevenção da saúde feminina, associada a certos hábitos de vida, como fumar e beber, além de restrições quanto à divulgação na mídia sobre hábitos e métodos de promoção e prevenção da saúde, faz com que a mulher fique mais vulnerável a doenças que tem um alto índice de cura, se diagnosticadas em um período precoce. Nas palavras dos autores:

Resultados da presente análise indicam uma necessidade de se desenvolver políticas de promoção de saúde direcionadas à população feminina para modificar os hábitos e práticas de risco para saúde, motivar para exames preventivos e reduzir as desigualdades de acessibilidade por meio da descentralização, em estratégias, especificamente, dirigidas para superar exclusão social (LEAL *et al*, 2005, p. S86. Tradução da autora).³

³ No original: “Results for the present analysis indicate a need to develop health promotion policies directed to the female population so as to modify health risk habits and practices, motivate periodic preventive exams, and reduce

Com base em Kim *et al* (2010), é bem visível o déficit da população sobre o conhecimento a respeito do câncer de mama, os métodos utilizados para o tratamento, a detecção e a prevenção. As informações sobre a mamografia (o que é, com quantos anos tem que começar a fazer e qual é a importância) ainda estão pouco disseminadas, com isso, é possível identificar que uma das etapas da prevenção não está funcionando, que é a divulgação/comunicação em saúde.

Consideramos que a mídia é um fator de disseminação de informações, porém seu impacto sobre o conhecimento sobre câncer de mama é mediano, uma vez que a maior parte das campanhas enfatiza os métodos de diagnóstico precoce e não aborda outros quesitos importantes como a metodologia correta para o sucesso dos métodos de diagnóstico precoce (KIM *et al*, 2010, p. 1.380).

Segundo Freitas *et al* (2011), existem alguns meios de prevenir o câncer de mama de uma forma geral, tanto em homem quanto em mulher, focando na prevenção. Na mulher, um dos meios de prevenção é nutricional, seria dada por meio do consumo de verduras, frutas e legumes; realização de exercícios físicos, pelo menos três vezes por semana; amamentação e manutenção do peso ideal. O consumo de verduras, frutas e legumes é destacado como benéfico no que diz respeito à prevenção do câncer de mama quando ingeridos alimentos oncoprotetores, como o ácido beta-caroteno. A realização de exercícios físicos tem a pretensão de normalizar a glicose, colesterol, reduzir o índice de obesidade, aumento da massa muscular e da densidade óssea a fim de evitar outras doenças também. No caso da amamentação, o efeito é bem parecido com o consumo de alimentos oncoprotetores, já que durante este período é liberado uma ocitocina que evita o estresse, a obesidade, comportamentos psicóticos, diminui o risco de câncer de mama e aumenta as funções cognitivas da mulher. A manutenção do peso ideal é recomendada pois a obesidade altera os mecanismos fisiológicos, com isso é uma das formas mais importantes de se proteger contra o câncer e entre outras doenças crônicas comuns.

Entretanto, Freitas *et al* (2011), também ressaltam fatores que são preocupantes à prevenção do câncer de mama, como a menopausa tardia, quando ocorre acima dos 50 anos, e o uso de anticoncepcional via oral. Em ambos os casos, a variação hormonal pode atuar de maneira

inequalities in accessibility by means of the decentralization, in strategies, specifically, directed towards overcoming social exclusion" (LEAL *et al*, 2005, p. S86.).

desfavorável. A menopausa tardia é um fator preocupante por ter um alto índice de estrogênio no organismo durante um longo período. No mesmo sentido, alertam para os riscos do uso de anticoncepcional em função da alteração que promovem nos hormônios femininos.

De acordo com Silva *et al* (2014), é possível afirmar que algumas regiões do Brasil têm déficit na realização de exames preventivos para o câncer de mama. Nas regiões Sul e Sudeste, estão concentrados mais equipamentos para o rastreamento-diagnóstico do que nas demais regiões do Brasil, porém mesmo tendo tal concentração, a descoberta do câncer nas mulheres ainda é feita de um modo tardio, sendo frequente o diagnóstico no grau IV ou/e V do câncer de mama. Além disso, há que se ressaltar que existe uma desigualdade importante entre as regiões brasileiras, que é a desigualdade socioeconômica, de maneira que há um grupo de mulheres que tem um plano privado, aumentando a possibilidade de realização de exames e de diagnóstico. Porém, não são todos os planos privados que dispõem de tratamentos quimioterápicos, logo é frequente que essa parcela de mulheres também faça o tratamento no sistema público. Segundo os autores:

Pode-se, ainda, pensar que a cobertura da mamografia avaliada apenas com exames gerados na rede de serviço do SUS esteja subestimada caso algumas mulheres tenham realizado o exame em serviços privados. O aumento da cobertura de plano de saúde suplementar no país pode estar gerando algumas inconsistências verificadas no estudo; parte dos planos privados de saúde oferecem cobertura para exames complementares ou mesmo biópsias, mas, nem sempre cobrem procedimentos cirúrgicos mais complexos, levando as pessoas a recorrerem ao SUS para realizá-los (SILVA *et al*, 2014, p. 1.547).

Após a leitura de todos os artigos citados acima, a compreensão é clara que os tipos de tratamento são muito agressivos à mulher e que a reabilitação ainda não é uma realidade generalizada. Um dos motivos para a opção por tratamentos mais agressivos pode ser a fase em que os tumores são diagnosticados, o que permite inferir que há falhas no momento de rastreamento-detecção do câncer de mama em todas as regiões do país, mas principalmente nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste. Com isso, para ter uma melhora neste processo, considera-se necessário ampliar o acesso às mamografias para as mulheres que estão na faixa etária com maior risco de ter o câncer, com atuação do Ministério da Saúde dando suporte técnico e financeiro para todas as regiões do Brasil.

5 PERCEPÇÕES DA MULHER BRASILEIRA COM NEOPLASIA DE MAMA SOBRE SUA AUTOIMAGEM

O câncer de mama não é algo novo para sociedade e muito menos para as mulheres, contudo, há uns anos atrás, a doença era associada a um castigo, sendo uma forma de se redimir dos seus pecados. Nos anos 1900, a neoplasia maligna de mama era uma doença ligada à sujeira e às mulheres que tinham uma vida sexual ativa, inclusive, achavam que era uma doença transmissível, como a sífilis. Para o M. Platen, em 1903, durante a medicina de humores, o câncer era uma doença fatal, que ia “sujando” o corpo (provavelmente o que conhecemos hoje como metástase). Contudo em 1910, em uma das primeiras conferências internacionais do câncer, surgiu o pensamento que quanto mais cedo descobrir, a probabilidade de cura iria aumentar (SANT’ANNA, 1997).

Em 1918, nos Estados Unidos, foi criada a Liga contra o câncer, com o intuito de conscientizar a sociedade de que o câncer de mama tornou-se um flagelo social. Na mesma época, no Brasil, foram criadas as primeiras propagandas de prevenção, partindo do entendimento da neoplasia como uma invasão de algo em seu organismo, como vírus ou bactéria, com o interesse de eliminar os possíveis focos de contágio da doença. Entre 1920 e 1930, a definição do câncer de mama associado à falta de higiene começou a tornar-se vago e, com isso, foi substituído pelo entendimento de que poderia ser a consequência de algum trauma emocional ou melancolia.

Durante os anos 1930 a 1940, com o desenvolvimento industrial, o aumento da incidência do câncer foi associado ao excesso de trabalho e de preocupações. Se em meados de 1900, o câncer era associado a uma vida repleta de libertinagem, para Paulo Coelho Neto, em 1944, é o contrário, a neoplasia está ligada ao desejo reprimido. Entretanto, nas décadas de 1960 e de 1970, a visão sob o câncer é compreendida como algo produzido pelo corpo, ou seja, uma luta entre você e o seu próprio corpo (FÁVERO, 1997).

A partir da década de 1920, o Brasil viu o número de casos de câncer aumentar, o que motivou a criação, em 1934, da Associação Paulista de Combate ao Câncer (APCC), visando à criação de mecanismos de prevenção e de educação sobre o câncer na sociedade. Já em 1949, um artigo da *Seleções de Readers Digest* começou a publicar textos a fim de desmistificar o câncer

de mama e promover a detecção precoce do câncer, já que os textos eram informativos e davam coragem para as mulheres buscarem ajuda de profissionais de saúde.

Kasl (1974) apud Seidl e Gimenes (1997) apontou que existem dois meios de conduta para prevenir a doença, a primeira seriam as ações adotadas para promoção da saúde, como por exemplo o estilo de vida adotado pela pessoa, e a segunda seriam as ações de prevenção, como por exemplo, o autoexame.

O estudo de Cohen e Lazarus (1973) apud Seidl e Gimenes (1997) aponta que existem quatro categorias que podem ser associadas à maneira como as mulheres compreendem e enfrentam o câncer de mama: 1) Longevidade; 2) Opinião/conhecimento da mulher sobre sua doença, o tipo de enfrentamento adotado e a sobrevida; 3) Sua vontade de viver e a confiança em um bom prognóstico, que exerce influência positiva; e 4) Altos níveis de estresses emocionais, que tendem a influenciar negativamente sua sobrevida. Os autores ressaltam que a qualidade de vida é um fator bastante significativo para a sobrevida da mulher, podendo interferir de forma positiva ou negativa. No início, a preocupação é a sobrevida da mulher com neoplasia maligna da mama; com o passar do tempo, a autoimagem passa a ser a preocupação central.

O artigo de Peres e Santos (2007) sugeriu que as mulheres que descobrem a doença têm quatro reações: “1) Negação; 2) Estoicismo; 3) Aflição; e 4) Enfretamento”. A negação é uma resposta rejeição ou indiferença dada após o diagnóstico da doença. Enquanto o estoicismo consiste em suportar a doença de uma forma heroica ou como um teste dos limites humanos diante daquela situação. A aflição consiste no sofrimento emocional da mulher no processo de adoecimento e em como a situação está afetando-a. O enfrentamento se refere à forma como a mulher adoecida se comporta diante disto, reflete-se em pensamentos, ações e sentimentos que visam buscar o confronto com a doença.

No artigo estudado (PERES; SANTOS, 2007), houve oito pacientes que encararam a situação na forma do estoicismo. Entretanto, esse tipo de reação emocional tende, muitas vezes, a silenciar outras emoções, como a raiva e a indignação por ter a vida ameaçada por uma doença que pode levá-la a óbito. Algumas mulheres assumiram a posição de conformismo, por acreditar na vontade divina; enquanto três entraram em estado de negação, podendo desconsiderar a gravidade da doença e procrastinando o início do tratamento. Um possível motivo para negar a doença seria assim manter a sua rotina de afazeres, seja doméstico, familiares ou profissionais normalmente. Duas mulheres seguiram em enfrentamento, buscando informações sobre a sua

doença, os tipos de tratamento e não ficaram estigmatizadas pela doença. A postura de enfrentamento pode ser um meio de fazer a diferença no seu prognóstico e, provavelmente, aumentar a sobrevida. Outras duas mulheres entraram em aflição, com um medo iminente de não sobreviver no processo de cura, com angústias e preocupações de como seria do diagnóstico para frente. Além das categorias que fazem parte do processo do adoecimento, a maior parte das mulheres sofrem com transtornos psiquiátricos, como a depressão, ansiedade e disfunção sexual, depois de um ano do diagnóstico, segundo os autores.

A pesquisa de Silva (2008) apontou que após o tratamento realizado pela mulher com neoplasia maligna da mama, seu apetite sexual pode diminuir. Esse fato pode estar associado à alteração nas taxas hormonais, que pode acabar tornando o ato do sexo doloroso, além de inibir o orgasmo e promover a diminuição da excitação. Neste processo, a perda da mama é algo bastante doloroso para a autoimagem da mulher, que ainda sofre com as consequências do tratamento adjuvante, que pode levar à alopecia (queda dos pelos), baixa autoestima, sentimento de inferiorização em relação às demais mulheres e o receio de ser rejeitada pelo parceiro.

O artigo de Cangussu *et al* (2010) associa as limitações pós processo cirúrgico de retirada da mama à presença de dor e a uma percepção ruim sobre a sua saúde e o processo quimioterápico, com sintomas de depressão. A depressão é um transtorno psiquiátrico bem comum em mulheres com câncer de mama, segundo os autores:

Sintomas depressivos são comuns em mulheres com câncer de mama. Os fatores que estiveram associados a esses sintomas foram o tratamento quimioterápico, dor e limitação do movimento do membro superior e pobre percepção geral da saúde (CANGUSSU *et al*, 2010, p. 109-110).

De acordo com Rosa e Radünz (2012), existem quatro comportamentos que estão presentes nesse momento da vida da mulher: “1) Ambivalência; 2) Mudanças do viver; 3) Medo e preocupações; e 4) Refazendo o viver. A “ambivalência” trata-se de uma aceitação e/ou uma negação da situação, a fim de se evitar dor, sofrimento e medo, é uma autodefesa. A “mudança do viver” está ligada à interrupção das atividades que antes eram feitas pelas mulheres, um exemplo dessa situação é o afastamento da sua carreira profissional durante o tratamento, abdicando da sua rotina por repouso e tratamento. Nessa etapa, as mulheres necessitam de um equilíbrio emocional, espiritual, físico e social, já que muitas mulheres não conseguem se olhar no espelho por consequência da retirada da mama e a possível vergonha da aparência física, se houver

necessidade de se despir na frente de alguém. Os “medos e preocupações” são interpretados como receios de que algo de ruim possa vir a acontecer, e assim, sua família seria atingida, causando sofrimento e ansiedade para iniciar, concluir o tratamento e estar curada. Nessa etapa, a ansiedade e o estresse são muito frequentes, causando desequilíbrio psicológico. Como último estágio, o “refazendo o viver” representa o retorno aos hábitos cotidianos, maior valorização da vida e da família, mais cuidado com a saúde e a vivência das limitações pós-tratamento.

A pesquisa de Medina *et al* (2015) apontou que cerca de 30 a 80% das mulheres que foram mastectomizadas recentemente ou tardiamente sofreram com a síndrome da mama fantasma (SMF). De acordo com os autores, mesmo com a aperfeiçoamento das técnicas de mastectomia e a redução de lesões mais graves, as mulheres ainda sentem dor, têm edemas, parestesia, fraqueza muscular e a SMF. Esta síndrome provoca a nitidez da presença ou sensação da mama que foi retirada, além de peso, formigamento, prurido e queimação, além de algumas mulheres observarem que a dor está localizada onde seria o mamilo e, outras, referem dor na mama toda. A síndrome da mama fantasma afeta seriamente a qualidade de vida da mulher, podendo provocar alterações psicológicas e físicas, inclusive atingindo em maior grau mulheres mais jovens. Nas palavras dos autores:

A incidência da SMF tem variado de acordo com o método de avaliação utilizado pelos estudos, ocorrendo em cerca de 30 a 80% das pacientes logo após a mastectomia ou tardiamente, após um ano do procedimento cirúrgico. A SMF pode afetar seriamente a qualidade de vida da paciente ao produzir alterações funcionais e sofrimento emocional.

Os fatores de risco para a SMF ainda não estão bem esclarecidos na literatura, mas diversos autores sugerem que mulheres mais jovens tiveram complicações pós-operatórias podem apresentar maior risco para o desenvolvimento (MEDINA *et al*, 2015, p. 398).

Vanderli Duarte de Carvalho (2012), em seu livro, sugeriu que a doença não atinge somente a mulher, mas atinge todos em sua volta, deixando corações e mentes aflitos. Segundo relato de uma mulher chamada Rosa, nesse mesmo livro, primeiro, a mulher pensa na família, porém, percebe que quem irá passar por todo o processo será ela, assim, volta a se preocupar imediatamente com as consequências no plano individual, desejando superar o problema. Nas suas palavras:

Eu pensava, assim, mais na minha filha e [nele, o marido]. Mas depois eu falava: “Não, a vida é minha! Primeiro eu! Quem vai fazer tratamento sou eu! Então, eu tenho que ficar boa!” (CARVALHO, 2012, p. 131).

O câncer de mama tem um impacto bastante negativo na vida sexual da mulher e de seu parceiro. Muitos parceiros não compreendem a situação da mulher e as limitações que ela vai sofrer. Carvalho (2012) traz um depoimento de outra mulher nesse sentido. Ela destaca que há uma linha bem tênue entre cuidar e encarar os desafios de suportar esse tipo de situação-limite.

O homem, a gente não pode generalizar, é lógico, mas ele não tem a estrutura do cuidar. A mulher tem “o cuidar” na essência dela. [...] A gente sabe que a mulher foi a primeira médica, na verdade, que aconteceu na face da terra. Porque, enquanto o homem ia à caça, a mulher vivia do plantio. E ela descobriu os primeiros remédios naturais. Então ela tem isso com a maternidade, o cuidar (CARVALHO, 2012, p. 133).

A mulher precisa compreender que ela é um grande e importante passo para o seu processo de cura. Quanto melhor for o enfrentamento assumido por ela, melhor será o seu processo de cura junto com a equipe responsável por seu tratamento. É importante que a mulher compreenda que ela não está tomada pelo câncer, do fio de cabelo até a unha do pé, mas que tem câncer localizado na mama. A mulher que precisou passar pelo método cirúrgico é capaz de suportar o desconforto físico gerado pela mastectomia e dos tratamentos adjuvantes, se perceber que tem o apoio da família (CARVALHO, 2012).

Os profissionais de saúde e os envolvidos (família, amigos, etc) devem entender que o que está em pauta não é só a doença, mas sim o processo do adoecer e o quanto a mulher fica fragilizada com ele. Para os profissionais da área de saúde, é importante sanar dúvidas das pacientes e ter um contato além da sua área profissional, pois naquelas condições você será um dos únicos que a entenderá, precisará ser um psicólogo e amigo para acalantar aquela mulher que estará fragilizada pela doença e que muitas vezes não tem uma atenção da família, como diz a profissional de saúde Júlia, também em depoimento ao livro de Carvalho (2012):

“Aí, isso daí é... é câncer?”, já pergunta [a paciente]. Não tem nada a ver! Então [...] se vem, por exemplo, o paciente que você tem que os complementos... É magnificação [tipo de exame], por exemplo, tem um nódulo e o médico quer que amplie esta imagem... Aí, o que ele [o médico] pede é uma magnificação.
[...]

Então... Por isso, que estou te falando, quando a paciente entra... você, ali, não é só um técnico de radiografia, você é psicólogo... você é amigo... você é aquela pessoa [com quem] ela tenta, sabe, desabafar. Muitas choram. Muitas vezes, o marido não entende... Sabe, assim... Então [a paciente] acaba chorando ali [e] você tem que dar uma atenção, né? [Uma atenção] especial para elas. E a gente fica, assim, sabe? Elas chegam lá... (CARVALHO, 2012, p. 161).

Em estágios terminais, uma forma de dar apoio a mulher nesse momento difícil é com o cuidado paliativo. Ele visa ajudar a aliviar a dor e outros sintomas estressantes, reafirmar a vida e ver a morte como um processo natural, não antecipar e nem postergar a morte, integrar aspectos psicossociais e espirituais ao cuidado, oferecer um sistema de suporte que auxilie a mulher a viver tão ativamente quanto possível até sua morte, e auxiliar a família e entes queridos a sentirem-se amparados durante todo o processo da doença (BRASIL, 2013). As ações de cuidado paliativo estão ligadas à Rede de Atenção à Saúde para prestar uma atenção integral para pessoas que estão com neoplasia avançada. A abordagem do cuidado paliativo baseia-se na escuta atenta da mulher e da família, demonstrando empatia, interesse e respeito às suas angústias e preocupações, mais do que um simples mecanismo de coleta de dados, um processo em que se precisa sentir o outro, além de respeitar suas crenças e os saberes de cada um (BRASIL, 2013).

Após a análise dos artigos e livros selecionados para este capítulo, é possível observar que o câncer de mama sempre foi e ainda é um tabu enorme para sociedade, desde uma forma de punição até a vergonha da mulher de ter tido a neoplasia na mama. Além disso, é frequente o despreparo emocional da mulher e das pessoas que estão em volta dela, por não saberem como será depois do diagnóstico. Nesse contexto, ressalta-se a importância de grupos de apoio, tanto para mulher quanto para seus familiares, com a presença de mulheres que já passaram por este processo, para dar suporte neste momento e, até mesmo, colaborar com os profissionais da área de saúde que tentam responder a essa necessidade em seus processos de trabalho e nas relações de cuidado que estabelecem com as mulheres.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo buscou compreender alguns aspectos da neoplasia maligna de mama feminina no contexto da realidade brasileira. Partindo de um breve panorama epidemiológico, apresentou a mortalidade feminina por câncer de mama no Brasil de 2010 a 2014. Em seguida, trouxe as principais estratégias para rastreamento, diagnóstico, tratamento e reabilitação disponíveis no país. Por último, identificou, na literatura, percepções mais frequentes de mulheres com neoplasia maligna de mama sobre sua autoimagem.

A literatura aponta alguns meios de se prevenir o câncer de mama, como o consumo de verduras, frutas e legumes oncoprotetores; realização de exercícios físicos pelo menos três vezes por semana; amamentação; e manutenção do peso ideal. Como fatores de risco, destacam a menopausa tardia, o uso de anticoncepcional e o aumento da longevidade. Contudo, cabe lembrar que há um fator genético (não-hereditário) determinante para o desencadeamento da doença.

Cabe destacar ainda que a neoplasia maligna da mama possui quatro estadiamentos: I) Tumor com dois ou menos centímetros de diâmetro; II) Chegada aos nódulos linfáticos axilares; III) Quando alastra para nódulos linfáticos ou lesiona nódulos mamários; e IV) Lesiona órgãos distantes, como ossos e fígado. Dessa forma, o rastreamento e o diagnóstico precoce são fundamentais para garantir a possibilidade de tratamentos menos agressivos, mais efetivos, com maior sobrevida e qualidade de vida para a mulher.

O mundo inteiro aderiu ao movimento Outubro Rosa em 1990 (Outubro Rosa, 2016), que tem como objetivo a luta contra o câncer de mama e a divulgação sobre a importância do autocuidado e da realização das mamografias como método de detecção precoce e de rastreamento. No Brasil, desde 1990, o INCA faz campanhas para estimular a participação da população e para desmistificação da doença (INCA, 2016e).

O diagnóstico da neoplasia de mama pode ser feito por meio de mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética, principalmente. Quanto ao tratamento, a cirurgia (mastectomia profilática; radical; radical modificada; simples; e subcutânea ou poupadora de pele; e quadrantectomia) é central, acompanhada de tratamentos adjuvantes (como a quimioterapia; hormonioterapia; radioterapia; terapia-alvo; e imunoterapia). A reabilitação é recomendada iniciar no primeiro dia pós-operatório, sendo muito importante para que a mulher tenha condições de retomar sua vida e suas atividades. Porém, mesmo com a reabilitação, é

possível que a mulher tenha limitações de movimentos durante toda sua vida, o que muitas vezes pode provocar aposentarias precoces. Outra forma de reabilitação é a reconstrução mamária, garantida pelo SUS por meio da Lei 12.802 de 24 de abril de 2013. Estudos futuros poderão investigar sua aplicação e efetividade.

Pensando em uma agenda de pesquisa, outra questão importante a ser investigada seria o tempo que as mulheres têm esperado para conseguir acesso ao exame diagnóstico, nas redes pública e privada de saúde. Essa diferença pode gerar iniquidade de acesso ao tratamento, o que contraria os princípios do SUS. Além disso, cabe avaliar se a Lei dos 60 dias (Lei 12.732, de 22 de novembro de 2012) tem sido praticada e seus reflexos sobre as condições de tratamento e sobrevida.

Sobre as percepções das mulheres com neoplasia de mama sobre sua autoimagem, cabe destacar que o quanto construções societárias históricas influenciam tais percepções. A força dos papéis atribuídos à mulher ao longo da história, pode fazer com que ela se cobre muito ou não se aceite sem uma das mamas. A mulher não precisa estar com as duas mamas e os cabelos para ser mulher e para se achar bonita, contudo, a falta desses fatores traz desequilíbrios emocionais para mulher e para as pessoas que estão em sua volta.

Além disso, os efeitos do tratamento causam muitas alterações no organismo, como a falta de desejo sexual, alteração nas taxas hormonais, sentimento de inferiorização em relação as demais mulheres e o medo de ser rejeitada pelo parceiro. Outra consequência bastante dolorosa é a síndrome da mama fantasma (SMF), que mesmo com a aperfeiçoamento das técnicas de mastectomia e a redução de lesões mais graves, ainda é muito frequente, sobretudo em mulheres mais jovens.

A mulher, assim que descobre que está com câncer de mama, pode sentir que está dominada por ele. São muitas as fases de medo e angústia pelas quais uma mulher com neoplasia maligna da mama passa. Pode-se afirmar que o maior medo das mulheres é passar por esse processo de descoberta do câncer, passar por diversos exames e pela angústia da espera do resultado. Quando possui o laudo, a mulher é tomada por uma quantidade de perguntas e medos sobre o que pode vir a acontecer com ela e com a sua família. Em seguida, vêm as perguntas sobre os meios de tratamento, de como será daqui para frente e quando o tratamento irá começar pelo SUS e se funcionará, gerando novas expectativas e ansiedades. Então chega aquele momento

de começar o tratamento, tanto cirúrgico quanto adjuvante, e novos medos e ansiedades ganham espaço: Vou ser rejeitada pela sociedade? Vou ser menos mulher?

É preciso ter bastante força para seguir em frente e ter um enfrentamento positivo, a fim de melhorar até sua própria qualidade de vida, pois a confiança da mulher é central para sua melhora. O enfrentamento é um importante passo para o processo de tratamento e cura da mulher com neoplasia maligna da mama. Quanto melhor for o enfrentamento assumido pela mulher, melhores serão as chances de cura. O suporte psicológico oferecido por toda a equipe de profissionais da saúde, bem como os grupos de apoio e a presença da família, são muito importantes para que as mulheres consigam suportar o desconforto físico gerado pela mastectomia e pelos tratamentos adjuvantes.

O câncer de mama necessita ter mais divulgação, não somente em outubro, mas sim o ano todo. Estratégias de comunicação em saúde são importantes para conscientizar que a mulher precisa se cuidar, ajudar umas a outras e ser símbolo de resistência, mesmo com tudo que aconteceu com ela. A participação em grupos de apoio pode ajudar a mulher a melhorar, colaborando com outras mulheres que estão passando pela mesma situação. O autocuidado é fundamental, é importante que a mulher se ame e perceba que não há nada mais relevante que a sua saúde e o seu bem-estar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BEZERRA, K. B.; SILVA, D. S. M. da; FERREIRA, P. R.; MARANHÃO, J. K. P.; RIBEIRO, N. L.; MOCHEL, E. G. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 18, n. 7, p. 1.933-1.941, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de atenção básica: Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. Disponível em:
<<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>>. Acesso em: nov., 2016.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. de. Fatores associados à persistência à terapia hormonal em mulheres com câncer de mama. **Rev. Saúde Pública**, v. 48, n. 2, p. 284-295, 2014.

CANGUSSU, R. de O.; SOARES, T. B. de; BARRA, A. de A.; NICOLATO, R. Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck – *Short Form*. **J Bras Psiquiatr.** v. 59, n. 2, 106-110, 2010.

CLAUDIO BONDUKI. Quimioterapia. Disponível em:
<<http://www.claudiobonduki.com.br/conteudo/publicacoes.asp?id=198>>. Acesso em: maio, 2016.

CARVALHO, V. D. de. Nó no peito. São Paulo: Desatino2012. 224 páginas.

DEFICIENTE CIENTE. O que é mastectomia?; Disponível em:
<<http://www.deficienteciente.com.br/o-que-e-mastectomia.html>> Acesso em: maio, 2016.

FÁVERO, M. H. Menina, moça e mulher: o ser feminino na psicologia. In: GIMENES, M. G. G. A mulher e o câncer. Campinas/São Paulo; Psy, 1997. P. 23 – 42.

FELIX, J. D.; ZANDONADE, E.; AMORIM, M. H. C.; CASTRO, D. S. Avaliação da completude das variáveis epidemiológicas do Sistema de Informação sobre Mortalidade em mulheres com óbitos por câncer de mama na Região Sudeste- Brasil (1998 a 2007). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 17, n. 4, p. 945-953, 2012.

FERREIRA, D. B.; MATTOS, I. E. Tendência da mortalidade por câncer de mama em mulheres no estado do Rio de Janeiro, Brasil, 1996-2011. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 895-903, 2015.

FREITAS, C. R. P.; TERRA, K.L.; MERCÊS, N.N.A. Conhecimentos dos acadêmicos sobre prevenção do câncer de mama. **Rev. Gaúcha Enferm.**, v. 32, n. 4, p. 682-687, 2011.

FILHO, V. W.; MONCAU, J. E. Mortalidade por câncer de no Brasil 1980-1995: Padrões regionais e tendências temporais. **Rev. Assoc. Med. Brasil**, v. 48, n 3, p. 250-257, 2002.

FONSECA, L. A. M.; NETO, J. E.; FILHO, V. W. Tendências da mortalidade por câncer nas capitais dos estados do Brasil, 1980-2004. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v.56, n. 3, p. 309-312, 2010.

GIMENES, M. G. G.; QUEIROZ, E. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: GIMENES, M. G. G. A mulher e o câncer. Campinas/São Paulo; Psy, 1997. p. 173 – 196.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Informativo detecção precoce. **Boletim ano 3**, n. 3, agosto/dezembro, 2012.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Avaliação de indicadores das ações de detecção precoce dos cânceres do colo do útero e de mama – Brasil e regiões, 2013. **Textos de referência**. Rio de Janeiro, jan.,2015.

INCA. Instituto nacional do Câncer. Disponível em:
<http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322>. Acesso em: ago., 2016a.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/tratamento>. Acesso em: maio, 2016b.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=104>. Acesso em: outubro, 2016c.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em:
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/reconstitucao_imediata_mama_em_caso_cancer_sancionada_presidente_dilma>. Acesso em: agosto, 2016d.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/outubro-rosa/outubro-rosa.asp>>. Acesso em: novembro, 2016e.

FREITAS JUNIOR, R.; GONZAGA, C. M. R.; FREITAS, N. M. A.; MARTINS, E.; DARDES, R. C. M. Disparities in female breast cancer mortality rates in Brazil between 1980 and 2009. **Clinics**, v. 67, n. 7, p. 731-737, 2012.

KIM, D. D. et al. Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama. **Ciê. Saúde Coletiva**, v. 15, supl. 1, p. 1377-1381, 2010.

KLUTHCOBSKY, A. C. G. C.; URBANETZ, A. A. L. Qualidade de vida em pacientes sobreviventes de câncer de mama comparada à mulheres saudáveis. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 34, n. 10, 453-458, 2012.

LEAL, M. C. do; GAMA, S. G. N. da; FRIAS, P.; SZWARCOWALD, C. L. Estilos de vida saudáveis e acesso aos exames periódicos de saúde entre as mulheres brasileiras. **Cad. Saúde Pública**, v. 21, p. S78-S88, 2005.

MEDEIROS, G. C.; BERGMANN, A.; AGUIAR, S. S. de; THULER, L. C. S. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1.269-1.282, 2015.

MEDINA, J. de M. R.; FABRO, E. A. N.; SILVA, B. do A. e; THULER, L. C. S.; BERGMANN, A. Frequência e fatores associados à síndrome da mama fantasma em mulheres submetidas à mastectomia por câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v. 37, n. 9, p. 397-401, 2015.

MINHA VIDA. Disponível em: <<http://www.minhavidacom.br/saude/materias/18470-cancer-de-mama-entenda-a-classificacao-birads>>. Acesso em: setembro, 2016.

ONCO GUIA. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/estadiamento-do-cancer-de-mama/1394/264/>>. Acessado em: agosto, 2016a.

ONCO GUIA. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/terapia-alvo-no-tratamento-do-cancer-de-mama/1771/265/>>. Acesso em: maio, 2016b.

ONCO GUIA. Disponível em: <<http://www.oncoguia.org.br/conteudo/lei-dos-60-dias/4287/15/>>. Acessado em: agosto, 2016c.

OUTUBRO ROSA. Disponível em: <<http://outubrorosa.org.br/historia/>>. Acessado em: outubro, 2016.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. dos. Câncer de mama, pobreza e saúde mental: resposta emocional à doença em mulheres de camadas populares. **Rev. Latino-Am Enfermagem**, v. número especial, n. 15, p. 1-7, 2007.

PETITO, E. L.; NAZÁRIO, A. C. P.; MARTINELLI, S. E.; FACINA, G.; GUTIÉRREZ, M. G. R. de. Aplicação de programa de exercícios domiciliares na reabilitação do ombro pós-cirúrgico por câncer de mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 20, n. 1, p. 35-43, 2012.

ROSA, L. M. da; RADÜNZ, V. Significado do câncer de mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 20, n. 4, p. 445-450, 2012.

ROSA, L. M. da; RADÜNZ, V. Taxa de sobrevivência na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto Contexto Enferm.**, v. 21, n. 4, p. 980-989, 2012.

SANTOS, S. S.; MELO, L. R.; KOIFMAN, R. J.; KOIFMAN, S. Incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres menores de 50 anos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 29, n. 11, p. 2.230-2.240, 2013.

SANT'ANNA, D. B. de. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. G. A mulher e o câncer. Campinas/São Paulo: Psy, 1997. P. 43 – 70.

SEIDL, E. M. F.; GIMENES, M. G. G. A prática do auto-exame na prevenção do câncer da mama. In: GIMENES, M. G. G. A mulher e o câncer. Campinas/São Paulo; Psy, 1997. p. 259 – 290.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008.

SILVA, G. A. e; GAMARRA, C. J.; GIRIANELLI, V. R.; VALENTE, J. G. Tendência da mortalidade por câncer nas capitais e interior do Brasil entre 1980 e 2006. **Rev. Saúde Pública**, v. 45, n. 6, p. 1.009-1.018, 2011.

SILVA, G. A. e; TEIXEIRA, M. T. B.; AQUINO, E. M. L.; TOMAZELLI, J. G.; SILVA, I. S. dos. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1537-1550, 2014.

VENCER O CÂNCER. Tratamento adjuvante e neoadjuvante. Disponível em:
<<http://vencercancer.com.br/cancer/tratamento/tratamento-adjuvante-e-neoadjuvante/>>.
Acesso em: maio, 2016.