

CÂNCER DE MAMA: O adoecer, a construção de sentido e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas - uma leitura interdisciplinar

Professora orientadora: Me. Lígia Fonseca Bias

Alunas: Maria Camila Seixas Carneiro e
Manoela Seixas Carneiro

PROGRAMA DE
INICIAÇÃO CIENTÍFICA
PIC/CEUB

RELATÓRIOS DE PESQUISA
VOLUME 9 Nº 1- JAN/DEZ
•2023•





**CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - CEUB
PROGRAMA DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA**

MARIA CAMILA SEIXAS CARNEIRO

CÂNCER DE MAMA: O adoecer, a construção de sentido e qualidade de vida em mulheres mastectomizadas - uma leitura interdisciplinar

Relatório final de pesquisa de Iniciação Científica apresentado à Assessoria de Pós-Graduação e Pesquisa.

Orientação: Me. Lígia Fonseca Bias

BRASÍLIA

2024

DEDICATÓRIA

Dedicamos este trabalho, em primeiro lugar, à minha avó Teresa, a quem nunca tivemos a oportunidade de conhecer porque muito brevemente foi chamada da vida, cuja história serviu de inspiração para a elaboração deste tema. Uma jovem portuguesa, que se casa à distância com um rapaz que mal conhecia, e, grávida de sua filha mais velha, minha mãe, se muda de navio para o Brasil, deixando um sonho de uma vida diferente em terras lusitanas. Uma trajetória marcada pela incompreensão e por sofrimento, Teresa criou suas quatro filhas, com também suas histórias e marcas, e aos 54 anos, recebe a notícia de um câncer de mama. Segundo sua filha mais velha, Teresa relatava saber exatamente quando o CA se instalara em seu corpo, a partir de uma situação emocional intensa de não mais poder voltar à sua terra. As filhas relatam que a mãe vivenciava sofrimento psíquico intenso ao longo de sua vida, muitas vezes negligenciada por seu marido, reconhecida inclusive como atividades espirituosas. Apesar de sua atitude passiva diante seu adoecimento, como identifica a filha mais velha, Teresa foi medicada inclusive psiquiatricamente, curiosamente deixando de manifestar sintomas que a acompanhavam a vida toda. Teresa falece em 07 de dezembro de 1997, de um carcinoma na mama e metástase no fígado.

Dedicamos também este trabalho à todas as mulheres que, cada uma de sua maneira própria e inigualável, supera desafios diários e por vezes imensuráveis em condição deste adoecimento. Homenageamos aquelas que tiveram a oportunidade da sobrevivência, mas também aquelas que, infelizmente, não sobreviveram a essa batalha. Suas memórias vivem em nossos corações e nos motivam a continuar buscando avanços científicos e permitindo reflexões que possam um dia quem sabe erradicar essa doença, e por enquanto, considerar mecanismos que permitam viver com Qualidade de Vida.

À todas as mulheres que estão atualmente no processo de tratamento, que este trabalho seja um ponto de apoio e esperança, de maneira a oferecer informações e descobertas que possam contribuir para o entendimento e o tratamento do câncer de mama.

Finalmente, dedicamos este trabalho às mulheres que ainda passarão por esse processo de adoecimento, para que possam encontrar um mundo mais preparado para apoiá-las e tratá-las eficazmente, considerando-as protagonistas de seu processo. Que este trabalho contribua para um futuro onde o câncer de mama seja apenas uma lembrança distante.

AGRADECIMENTOS

Em primeiro lugar, gostaríamos de agradecer a Deus por tornar este trabalho possível, pela condução em cada adversidade e por nos utilizar como instrumento em Sua obra, nos guiando em cada fase deste caminho. Aos nossos pais, queremos agradecer de coração cujo apoio incondicional e incentivo contínuo tornaram este projeto possível. Seu amor e suporte foram fundamentais para que pudéssemos realizar este trabalho.

Gostaríamos de expressar nossa mais profunda gratidão à nossa orientadora, Professora Lígia Bias, por sua paciência, orientação, apoio e sensibilidade infindáveis durante todo o desenvolvimento deste projeto. Graças à este trabalho pudemos estreitar laços para além do âmbito profissional, mas de consideração e admiração mútuas. Ainda, dedicamos com um carinho especial à pequena Heloísa, gestada por Lígia também durante a elaboração deste trabalho. Agradecemos também à nossa co-orientadora, Dra. Yara Andrade, por sua valiosa contribuição e suporte em cada etapa do trabalho.

Manifestamos nosso profundo agradecimento às participantes colaboradoras deste estudo, mulheres que gentilmente dedicaram seu tempo para compartilhar suas histórias sobre o câncer de mama conosco. Suas experiências foram essenciais para enriquecer nossa pesquisa e nos fornecer uma compreensão mais profunda e humana da doença. Também expressamos nossa gratidão ao grupo Coletivo Psicologia Preta, em especial professora Daniela Borges, que nos proporcionou momentos significativos de convite à reflexão e inserção na realidade vivenciada pelas mulheres pretas e de outras raças e cores, em rodas de conversa, enriquecendo nosso estudo com perspectivas valiosas e diversas.

*"O que me restou de flor
nasceu das pedras."*

Manoel de Barros

RESUMO

O estudo intitulado "Câncer de Mama: O Adoecer, a Construção de Sentido e Qualidade de Vida em Mulheres Mastectomizadas - Uma Leitura Interdisciplinar" explora as complexas interações entre o processo de adoecimento, o tratamento e a qualidade de vida de mulheres que passaram por mastectomia devido ao câncer de mama. A pesquisa adota uma abordagem interdisciplinar, combinando elementos de psicologia e fisioterapia, para compreender como essas mulheres atribuem significado à sua doença e como isso influencia suas escolhas terapêuticas e bem-estar geral. O método utilizado foi misto, com análise qualitativa e quantitativa. A coleta de dados envolveu a análise de registros do Sistema de Informação do SUS (DATASUS) para compreender a discussão em termos estatísticos de serviços e custos nos três níveis de atenção do SUS à esta população específica. Além disso, foram realizadas entrevistas semiestruturadas com mulheres que passaram por este processo de adoecimento e receberam tratamento no SUS, explorando suas experiências pessoais e percepções sobre a doença. Os resultados indicam que o processo de adoecimento afeta profundamente a percepção das mulheres sobre si mesmas e seu lugar no mundo. A pesquisa revelou como principais reflexões a questão étnico-racial como um fator de acesso determinante ao SUS, bem como a subnotificação da assistência dos serviços de Psicologia. A análise qualitativa reforça que as questões sociais e psicológicas associadas ao câncer de mama são essenciais para a compreensão integral da experiência dessas mulheres, sustentadas também pelos resultados quantitativos.

Palavras-chave: saúde pública; Datasus; fenomenologia.

LISTAS DE FIGURAS

- FIGURA 1** Diagrama de navegação: Unidade de Atenção Primária
- FIGURA 2** Fluxo de Encaminhamento das Pacientes Oncológicas
- FIGURA 3** Gráfico de Custos por Faixa Etária no SIA.
- FIGURA 4** Gráfico de Custos por Faixa Etária no SIH.
- FIGURA 5** Média de Custos no SIA.
- FIGURA 6** Gráfico de Gasto por Raça/Cor no SIA.
- FIGURA 7** Gráfico de Procedimentos Aprovados por Ocupação no SIA
- FIGURA 8** Gráfico de Gasto por Raça/Cor no SIA.
- FIGURA 9** Gráfico de Gasto por Raça/Cor no SIH.
- FIGURA 10** Exemplo de Soma dos Gastos por Faixa Etária e Raça/Cor no SIH.
- FIGURA 11** Gráfico Comparativo Custo por Raça/Cor.

SUMÁRIO

DEDICATÓRIA	2
AGRADECIMENTOS	3
1. INTRODUÇÃO	9
OBJETIVOS	11
2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	12
O Adoecimento	12
O Câncer de Mama	12
O Corpo	13
O Corpo Feminino	14
O Sentido Atribuído	16
O SUS	17
O Câncer de Mama no SUS	19
Figura 1	20
Figura 2	21
Políticas Públicas	22
Educação e Conscientização para a Saúde	23
Fisioterapia e Saúde	24
A Fisioterapia Oncológica	25
A Psicologia e Saúde	26
Psicologia Oncológica	27
Interdisciplinaridade	27
3. MÉTODO	28
Participantes/Colaboradores	29
Instrumentos	30
Entrevista semi-estruturada	30
Questionário EORTC QLQ-BR23	30
DATA SUS	31
Procedimentos	32
Análise Crítica das Informações e Interpretação de Dados	33
4. RESULTADOS	34
Figura 3	35
Figura 4	36
Figura 5	37
Figura 6	37
Figura 7	38
Figura 8	39
Figura 9	40
Figura 10	40
Figura 11	41
Processo de Adoecimento	43

Processo de Descoberta	44
Rede de Apoio e Estratégias de Enfrentamento	46
Entrada no SUS	47
Investimentos e Recursos no SUS	49
Autoimagem, Corpo e Desejo	50
Equipe Multi	51
Desafios e Limitações	54
Sobrevivência Enquanto Decisão	54
População de Mulheres Pretas	55
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)	58
REFERÊNCIAS	60

1. INTRODUÇÃO

A partir do princípio do caminhar atual para uma “Sociedade do Cansaço”, segundo Han (2015), vive-se cada vez mais uma lógica mercantil e utilitarista, em que a dimensão do simbólico, do valoroso, do vazio, se perde. Uma sociedade altamente produtiva, que não mais é vista como sociedade disciplinar, mas de desempenho. Orientado à produção sem fim, o indivíduo cada vez mais desloca esforços para esta estrutura de organização, e se perde diante de si mesmo. A sociedade do desempenho coincide com o que o autor nomeia de sociedade paliativa (Han, 2021), uma sociedade sedenta pelo conforto e fraca para suportar as dores e desafios próprios da vida, na qual

“A dor é vista como um sinal de fraqueza. Ela é algo que deve ser ocultado ou deve ser eliminado por meio da otimização. Ela não é compatível com o desempenho. A passividade do sofrer não tem lugar na sociedade ativa dominada pelo poder. Hoje se remove a dor qualquer possibilidade de expressão. Ela é, além disso, condenada a calar-se. A sociedade paliativa não permite avivar: verbalizar a dor em uma paixão.” (pp.13 e 14)

Tendo em vista esta realidade de sociedade que nos constitui, exigente do bem-viver, do bem-estar, e altamente direcionada ao empenho e ao não sentir, não produzir esforços e se poupar diante da vida. Podemos questionar a relação individual com o corpo físico, com as doenças e com a saúde de forma geral. Uma saúde também submetida à lógica da positividade, em que a Organização Mundial da Saúde, instituição guia neste setor, define a “saúde não apenas como a ausência de doença, mas como a situação de perfeito bem-estar físico, mental e social.” Definição está, à frente de seu tempo quando delimitada, mas deslocada, irreal e ultrapassada para os tempos atuais, em que novos pensamentos e críticas se configuram (Segre e Ferraz, 1997).

Neste sentido, interessante se faz pensar, primeiramente, o corpo, a carne (Merleau-Ponty, 1994). Ação que implica olhar para questões que transcendem a compreensão do físico, do biológico, do cerebral, do celular, que tanto fazem menção a

unicidade do corpo individual; partindo, então para o entendimento deste corpo como “elemento” do Ser, como elemento comum ao sujeito e ao mundo, corpo e mundo que se constituem reciprocamente numa experiência tecida no fundo carnal (Alvim, 2011). Entender o corpo não como rival do mundo, mas compreender que “meu corpo é, ao contrário, o único meio que possuo para chegar ao âmago das coisas”. (Merleau-Ponty, 1964/2000, p. 132). Entender o corpo como parte indivisível da experiência no mundo da vida, como comunicação, como identidade e elemento, este estudo nos permitirá olhar para a problemática saúde e doença a partir da luz como aquela apontada pela lanterna, mas que ao focar em um objeto não é capaz de reduzi-lo, pois antes de ser iluminado, já existia como parte integrante de um universo, horizonte, complexo e interligado, acima de tudo, desconhecido.

Deste modo, abordar, no segundo momento deste texto, sobre a doença que acomete esse corpo, o câncer, só será possível a partir de uma dialética denotativa e conotativa, ou seja, falaremos sobre o câncer como a ciência médica, fisiológica e psicológica hoje o entendem, definem e tratam; mas também aportaremos o saber construído conotativamente sobre esse adoecimento. Sendo assim, compreendemos que de forma geral, o câncer é definido pelo crescimento desordenado de células que possuem a capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos sendo considerado um problema de saúde pública no Brasil (Batista, Mattos, e Silva, 2015). De forma específica, ou seja, em um corpo cujo universo simbólico constitui sentido ao vivido, mais rigorosamente, ao ser manifestado em mulheres, o correspondente a 28% de casos do Câncer de Mama, vale pensar que, para além da fisiologia, este último “é um órgão associado à identidade feminina, de forma a abranger características de sexualidade, feminilidade e também amamentação”, melhor dizendo, a mama não é só órgão adoecido em um corpo, lhe é atribuído sentido simbólico e isso se faz em cada ser, em cada experiência apresentada pelo mundo a esse corpo. Vamos além, o próprio “fato de se ter uma doença aguda faz com que os pacientes experimentem uma vivência de vulnerabilidade e comprometimento da auto-estima” (Grzybowski, Schmidt e Borges, 2008), isto significa dizer que para além do simbólico atribuído à doença por esse corpo particular, uma outra dimensão do mundo vivido se apresenta: a esfera social.

Como parte constituinte do ser no mundo, o corpo que sofre alterações, se desdobra em mudanças na identidade, na percepção de si e relação consigo, na relação

com o mundo e no sentido atribuído à doença. Olhar para o corpo feminino e todo o significado que este carrega, é trazer um novo olhar para a vivência destas mulheres, seu “Ser” no mundo e questões associadas que aqui serão dispostas e exploradas, como a qualidade da vida, este corpo que adocece, o sentido subjetivo atribuído, a adesão ao tratamento - como alternativas, implicações, protocolos, mobilidade, mutilação - até a qualidade de morte e luto associado não necessariamente à morte física, mas sua relação com expectativas e uma identidade que já não existe mais.

Neste sentido, estas temáticas serão associadas à realidade e contexto brasileiro de saúde pública, o SUS. Falar de SUS é falar de equidade, universalidade e atendimento integral à saúde, no qual o indivíduo é considerado por completo, muito além do que apenas a sua doença.

Sendo o corpo parte e inteireza deste ser no mundo, é preciso mais do que questionar a forma de adoecimento dessas mulheres. É fundamental pensar em como estes diagnósticos chegam a elas e como as mesmas o recebem em seus corpos - compostos e marcados por atributos fisiológicos, estéticos, sociais, de feminilidade, identidade. Pensar esta interface do material com o simbólico, seus ganhos e perdas, e todas as questões físicas, psíquicas, sociais, financeiras, geográficas e estruturais associadas que marcam e definem esta mulher. É preciso refletir sobre as estratégias do SUS, suas opções de tratamentos para a população feminina do Brasil, de forma mais específica, do Distrito Federal, bem como suas políticas públicas. Ainda, considerar as questões relevantes que atravessam este percurso do processo saúde e doença, como marcadores raciais, econômicos e de gênero, que podem dificultar ou facilitar o processo de adoecimento. Intencionar uma saúde integral é entender que os diagnósticos por si só não sustentam a produção e manifestação de saúde, mas sim, compreender que tal saúde integral só existe quando pensada no campo interdisciplinar, neste caso, entre a Psicologia e a Fisioterapia.

OBJETIVOS

Analisar e compreender como a adesão ao tratamento pode estar ligada ao sentido atribuído à doença pela mulher e as suas influências em processos de suas escolhas terapêuticas propostas no pós-operatório e no desenrolar da doença de forma geral em termos objetivos e subjetivos. Além deste, os objetivos específicos são (1) contribuir com a compreensão da doença em nível estadual (DF) e suas relações com as

políticas públicas de saúde; (2) compreender os processos e protocolos para o cuidado ao câncer de mama em termos de qualidade de vida e bem estar global das mulheres assistidas pela rede pública na assistência interdisciplinar fisioterapêutica e psicológica; (3) entender como os processos de adoecimento-tratamento-cura-paliativismo-alta/óbito se dão, e ainda, quais as relações e implicações desse processo nas tomadas de decisões refletem conteúdos como a auto-imagem, a auto-estima e o auto-cuidado.

2. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

O Adoecimento

A doença e o processo de adoecimento se dão de diferentes formas diante cada sociedade e seu tempo. Quando se fala em imagem sobre si, falamos também sobre um corpo físico, que permite a relação consigo mesmo, com o outro e com o mundo, visto que é na concretude deste corpo que as experiências são vivenciadas. Ainda, como será abordado adiante, ao olhar para o processo do adoecimento, é esperado que este afete a visão do indivíduo sobre si e sobre o mundo, bem como suas relações, agora configuradas de uma outra forma, marcada agora pelos estigmas do doente e da doença. Segundo Amparo et al. (2013) alguns fatores são de fato capazes de modificar a imagem do corpo, como a dor, a doença orgânica e a motricidade dos membros, fatores esses que transpassam a doença do câncer de mama.

Esta imagem do corpo bem como sua organização, ainda de acordo com os autores, “é muito flexível, estando em perpétua autoconstrução e auto destruição, vivendo em constante diferenciação” (Amparo et al., 2013, p. 511). Neste sentido, é simples de compreender que a forma que as pessoas acometidas pela doença se sentem, compreendem e encaram a doença impacta de uma forma ou de outra, em sua auto imagem e estima.

O Câncer de Mama

De maneira especial, estes conceitos são orientadores para a análise de um tipo de adoecimento específico: O Câncer de Mama. Um acometimento majoritariamente

feminino, que enquanto adoecimento concreto, provoca ressonâncias nos processos mais simbólicos - desempenho dos papéis sociais, econômicos, produtivos e relacionados à auto-imagem - ao acometer um dos órgãos que simbolicamente identifica e constitui a mulher e o feminino: a mama.

Segundo Batista, Mattos e Silva (2015) como definição, o câncer compreende um grupo de mais de 100 doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado de células que possuem a capacidade de disseminar-se entre os tecidos e órgãos adjacentes à estrutura afetada inicialmente no ser humano. O câncer de mama está relacionado a vários fatores, entre eles estão a hereditariedade, paridade e menopausa tardia, obesidade e mutações genéticas (Matos, Rabelo e Peixoto, 2021).

O câncer é considerado um problema de saúde pública, enfrentado pelo sistema de saúde brasileiro em vista de sua amplitude epidemiológica, social e econômica. De acordo com o Ministério da Saúde (s.d.), o câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do câncer de pele não melanoma. Atualmente, o câncer de mama corresponde a 28% dos casos novos de câncer em mulheres, e em sua maioria, têm um bom prognóstico.

A doença pode ocorrer em localizações diferentes, desde o ducto mamário até os glóbulos mamários (Bonessi e Lima, 2019). A sua progressividade pode ser lenta ou rápida dependendo do tempo de duplicação celular e sua complexidade. As células cancerígenas têm a capacidade de penetrar as células normais e espalhar para locais distantes (Piacentini, 2012).

Sabe-se, ainda, que o câncer - resultado destas multiplicações desordenadas de células comprometidas que se reproduzem - é determinado de forma multifatorial, ou seja, são variados aspectos - genéticos, ambientais e vivenciais - que combinados podem acarretar no surgimento ou não da doença (Ferreira e Lemos, 2016).

O Corpo

O corpo nos constitui. Falar em corpo é falar sobre o mundo e sobre o “estar no mundo” próprio e individual. É ponto de vista, é enxergar, é existir no e com o mundo. Falar de corpo implica analisar a trajetória percorrida ao longo do tempo até alcançarmos

a concepção atual, a partir do movimento iluminista, por exemplo, marcado pela cisão entre mente-corpo, já trazida desde os tempos da antiguidade clássica. O iluminismo reforça o corpo como uma condição inferior, negando as experiências sensoriais e vivenciais, para direcionar o foco para a razão inteiramente, um corpo à serviço da razão (Barbosa, Matos & Costa, 2011).

Pensar ainda, não só no corpo de forma geral, mas no corpo feminino àquela época, implica em refletir sobre os significados e sentidos atribuídos pela sociedade e pelas mulheres a este signo/corpo. Compreender por exemplo, a ambivalência da visão sobre o corpo da mulher, ora marcado pelos valores e moral cristãos, ao pregar uma transcendência do corpo, e a busca por uma vida religiosa e pura, ora marcado pelo amor provençal, o amor cortês, que liberta e convida o corpo feminino à experiências intensas e profundas. Diante do tempo, agora no Renascimento, o corpo passa a ganhar espaço, como consequência da transição ao modelo antropocêntrico, que ansiava por estudos, experimentos, análises e descobertas científicas sobre o corpo humano (Barbosa et al., 2011).

Com a chegada dos tempos modernos, é preciso pensar o corpo a partir de uma nova perspectiva. O modelo capitalista objetifica e disciplina estes corpos de produção, de fonte e força trabalho. Para Foucault (1984, p. 80), “o controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo.” Para o autor, os corpos são dominados a partir de um modelo disciplinar que rege e atravessa a vida humana atual como uma forma de gestão dos homens. Uma disciplina que analisa o espaço, categorizando e diferenciando os corpos; que exerce o controle sobre o desenvolvimento; que mantém uma vigilância perpétua e constante; e registra continuamente todos os detalhes desta pirâmide disciplinar (Foucault, 1984).

O Corpo Feminino

Ainda sobre a análise deste autor, agora em função do corpo feminino de maneira específica, o mesmo caracteriza em sua análise o processo de “Histerização do Corpo da Mulher”, que consiste na análise da qualificação ou/e desqualificação deste corpo a partir

da visão da mulher como símbolo sexual e de prazer, marcada ainda por uma patologia própria - a histeria - e carregada de funções sociais como a fecundidade e reprodução consciente e regulada, como base fundamental da estrutura familiar em termos ocupacionais e educacionais para ainda, o desenvolvimento “biológico-moral” destes filhos (Foucault, 1988, p. 98). Tendo trilhado este caminho, podemos começar a pensar em como, na atualidade, as mulheres compreendem e significam o seu processo de vida e, como reagem quando esta vida as apresenta uma nova condição: o adoecimento.

A relação saúde-doença também se constituiu e modificou ao longo do tempo, do modelo de santas casas, marcado pelos princípios cristãos de caridade, seguindo para o modelo biomédico, pautado pela doença como foco do processo e até a proposição do modelo de saúde integral, que visa considerar o sujeito para além da doença e seus determinantes sociais da saúde, fatores estes que podem contribuir com o adoecimento e a cura do sujeito. Essa nova forma de olhar este processo e a construção em torno da vida do sujeito nos permite compreender um novo olhar diante o adoecimento e considerar que este processo é parte da saúde e que

“Novos objetos vão se dar ao saber médico, na medida e ao mesmo tempo em que o sujeito cognoscente se reorganiza, se modifica e se põe a funcionar de uma forma. Não foi, portanto, a concepção da doença que mudou primeiramente, e em seguida a maneira de reconhecê-la; nem tampouco o sistema de sinais foi modificado e, em seguida, a teoria; mas todo o conjunto e, mais profundamente, a relação da doença com este olhar a que ela se oferece e que, ao mesmo tempo, ela constitui.”
(Foucault, 1963, p.101)

Ao pensar em uma realidade tão palpável e concreta, em termos de corpo, é necessário buscar compreender outra face desta doença. É preciso pensar neste corpo que se constrói continuamente antes e após o adoecimento, corpo este que se constitui a partir do mundo e de relações que o permeiam. O aparecimento de uma nova doença implica em uma reorganização do sujeito, uma nova configuração necessária a partir desta mudança de relação com o mundo e consigo. Esta nova vida e, portanto, nova forma de estar no mundo e de perceber sobre si e sobre os outros, simboliza em seu corpo a vulnerabilidade diante da vida e da morte (Grzybowski, Schmidt e Borges, 2008).

Esta reorganização do sujeito, implica em questões simbólicas e subjetivas, como a

literatura têm mostrado, que evidenciam que o diagnóstico desta doença é entendido como um fator estressor em potencial e acarreta transformações nos mais variados âmbitos da vida, como o medo da morte, a ameaça da mutilação da mama, e demais implicações que permeiam os campos do desejo, da percepção sobre o próprio corpo, da feminilidade, da sexualidade, da maternidade, entre outros. (Ferreira e Lemos, 2016).

Neste sentido, é preciso considerar o adoecimento de forma integral, visto que este tangencia todas as dimensões da vida da mulher, compreendendo que “o contexto psicossocial vivenciado pelo indivíduo influencia em sua subjetividade e é determinante para sua saúde ou seu adoecimento” (Cardinal, Pinto, Hoffmann e Antonelli, 2017, p. 2).

O Sentido Atribuído

É sabido que os acontecimentos ao longo da vida têm impactos diferentes nos sujeitos. A forma de compreender e internalizar situações não é a mesma para cada realidade e situação. Quando voltamos o olhar ao Câncer de Mama, isso não é diferente. Este processo de descobrir-se uma mulher que tem a doença é um convite à uma reorganização, à construção de uma nova identidade e em que a mulher entende que precisa reconhecer e aceitar esta nova condição de existir no mundo (Bergamasco e Angelo, 2001).

Em termos culturais, alguns são os estigmas que o câncer carrega, outros, que o corpo feminino carrega. A combinação destes símbolos em cada realidade pode trazer ao campo variadas formas de simbolizar este processo. Segundo Caetano, Gradim e Santos (2009), em nossa sociedade, o câncer está relacionado à crença de que seu portador está condenado a morrer, e segundo o relatos das entrevistadas, não apenas a morte era preocupação, mas o de não mais cumprir seu papel social de cuidadora do lar e dos filhos. Ainda, a mulher “pensa não somente nela, mas, primeiramente, naqueles pelos quais demonstra desvelo, amor e preocupação com o bem-estar” (Caetano et al., 2009, p. 258). Este é um sentido que vai para além da mulher e de seu corpo, permeia suas expectativas diante os papéis sociais.

Se, por um lado, este viés de sentido é atribuído à doença, e a mulher em algum nível se preocupa com estas questões, este pode ser um fator impulsionador para a

tomada de decisão em relação ao seu tratamento e à determinação de cura. Outro fator que pode contribuir com o enfrentamento do tratamento é a religiosidade. A tomada de consciência da finitude, orienta duas questões: a primeira entendida como uma punição divina em função de uma falta grave, a segunda, a cura como uma dádiva, uma salvação divina, orientada para a salvação da alma. Muitos são os caminhos que orientam o sentido, seja marcado por medo, angústias, preconceitos, sentimentos negativos e a possibilidade da morte e/ou mutilação, seja a de enxergar como uma batalha a ser vencida em função de si e dos demais. É necessário considerar que, a depender do sentido atribuído pela mulher à doença, esta pode apresentar resistências ou facilidades com relação ao seu adoecimento, o que implica também na adesão ao tratamento.

O SUS

Com a Constituição Federal de 1988, a Saúde passa a ser considerada um direito de todos e um dever do Estado, e neste cenário, o Sistema Único de Saúde (SUS) é criado. Conhecido por ser um dos maiores e mais complexos sistemas de saúde pública do mundo, o SUS oferece atendimentos de forma totalmente gratuita nos mais diversos níveis de complexidade - desde a atenção primária até a terciária.

Este modelo foi baseado em princípios e diretrizes que regem e organizam o sistema. Ao se estabelecer, o SUS tem como princípios a Universalidade, a Equidade e a Integralidade, de forma que todos os cidadãos brasileiros tenham acesso, independente de qualquer coisa, à saúde e suas condições que permitam uma boa condição de vida. No tangente à equidade, Matta (2007), afirma que a equidade permite identificar o espaço da diferença, não um espaço em condições e necessidades iguais, mas pelo reconhecimento das diferenças dos espaços brasileiros que marcam e possuem características e necessidades próprias de uma região ou um povo, por exemplo. É segundo o autor “reconhecer a pluralidade e a diversidade da condição humana nas suas necessidades e nas suas potencialidades.” (p. 69). Neste sentido, o SUS permite e orienta a distribuição de recursos e insumos de forma diferente, na medida da necessidade de cada população, para que todos sejam amparados nas medidas de suas necessidades. No tangente ao princípio da integralidade, podemos considerar dois sentidos, o primeiro, de uma atenção integral no sentido longitudinal, desde a prevenção da doença, transplante até os cuidados paliativos, quando necessário. Ainda, por outro lado, podemos considerar a

integralidade como um novo olhar à saúde, de forma ampliada, multidimensional e multifatorial, ao compreender não o adoecimento apenas na esfera biológica, mas também na psíquica, econômica, territorial, social e familiar, por exemplo.

É em função das diretrizes que estes princípios organizativos do Sistema Único de Saúde acima citados podem ser articulados. São também três diretrizes que estruturam o SUS, são elas: Descentralização, Regionalização e Hierarquização e Participação Social. Em se falando de descentralização, é possível pensar em autonomia. Isso é possível pois cada estado possui a liberdade e o poder de organizar e estruturar suas estratégias de forma independente. Sobre a diretriz da regionalização e hierarquização, a primeira é orientada para que as estruturas de atendimento à população estejam firmadas onde é necessário, de forma próxima ao povo que atende, para que consiga suprir as necessidades básicas e a incidência da necessidade de um atendimento mais complexo diminua, de forma que estes pacientes sejam encaminhados para os grandes centros hospitalares apenas quando a atenção primária ou secundária não mais alcança. Já para a hierarquização, é fundamental pensar em uma hierarquização de necessidades e prioridades, na qual o estado que mais necessita de recursos recebe-os com maior urgência, enquanto os estados menos urgentes conseguem se organizar com os recursos disponíveis, por ora.

Por fim, a diretriz da Participação Social ou Popular, que foi uma grande conquista da Reforma Sanitária Brasileira (Matta, 2007). Através de grupos regulamentados como conselhos de saúde e as próprias conferências, chamadas de entidades representativas, a população pode e deve participar da formação de políticas públicas, gestão e execução nas diversas áreas da saúde, por exemplo. Ao levar em consideração este grande sistema, é no mínimo desacertada e enganada a tentativa de reduzir o SUS ao ambiente hospitalar, apenas, visto que o mesmo engloba as atenções primárias, secundárias e terciárias, serviços de urgência e emergência, a atenção hospitalar, ações e serviços das vigilâncias epidemiológica, sanitária e ambiental e ainda, assistência farmacêutica nos âmbitos público e privado (Ministério da Saúde, s.d.). Com esta revolução na saúde brasileira, o Brasil, que proporcionou o acesso universal e gratuito a um sistema de saúde, sem discriminação e de forma integral, diante todos os cuidados assistenciais, em todas as fases da vida, se torna um modelo sólido e inspirador com o foco na saúde com qualidade de vida, visando sua prevenção e promoção, diante todo o mundo.

O Câncer de Mama no SUS

Tendo em vista este panorama do Sistema Único de Saúde, ao considerar o Câncer de Mama, a rede de assistência oferece estratégias de atenção integral à prevenção e ao tratamento do câncer de mama a toda a população. Mais do que a Campanha do Outubro Rosa, mês temático da prevenção da doença, o SUS se dedica aos cuidados desde a prevenção, até o seu diagnóstico e intervenção. Considerando o percurso, ao iniciar os cuidados na prevenção, a estratégia é o controle dos fatores de risco como falta de atividade física, excesso de peso corporal e consumo de bebidas alcoólicas. É válido lembrar, que a doença é multifatorial, ou seja, não tem uma causa única, e outros fatores podem aumentar o risco do desenvolvimento da doença, como a idade, fatores endócrinos, predisposição genética, entre outros. Neste sentido, a indicação, independente da idade, é sempre realizar o exame clínico, chamado de autoexame de mamas, e que mulheres entre 50 e 69 anos realizem a mamografia, exame específico de rastreio, com intervalos de no máximo 2 anos, com objetivo de detectar de forma precoce o Câncer de Mama (Ministério da Saúde, s.d.).

O papel do SUS é também orientar as mulheres para alertas e sinais que podem indicar esta doença. Tendo a suspeita, a orientação é justamente investigar para confirmar ou não a doença. Para isso, o SUS oferece o exame clínico das mamas, exames de imagem como mamografia, ultrassonografia e ressonância magnética (Ministério da Saúde, s.d.). A confirmação, porém, é feita após punção - procedimento de retirada dos fragmentos dos nódulos para biópsia laboratorial. Sabendo da efetividade do tratamento quando descobertas precocemente, duas são as estratégias populacionais do SUS para a detecção - o diagnóstico precoce e o rastreamento. A primeira é mais direcionada e tem como objetivo identificar pessoas com alguma predisposição ou sinais e sintomas da doença, de forma que a intervenção seja simples, pouco invasiva e efetiva, com o intuito de manter a qualidade de vida das pacientes. A outra estratégia utilizada é o rastreamento, ação direcionada à população sem sintoma com o intuito de identificar o câncer antes mesmo de sua fase pré-clínica (Ministério da Saúde, s.d.). A seguir, um fluxograma de como se dá o processo de trânsito da mulher em acompanhamento, com suas especificações a depender do resultado.

Figura 1

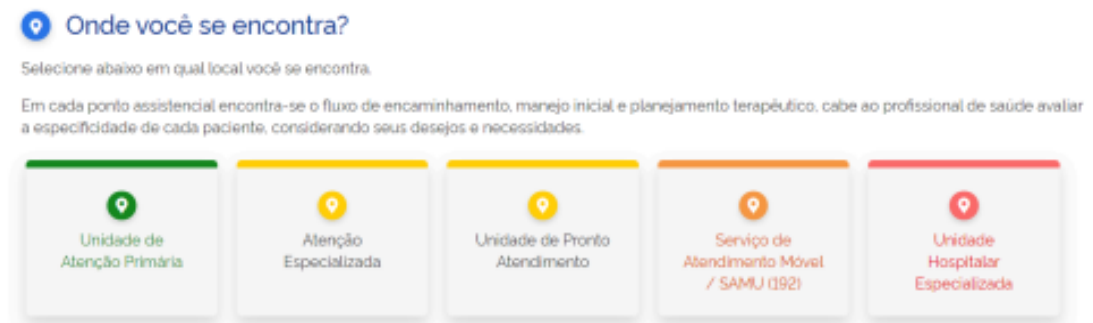
Diagrama de navegação: Unidade de Atenção Primária



Confirmada a doença, o paciente tem em seu favor a lei 12.732 (2012), que dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início, que estabelece como prazo até 60 dias a partir do dia em que é firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso. Para isso, o Sistema Único de Saúde oferece todos os tipos de cirurgia, como mastectomias, cirurgias conservadoras e reconstrução mamária, além de radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e tratamento com anticorpos, já no nível terciário de atenção (Ministério da Saúde, s.d.). O tratamento do câncer de mama é feito por meio de uma ou várias modalidades combinadas. O médico vai orientar e informar ao paciente o tratamento mais adequado de acordo com a localização, o tipo do câncer e a extensão da doença. Neste sentido, a atenção especializada define as linhas de cuidado, no que tangencia um tratamento terapêutico de acordo com a situação individual de cada paciente, conforme necessidade, com orientações disponíveis virtualmente como as a seguir.

Figura 2

Fluxo de Encaminhamento das Pacientes Oncológicas



Segundo Agência GOV (ano), entre janeiro e junho de 2023, foram realizadas mais de dois milhões de mamografias pelo Sistema Único de Saúde (SUS), ainda 952.536 quimioterapias, 16.283 radioterapias e 31.569 cirurgias oncológicas, todos os procedimentos relacionados ao tratamento de câncer de mama (Agência Gov, 2023).

Ainda, o SUS oferece cuidados paliativos, assistência que é promovida por uma equipe multidisciplinar, que tem como objetivo a melhoria da qualidade de vida dos pacientes e seus familiares. Seja em função da prevenção e alívio do sofrimento, tratamento de dores físicas e outras questões que perpassam as esferas sociais, psicológicas, emocionais e espirituais, por exemplo, os cuidados paliativos são fundamentais, desde a descoberta do diagnóstico até a cura ou óbito, ao visar uma qualidade de morte. Isso se dá em função dos sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença, e neste sentido é necessário que os profissionais estejam preparados para adotar condutas terapêuticas dinâmicas e ativas, de forma a respeitar os limites do próprio paciente diante situações de incurabilidade, ou de sucesso terapêutico.

Por fim, o Sistema Único de Saúde oferece, às mulheres que tiveram câncer de mama e neste processo precisaram retirar a mama ou parte delas, um procedimento de reconstrução mamária de forma integral e gratuita nos procedimentos de recuperação pós mastectomia (Ministério da Saúde, s.d.).

Políticas Públicas

Em termos de políticas públicas, o Sistema de Saúde lança mão de estratégias para o controle e manutenção do Câncer de Mama. Neste sentido, é possível destacar a importância de ações interdisciplinares e intersetoriais que favorecem e permitem o acesso à informação e a práticas preventivas nos mais variados âmbitos da população. O SUS orienta que a própria redução das barreiras de acesso aos serviços de saúde para a detecção precoce é também um componente estratégico (Instituto Nacional de Câncer, s.d.).

Em termos de prevenção primária, ainda segundo o INCA (s.d.) a neoplasia está relacionada ao controle dos fatores de risco conhecidos e passíveis de mudança, e à promoção de práticas e comportamentos considerados protetores - como atividade física, alimentação, taxa de gordura corporal e consumo ou não de álcool, que podem reduzir o risco do desenvolvimento do câncer de mama. Demais fatores não são tão acessíveis e modificáveis, como questões hereditárias e associadas ao próprio ciclo reprodutivo, e portanto, é fundamental que a população busque intensificar o cuidado e prevenção através destes fatores de risco e protetores supracitados.

Já orientados no sentido de uma prevenção secundária, estratégias encontradas foram o rastreamento e o diagnóstico precoce e, que, como anteriormente mencionado, caracterizam respectivamente uma estratégia de cuidado para com mulheres da faixa etária de maior risco, até então saudáveis e sem suspeita, que através de uma busca ativa e periódica, pode-se detectar o câncer, e uma estratégia de identificação da doença em seus sinais e sintomas iniciais, para uma rápida e efetiva intervenção.

Ainda sobre a segunda estratégia, de detecção precoce, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), orienta sobre alguns eixos de atuação, como a produção e disseminação do conhecimento, a gestão da informação - Siscan, por exemplo - educação à distância, comunicação em saúde e o próprio programa de qualidade de mamografia, que permitem que uma identificação mais sistemática e assertiva, bem como a gestão e monitoramento da rede de atenção oncológica do SUS (Instituto Nacional de Câncer, s.d.).

Em termos históricos, o combate ao Câncer de Mama e suas ações de prevenção apresentaram ao longo dos anos uma série de marcos, incentivos e melhorias. As estratégias de saúde relacionadas a este tema passaram a ter uma maior visibilidade em

1980, ao serem incluídas no Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. No final da década de 90, foram iniciadas ações para a formulação das diretrizes e a estruturação e organização da rede assistencial para a detecção precoce da doença. Com o passar do tempo, incentivos financeiros foram direcionados às ações, encontros e congressos internacionais foram realizados, o aumento dos recursos humanos, materiais e tecnológicos que visaram a ampliação do alcance populacional e a consistência e assertividade dos dados para estudo e desenvolvimento de novas políticas, foram aplicados (Nicolaou & Padoin, 2013).

Educação e Conscientização para a Saúde

O câncer lidera as causas de morte no mundo e, entre as mulheres, o tumor de mama é o mais prevalente no Brasil (Ministério da Saúde, s.d.). Foram estimados 66.280 casos novos de câncer de mama em 2021, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil mulheres, sendo a segunda causa de morte por câncer no Brasil, atrás somente do câncer de pele não Melanoma (INCA,2023). A distribuição geográfica da doença apresenta parâmetros de avaliação epidemiológica, bem como fatores de risco para seu aparecimento. O conhecimento do perfil epidemiológico fornece subsídios para o planejamento de ações voltadas para as medidas efetivas e eficazes de controle, as chamadas políticas públicas (Silva et al., 2011).

Tendo isso em vista, é sabido que a educação das mulheres através destas políticas pensadas de forma específica para realidade de cada região, é o ponto fundamental que permite uma extensiva e intensiva aplicação das estratégias de rastreamento e detecção precoce, atualmente utilizadas pelo Sistema Único de Saúde para identificação da doença na população. Neste sentido, ter uma população que tem informação e conhecimento sobre os fatores de risco, pode propiciar uma prática consciente de comportamentos preventivos e monitoramento constante. Dessa forma, é crucial promover a conscientização da sociedade em relação ao câncer de mama e incentivar a adoção de comportamentos preventivos. Além disso, a identificação precoce representa a abordagem mais comum para diagnosticar os pacientes o mais breve possível, visando um prognóstico mais positivo (Silva et al., 2011).

Fisioterapia e Saúde

Ao pensarmos no conceito de saúde integral, como aponta a Organização Mundial da Saúde (1946), a saúde é considerada como um completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas como a ausência de doença ou enfermidade. Neste sentido, é acertado pensar que alguns conceitos como a qualidade de vida, por exemplo, fazem parte desta saúde. “Tornou-se lugar comum, no âmbito do setor saúde, repetir, com algumas variantes, a seguinte frase: saúde não é doença, saúde é qualidade de vida” (Minayo, Hartz e Buss, 2000, pág. 8). Isto porque, ainda de acordo com a OMS (2012), qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. Desse modo, percebe-se a necessidade de analisar para além do corpo, a mente e até mesmo o contexto social no qual o indivíduo está inserido são fundamentais para conceituar melhor o seu estado de saúde.

De acordo com o COFFITO - O Conselho Federal de Fisioterapia e Terapia Ocupacional - Fisioterapia é uma Ciência da Saúde que estuda, previne e trata os distúrbios cinéticos funcionais intercorrentes em órgãos e sistemas do corpo humano, gerados por alterações genéticas, por traumas e por doenças adquiridas. O profissional fisioterapeuta é habilitado à construção do diagnóstico dos distúrbios cinéticos funcionais (Diagnóstico Fisioterapêutico), que é de extrema importância para a prescrição das condutas fisioterapêuticas, o acompanhamento da evolução do quadro clínico funcional, prognóstico e alta (CREFITO-4, 2021). Dito isso, ao direcionar o foco para a Fisioterapia aplicada ao Câncer de Mama, no âmbito oncológico, é possível observar suas diversas contribuições em alguns níveis. Sabendo do impacto do adoecimento tanto em níveis físicos como emocionais, e efeitos colaterais e sintomas como fraqueza, encurtamentos musculares, alterações posturais e respiratórias, fadiga, dor entre outros (Cardoso et al., 2022), o profissional da fisioterapia passa a ser fundamental e decisivo na equipe multiprofissional de cuidado, visto que o mesmo atua com o intuito de melhorar a funcionalidade do paciente e sua qualidade de vida, durante todas as fases de tratamento - pré-operatório, internação e pós-operatório - e pode ser ofertado em todos os níveis de assistência - primário, secundário e terciário, ainda segundo os autores. É fundamental compreender que as ações deste profissional não visam apenas a reabilitação, mas a

prevenção de possíveis complicações decorrentes do tratamento.

A Fisioterapia Oncológica

A Fisioterapia oncológica ainda é muito recente, regulamentada e reconhecida enquanto especialidade pelo COFFITO em 2009, através da resolução 364/09, o especialista nesta área atua intervindo em exigências clínicas, cinesiológicas e funcionais de pessoas com

problemas decorrentes do câncer, bem como auxilia, principalmente, nos processos pós-cirúrgicos de câncer que afetam diretamente a capacidade funcional do paciente e sua qualidade de vida (Crefito-1, s.d.).

Apesar de ser uma área relativamente nova em termos históricos, é notório o impacto e importância, com constantes atualizações e descobertas, que foram estruturadas bem antes do reconhecimento oficial do conselho. Foram realizados diversos congressos, como o Terceiro Congresso Brasileiro de Fisioterapia em Cancerologia, em 2008, em que são levantados temas como a abordagem fisioterapêutica em pacientes amputados; em pacientes que sofreram cirurgias toracoabdominais; nos cuidados paliativos oncológicos; no ensino e na pesquisa em oncologia; nas políticas públicas de saúde; na fisioterapia respiratória em oncologia; na neurocirurgia oncológica; na mastologia; na oncologia clínica; e na urologia oncológica, por exemplo (Faria, 2010).

Diante da jornada do tratamento oncológico, o processo fisioterapêutico pode ser dividido em algumas partes - a fisioterapia precoce ou pré-operatória, internação e o pós-operatório. Inicialmente, se faz pertinente dizer que o diagnóstico precoce facilita o tratamento do paciente, por isso, segundo Instituto Nacional do Câncer - INCA, a orientação é que a mulher observe e palpe suas mamas sempre que se sentir confortável para tal, sem necessidade de aprender um técnica de autoexame ou de seguir uma periodicidade regular e

fixa, valorizando a descoberta casual de pequenas alterações mamárias suspeitas. E caso haja alguma alteração física visível ou palpatória, é preciso procurar esclarecimento médico. Desta forma, sabendo que os objetivos desta área da Fisioterapia é preservar, manter, desenvolver e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas do paciente com câncer, conforme a Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica - SBCO (2022), pode-se dizer que a mesma está diretamente relacionada à função do indivíduo,

sendo aplicada no tratamento de dor, fortalecimento dos membros superiores e ganho de amplitude de movimento, sendo essa a reportada pelas pacientes resultando em limitações para as suas atividades de vida diária (Reis, 2015). Tendo isso em vista, o objetivo é, de maneira geral, proporcionar aos acometidos pela doença uma melhor qualidade de vida. Diante disto, como citado anteriormente, uma vertente que muito promove a Qualidade de Vida é a Fisioterapia, nos mais variados casos de enfermidades. Ao orientar-se especificamente para o Câncer de Mama, podemos analisar os possíveis momentos de intervenção.

A Psicologia e Saúde

A Psicologia da Saúde é uma área recente, que teve como período de desenvolvimento meados da década de 1970, a partir de pesquisas e vivências práticas que visam compreender e atuar sobre a relação entre saúde-doença, bem como os paradigmas que perpassam este tema (Almeida e Malagris, 2011). Em termos práticos, este campo da Psicologia não direciona seu foco à doença em si, visto que esta é atribuição do médico, mas sim tem como objetivo entender a forma como o sujeito vivencia seu estado de saúde ou de doença, consigo mesmo e com os outros ao seu redor. Neste sentido, a ideia é que as pessoas estruturam suas vidas e seus comportamentos a partir da ideia de promoção de saúde, em termos de prevenção do adoecimento (Barros, 2002).

Sabendo que a Psicologia da Saúde busca dar ênfase não no adoecimento em si, mas no processo de saúde e bem-estar do sujeito, o foco do desenvolvimento de pesquisas e estudos passa a ser não mais o funcionamento disfuncional do sujeito, mas sim os comportamentos psicológicos habituais e saudáveis, com o objetivo de sua promoção. Devem realizar as intervenções com o objetivo de prevenir doenças e auxiliar no manejo ou no enfrentamento das mesmas (Miyazaki, Domingos e Caballo, 2001). Ainda, busca compreender o papel das variáveis de forma geral que envolvem a manutenção da saúde, o desenvolvimento de doenças e outros comportamentos associados, assim como questões psicológicas, sociais, econômicas, regionais, espirituais e familiares (Almeida e Malagris, 2011).

A partir de conjunto de técnicas e atividades de intervenção exercidas pelos profissionais da área propostas nos campos da saúde física e mental, o psicólogo deve ir

além, levar em consideração os fatores sociais, culturais e ambientais relacionados com a saúde e com a doença, de forma a compreender a saúde de forma integral, ao perpassar por todos os campos da vida do sujeito. Afinal, são diferentes as significações e os discursos sobre o adoecimento e a saúde diante de fatores como o socioeconômico, o gênero e a diversidade cultural (Almeida e Malagris, 2011).

Psicologia Oncológica

Segundo Campos, Rodrigues e Castanho (2021), há cerca de 40 anos que o campo psicológico foi integrado enquanto uma subespecialidade da Oncologia. No Brasil, a Psico-Oncologia é definida por Gimenes (1994) como uma interface entre a Psicologia e a Oncologia. Um de seus objetivos principais era a de desfazer estigmas do portador de câncer, por conhecimento e estratégias de enfrentamento melhor adaptados aos tratamentos, com a inclusão de grupos de autoajuda, suporte psicossocial, entre outros. Neste sentido, outros estudos foram sendo desenvolvidos, até a possibilidade do estudo dos comportamentos psicológicos associados ao câncer, A partir destes focos se tornou possível o estudo dos comportamentos psicológicos associados ao câncer e novas posturas frente ao tratamento.

A Psico-Oncologia tem como objetivo proporcionar aos diversos participantes desse processo, como a própria equipe de saúde, os familiares, as famílias envolvidas e à comunidade como um todo, uma nova perspectiva sobre o câncer de forma geral, uma alternativa para a compreensão de todo o processo saúde e doença, os modelos de adoecimento, e seus impactos. Ainda permite que o paciente compreenda de forma mais empática as respostas psicológicas acarretadas ao longo do processo e de seu novo modelo de vida (Campos, Rodrigues e Castanho, 2021).

Interdisciplinaridade

O enfoque interdisciplinar entre a fisioterapia e a psicologia no âmbito do câncer de mama desempenha um papel fundamental na implementação de cuidados integrais às mulheres submetidas à mastectomia. A fisioterapia, ao concentrar-se na restauração físico-funcional, oferece suporte para atenuar as sequelas resultantes da intervenção cirúrgica e tratamentos correlatos, promovendo a recuperação da mobilidade e da força e qualidade de vida. Paralelamente, a psicologia desempenha um papel crucial na construção de significado, proporcionando suporte emocional ao longo de todo o

processo. A conjugação destas disciplinas resulta em benefícios notáveis, englobando melhorias no estado geral de saúde e uma maior capacidade de enfrentar os efeitos adversos da terapêutica oncológica. Desta forma, a colaboração interdisciplinar entre fisioterapia e psicologia emerge como um elemento essencial para um cuidado compreensivo e eficiente, voltado não apenas à restauração física, mas também à resiliência emocional e à qualidade de vida das mulheres confrontadas com o desafio do câncer de mama.

Enfim, partiremos para o próximo tópico, a seção metodológica, tendo o olhar teórico orientado pelo panorama acima.

3. MÉTODO

Sabe-se que o método é parte fundamental de um projeto de pesquisa, por isso, esta seção se ocupa de definir o método utilizado neste estudo, bem como os instrumentos e os procedimentos propostos para este trabalho. Em termos teóricos, a metodologia que orientou este trabalho na dimensão qualitativa será a Fenomenologia. Segundo Feijoo e Mattar (2014), a Fenomenologia aplicada à Psicologia não constitui apenas uma abordagem, mas um fundamento para o fazer científico neste campo, visto que este método permitiu a construção de conhecimento sobre um assunto, de forma a considerar todas as suas variáveis. Neste sentido, é possível acessar o fenômeno através do modo vivido, uma compreensão dos significados e das vivências que se dão em relação, naquele momento de forma única, como se apresenta, se manifesta, trazendo à tona a verdade na relação, a partir da experiência (Monteiro, Paz, Rocha e Souza, 2006).

Foi preciso considerar que o saber se estabelece em ato, a partir da experiência, conteúdos e informações são construídas a partir do vivido em ambas as partes, de forma única e inédita no mundo. A Fenomenologia, portanto, pode ser entendida como o estudo do fenômeno, “o qual, por sua vez, pode ser entendido no seu sentido estrito como aparecer, ou aquilo que se mostra por si mesmo”, e dessa forma, considera-se que não existe um fenômeno puro, mas sim a forma como é compreendido é associada diretamente aos valores, história, do sujeito que o vive, e defende, portanto, que não há neutralidade em pesquisa (Frota e Dutra, 2021). Ainda de acordo com as autoras, a fenomenologia considera que o conhecimento é possibilitado por meio do envolvimento entre o mundo, e o que se mostra, ou seja, é o próprio fenômeno definido a partir do

sentido atribuído pelo intérprete, ou seja, o sujeito que vive, “o fenômeno mostra-se carregado de todos os sentidos a ele atribuídos, que se interliga à história, cultura e sociedade da qual faz parte” (Frota e Dutra, 2021, p. 4).

Participantes/Colaboradores

Participaram deste estudo, no âmbito qualitativo, quatro participantes mulheres, entre 50 e 60 anos, residentes e tratadas no Distrito Federal, com diagnóstico principal de Câncer de mama, e que tiveram histórico de mastectomia - unilateral ou bilateral, total ou parcial - ou estão atualmente em tratamento de Câncer de Mama durante a duração da pesquisa , e estejam dispostas a compartilhar suas histórias. No âmbito quantitativo, foram levantados 33 mil atendimentos das participantes nestes critérios de inclusão e exclusão - mulheres, entre 50 e 60 anos, e com o mesmo diagnóstico principal – levantadas a partir de uma plataforma de acesso público de dados, e enquadradas em algum dos possíveis CIDs a seguir:

C50	Neoplasia maligna da mama
C50.1	Neoplasia maligna da porção central da mama
C50.2	Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama
C50.3	Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama
C50.4	Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama
C50.5	Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama
C50.8	Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva
C50.9	Neoplasia maligna da mama, não especificada
D05	Carcinoma in situ da mama
D05.9	Carcinoma in situ da mama, não especificado

Instrumentos

Entrevista semi-estruturada

Para Manzini (1990/1991), a entrevista semi-estruturada é um roteiro em que o entrevistador confecciona um roteiro com perguntas principais, que são complementadas por outras questões inerentes às circunstâncias vividas e que são apontadas durante a entrevista. Para o autor, esse tipo de ferramenta abre espaço para que outras informações surjam de forma mais livre tanto pelo entrevistador quanto pelo participante e ainda, que as respostas não estejam condicionadas a uma padronização de alternativas.

Sendo assim, foi elaborado um roteiro de entrevista, presente no apêndice B para as participantes do presente estudo, que abordam questões específicas e diretas sobre a vida de cada uma, orientadas principalmente para a forma como compreendem a doença e suas vivências, sua relação com o corpo e seus papéis sociais, bem como a qualidade de vida destas mulheres em tratamento ou após tratamento. Devido ao caráter deste primeiro instrumento, as perguntas principais abriram espaço para o desenvolvimento e levantamento de outros aspectos considerados relevantes pelas participantes/colaboradoras durante as entrevistas.

Questionário EORTC QLQ-BR23

O questionário QLQ-BR23, disposto no anexo A é um questionário específico para câncer de mama, desenvolvido pela European Organization for Research and Treatment of Cancer (EORTC). O EORTC-QLQ-BR23 é um questionário composto por 23 perguntas projetado para avaliar os efeitos adversos do tratamento em mulheres com câncer de mama. Ele se subdivide em duas categorias principais: a funcional, que aborda aspectos como imagem corporal, perspectivas futuras, funções e prazer sexual; e a sintomática, que inclui questões relacionadas à mama, braço, preocupações com a perda de cabelo e os efeitos do tratamento. O objetivo do questionário QLQ-BR23 foi proporcionar uma avaliação abrangente e sensível dos impactos físicos, psicológicos, função sexual, entre outros, do câncer de mama e seu tratamento na qualidade de vida das pacientes (Bushatsky et al., 2017).

DATASUS

Advindo a partir da necessidade de concentrar dados e informações dos pacientes do SUS - Sistema Único de Saúde - o DataSUS, Departamento de Informática do SUS, surgiu em 1991, com o objetivo de ser a principal ferramenta para se obter dados concretos e objetivos sobre o Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, s.d).

De acordo com o Ministério da Saúde, o DataSUS tem como responsabilidade prover os órgãos do SUS de sistemas de informação e suporte de informática, necessários ao processo de planejamento, operação e controle. Uma de suas principais funções é promover a modernização por meio da tecnologia da informação para apoiar o SUS. Além disso, a partir das informações disponíveis de forma anônima e pública, uma série de políticas públicas são criadas com o intuito de cessar demais problemas e atender às necessidades da sociedade como um todo (Lima et al., 2015).

Acerca das bases de dados, cerca de 75% dos atendimentos à população brasileira foram realizados pelo sistema público de saúde. Para otimizar o gerenciamento e controle de gastos, bem como facilitar o processamento da assistência ambulatorial e hospitalar, foram empregados sistemas de informação, como o Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) e o Sistema de Informação Hospitalar (SIH). O SIH foi estabelecido pela Portaria GM/MS no 896/1990 e se destaca por sua característica principal de efetuar pagamentos fixos pelos procedimentos hospitalares, abrangendo desde procedimentos médicos até materiais utilizados, além do pagamento de profissionais de saúde envolvidos, entre outros aspectos, dados estas disponibilidades de forma de toda a população possa ter acesso.

O Sistema de Informação Ambulatorial (SIA) é responsável pelo processamento abrangente de informações referentes à atenção ambulatorial de forma anônima, englobando tanto a atenção básica quanto a especializada no nível secundário em saúde. Este sistema registra os serviços, procedimentos e tratamentos ambulatoriais, como consultas médicas, exames, diagnósticos por imagem, procedimentos clínicos e cirúrgicos, atendimento fisioterapêutico, psicoterapia, acupuntura, entre outros. Estas ferramentas foram utilizadas como instrumentos para a coleta de informação para a análise de dados de mulheres com Câncer de Mama e suas derivações. O objetivo foi coletar informações de domínio público e anônimas, originárias de duas fontes de

informação SIA E SIH, de forma que possibilitou a geração de relatórios e informações para estabelecimentos de saúde. É importante ressaltar que estes dados são de domínio público e anônimos.

O intuito do levantamento destes dados foi observar os custos diretos em saúde que envolvem trocas monetárias diretas relacionadas aos cuidados médicos. Isso inclui despesas como remuneração de profissionais de saúde, exames complementares, consultas, fisioterapia, atendimento de emergência, internações hospitalares, diárias na UTI, serviços ambulatoriais, materiais médicos, psicoterapia, entre outros. Os custos hospitalares se dividem em serviços hospitalares e serviços profissionais, como diárias, alimentação, serviços de saúde associados, terapia intensiva, entre outros. E ainda, os dados sociodemográficos e socioeconômicos, como idade, sexo, raça e estado de residência, foram obtidos do Sistema de Informação Hospitalar (SIH) e do Sistema de Informação Ambulatorial (SIA).

Procedimentos

Após finalização da escrita, as pesquisadoras submeteram o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética e Pesquisa do CEUB (CEP CEUB), conforme a resolução nº466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde, respeitando os preceitos éticos e legais a serem seguidos nas investigações envolvendo seres humanos. Após retorno do CEP com a aprovação, as pesquisadoras deram início a produção do material de divulgação e seleção para recrutamento das participantes/colaboradoras.

O processo de recrutamento e seleção se deu a partir da divulgação nas redes sociais de um QR Code com informações da pesquisa, portanto, uma amostra por conveniência, de forma que as participantes/colaboradoras se manifestaram e voluntariamente quiseram participar da pesquisa. Ao demonstrarem o interesse, através do QR Code, elas foram direcionadas para um Google Formulário no qual preencheram algumas informações pessoais, bem como se estavam aptas a participar do estudo a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Além disso, dúvidas sobre a pesquisa e informações para contato também foram disponibilizadas. Após envio do formulário, as pesquisadoras entraram em contato para agendar a entrevista.

No dia da realização da entrevista, que foi de forma presencial e no local de escolha da participante para que a mesma se sinta o mais confortável possível, antes de

iniciar, as participantes colaboradoras leram e assinaram, o TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, disposto no apêndice A em formato físico. Antes da entrevista, a pesquisadora auxiliar fez sua preparação, no sentido de uma redução fenomenológica, que consistiu em suspender, de início, todos os julgamentos prévios, preconceitos e ideias enraizadas, além de teorias acerca da consciência, da compreensão do mundo com o intuito de compreender que o conhecimento do fenômeno se dará naquele momento, de forma única e irrepetível. Após a redução, conduziu a entrevista semi-estruturada e fez o seu relato de intencionalidade, de forma individual, para cada participante. Durante o momento da entrevista, em redução fenomenológica, a pesquisadora percebeu o momento mais adequado para a aplicação do questionário sobre Qualidade de Vida (EORTC QLQ-BR23) e o aplicou.

Tendo encerrado a entrevista, a pesquisadora retomou a redução fenomenológica, e enquanto pesquisadora colaboradora, fez o relato de intencionalidade, que consiste, por sua vez, no registro da experiência a partir do seu ponto de vista, de forma que fisou os pontos de impacto e atenção no momento da entrevista, ou seja, cuidadosamente fez sua intencionalidade. Este procedimento foi realizado individualmente para cada participante.

Análise Crítica das Informações e Interpretação de Dados

Para a análise de informações qualitativas construídas na entrevista semi-estruturada, a partir da redução fenomenológica, do relato de intencionalidade da pesquisadora colaboradora auxiliar e da escuta repetitiva, do ponto de vista fenomenológico, identificaram e definiram a criação dos eixos de divergência e convergência de temas abordados e objetivos definidos, bem como compreender as perspectivas que dizem respeito aos temas abordados ao longo deste trabalho. Além disso, realizaram de fato a construção crítica do saber, de forma a apontar as limitações e considerações que podem ser levantadas também neste estudo e avaliaram, se as informações trazidas pelas participantes sustentam, em algum nível, as informações levantadas através dos dados de atendimento do SUS.

No tangente ao questionário de Qualidade de Vida (EORTC QLQ-BR23), este foi discutido de forma qualitativa e interdisciplinar, nos campos da Psicologia e Fisioterapia,

ao partir do eixo principal que foi o sentido atribuído a este adoecimento pelas mulheres, seus sentidos subjetivos e sua qualidade de vida ao longo de todo o processo. Além disso, informações subjetivas sobre a sustentação de um sentido que diz respeito sobre o corpo de uma mulher e suas vivências pessoais, e não, propriamente sobre a assistência prestada na área ambulatorial ou hospitalar, de modo geral.

Já para análise de dados quantitativos, foram utilizados dados secundários, levantados a partir do DATASUS, SIA E SIH, os quais foram analisados a partir de uma abordagem de macro custeio (top-down). Além disso, no tangente a condições de saúde analisadas, foram investigadas, a partir dos códigos da 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10), estes que se referem ao câncer de mama, os quais foram citados no campo de participantes colaboradoras.

Para análise, utilizou-se o software TABWIN versão 1.4.1 para processar dados do sistema público de saúde, incluindo documentos da AIH e do BPA-Mag, permitindo análise detalhada dos atendimentos. Os dados extraídos foram organizados em planilhas e processados no software R versão 4.1.1.

4. RESULTADOS

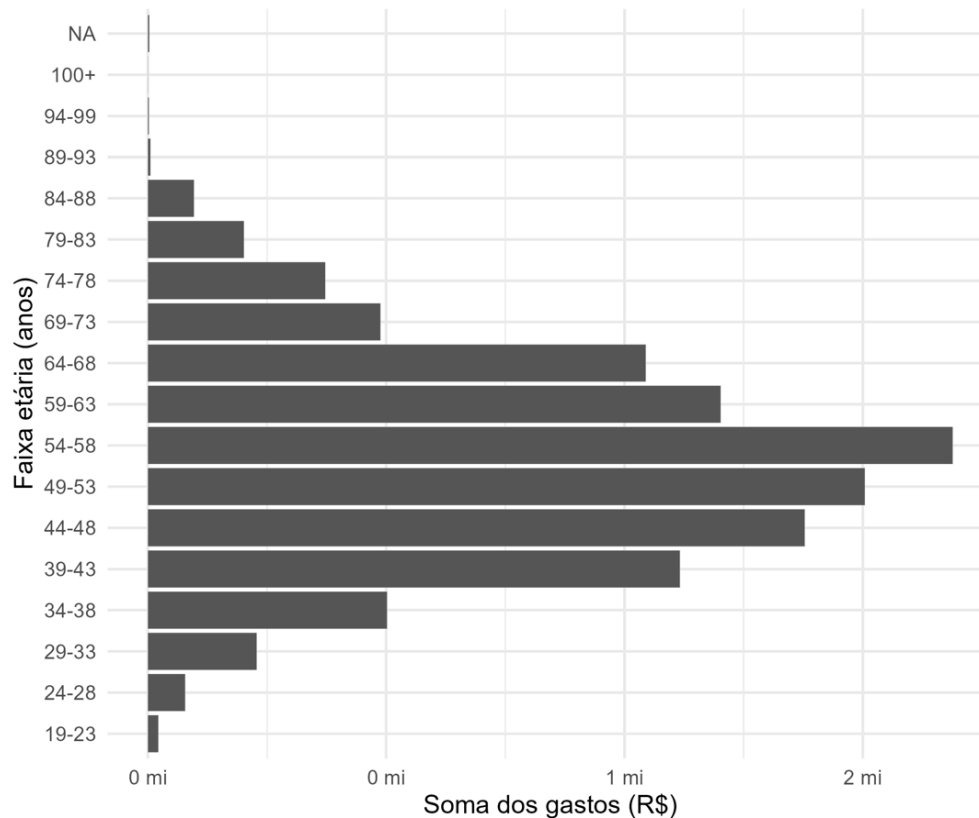
Referente aos dados quantitativos, as considerações levantadas serão referentes às informações coletadas pelo sistema de registro destes atendimentos, o DATASUS, referente à assistência prestada com relação ao Câncer de Mama do Distrito Federal no ano de 2022. a partir do serviço prestado pelos especialistas lotados na Rede de Assistência à Saúde nos três níveis de atenção. Foi possível levantar e compilar trinta e três mil (33.000) atendimentos realizados por essa equipe de profissionais. Apoiado nos CIDs elencados na seção de participantes, os dados foram compilados, parametrizados e interpretados conforme disposto a seguir. Diante do obtido, foi possível inferir e apontar informações significativas para a compreensão do atual cenário, além de considerações diante da comparação entre os dois setores: o hospitalar (SIH) e o ambulatorial (SIA).

O gráfico abaixo, figura 3, refere-se à informações sobre a distribuição etária dos pacientes e os custos associados aos seus atendimentos. A faixa etária predominante, para o SIA, com entradas no nível primário e secundário do SUS, é de 54 a 58 anos, além

disso é a que mais consome recursos no sistema ambulatorial, com um custo médio de quase R\$2.500,00 (dois mil e quinhentos reais) por atendimento.

Figura 3

Gráfico de Custos por Faixa Etária no SIA.



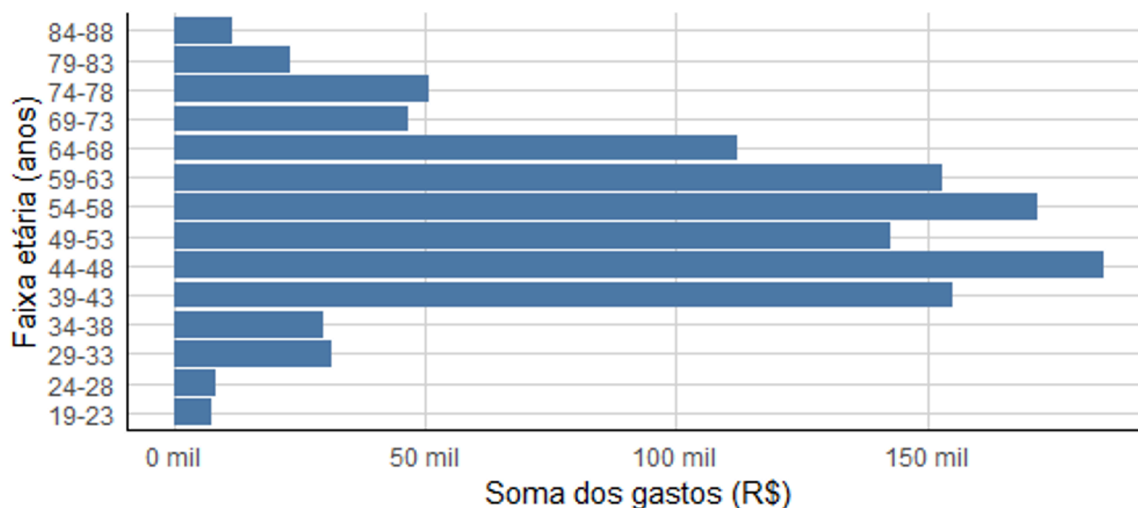
Já o gráfico de gastos por faixa etária no Sistema Hospitalar (SIH), figura 4, revela que a faixa etária predominante é de 44 a 48 anos, o que demonstra que mulheres chegam ao Sistema Hospitalar dez anos mais novas do que no Sistema Ambulatorial. Esse grupo de mulheres é responsável pela maior soma de gastos hospitalares, que apontam para gastos maiores: R\$150.000,00 (cento e cinquenta mil reais) por intervenção. Este aumento nos custos pode ser atribuído a procedimentos e intervenções mais complexas que são frequentemente necessários para essa população que ingressa no SUS já em seu nível de atenção mais complexo, apontando adoecimento avançado, exigindo intervenções mais invasivas e agressivas.

De maneira geral, é possível perceber que os maiores recursos são investidos na atenção terciária, em grupos de mulheres mais novas e ao mesmo tempo acometidas de maneira mais grave, e em procedimentos mais caros, enquanto o Sistema Ambulatorial

tem recursos financeiros mais discretos

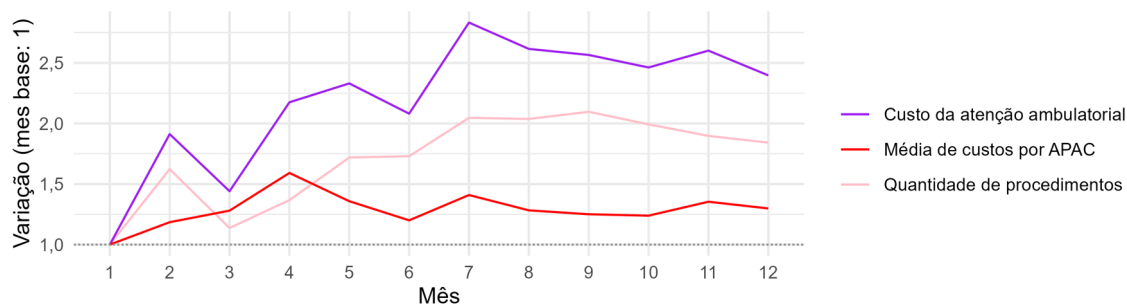
Figura 4

Gráfico de Custos por Faixa Etária no SIH.



O gráfico de média de custos no Sistema Ambulatorial (SIA) - figura 5 - apresenta informações detalhadas sobre a variação dos custos ao longo de 12 meses. Observa-se uma grande oscilação de custos da atenção ambulatorial ao longo do período analisado, com grandes variações, ora marcada por crescimentos, ora marcada por grandes e bruscas quedas. É possível notar que os picos de crescimento se manifestam principalmente nos meses de fevereiro, maio e julho. Após esse período há uma estabilização da assistência, retomando seu crescimento de maneira mais discreta em novembro.

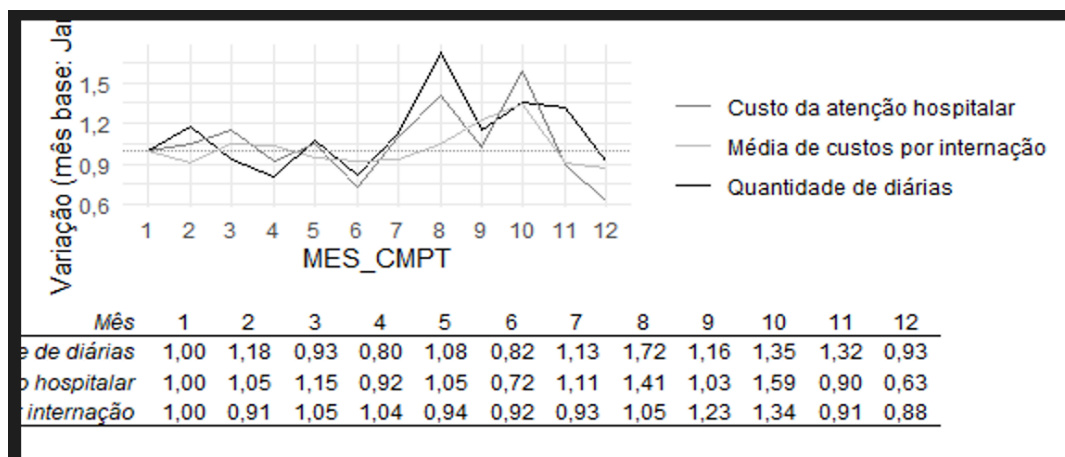
A quantidade de procedimentos também mostra um crescimento proporcional aos custos, sugerindo que o aumento dos custos está diretamente relacionado ao aumento na quantidade de procedimentos realizados. Já a média de custos por APAC (Autorização de Procedimento de Alta Complexidade), informação que aponta para a assistência em nível terciário (SIH), apresenta seus maiores pontos nos meses de abril, julho e novembro.

Figura 5*Média de Custos no SIA.*

Mês	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Quantidade de procedimentos	1,00	1,62	1,14	1,37	1,72	1,73	2,05	2,04	2,10	1,99	1,90	1,84
Custo da atenção ambulatorial	1,00	1,91	1,44	2,17	2,33	2,08	2,83	2,62	2,57	2,46	2,60	2,40
Média de custos por APAC	1,00	1,18	1,28	1,59	1,36	1,20	1,41	1,28	1,25	1,24	1,35	1,30

A figura 6 ilustra a média de custos no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), evidenciando a variação mensal dos custos ao longo do ano. A análise revela, ainda, que a quantidade de diárias é acompanhada pela média de custo da atenção hospitalar e de custo por internação. Os pontos de maior crescimento foram nos meses de fevereiro, maio, agosto e outubro. Importante ressaltar que a campanha do Outubro Rosa é realizada no mês de Outubro pelo Ministério da Saúde.

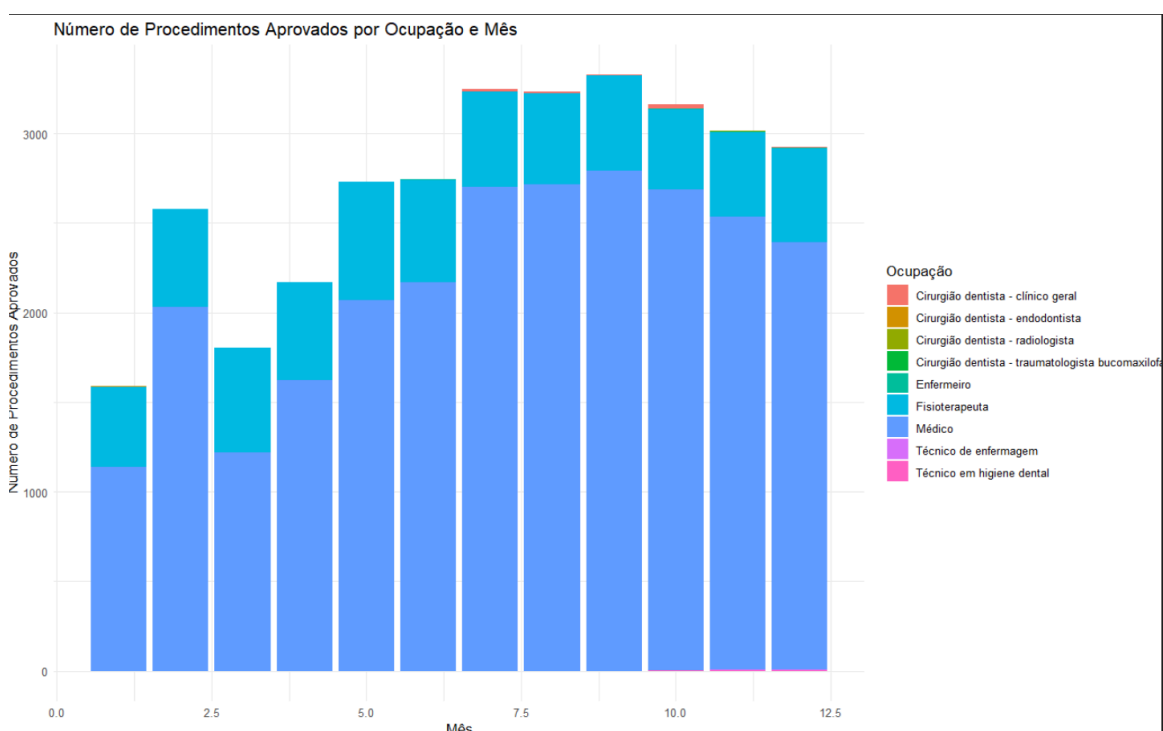
Observa-se que o custo das diárias e o custo da atenção hospitalar apresentam um comportamento semelhante, aumentando e diminuindo de forma paralela ao longo do ano. No entanto, os custos por internação exibem um aumento notável apenas em outubro, destacando-se dos demais custos ofertados aos demais níveis de atenção.

Figura 6*Média de Custos no SIH.*

A figura 7 evidenciou que a grande maioria dos procedimentos aprovados e realizados em nível ambulatorial são das especialidades de Medicina e Fisioterapia, de forma a constar quase que imperceptivelmente as demais especialidades assistenciais que compõem as equipes multidisciplinares. É importante ressaltar que a Psicologia não é trazida como ocupação/especialidade assistencial por não ter dados de registro no DataSUS ou por estes serem insuficientes para compor o gráfico. Ainda, é indispensável considerar algumas possíveis razões pelas quais não há a consideração de outras especialidades, em particular a Psicologia, no gráfico de assistência por ocupação abaixo. Tendo os dados sido levantados referentes ao ano de 2022, algumas hipóteses podem ser levantadas como a recente terceirização de serviços do sistema de saúde, a diversidade de prontuários eletrônicos dos diferentes níveis de assistência e instituições de saúde públicas e particulares, o que dificulta a integração dos registros na plataforma nacional do SUS. Ainda, por essa diferenciação de acesso ao sistema unificado, inclusive ainda por vezes registros físicos e manuais, a integração não se dá. É importante ressaltar que em nenhum momento foi observado o registro dos acompanhamentos psicológicos, o que levanta a hipótese da Psicologia não estar adequada à atenção primária e secundária, tal como deveria ser a partir de uma lógica de acompanhamento, prevenção e promoção de saúde, mas ainda associada à lógica biomédica, sendo referenciada apenas no tangente a questões graves e urgentes de saúde mental.

Figura 7

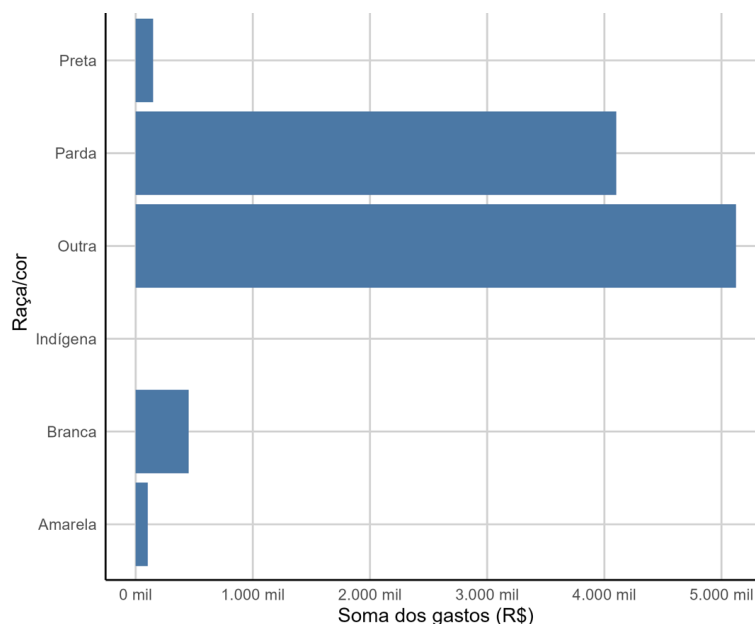
Gráfico de Procedimentos Aprovados por Ocupação no SIA.



O gráfico da Figura 8 apresenta os gastos por raça/cor no Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) no contexto do tratamento do câncer de mama. Observa-se uma alta notificação de casos nas categorias "Parda" e "Outra", que apresentam os maiores valores de gastos acumulados (em torno de 4 mil - 5 mil reais) quando comparado aos demais grupos. Em contrapartida, há uma subnotificação significativa dos casos nas categorias "Preta", "Amarela", "Branca" e "Indígena". Essas categorias registram gastos consideravelmente menores (inferior a mil reais), o que pode refletir disparidades no acesso aos serviços de saúde, qualidade do atendimento oferecido a essas populações ou ainda, na subnotificação ou equívocos na identificação étnico-racial correta correspondente às populações indicadas.

Figura 8

Gráfico de Gasto por Raça/Cor no SIA.

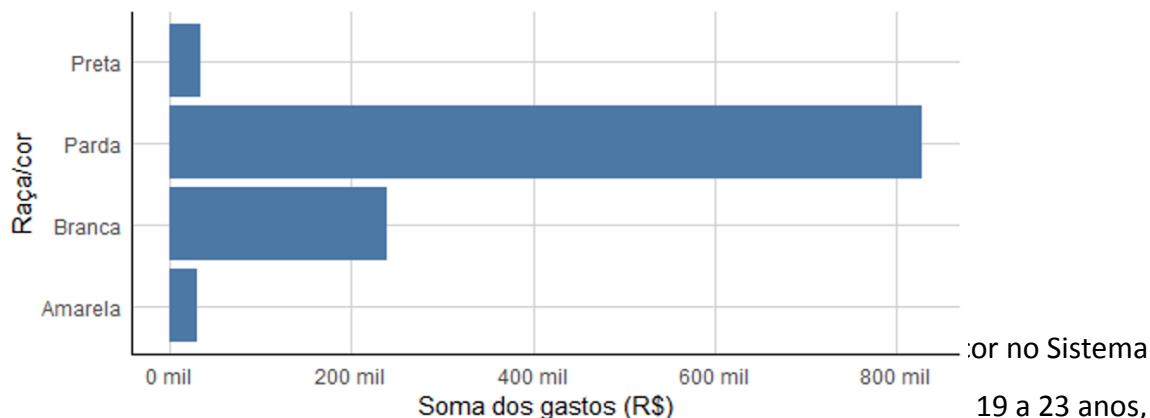


O gráfico da Figura 9 apresenta os gastos por raça/cor no Sistema de Informações Hospitalar (SIH). Observa-se uma alta notificação nas categorias "Parda" e em seguida a categoria "Branca", que apresentam os maiores valores de gastos acumulados. É importante ressaltar que há subnotificação dos casos nas categorias "Preta" e "Amarela". Pode perceber também que não há a categoria "Indígena" e "Outras" apresentadas no gráfico, como pudemos notar que apareceram no SIA (figura 8). É também importante ressaltar a diferença em termos de custos gastos em cada nível de assistência. Enquanto no SIA, a média de gastos máximos para as diferentes categorias de mulheres, declaradas

pardas e outras, é de um pouco mais de R\$5.000,00 (cinco mil reais), enquanto para o SIH, os custos ultrapassam os R\$800.000,00 (oitocentos mil reais), para as raças discriminadas (parda e branca).

Figura 9

Gráfico de Gasto por Raça/Cor no SIH.



observa-se diferenças significativas nos custos, em que as raças que mais aparecem são parda, preta e NA - que corresponde a “outras raças/cores”. Os valores evidenciam que jovens pretas, na faixa etária indicada, gastam o dobro do que mulheres pardas ou outras, quando inserida no Sistema Hospitalar. Isto significa que, se gastam mais, é por chegarem mais graves (estágios avançados do câncer de mama) na atenção terciária, necessitando mais complexas intervenções, proporcionalmente mais caras, refletindo diferenças no acesso da saúde nos níveis primários e secundários, na informação e na qualidade do atendimento à saúde.

Figura 10

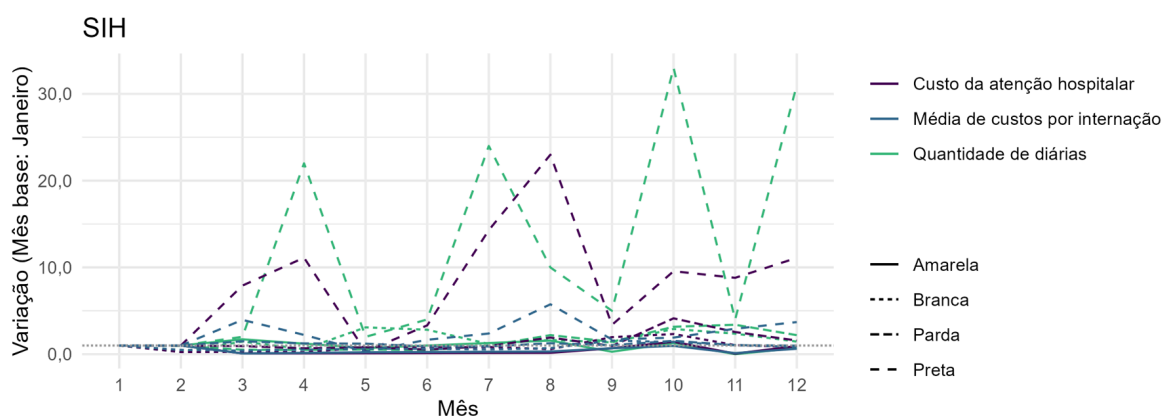
Exemplo de Soma dos Gastos por Faixa Etária e Raça/Cor no SIH.

Soma dos Gastos por Faixa Etária e Raça/Cor	
RACA_COR	soma
19-23	
Parda	2,625.8
Preta	5,096.9
NA	2,007.7

Na figura 11, gráfico de custo por raça/cor no Sistema de Informações Hospitalares (SIH), observa-se tendências distintas entre as diferentes raças. As mulheres de raças branca, amarela e parda mantêm custos relativamente constantes ao longo do ano, com um leve aumento em outubro. Em contraste, para as mulheres pretas, há meses específicos com picos significativos de custos de internação e quantidade de diárias: notadamente em abril, julho, agosto e outubro. Esses aumentos mensais sugerem que as internações de mulheres pretas são mais esporádicas e concentradas em certos períodos, possivelmente refletindo maior gravidade dos agravos em saúde ou atraso/dificuldade no acesso aos cuidados médicos, levando ao aumento nos custos durante esses meses.

Figura 11

Gráfico Comparativo Custo por Raça/Cor.



É preciso levar em consideração que, de acordo com a figura 11, a raça preta é a que marca os grandes picos nas médias de custos - para atenção hospitalar, internação e quantidade de diárias - durante o ano, principalmente nos meses de abril, julho, agosto, outubro e dezembro. É importante ressaltar que, estes meses coincidem justamente com os períodos de maiores gastos no SIH e no SIA, conforme figuras 5 e 6.

Outro ponto relevante é que, ainda na figura 11, a população de mulheres pretas tem um somatório de custos variados e extremados ao longo de todo o ano, o que deveria implicar na possibilidade de visualização de gastos discriminados por raça (figuras 8 e 9), porém esta visualização não é possível porque a população preta é subnotificada na tabela de gastos.

Esta incongruência abre espaço para questões como o questionamento da

possibilidade de identificação e associação dos grandes picos em termos de custos, se em termos de gastos diferenciais não é possível identificar e atrelá-los à população preta. Se há a subnotificação de seus casos, como é possível identificar seus picos em termos de custos totais por mês conforme indicado pela figura 11? Como registrar e constatar que mulheres de cores pretas se diferenciam de forma tão exorbitante de outras raças, quando não há o registro e mensuração com o que de fato é gasto? Este dado é no mínimo contraditório, porque associa uma significativa discrepância da raça preta em termos totais, mas não é possível diferenciar tais gastos nos níveis de assistência.

Para esta última seção, os resultados serão explorados qualitativamente, de modo a dialogar com a literatura levantada, o relato das mulheres entrevistadas e o vivido na relação entre pesquisadoras e participantes/colaboradoras. Foram realizadas três entrevistas, com mulheres que atenderam aos critérios de inclusão da pesquisa. Estas serão nomeadas por Bromélia - casada, com um filho jovem adulto, dona de uma banca de remédios caseiros; Tulipa - viúva, com duas filhas adultas, aposentada; e Margarida - divorciada, com dois filhos, uma menina jovem adulta e um adolescente, desempregada recebendo auxílio do governo. Para preservar suas respectivas identidades. Todas atualmente estão na faixa etária de 54 a 58 anos, com diagnóstico principal C.50 (câncer de mama) e subdiagnósticos elencados na sessão de critérios de inclusão, todas foram submetidas ao processo de mastectomia, retirando apenas um dos lados da mama. Em termos de autodeclaração de raça/cor, Bromélia e Margarida se autodeclararam como brancas e Tulipa se autodeclara como parda. O interesse em participar e relatar suas histórias, foi, majoritariamente (segundo as próprias entrevistadas) para auxiliar outras pessoas neste caminho, de maneira que evidenciando suas vivências elas sejam informação útil para muitas outras mulheres.

Iremos apresentar nossa análise sensível dessas histórias de vida (apontando os eixos convergentes e divergentes) a partir dos eixos propostos pela entrevista semi-estruturada. Para elaboração e leitura desta discussão, somos convidadas a tirar as escamas dos nossos olhos para enxergar e sentir para além de onde nossos pés pisam.

Processo de Adoecimento

“Procure um médico, Deus falou comigo” - Tulipa

Bromélia, a primeira entrevistada, relata sua história com imparcialidade, distância e até certa insensibilidade, quase como se fosse um ocorrido cotidiano. De maneira racional evidência desde seu processo de descoberta até sua cura. Chama atenção que a participante durante toda a entrevista fala baixo, quase como um sussurro, com a mão em frente a boca. A impressão que fica é que Bromélia nos conta um segredo, porque Bromélia é quem cura - através de seus remédios caseiros - e não alguém que pode adoecer. Parte da entrevista, antes propriamente de entrar no tópico do CA, Bromélia relata sobre sua vida cotidiana e os “milagres” que parece oferecer aos clientes adoecidos que a procuram em sua banca de chás e remédios caseiros, todos retornando após uma cura inesperada, quase que milagrosa, de seus mais variados adoecimentos. Para Bromélia, é quase como tedioso contar sua história, marcada por diversos bocejos, tons de voz estáveis e constantes. Parece doer em Bromélia bem mais a dor do outro do que sua própria. Ela conta sua história a partir da história dos outros, a partir do câncer dos outros, do processo de tratamento dos outros, é que se faz sujeito. Por vezes, o seu próprio relato se faz confuso em termos de cronologia e resgate de detalhes na memória.

Tulipa, a segunda entrevistada, é viúva e mãe de duas mulheres. Desde o início da entrevista, onde diz que recebeu o diagnóstico de CA, ela deixa evidente ser bastante otimista e sua surpreendente vontade de viver. Tulipa tem consciência de que atualmente é uma paciente que está em cuidados paliativos e demonstra estar bem em relação a isso, enfatizava que ser uma pessoa com esses cuidados não significa estar próximo da morte. Além disso, ela lida com a morte de uma maneira bastante natural, Tulipa relatava que quando se tem o diagnóstico de CA, as coisas começam a parecer menos relevantes, então o falecimento era algo que não causava espanto e tampouco lamentação.

Margarida, a terceira entrevistada, se define como “medo”, assim como ela mesma relatou, demonstra uma culpa deveras enfatizada, que a acompanha até os dias de hoje, e que faz a mesma acreditar que em sua vida sofrida, muitos destes acontecimentos facilitaram e contribuíram com o seu adoecimento de CA. Margarida mostrou um temperamento melancólico, ao sentir e vivenciar intensamente todos os

acontecimentos que marcaram sua trajetória. No dia da entrevista, a conversa, inicialmente direcionada ao CA, tomou outros caminhos. Reflexo de sua intensidade, Margarida relata um episódio atravessado de culpa, impotência e arrependimento, que por muitas vezes, durante seu relato, pareceu a impactar substancialmente mais do que de fato o seu adoecimento. A impressão que fica, é de que a necessidade e procura pela escuta livre e sem julgamentos era o mais demandado e que em primeiro lugar, seria necessário dar voz ao que de fato era necessário sair.

Os três são, portanto, os relatos de vidas cotidianas, rotineiras e comuns, que em suas diferentes razões, origens e especificidades, permitem a atribuição sentido ao seu processo de adoecimento, desde seu primeiro momento até o seu desfecho final.

Processo de Descoberta

“Eu sabia, era só receber a notícia” - Margarida

“Eu vou fazer o que? Brigar com meu Deus?” - Bromélia

Bromélia começa a sentir alguns sintomas de dor sob o braço, falta de ar e logo foi ao hospital público fazer um raio x, inicialmente diagnosticado como bursite, medicada retornou à casa. Dias depois, após seu período menstrual, novamente houve sangramento, o que a fez investigar. Sentiu um “caroço” pequeno e foi ao ginecologista, que indicou uma mamografia. Por indicação de uma amiga, Bromélia foi consultar com um médico especialista também da rede pública de saúde, que “devia um favor à esta amiga”, e aproveitou para realizar a biópsia. Não fica claro exatamente o que aconteceu antes em termos de cronologia, mas Bromélia relata que ao sair o resultado, o médico comunicou primeiro à amiga, que informou seu marido para que pudesse preparar a si e à Bromélia para receber a notícia. Mas na hora que seu esposo lhe comunicou à notícia, Bromélia sorria.

Para Tulipa, as coisas se deram um tanto diferente. Ela entrou através da atenção primária, em consulta ambulatorial com ginecologista, a partir da identificação de um corpo estranho ao seu, que a médica alegou não ser nada preocupante, mas uma espécie de “bolinha de gordura”. Por ter a filha enfermeira, Tulipa nunca se convenceu de fato do que a médica havia afirmado. Posteriormente, retornou na médica que pediu novos exames e encaminhou Tulipa para a clínica de um médico cirurgião, que posteriormente descobriu ser primo da tal médica, e que constatou ser um câncer

agressivo - triplo negativo. Lá, ele fez a proposta para que tulipa pagasse certa quantia à ele, que ele realizaria a cirurgia no hospital público, ainda no mesmo dia. Tulipa não concordou e retornou à casa. Por indicação de um conhecido, Tulipa foi se tratar em um hospital público de Goiânia, onde realizou uma punção que resultou em um crescimento intenso, chegou próximo ao “tamanho de uma laranja”, em um tempo de uma semana. Lá Tulipa realizou quatro cirurgias para retirada do CA que retornou três vezes. Após a quarta cirurgia em Goiânia, sua filha que é enfermeira conseguiu através de um contato com uma médica, que fosse tratada no Hospital Regional de Taguatinga, onde realizou a mastectomia completa, esvaziamento da axila e abdominoplastia reversa. Tulipa relatou muita dor, após afirmar que há a crença popular de que câncer não dói. Após suas várias cirurgias, Tulipa atualmente faz acompanhamento no setor privado de saúde, em uma clínica especializada em Oncologia. Atualmente, Tulipa está em tratamento para um CA no pulmão há cinco anos, já curada do CA de Mama.

Margarida, em função de sua família possuir histórico de CA, já realizava o processo habitual de acompanhamento e rastreio. Em um destes exames, o médico identificou um pequeno nódulo. Após biópsia, a mesma foi até o laboratório responsável pelo exame e pegou o resultado antes mesmo de se consultar com o médico, e ali, diante de sua filha que a acompanhava, descobria a notícia. Margarida ficou abalada, chorou e quando retornou ao médico, ela já sabia e o “poupou” de dar a penosa notícia. Ele a agradeceu pela compreensão do adoecimento e “por poupar seu trabalho de dar esta notícia” à ela, que seria tão penosa, assim como ele relatou ser com outros pacientes.

Um grande ponto de divergência neste tema foi o acesso à informação. As três participantes colaboradoras relataram, após receber este diagnóstico do médico, ainda sob a visão biomédica, de detenção do saber, é posto o diagnóstico à elas. Para além deste momento, não houve outras informações orientadas, mas foi necessário que elas buscassem saber sobre seu adoecimento, seus direitos, implicações, tratamentos e limitações em outras fontes que não na assistência. Pensar que o SUS prima por uma atenção integral é identificar uma lacuna inclusive de assistência informacional, tomada de consciência e autonomia. Neste sentido, este tema é divergente do que é apontado e assegurado pela literatura que sustenta o SUS, ou seja, o que se dá na realidade não

converge com o que espera e entende como atribuição do SUS.

Rede de Apoio e Estratégias de Enfrentamento

“Deus não me deu filhas, deu anjos” - Tulipa;

“No início todo mundo quer ajudar, quando a doença estende, ninguém permanece” - Tulipa

“Eu posso te ajudar com oração” - Bromélia

“Eu não sei qual é o plano que Deus tem para minha vida” - Bromélia

Um grande ponto de convergência no discurso das três participantes foi de que, grande parte, se não em totalidade, de sua força e resiliência de enfrentamento, estavam associadas diretamente à sua rede de apoio familiar. As três relatam com veemência que seus núcleos familiares, em especial seus filhos, foram fundamentais para o processo de descoberta, aceitação, continuidade e sucesso de seu tratamento. Duas das entrevistadas comentaram também da relação com seus companheiros que as acompanharam e apoiaram neste processo. Um ponto essencial para chamar atenção é justamente qual a frequência e qualidade do cuidado com relação à eles próprios, quando pensamos na rede de apoio. Este não foi um tópico abordado na entrevista semi-estruturada, mas nos chamou a atenção o fato de que em nenhum momento, nenhuma das entrevistadas comenta este acompanhamento com relação à saúde de suas filhas, por exemplo. De todo o apoio considerado, os filhos - sendo três mulheres e apenas um homem, na somatória de filhos das entrevistadas - precisam estar atentos à também seus cuidados, principalmente por serem mulheres, podem negligenciar sua saúde em função do cuidado e, quem sabe, fechar os olhos para seu processo de rastreio e detecção precoce e repetir essa história de adoecimento.

Um ponto de atenção levantado por Bromélia com relação à rede familiar mais extensa foi que se mostravam disponíveis no início da doença, prontamente apoiando, oferecendo-se para atividades externas, companhias, mas a medida que o tempo passa, vão surgindo empecilhos para este apoio, cobranças e expectativas surreais e precipitadas de melhora, quase como uma recompensa - não alcançada imediatamente - pela ajuda prestada. Assim, a rede de apoio cada vez mais é diluída, até reduzir-se ao núcleo, neste caso majoritariamente, os filhos.

Outro ponto de encontro significativo demonstrou ser o fator da religiosidade e fé,

também presente no discurso de cada uma delas. Sua relação pessoal com Deus, em termos espirituais e religiosos, foram aspectos que as participantes colaboradoras se apoiaram para o enfrentamento de seu adoecimento. As entrevistadas comentam, em diversos momentos, terem sido avisadas por Deus de que algo as aconteceria, de que deveriam buscar assistência e ainda, como se o seu adoecimento palco talvez para um plano maior desconhecido pela capacidade de cada uma delas, naquele momento.

É fundamental evidenciar neste ponto, a provável sobrecarga dos cuidadores não apenas destas mulheres, mas de todos aqueles que cuidam de pessoas em situação de adoecimento. Delalibera, Presa, Barbosa e Leal (2015), escrevem que assumir o papel de cuidador pode ser por vezes uma grande sobrecarga emocional, física e financeira. Por vezes, a pouca informação e despreparo por parte destas pessoas em lidar com o processo e as demais atribuições agora assumidas como, por exemplo, a gestão e administração de medicamentos, alimentação, cuidados, transporte e administração de tarefas domésticas podem afetar a própria qualidade de vida dos cuidadores, visto que exige disponibilidade, tempo e dedicação. Apesar deste tópico não ter sido tema específico deste estudo, há uma vasta literatura no campo da Saúde que explora e busca conhecer mais sobre esta temática do cuidado de quem cuida.

Ainda, os autores destacam características que podem potencializar o nível de sobrecarga do cuidador, como ser do sexo feminino e ser cônjuge do paciente, por exemplo. No caso das participantes colaboradoras, em consonância com o estudo de Delalibera et al. (2015), o principal ponto de apoio e cuidado são os filhos, majoritariamente jovens e mulheres. Neste sentido, é fundamental que a equipe tenha atenção às pessoas que assumem este papel, para desenvolver meios de suporte e apoio tanto aos pacientes como aos cuidadores. Por fim, os autores relatam ainda que esse tipo de intervenção e assistência pode impactar de maneira a evitar complicações na fase de luto, quando há a evolução à óbito.

Entrada no SUS

“O melhor lugar é o SUS, mas a expectativa de vida no SUS é pouca” - Tulipa

“Se eu fosse esperar a consulta com a ginecologista, eu estaria morta” - Bromélia

“[sobre a entrada no SUS] Foi Deus, porque é muito complicado conseguir algo pelo governo né?” - Bromélia

A entrada para tratamento no Sistema Único de Saúde para o CA de Mama se dá a partir de algumas estruturas evidenciadas no referencial teórico deste trabalho (figuras 1 e 2). Todavia, a realidade não é sempre convergente com o que é previsto que aconteça em termos de fluxo. Para todas as participantes colaboradoras, a descoberta da doença se deu já em estágio avançado. Para Margarida, apareceu em seu processo de rastreio que realizava o acompanhamento, em função já do histórico recorrente de câncer na família em diversos membros. Já para Bromélia e Tulipa, o processo foi a partir de consultas eletivas por mal estar e um achado diferente no corpo, respectivamente. Neste sentido, Margarida acessa o tratamento a partir da atenção básica na política de rastreio, enquanto Bromélia e Margarida na atenção secundária de consultas eletivas. Logo, em função da gravidade do adoecimento, são encaminhadas para o nível terciário - o hospital.

Todas as três participantes colaboradoras relataram conseguir rapidamente acessar e ingressar no sistema de saúde, em nível hospitalar com influência e apoio de médicos ou outras figuras, conhecidos ou outras vias que facilitaram e anteciparam este processo. Em todos os casos elas relataram que houve algum benefício para adiantamento do seu processo de tratamento no SUS com relação à posição de vagas. Este é um ponto de divergência, em função da surpresa do acesso destas mulheres não como deveria ser, a partir da assistência primária em saúde, até sua evolução em nível terciário, mas o que elas relatam é ao adentrar no SUS, são direcionadas imediatamente para a atenção terciária em função da gravidade de seu adoecimento e necessidade de intervenção.

Tendo em vista os relatos qualitativos, os dados quantitativos são confirmados. Ao compararmos, nas figuras 3 e 4, os dados dos gráficos de faixa etária e custo do Sistema Ambulatorial (SIA) com os do Sistema Hospitalar (SIH), respectivamente, observa-se uma diferença de 10 anos na faixa etária predominante entre os dois sistemas. No SIA a faixa etária é de 54 a 58 anos, enquanto no SIH, a faixa etária predominante é de 44 a 48 anos, uma diferença de dez anos. Essa diferença sugere que mulheres mais jovens tendem a necessitar de intervenções hospitalares mais intensivas, enquanto mulheres mais velhas utilizam mais serviços ambulatoriais, de maneira

extremamente modesta, para rastreio, prevenção, acompanhamento, tratamento e sobrevida.

No caso específico de Tulipa, seu tratamento foi iniciado em Goiânia, em um hospital público por indicação de um conhecido. Posteriormente, conforme relatado nos tópicos acima, Tulipa migrou para o Sistema de Saúde do Distrito Federal, também com influência de um dos diretores do hospital, para adiantamento da continuidade de seu tratamento.

O que se manifesta no discurso das três participantes colaboradoras é justamente a ambivalência com relação ao SUS. Ora, o sistema é marcado como grande admiração, quase que idealizado, e ora, a desvalorização, não efetividade e resolutividade do SUS é pontuada. Este processo parece ser marcado pela lógica da produtividade, em que quando os médicos acertam, o sistema recebe um caráter positivo, e por outro lado, quando há obstáculos como a burocracia própria do sistema ou ainda algum despreparo de certos profissionais, o mesmo sistema passa a ser identificado como deplorável. Parece que a atenção e atedimento ou não às necessidades individuais de cada uma das mulheres é o que faz a reputação do sistema.

Investimentos e Recursos no SUS

“Sou do SUS desde que saí da indústria” - Margarida

Neste sentido, ainda na avaliação das mesmas figuras 3 e 4, é possível perceber ainda uma diferença gritante em termos orçamentários gastos no SIA e no SIH. Quando analisados, com relação à idade, mulheres 10 anos mais novas gastam no sistema hospitalar quase R\$200.000,00 (duzentos mil reais) por atendimento, enquanto que, para o sistema ambulatorial, o gasto aproximado por atendimento é de R\$2.500,00 (dois mil e quinhentos reais). É sabido que, quanto mais grave o quadro de adoecimento, mais é necessário investimentos de recursos financeiros. O SUS foi pensado de forma que, o acompanhamento no nível básico de saúde - serviço ambulatorial - seja feito de forma mais efetiva em termos de extensão e intervenções, de maneira a evitar que as mulheres cheguem tão grave no setor terciário, em função de estratégias de prevenção do adoecimento, promoção da saúde e diagnóstico precoce para rápida e efetiva intervenção, visto que neste nível de atenção deve haver monitoramento e

acompanhamento frequente, de forma a contribuir para evitar a superlotação dos hospitais, bem como a qualidade de vida destas mulheres, a efetividade do tratamento bem como suas taxas de sobrevivência.

Por outro lado, ao considerar a lógica biomédica ainda dominante das formas de pensamento tanto de alguns gestores e líderes da saúde, bem como dos usuários do sistema, é compreensível que dados como os evidenciados pelas figuras 3 e 4 se mostrem frequentes em termos de direcionamento de recursos, isto porque o pensamento atravessado por essa lógica é a de que o adoecimento é tratado e curado no âmbito hospitalar, por médicos. Tudo o que foge desta ideia, inclusive a proposta de atenção primária e secundária à saúde, bem como a integralidade da assistência com a autonomia do sujeito e promoção da saúde escapa à esta dimensão. Para além disso, a ideia de equipe multidisciplinar também é afetada por esta lógica, como evidenciada na figura 7, com a predominância da assistência médica e fisioterápica, de maneira a excluir os demais profissionais assistenciais. De forma a corroborar com essa ideia que parece ressoar também às mentes usuárias da assistência, as participantes colaboradoras dispõem seus relatos neste sentido. A impressão que fica é que os pacientes pedem por um médico especialista, quase que a desprezar das demais áreas da assistência.

Por mais que esta seja a lógica ainda dominante, é sabido que em termos práticos, os resultados não são tão afetivos e extensos tal qual necessitado. Assim sendo, maiores investimentos precisam ser feitos na atenção primária e secundária de saúde, para acessar um maior número de mulheres de forma precoce tanto nas propostas de rastreio e detecção precoce para que os gastos do sistema público no tangente à saúde sejam aproveitados com sabedoria.

Autoimagem, Corpo e Desejo

“Se eu fosse puta, eu não ganhava o sal” - Tulipa

“O cabelo é a vidade da mulher, como Sansão” - Tulipa

“Mulher ama ter peito, se tira [o peito], tira um pedaço da alma, puxa, tira, custura. Agora eu sou feia por completo, tenho tudo costurado, como a Emília” - Tulipa

Quando questionadas sobre sua autoimagem e o impacto do CA, as participantes colaboradoras, à exceção de Bromélia, relatam que suas percepções sobre si e seus corpos foram muito comprometidas pelo adoecimento. Relatam se sentir menos atraentes fisicamente, menos feminina, insatisfeita com seu corpo. Tulipa e Margarida

tiveram experiências iguais em relação à se sentir menos atraente e menos feminina, relatam estar preocupadas com o estado de saúde no futuro por causa da doença e do tratamento. Já Bromélia sente completamente o oposto, não se sente menos feminina e nem menos atraente, não tem dificuldades em olhar seu corpo nu, está satisfeita com seu corpo e relatou não sentir preocupação com seu estado de saúde.

Tulipa relata dificuldades com relação à sua autoimagem, dificuldade de olhar para seu corpo, sentiu-se menos satisfeita, menos atraente, com menos desejo sexual. Segundo ela, seu desejo sexual nunca foi tão latente, relata inclusive que era algo que seu marido sempre comentava;

Corpo de Margarida, bem como toda sua história marcada pela culpa, pelo pesar e pela tristeza, diz que sabe que todas as suas vivências de grande carga emocional contribuíram para o surgimento e desenvolvimento de sua doença. Margarida não retirou por completo a mama, fez mastectomia parcial, apenas no quadrante superior direito, e na entrevista comenta “olha como ficou bonitinho [o corte e reparo realizado pelo cirurgião]” (*sic.*).

Ainda sobre corpo e desejo, é um ponto de convergência o relato de todas apresentarem dificuldades, até os dias de hoje, em olhar seu corpo nu e ainda, ter o desejo sexual quase anulado, bem como suas práticas sexuais. Principalmente, em termos de um corpo sobrevivente, de um corpo que fica pro que resta, como aponta Tulipa “antes eu era linda e maravilhosa, hoje sou uma deusa que envelheceu, que não recebe tudo e que aprendeu muito com o não” (*sic.*).

É fundamental lembrar que sexo, vaidade, autoimagem e desejo são indicadores também de qualidade de vida, que são atravessados pelo sentido atribuído ao adoecimento de cada uma destas mulheres. Pensar que este campo é falho, é pensar que estas participantes colaboradoras não estão inseridas em um conceito de qualidade de vida ampliado.

Equipe Multi

“Não há equipe multi, você pega [a informação] no ar, ou você fica e agora?” - Tulipa

“Os médicos me encaminham para se livrar” - Margarida

“Se fossem só eles [os médicos da oncologia], tudo funcionava 100%” - Margarida

Com relação à assistência da equipe Multidisciplinar, de maneira mais específica da Psicologia e da Fisioterapia, as três participantes relatam, no mesmo sentido, que não tiveram assistência nestes campos. Bromélia e Margarida, que realizaram todo o tratamento pelo SUS, relataram que não houve assistência com relação à psicologia, e nem a fisioterapia, inclusive Margarida diz não saber que assistência fisioterapêutica era necessária, mas que sua mobilidade da mama e braço operados voltaria ao normal a medida que o tempo fosse passando, o que é justamente o contrário do esperado clinicamente. Por outro lado, com Tulipa, que realizou a cirurgia no SUS, mas com apoio do sistema privado de saúde, relata que fez acompanhamento com fisioterapeutas e psicólogos, mas que não foram efetivos e Tulipa relata que não sentia diferença ou melhora em tais assistências, de forma a comentar que “exercícios como esse, eu poderia fazer em casa” (*sic*) e que por vezes ela quem era a psicóloga da profissional de Psicologia disponível e que por vezes ela era chamada para conversar com outros pacientes. Portanto, Tulipa relatou não fazer Fisioterapia porque tem preguiça, apesar de precisar bastante - baixa amplitude de movimento no braço da cirurgia (e tem noção disso).

Os relatos das participantes colaboradoras corroboram com o evidenciado pela figura 7, que dispõe sobre os profissionais que prestam assistência no percurso do adoecimento, desde a entrada no Sistema de Saúde, em nível primário, até o nível terciário. O relato reforça a predominância da lógica biomédica em saúde, orientada para a predominância dos médicos, fisioterapeutas e uma presença discreta de médicos odontólogos e enfermeiros. Os demais campos de assistência não são registrados, e pelo relato das pacientes, também não são prestados da maneira regulamentada, tal como deveria ser.

Para a Psicologia, de maneira ainda mais preocupante, não é evidenciado nenhum registro de atendimento psicológico para estas mulheres com este diagnóstico, nem no SIA e tampouco no SIH. Tal resultado é extremamente preocupante e certamente acarreta prejuízos à área e à evolução dos próprios pacientes e do Sistema de Saúde de maneira geral. A falta de registro levantou alguns questionamentos no sentido de pensar se de fato há a presença destes profissionais nos hospitais, conforme previsto em diversas leis e portarias, além de manuais e materiais internos de regulação e organização, que

garantem a multidisciplinaridade e integralidade da assistência. Ao considerar que há psicólogos atuando no SUS, questionar o porque não há o registro na base de dados, que é também de preenchimento obrigatório. Considerando que o DATASUS é uma grande fonte de dados para pesquisas tais como esta, que promovem e são base para as políticas públicas nacionais. Não registrar as assistências prestadas é atestar contra a importância e efetividade do atendimento psicológico no SUS, é dificultar a proposição de melhorias do sistema, porque não há forma de mensuração e sequer registro que estes atendimentos são realizados. Para além disso, não registrar na história daquele paciente a assistência prestada, bem como seu estado psíquico e sua organização com relação ao vivenciado naquele momento, é dificultar uma assistência integral e universal ao sujeito em termos longitudinais. É mandatório que tais registros sejam realizados para não apenas as pacientes do recorte desta pesquisa, mas para todos os usuários do Sistema Único de Saúde.

Em termos de literatura da área, no âmbito teórico bem como no prático, é sabido e reforçado a importância da assistências de ambas. Quando pensamos em direitos, a assistência multidisciplinar é garantida, pelo contrário, quando direcionado para a atuação prática, os dados quantitativos obtidos relevam que não há esta assistência e são reforçados ainda pelos dados qualitativos, evidenciado no discursos das participantes colaboradoras a “não necessidade” por exemplo, de assistência psicoterápica, porque “graças a Deus eu nunca precisei de psicóloga” (*sic*). Outras não sabiam que o SUS prestava a assistência neste sentido.

Outro ponto que vale a pena ressaltar é justamente a da lógica biomédica ainda intrinsecamente presente no discurso das mulheres entrevistadas, ao imaginar que o médico se mantém como único e exclusivo responsável pelo processo idealizado de “cura”, o papel de detentor do saber que alcança para além das demais possibilidades de assistência, em sua completa totalidade e complexidade. Para o sistema de saúde brasileiro, esta não deveria ser a lógica de constituição, mas sim a integralidade da assistência sustentada pela multidisciplinaridade das equipes, que orientam para um adoecimento onde o sujeito é o protagonista e é visto como além da sua própria doença, em seus aspectos sociais, emocionais, espirituais, psicológicos e físicos.

O que parece faltar é que os profissionais sejam tratados de fato como profissionais,

considerando a relevância e impacto de seu trabalho, primeiro dentro do próprio sistema, depois espelhado na população.

Desafios e Limitações

“A escolha de não ter mais ninguém foi o câncer quem deu” - Tulipa

“Vem uma sensação de mal estar, de morte, parece que você está sumindo, sumindo” - Bromélia

Com relação aos seus desafios, as três participantes colaboradoras relataram a dificuldade em conviver com os efeitos colaterais do tratamento de Quimioterapia e Radioterapia. Todas elas tiveram como principais sintomas olhos ressecados, quedas de cabelo, dores no braço e ombro e dificuldade para levantar e realizar movimentos com o braço, estes aspectos foram levantados a partir da aplicação de acordo com o questionário QLQ - BR23 (Anexo A). Bromélia, de forma pessoal, relata a questão da fragilidade dos dentes, que foram extremamente afetados em seu processo de quimioterapia. Ainda, relata a dificuldade de adaptação com a comida do hospital, relatando que por diversas vezes optava por ficar sem comer, para além dos enjoos naturais do tratamento. Em contrapartida, para Margarida, a realidade era outra. A mesma relatava que, apesar de já alimentada desde sua casa, recebia e comia com muita vontade a refeição que recebia, curiosamente, do mesmo hospital.

Outras limitações evidenciadas, como é de se esperar, ao se ter o diagnóstico do CA e ser submetida ao processo de mastectomia, a paciente tem principalmente uma perda da musculatura e diminuição significativa da amplitude de movimento. Desta maneira também ocorreu às participantes colaboradoras deste estudo, ou seja, todas apresentaram sequelas pós-cirúrgica que as acompanham até os dias atuais.

O papel da fisioterapia no CA de Mama é proporcionar à mulher mastectomizada o resgate de sua qualidade de vida, ou seja, a redução do prejuízo causado pelas consequências advindas da cirurgia. A perda muscular e a diminuição da amplitude de movimento podem ser tratadas na fisioterapia, de forma a devolver para a mulher sua independência e autonomia.

Sobrevivência Enquanto Decisão

“O câncer não é uma questão de escolha” - Margarida

Margarida coloca em seu relato que, por muitas vezes, o CA é visto como uma questão de decisão e esperança. Relata que, por vezes, nos hospitais, frases de motivação com escritos que se referem ao sucesso ou não do tratamento estão relacionados exclusivamente à fé e à esperança da paciente. O que Margarida chama a atenção é que, para o sucesso do tratamento, é preciso bem mais que fé. É preciso uma alimentação digna, rica em nutrientes que vão sustentar a evolução do tratamento, e para isso é preciso investimento financeiro, de tempo e motivação para o sucesso do tratamento. Aponta para o acesso ou não de recursos financeiros, alimentícios além da própria rede de apoio, influenciam significativamente em todo o processo do tratamento, bem como a facilitação do avançar da doença, quando não atendidos apropriadamente. Margarida diz que “a perda da vida nem sempre é desistência”, mas sim uma questão de acesso à recursos. O paciente oncológico, não depende exclusivamente de sua decisão de não desistir do tratamento para sua melhora ou não, mas sim do acesso à alimentação adequada, à rede de apoio, à tratamentos complementares, à informação e a outras estratégias de enfrentamento.

População de Mulheres Pretas

“Me dá vontade de chorar porque tenho muitas amigas que não alcançaram o que deveriam alcançar [a cura], e aí eu fiquei triste, me abalou” - Bromélia

“eu fiquei mais abatida com o sofrimento das outras [que adoeceram e faleceram] do que com o meu próprio, porque eu estava preparada para sofrer” - Bromélia

O ponto levantado por Margarida, sustenta o evidenciado pelas figuras 8 e 9, correspondentes à raça/cor das usuárias do SUS. Os gráficos evidenciam que, para o acesso no sistema ambulatorial, ou seja, para o nível primário e secundário, as mulheres que têm acesso são as “outras” e as pardas. Aqui é possível orientarmos a reflexão para dois pontos: (1) a problemática da auto identificação com “outras” e (2) a subnotificação das demais raças no SUS.

Para a problemática da identificação em termos de raça e cor, é possível pensar em duas situações que podem representar a realidade de forma ajustada. A primeira, é a autodeclaração destas mulheres. Se são as mesmas que se auto identificam e autodeclaram para o preenchimento neste sistema - DATASUS - há, claramente, uma preferência por uma identificação enquanto “outras”, em detrimento de sua verdadeira

raça/cor. Isto pode se dar por algumas razões, a primeira, pela falta de acesso à informação do que seriam as diferentes raças/cores e qual ela estaria enquadrada/se identificaria. A segunda, é a intenção consciente de optar por “outras”, porque assumir um lugar de diversidade em termos de cor de pele, origem, cultura e povos é assumir e reconhecer um lugar de dor, de marcas diante da história e sofrimentos advindos dos tempos mais remotos até os dias de hoje. Não se identificar, por outro lado, e neste sentido, é possível entender a não identificação na opção por “outras”, é não assumir este lugar, é não agir, é se eximir da dor, dos fantasmas e de uma vida de luta e resistência constante que implica assumir esta posição.

Por outro lado, a segunda possibilidade da super notificação de “outras” e subnotificação das demais raças/cores pode se dar também, em função do não preenchimento adequado do formulário de dados do sistema, que é preenchido por outros profissionais. É possível que a desatenção, a sobrecarga de trabalho ou ainda a não compreensão da relevância da resposta fidedigna deste campo para a contribuição em pesquisas, análises e posteriormente, a construção e proposição de políticas públicas, possam impactar em seu preenchimento de forma correta, comprometendo assim a veracidade dos dados.

Outra associação extremamente importante é que, como sustentada também pelos dados quantitativos, parece que as informações, sejam de acesso, de políticas públicas, de ações e até desta própria pesquisa, não chegam às mulheres pretas. Talvez de fato não cheguem, talvez cheguem mas não se percebem na possibilidade de participar e expressar sua voz. Bromélia e Margarida são brancas e Tulipa é parda, nenhuma é preta ou indígena. Esta informação é um reflexo também da figura 8 e 9, que demonstra que, como evidenciado no ponto acima, ou não há a presença destas mulheres no SUS ou há a subnotificação no tangente à sua cor/raça real. Vale reforçar que, segundo Corrêa et al. (2010), o CA tipo triplo-negativo que corresponde a um tumor mais agressivo, presente nas três participantes desta pesquisa no âmbito qualitativa, tem a maior taxa de incidência em mulheres mais jovens e de ascendência africana ou hispânica - correspondendo a uma frequência maior em 10% quando comparadas à mulheres brancas. Estas informações são fundamentais para que haja o desenvolvimento de uma nova estratégia terapêutica em mulheres AD com esse

fenótipo. Para além disso, é preciso frisar a dificuldade de achar material e literatura a respeito de mulheres pretas.

Um dos poucos materiais encontrados, também reforça o evidenciado pela figura 8 a 10 e escritos acima. Na primeira figura, como já relatado, há a subnotificação de mulheres pretas no gráfico, no âmbito da assistência e os possíveis motivos para isso foram acima explorados. Com relação à figura 10, em que é evidenciado o custo por raça, é possível perceber que as mulheres pretas chegam mais cedo - vide idade de 19 anos - e mais grave - vide custos maiores, e quanto maior a gravidade da situação, maiores custos associados para o tratamento - isto se dá, como elencado ainda por Corrêa et al. (2010), porque os tumores em mulheres jovens foram considerados mais agressivos na população de mulheres pretas, com risco de morte duas vezes maior do que em mulheres brancas. Além disso, é possível pensar ainda que ocorre em função do não acesso desta população aos diferentes recursos de diagnóstico e tratamento em tempo indicado, mas de forma tardia, descoberta esta que Nogueira et al.(2018), Renna Junior e Silva (2018) já haviam feito em seus estudos. Com o apoio do Coletivo Psicologia Preta, estas questões foram levantadas e refletidas. Uma grande hipótese para que estas mulheres cheguem mais graves, é justamente a não realização do processo de rastreio, no sentido de uma busca ativa contínua, mas em função da obrigação das diversas atividades a serem realizadas, este processo é negligenciado. A chegada dessas mulheres, portanto, se dá quando o caso já é grave e não é mais possível postergar este tratamento, visto que há o acometimento de outras funções e papéis sociais desempenhados. É sabido que, quanto antes descoberto, o CA tem mais chance de sucesso de tratamento e menores são os recursos sociais e financeiros a serem investidos. Ao contrário, se o CA está em estágio avançado, é necessário uma mobilização maior de recursos, principalmente em níveis financeiros. O recorte evidenciado pela figura 10 demonstra o aqui disposto, ao evidenciar que, para uma mulher de 19 anos em situação de CA de mama, gasta, se branca X e se preta, duas vezes mais em função possivelmente do CA instaurado ou ainda, da gravidade e estágio da doença. Quando partimos para as questões emocionais desta população, ainda em Corrêa et al. (2010), as mulheres afro-americanas evidenciaram maior nível de sintomas depressivos antes de iniciarem seu processo de tratamento. Em contrapartida, após determinado período de tempo, as mesmas tiveram escores mais favoráveis na escala de

saúde mental e depressão, em comparação com as mulheres brancas. Ainda segundo o estudo, o autor coloca que possivelmente, em função das adversidades do tratamento, foi necessário que elas desenvolvessem estratégias adaptativas. Além disso, é importante frisar que o cuidado e atenção maior à esta população deve ser, não exclusivamente mas principalmente, nos momentos iniciais de descoberta do adoecimento e seu acompanhamento clínico, com o objetivo de apoiar e evitar o surgimento de sintomas depressivos e ansiosos que dificultam a adesão terapêutica (Corrêa et al. 2010).

Tendo esses tópicos sido abordados, é imprescindível que a população, mas principalmente dos líderes que pensam as políticas públicas sociais, de maneira específica para esta população, reflitam sobre a importância de um diagnóstico precoce, principalmente para a população que manifesta maior ocorrência deste adoecimento e ainda, em sua forma mais grave. É de suma importância desenvolver e propor recursos como institucionalização de protocolos de assistência para que esta população esteja assistida de maneira geral, tal como é de direito (Santos & Araújo, 2020)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS (OU CONCLUSÕES)

Em termos de considerações finais, alguns pontos se fizeram presentes para além do que esta pesquisa conseguiu abarcar. A primeira questão é a problemática da dificuldade da autoidentificação étnico-racial da população brasileira. Esteve muito presente uma dificuldade que observamos como pesquisadoras em saber quem é essa mulher parda, preta ou branca e ainda, por ser um processo histórico ainda é observado nas instituições, nos discursos, nos processos educacionais (não se ensina sobre etnia e raça de modo identificador descolonizante). Curioso o fato de que houve uma inconsistência real do que as pesquisadoras entendem enquanto identificação racial de cada uma das participantes e o que as mesmas se autodeclararam. Este tema fica evidente para uma melhor exploração desta questão já levantada nos resultados e discussões, do reconhecimento do lugar da identificação como mulher preta, parda, indígena, amarela ou branca.

Apoiado ainda nos dados quantitativos, é preciso considerar que, tendo as ressalvas com relação às informações de autodeclaração das mulheres participantes

pelos dados levantados no DATASUS, é necessário considerar que há mulheres pardas o ano todo em termos de tratamentos deste adoecimento, marcado desde os custos ambulatoriais até os custos hospitalares sendo os maiores gastos por procedimentos.

Outro ponto fundamental é justamente a atenção ao cuidado da rede de apoio das participantes colaboradoras, em termos de acesso às políticas públicas e consciência com relação ao seu próprio processo de prevenção - rastreio e diagnóstico precoce - para que não caiam na reprodução desta história, sendo as próximas mulheres, cada vez mais jovens, acessando ao sistema de saúde cada vez mais graves e portanto, mais onerosas.

Tema também pouco explorado neste trabalho foi a religiosidade que aparece no relato das três mulheres entrevistadas como um elemento muito forte. Considerar e compreender qual o papel concreto desta crença, como se firma enquanto uma estratégia de enfrentamento e seus desdobramentos.

Para além destes tópicos acima elencados que emergiram campos para além do que pudemos investigar e que podem e devem ser abordados em trabalhos seguintes, é preciso considerar os objetivos que foram com sucesso atendidos, a partir deste trabalho, como a adesão ao tratamento fundamentalmente associada ao sentido atribuído pelas mulheres à este adoecimento, bem como seu processo de adoecimento, em termos objetivos e subjetivos. Foi possível também compreender a como se dá a estrutura da doença no Distrito Federal, bem como mecanismos de políticas públicas desenvolvidas, e por fim, as implicações únicas e subjetivas do processo de adoecimento e seus desdobramentos.

REFERÊNCIAS

- Agência Gov. (2023,10,31). Câncer de mama: conheça os tratamentos oferecidos pelo SUS. EBC Agência Brasil. Recuperado de:
<https://agenciagov.ebc.com.br/noticias/202310/cancer-de-mama-conheca-os-tratamentos-oferecidos-pelo-sus#:~:text=O%20Sistema%20%20C3%9Anico%20de%20Sa%20%20C3%BAde,principais%20sinais%20indicativos%20da%20doen%20%20C3%A7a>
- Alencar, D. L. D., Marques, A. P. D. O., Leal, M. C. C., & Vieira, J. D. C. M. (2014). Fatores que interferem na sexualidade de idosos: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19, 3533-3542.
- Almeida, Raquel Ayres de, & Malagris, Lucia Emmanoel Novaes. (2011). A prática da psicologia da saúde. *Revista da SBPH*, 14(2), 183-202. Recuperado em 28 de fevereiro de 2024, de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582011000200012&lng=pt&tlng=pt.
- Alvim, M. B. (2011). A ontologia da carne em Merleau-Ponty e a situação clínica na Gestalt-terapia: entrelaçamentos. *Revista da Abordagem Gestáltica: Phenomenological Studies*, 17(2), 143-151.
- Amorim, M. A. P., & Siqueira, K. Z. (2017). Relação entre vivência de fatores estressantes e surgimento de câncer de mama. *Psicologia Argumento*, 32 (79).
<https://doi.org/10.7213/psicol.argum.32.079.A009>

Amparo, D. M. D., Magalhães, A. C. R. D., & Chatelard, D. S. (2013). O corpo: identificações e imagem.

Barbosa, M. R., Matos, P. M., & Costa, M. E.. (2011). Um olhar sobre o corpo: o corpo ontem e hoje. *Psicologia & Sociedade*, 23(1), 24–34.

<https://doi.org/10.1590/S0102-71822011000100004>

Barros, T. M. (1999). *Psicologia e Saúde: Intervenção em hospital geral*. Aletheia [online], 10, 115-120. [Links]

Barros, T. M. (2002). *Psicologia e saúde: intervenção em hospital geral / Psychology and health: general hospital therapeutics*. Aletheia, (15), 77-83.

Batista, D. R. R., Mattos, M. de, & Silva, S. F. da. (2015). Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. *Revista De Enfermagem Da UFSM*, 5(3), 499–510.

<https://doi.org/10.5902/2179769215709>

Bergamasco, R. B. ., & Angelo, M. . (2001). O Sofrimento de Descobrir-se com Câncer de Mama: como o Diagnóstico é Experienciado pela Mulher . *Revista Brasileira De Cancerologia*, 47(3), 277–282.

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2001v47n3.2306>

Bergmann, A. (2000). Morbidade após o tratamento para câncer de mama. *Fisioterapia Brasil*, 1(2), 85-90. <http://educacaoofisicarj.tripod.comfisioterapiabrasil.pdf#page=52>

Bergmann, A. ., Ribeiro, M. J. P. ., Pedrosa, E. ., Nogueira, E. A. ., & Oliveira, A. C. G. . (2006).

Fisioterapia em mastologia oncológica: rotinas do Hospital do Câncer III / INCA. *Revista Brasileira De Cancerologia*, 52(1), 97–109.

<https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2006v52n1.1906>

Bonesi, L. E. D. B., & Lima, T. D. S. (2020). A abordagem da fisioterapia na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.

Bushatsky, M., Almeida Silva, R., Camilo Lima, M. T., Siqueira Campos Barros, M.

B., Vasconcelos Beltrão Neto, J. E., & de Moraes Ramos, Y. T. (2017). Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 16(3).

Caetano, E. A., Gradim, C. V. C., & Santos, L. E. D. S. D. (2009). Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. *Rev enferm UERJ*, 17(2), 257-61.

Campos, Elisa Maria Parahyba, Rodrigues, Avelino Luiz, & Castanho, Pablo. (2021). Intervenções Psicológicas na Psico-Oncologia. *Mudanças*, 29(1), 41-47. Recuperado em 28 de fevereiro de 2024, de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-32692021000100005&lng=pt&tlng=pt.

Capitão, C. G., & Zampronha, M. A. G. (2004). Câncer na Adolescência: Um estudo com instrumento projetivo. *Revista Da Sociedade Brasileira De Psicologia Hospitalar*, 7(1),

3–16. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.7.2>

Cardinal, E., Pinto, G., Hoffmann, M. E. K., & Antonelli, C. M. (2017). Abordagem psicanalítica das doenças psicossomáticas.

Cardoso, R. L., Paula, P. A. B. de ., Marçal, R. T. de S. ., & Vaz, C. T. . (2022). Perception of women with breast cancer about comprehensive physiotherapeutic care. *Research, Society and Development*, 11(17), e256111737705.

<https://doi.org/10.33448/rsd-v11i17.37705>

Carvalho, C. C., & Côrtes Gradim, C. V. (2014). Situações de violência vivenciadas por mulheres antes do diagnóstico de câncer de mama. *Journal of Health & Biological Sciences*, 2(4), 208.

<https://doi.org/10.12662/2317-3076jhbs.v2i4.81.p208-212.2014>

Coffito. Formação Acadêmica e Profissional. Coffito, (s.d.). Disponível em

https://www.coffito.gov.br/nsite/?page_id=2344#:~:text=Fisioterapia%20%C3%A9%20uma%20Ci%3%AAn%20da,traumas%20e%20por%20doen%C3%A7as%20adquiridas%20 com acesso em 25 de abr. de 2023

Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 1ª Região (CREFITO-1). (s.d.).

Especialidade em Fisioterapia Oncológica foi criada em 20 de maio de 2009. Recuperado de

<https://www.crefito1.org.br/noticias/6613/especialidade-em-fisioterapia-oncologica-foi-criada-em-20-de-maio-de-2009#:~:text=Especialidade%20em%20Fisioterapia%20>

[Oncol%C3%B3gica%20foi%20criada%20em%2020%20de%20maio%20de%202009&text=A%20especialidade%20de%20Fisioterapia%20em.20%20de%20maio%20de%202009](https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014)

Corrêa, P. B., Toralles, M. B. P., Abe Sandes, K., Machado, T. M. B., Bonfim, T. F., Meyer, L., ... & Nascimento, I. L. D. O. (2010). Câncer de mama triplo negativo e sua associação com ancestralidade africana.

Crefito 4. Definição de Fisioterapia. Crefito 4, (s.d.). Disponível em

<https://crefito4.org.br/site/definicao/https://crefito4.org.br/site/definicao> , acesso em 25 de abr. de 2023

Delalibera, M., Presa, J., Barbosa, A., & Leal, I.. (2015). Sobrecarga no cuidar e suas repercussões nos cuidadores de pacientes em fim de vida: revisão sistemática da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(9), 2731–2747. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015209.09562014>

Eizirik, M., Schestatsky, S., Knijnik, L., Terra, L., & Ceitlin, L. H. F. (2006). Contratransferência e trauma psíquico. *Revista de Psiquiatria Do Rio Grande Do Sul*, 28, 314–320. <https://doi.org/10.1590/S0101-81082006000300010>

Faria, L.. (2010). As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. *História, Ciências, Saúde-manguinhos*, 17, 69–87. <https://doi.org/10.1590/S0104-59702010000500005>

Fernanda, M., & Souza, G. (2021). A importância da fisioterapia no pós- operatório do câncer de mama com ênfase na funcionalidade e qualidade de vida Paripiranga 2021.

<https://repositorio.animaeducacao.com.br/bitstream/ANIMA/14056/1/Monografia%20de%20Maria%20Fernanda%20tcc.pdf>

Ferreira, R. M. B., & Lemos, M. F. (2016). A mulher e o câncer de mama: um olhar sobre o corpo adoecido. *Perspect Psicol*, 20(1), 178-20.

Figura 1. Diagrama de navegação: Unidade de Atenção Primária. Retirado de Linhas de Cuidado. Ministério da Saúde, s.d., Obtida de

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/>

Figura 2. Fluxo de Encaminhamento. Retirado de Linhas de Cuidado. Ministério da Saúde, s.d.,

Obtida de <https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/>

Foucault, M. (1977). *O Nascimento da Clínica*. Editora Forense-Universitária. Foucault, M. (1984). *Microfísica do poder* (4a ed.). Graal.

Foucault, M. (1988). História da sexualidade I: a vontade de saber. In *História da sexualidade I: a vontade de saber* (pp. 152-152).

Freud, S. Srta. Elizabeth Von R. *Em Estudos sobre a Histeria* (1893-1895). São Paulo: Companhia das Letras.

Governo do Estado do Rio Grande do Sul. (2010). Manual Operacional do Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS (SIA). Secretaria Estadual da Saúde. Recuperado de

http://www1.saude.rs.gov.br/dados/1273242960988Manual_Operacional_SIA2010.pdf

Grzybowski, M. D. A., Schmidt, C., & Borges, V. R. (2008). A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. *Psicologia hospitalar*, 6(1),82-96.

Han, B. C. (2015). *Sociedade do cansaço*. Editora Vozes Limitada.

Han, B. C. (2021). *Sociedade paliativa: a dor hoje*. Editora Vozes.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). (Ano). Sistema de Informações Hospitalares do SUS (SIH-SUS). Centro de Estudos Sociais do IBGE. Recuperado de

<https://ces.ibge.gov.br/base-de-dados/metadados/ministerio-da-saude/sistema-de-informacoes-hospitalares-do-sus-sih-sus.html>

Instituto Nacional de Câncer. (s.d.). Detecção Precoce do Câncer de Mama. Gov.br. Recuperado de

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/deteccao-precoce>

Instituto Nacional de Câncer. (s.d.). Prevenção do Câncer de Mama. Gov.br. Recuperado de

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/prevencao>

Instituto Nacional de Câncer. (s.d.). Promoção da Saúde - Controle do Câncer de Mama. Gov.br.

Recuperado de

<https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/gestor-e-profissional-de-saude/controle-do-cancer-de-mama/acoes/promocao-da-saude>

Jung, C. G. (2011b). Psicologia do inconsciente (Vol. 7/1). Petrópolis: Vozes.

Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. (s.d.). Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Brasília. 2012.

Recuperado de https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.htm

Lima, A. C., Januário, M. C., Lima, P. T., & de Moura, W. (2015). DATASUS: o uso dos Sistemas de Informação na Saúde Pública. Refas-Revista Fatec Zona Sul, 1(3), 16-31.

Manzini, E. J. (1990). A entrevista na pesquisa social. Didática, 26, 149-158.

Marques, A.P., Sanches, E.L. Origem e evolução da fisioterapia: aspectos históricos e legais.

Rev.Fisioter. Univ. São Paulo,1(1): 5-10, jul./dez., 1994.

Matta, G. C. (2007). Princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde. EPSJV.

Matos, S. E. M., Rabelo, M. R. G., & PEIXOTO, M. C. (2021). Análise epidemiológica do câncer de mama no Brasil: 2015 a 2020/Epidemiological analysis of breast cancer in Brazil: 2015 to 2020. Brazilian Journal of Health Review,[S. l.], 4(3), 13320-13330.

Mendes Nunes, M., & Fernandes de Amorim, S. (2020). A simbologia do câncer de mama.

Merleau-Ponty, M. (1994). Fenomenologia da percepção (CAR Moura, trad.). São Paulo.

Mesquita, L. A., & Santos, L. S. P. D. (2017). A importância da Fisioterapia no Pré e Pós-Operatório Imediato do Câncer de Mama. Revista de Trabalhos Acadêmicos -Universo Belo Horizonte, 1(2).

Minayo, M. C de S. (1998). O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 5. ed. São Paulo: Hucitec-Abrasco.

Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Ciência & saúde coletiva, 5, 7-18.

Ministério da Saúde. (s.d.). Câncer de mama. Gov.br.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama>

Ministério da Saúde. (s.d.). INCA lança a Estimativa 2023 - Incidência de Câncer no Brasil.

Recuperado de

[https://bvsmis.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/#:~:text=O%20tumor%20maligno%20mais%20incidente,est%C3%B4magos%20\(3%20C1%25\)](https://bvsmis.saude.gov.br/inca-lanca-a-estimativa-2023-incidencia-de-cancer-no-brasil/#:~:text=O%20tumor%20maligno%20mais%20incidente,est%C3%B4magos%20(3%20C1%25))

Ministério da Saúde. (s.d.). Sistema Único de Saúde (SUS). Gov.br.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/sus>

Ministério da Saúde. (s.d.). Tratamento do câncer de mama. Gov.br.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama/tratamento>

Ministério da Saúde. (s.d.). Sobre o DATASUS. Recuperado de

<https://datasus.saude.gov.br/sobre-o-datasus/>

Ministério da Saúde. Câncer de Mama. GOV, (s.d.). Disponível em

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/cancer-de-mama#:~:text=C%C3%A2ncer%20de%20mama%20%C3%A9%20o,novos%20de%20c%C3%A2ncer%20em%20mulheres> com acesso em 25 de abr. de 2023

Ministério da Saúde. Eu quero me exercitar, O que significa ter saúde? GOV, 2021. Disponível em

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-brasil/eu-quero-me-exercitar/noticias/2021/o-que-significa-ter-saude> com acesso em 28 de abr. de 2023

Ministério da Saúde/Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. (s.d.). Qual a faixa etária ideal para realização de mamografia em mulheres visando redução da mortalidade por câncer de mama?

Ministério da Saúde, (s.d.), Retirado de Linhas de Cuidado. Obtida de

<https://linhasdecuidado.saude.gov.br/portal/cancer-de-mama/unidade-de-atencao-primaria/>

Miyazaki, M.C.O.S., Domingos, N.A.M., & Caballo, V.E. (2001). Psicologia da Saúde:

intervenções em hospitais públicos. In: B. Rangé (org.). Psicoterapias

Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria, (pp.463-474). Porto Alegre:

Artmed.

Nicolaou, P. K., & Padoin, L. V. (2013). O retrato das políticas públicas no tratamento do câncer de

mama no Brasil. *Revista Brasileira de Mastologia*, 23(3), 92-94.

Nogueira, M. C., Guerra, M. R., Cintra, J. R. D., Corrêa, C. S. L., Fayer, V. A., &

Bustamante-Teixeira, M. T. (2018). Disparidade racial na sobrevivência em 10 anos para o câncer de mama: uma análise de mediação usando abordagem de respostas potenciais.

Cadernos De Saúde Pública, 34(9), e00211717. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00211717>

Piacentini, A. B. (2012). *Novas Perspectivas para a biologia do câncer: compreendendo as*

metástases. Rio Claro.

Piauilino, A., & Da Silva, C. (2010). “Uma doença que todo mundo tem”: uma perspectiva

antropológica sobre a experiência do câncer de mama no Hospital Regional da Ceilândia

(DF).

Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. (s.d.). *Qual a faixa*

etária ideal para realização de mamografia em mulheres visando redução da mortalidade

por câncer de mama? APS - Atenção Primária à Saúde. Recuperado em 15 de agosto de 2024, de

<https://aps-repo.bvs.br/aps/qual-a-faixa-etaria-ideal-para-realizacao-de-mamografia-em-mulheres-visando-reducao-da-mortalidade-por-cancer-de-mama/>

Prado, A. S., Maciel, B. F., Teixeira, F. F. S., & Fagundes, G. R. S. (2020). Os Benefícios da Drenagem Linfática Pós Mastectomia/The benefits of lymphatic drainage after mastectomy. ID on line. *Revista de psicologia*, 14(52), 362-373.

Reis, C. E. (2015). Eficácia da terapia de exercícios para melhora da amplitude de movimento no pós-operatório do câncer de mama: uma revisão sistemática.

Renna Junior, N. L., & Silva, G. A. (2018). Tendências temporais e fatores associados ao diagnóstico em estágio avançado de câncer do colo uterino: Análise dos dados dos registros hospitalares de câncer no Brasil, 2000-2012. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 27(2), 1-13

Ressel, L. B., Beck, C. L. C., Gualda, D. M. R., Hoffmann, I. C., Silva, R. M. da, & Sehnem, G. D. (2008). O uso do grupo focal em pesquisa qualitativa. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17, 779-786.

<https://doi.org/10.1590/S0104-07072008000400021>

Santos, E. A. S. D., & Araujo, T. C. C. F. D. (2020). Qualidade de vida de mulheres negras com câncer de mama: uma revisão de literatura. *Mudanças*, 28(2), 43-50.

Segre, M., & Ferraz, F. C. (1997). O conceito de saúde. *Revista de saúde pública*, 31, 538-542.

Self - *Revista Do Instituto Junguiano de São Paulo*, 5, 1–27.

<https://doi.org/10.21901/2448-3060/self-2020.vol05.0013>

Sigmund Freud, & Paulo César De Souza. (2011). *O mal-estar na civilização*. São Paulo: Penguin Classics; Companhia Das Letras.

Silva, A. R. S., Alves, E. R. P., Barros, M. B. S. C., Bushatsky, M., Souto, C. M. M. R., & dos Santos Figueira Filho, A. S. (2011). Educação em saúde para detecção precoce do câncer de mama. *Rev Rene*, 12, 952-959.

Sociedade Brasileira de Cirurgia Oncológica. *O que é a fisioterapia oncológica?*, SBCO, 2022.

Disponível em

<https://sbco.org.br/o-que-e-a-fisioterapia-oncologica/#:~:text=A%20fisioterapia%20oncol%C3%B3gica%20%C3%A9%20um,%C3%B3rg%C3%A3os%20e%20sistemas%20do%20paciente> com acesso em 29 de abr. de 2023

Valéria Dolina, J., Bellato, R., & Santos De Araújo, L. (n.d.). *O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama*.

Vendrusculo, L. M. (2011). *Capacidade Funcional e Qualidade de Vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico*. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto.

World Health Organization. (2012). WHO HIS HSI Rev.2012.03. Recuperado de

https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/77932/WHO_HIS_HSI_Rev.2012.03_eng.pdf?sequence=1

World Health Organization. (s.d.). WHOQOL Instruments - World Health Organization Quality of

Life. Recuperado de <https://www.who.int/tools/whoqol>

Zygmunt Bauman, & Plínio Dentzien. (2007). Modernidade líquida. Rio De Janeiro Jorge Zahar..

APÊNDICES

Apêndice A

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Título da Pesquisa: Câncer de Mama: O Adoecer, A Construção de Sentido e Qualidade de Vida em Mulheres Mastectomizadas - Uma Leitura Interdisciplinar.

Instituição do/a ou dos/(as) pesquisadores(as): Centro Universitário de Brasília

Pesquisador(a) responsável [professor(a) orientador(a)]: Lígia Bias

Pesquisador(a) assistente [aluno(a) de graduação]: Maria Camila Seixas Carneiro

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa acima citado. O texto abaixo apresenta todas as informações necessárias sobre o que estamos fazendo. Sua colaboração neste estudo será de muita importância para nós, mas se desistir a qualquer momento, isso não lhe causará prejuízo.

O nome deste documento que você está lendo é Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Antes de decidir se deseja participar (de livre e espontânea vontade) você deverá ler e compreender todo o conteúdo. Ao final, caso decida participar, você será solicitado a assiná-lo e receberá uma cópia do mesmo. Antes de assinar, faça perguntas sobre tudo o que não tiver entendido bem. A equipe deste estudo responderá às suas perguntas a qualquer momento (antes, durante e após o estudo).

Natureza e objetivos do estudo

- O objetivo geral da pesquisa é analisar e compreender como a adesão ao tratamento pode estar ligada ao sentido atribuído à doença pela mulher e as suas influências em processos de suas escolhas terapêuticas propostas no pós-operatório e no desenrolar da doença de forma geral em termos objetivos e subjetivos.
- Dentre os objetivos específicos, estão (1) contribuir com a compreensão da doença em nível estadual (DF) e suas relações com as políticas públicas de saúde; (2) compreender os processos e protocolos para o cuidado ao câncer de mama em termos de qualidade de vida e bem estar global das mulheres assistidas pela rede pública na assistência interdisciplinar fisioterapêutica e psicológica; (3) entender como os processos de adoecimento-tratamento-cura-paliativismo-alta/óbito se dão, e ainda, quais as relações e implicações desse processo nas tomadas de decisões refletem conteúdos como a auto-imagem, a auto-estima e o auto-cuidado.
- Você está sendo convidado a participar exatamente por ser paciente oncológico.

Procedimentos do estudo

Sua participação consiste em:

- Participar de uma entrevista semi-estruturada a ser conduzida pela pesquisadora assistente de forma presencial, no local de sua preferência, na qual você responderá a algumas questões específicas e relatará algumas das situações vivenciadas.
- Ainda, responder um questionário sobre Qualidade de Vida que será perguntado pela pesquisadora assistente.
- Não haverá nenhuma outra forma de envolvimento ou comprometimento neste estudo.
- Será realizada, a partir de sua autorização, uma gravação de áudio com o objetivo de contribuir para fins armazenamento de informações durante e exclusivamente o período da pesquisa.
- Reforçamos o sigilo e a confidencialidade dos dados, bem como a anonimização dos seus dados.

Riscos e benefícios

- Este estudo baixos riscos à saúde ou integridade dos participantes, mas alguns riscos como desconforto e mobilização emocional ao responder as perguntas da entrevista e/ou questionário podem acontecer.
- A realização da coleta de dados individualizada será tomada como medida preventiva durante a realização do questionário para minimizar qualquer risco ou incômodo.
- Caso esse procedimento possa gerar algum tipo de constrangimento, você não precisa realizá-lo.
- Com sua participação nesta pesquisa você poderá contribuir com o estudo, no sentido de avanços e descobertas para o âmbito da saúde pública e políticas públicas aplicadas ao câncer de mama.

- Caso seja considerado necessário, você pode receber um encaminhamento para a clínica escola de Psicologia, no caso de apresentar sofrimento psíquico que demande apoio psicoterápico.

Participação, recusa e direito de se retirar do estudo

- Sua participação é voluntária. Você não terá nenhum prejuízo se não quiser participar.
- Você poderá se retirar desta pesquisa a qualquer momento, bastando para isso entrar em contato com um dos pesquisadores responsáveis.
- Conforme previsto pelas normas brasileiras de pesquisa com a participação de seres humanos, você não receberá nenhum tipo de compensação financeira pela sua participação neste estudo.

Confidencialidade

- Seus dados serão manuseados somente pelos pesquisadores e não será permitido o acesso a outras pessoas.
- O material com as suas informações ficará guardado sob a responsabilidade de Maria Camila Seixas Carneiro (na área psicoterápica) e Manoela Seixas Carneiro (na área fisioterápica) e com a garantia de manutenção do sigilo e confidencialidade. Os dados e instrumentos utilizados ficarão arquivados com o(a) pesquisador(a) responsável por um período de 3 anos, e após esse tempo serão destruídos.
- Os resultados deste trabalho poderão ser apresentados em encontros ou revistas científicas. Entretanto, ele mostrará apenas os resultados obtidos como um todo, sem revelar seu nome, instituição a qual pertence ou qualquer informação que esteja relacionada com sua privacidade.
- Novamente, é reforçada o sigilo e anonimização dos dados e informações coletadas.

Se houver alguma consideração ou dúvida referente aos aspectos éticos da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Brasília – CEP/UniCEUB, que aprovou esta pesquisa, pelo telefone 3966.1511 ou pelo e-mail cep.uniceub@uniceub.br. Também entre em contato para informar ocorrências irregulares ou danosas durante a sua participação no estudo.

Eu, _____,
 RG _____, após receber a explicação completa dos objetivos do estudo e dos procedimentos envolvidos nesta pesquisa, concordo voluntariamente em fazer parte deste estudo.

Este Termo de Consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida ao senhor(a).

Brasília, ____ de _____ de _____

 Participante

 Ligia Bias
 (61) 8354-8218 - ligia.bias@ceub.edu.br

 Maria Camila Seixas Carneiro
 (61) 99613-4491 - maria.carneiro@sempreceub.com

Apêndice B

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada



Centro Universitário de Brasília - CEUB

Faculdade de Ciências da Educação e Saúde - FACES

Roteiro de Entrevista Semi-Estruturada

1. Intenção:
 - 8.1. O que te motivou a responder esse QR code?
 - 8.2. Porque você quer contribuir e fazer parte desta pesquisa?
2. História Pessoal:
 - 9.1. Me conta um pouco sobre quem é você;
 - 9.2. Me fala com pouco da sua história;
3. História com o Adoecimento:
 - 10.1. Como você suspeitou que poderia estar com Câncer de Mama?
 - 10.2. Me conta como foi o diagnóstico do seu adoecimento;
 - 10.3. O que você sentiu nesse momento?
 - 10.4. Como se sentiu após essa informação?
 - 10.5. Quando isso foi falado?
 - 10.6. Como você se sentiu com a forma como foi dita?
 - 10.7. Com quem você pôde contar nesse momento?
 - 10.8. Você teve rede de apoio?
4. Assistência no SUS:
 - 11.1. Como você entrou no SUS?
 - 11.2. Como se deu ou está se dando a assistência no SUS?
 - 11.3. Para você, como foi esse percurso?
 - 11.4. Como você se sentiu ou se sente ao longo do tratamento?
 - 11.5. Você entendeu como se dava o processo dentro so SUS?
5. Sobre as Políticas Públicas:
 - 12.1. Você tinha conhecimento sobre o processo de prevenção e identificação da doença?
 - 12.2. Você teve conhecimento sobre as políticas públicas sobre o Câncer de Mama?
 - 12.3. Você chegou a participar de algum procedimento preventivo promovido pelas políticas públicas?
 - 12.4. Você recebeu algum documento escrito ou cartilha sobre o atendimento e a jornada no SUS?
 - 12.5. Te explicaram sobre o processo?

6. Sobre o sujeito:
 - 13.1. Hoje quem é a _____?
 - 13.2. Que corpo é esse que ela mora?
 - 13.3. Como você enxerga esta mulher de hoje quando comparada à mulher que recebeu aquela notícia?
 - 13.4. Você nota alguma transformação em você?
 - 13.5. Como você enxerga seu corpo?
 - 13.6. Como você vê sua feminilidade nesse processo? Antes e depois da doença?
 - 13.7. Este fator do corpo especificamente, teve impacto nas relações?
 - 13.8. Como era no âmbito sexual? Tinha relações? Sentiu impacto após o diagnóstico?
 - 13.5. Como é sua rede de apoio hoje?
 - 13.6. Quem contribuiu para este processo de transformação, para essa pessoa antiga se tornar a fulana que é hoje?
 - 13.7. Quais foram suas estratégias de enfrentamento?
7. Aplicação do Questionário de Qualidade de Vida
8. Sobre o SUS e a Assistência Multidisciplinar:
 - 15.1. Como foi com a equipe?
 - 15.2. Quem eram esses profissionais?
 - 15.3. Qual foi o nível de gravidade do adoecimento?
 - 15.4. Como foi o seu ingresso no SUS
 - 15.5. Qual nível da assistência você ingressou?
9. Sobre o papel da Fisioterapia:
 - 16.1. Você foi acompanhada por um Fisioterapeuta?
 - 16.2. Como você enxerga o papel dele(a) na equipe?
 - 16.3. No que ele te ajudou ou não te ajudou?
 - 16.4. O que ele fazia?
 - 16.5. Como você entendia essa terapêutica?
 - 16.6. Como você entendia os efeitos dessa terapêutica?
 - 16.7. Você considera importante a atuação desses profissionais?
 - 16.8. Acredita que tem impacto e eficácia no tratamento?
10. Sobre o papel da Psicologia:
 - 17.1. Você foi acompanhada por um Psicólogo?
 - 17.2. Como você enxerga o papel dele(a) na equipe?
 - 17.3. No que ele te ajudou ou não te ajudou?
 - 17.4. O que ele fazia?
 - 17.5. Como você entendia essa terapêutica?
 - 17.6. Como você entendia os efeitos dessa terapêutica?

- 17.7. Você considera importante a atuação desses profissionais?
- 17.8. Acredita que tem impacto e eficácia no tratamento?

11. Sobre o corpo e sua subjetividade:

- 18.1. Você passou o tempo inteiro por um monte de intervenção, como você se sentiu ao longo desse tratamento?
- 18.2. Você se sentiu no centro do tratamento?
- 18.3. Como eram as tomadas de decisão?
- 18.4. Você pôde opinar?
- 18.5. Você teve alguma orientação sobre os procedimentos a serem realizados e o processo da doença?
- 18.6. Você se sentiu parte do processo?

12. Etapas do Tratamento:

- 19.1. Hoje você se considera em qual etapa do tratamento?
- 19.2. Como se sente hoje?

13. Encerramento:

- 20.1. Nesse percurso todo no hospital, quem é a _____ hoje?
- 20.2. Quem você acha que ela vai ser daqui a pouco?
- 20.3. Quais são os próximos passos?

14. Nome:

15. Idade:

16. Estado Civil:

17. Qual a região administrativa que você reside?

18. Constituição Familiar:

19. Profissão:

20. Média Salarial:

* O questionário de qualidade de vida, como descrito no método, será inserida na entrevista no momento que a pesquisadora assistente achar pertinente.

ANEXOS**ANEXO A***Questionário EORTC QLQ-BR23 - Escala de Qualidade de Vida
Específica para Pacientes com Câncer de Mama***EORTC QLQ - BR23**

Às vezes os doentes relatam que tem os seguintes sintomas ou problemas. Por favor, indique em que medida sentiu estes sintomas ou problemas durante a semana passada.

Durante a semana passada:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
31. Sentiu secura na boca?	1	2	3	4
32. A comida e a bebida souberam-lhe de forma diferente da habitual?	1	2	3	4
33. Os olhos doeram-lhe, picaram ou choraram?	1	2	3	4
34. Caiu-lhe algum cabelo?	1	2	3	4
35. Só responda a esta pergunta se teve quedas de cabelo: Ficou preocupada com as quedas de cabelo?	1	2	3	4
36. Sentiu-se doente ou indisposta?	1	2	3	4
37. Teve afrontamentos?	1	2	3	4
38. Teve dores de cabeça?	1	2	3	4
39. Sentiu-se menos atraente fisicamente devido à doença e ao tratamento ?	1	2	3	4
40. Sentiu-se menos feminina por causa da doença e do tratamento?	1	2	3	4
41. Teve dificuldade em olhar para o seu corpo, nua?	1	2	3	4
42. Sentiu-se pouco satisfeita com o seu corpo?	1	2	3	4
43. Preocupou-se com o seu estado de saúde no futuro?	1	2	3	4
Durante as últimas quatro semanas:	Não	Um pouco	Bas- tante	Muito
44. Até que ponto sentiu desejo sexual?	1	2	3	4
45. Até que ponto esteve sexualmente activa? (com ou sem relações sexuais)	1	2	3	4
46. Só responda a esta pergunta se esteve sexualmente activa: Até que ponto as relações sexuais deram-lhe prazer?	1	2	3	4

Por favor, passe para a página seguinte

Durante a última semana:

	Não	Um pouco	Bastante	Muito
47. Teve dores no braço ou no ombro?	1	2	3	4
48. Teve o braço ou a mão inchados?	1	2	3	4
49. Teve dificuldade em levantar o braço ou fazer movimentos laterais com ele?	1	2	3	4
50. Sentiu dores na área da mama afectada?	1	2	3	4
51. A área da mama afectada inchou?	1	2	3	4
52. Sentiu a área da mama afectada muito sensível?	1	2	3	4
53. Teve problemas de pele na área ou à volta da área da mama afectada? (por exemplo, comichão, pele seca, pele a escamar)	1	2	3	4