

Potencialidades e fragilidades no acesso ao tratamento oncológico: perspectiva de mulheres mastectomizadas

Potentialities and weaknesses in access to cancer treatment: perspective of mastectomized women
Potencialidades y debilidades em el acceso al tratamiento del cáncer: perspectiva de las mujeres mastectomizadas

Maraisa Manorov^I Jeane Barros de Souza^{II} Valéria Silvana Faganello Madureira^{III}
Luana Reis^{IV}

Resumo: **Objetivo:** identificar potencialidades e fragilidades na rede de atenção à saúde para o acesso ao tratamento (cirúrgico, quimioterápico e ou radioterápico) de mulheres mastectomizadas. **Método:** estudo exploratório, descritivo, com abordagem qualitativa, com dez mulheres mastectomizadas. A coleta de dados realizou-se por meio de entrevistas semiestruturadas, analisadas conforme a análise de conteúdo. **Resultados:** a falta de profissionais qualificados para atender essa demanda e de informações sobre a doença foram citadas como problemas. Como potencialidades as mulheres referiram a oferta do tratamento gratuito pelo Sistema Único de Saúde e o acompanhamento realizado pela equipe multiprofissional. **Conclusão:** o atendimento dos profissionais e a reconstrução mamária destacaram-se como potencialidades no tratamento oncológico, enquanto a falta de informações e de profissionais qualificados foram fragilidades evidenciadas, cabendo a equipe multiprofissional e gestores reconhecerem as necessidades deste público para qualificação da assistência.

Descritores: Assistência integral à saúde; Sistema único de saúde; Mastectomia; Mamoplastia; Equipe de assistência ao paciente

Abstract: **Objective:** identify potentialities and weaknesses in the health care network for access to treatment (surgical, chemotherapy and / or radiotherapy) of mastectomized women **Method:** exploratory descriptive study with a qualitative approach with ten mastectomized women. Data collection was performed through semi-

^I Enfermeira. Residente no Programa de Residência Multiprofissional em Saúde da Família da Universidade Federal do Paraná/UFPR, Curitiba (PR), Brasil. E-mail: mara_manorov@hotmail.com ORCID: <http://orcid.org/0000-0002-0620-4659>

^{II} Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: jeane.souza@uffs.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7990-3613>

^{III} Enfermeira. Doutora. Professora do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS, Chapecó (SC), Brasil. E-mail: valeria.madureira@uffs.edu.br ORCID: <http://orcid.org/0000-0001-7990-3613>

^{IV} Acadêmica de enfermagem da Universidade Federal da Fronteira Sul/UFFS. Chapecó-SC, Brasil. E-mail: reis05luana@hotmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1744-1959>



structured interviews, analyzed according to content analysis. **Results:** the lack of qualified professionals to meet this demand and information about the disease were cited as problems. As potentialities, women referred to the offer of free treatment by the Unified Health System and the follow-up performed by the multi-professional team. **Conclusion:** professional care and breast reconstruction stood out as potentialities in cancer treatment, while the lack of information and qualified professionals were weaknesses, and the multiprofessional team and managers recognize the needs of this public for qualification of care.

Descriptors: Comprehensive health care; Unified health system; Mastectomy; Mammoplasty; Patient Care Team

Resumen: Objetivo: identificar las potencialidades y debilidades en la red de atención médica para el acceso al tratamiento (quirúrgico, quimioterapia y / o radioterapia) de mujeres mastectomizadas. **Método:** estudio exploratorio descriptivo con enfoque cualitativo con diez mujeres mastectomizadas. La recopilación de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, analizadas de acuerdo con el Análisis de Contenido. **Resultados:** la falta de profesionales calificados para satisfacer esta demanda y la información sobre la enfermedad se mencionaron como problemas. Como potencialidades, las mujeres se refirieron a la oferta de tratamiento gratuito por parte del Sistema Único de Salud y al seguimiento realizado por el equipo multiprofesional. **Conclusión:** la atención profesional y la reconstrucción mamaria se destacaron como potencialidades en el tratamiento del cáncer, mientras que la falta de información y profesionales calificados fueron debilidades, y el equipo multiprofesional y los gerentes reconocen las necesidades de este público para la calificación de la atención.

Descriptor: Atención integral de salud; Sistema único de salud; Mastectomía; Mamoplastia; Grupo de Atención al Paciente

Introdução

A incidência e a mortalidade por câncer têm crescido rapidamente em todo o mundo.¹ No Brasil e na maioria dos países, o câncer de mama representa a primeira causa de morte entre mulheres² e no que se refere à incidência, a estimativa para 2019 é de 59.700 novos casos ou 29,5% do total de cânceres.³ No mundo, o total de novos casos alcança quase 25% de todos os recentes cânceres em mulheres.²

No Brasil, o câncer de mama geralmente é diagnosticado em estágios mais avançados, o que piora o prognóstico comprometendo a sobrevivência das pacientes.³ Em 2016, a taxa bruta de mortalidade no Brasil foi de 15,4 óbitos/100 mil mulheres e entre os anos de 1980 e 2016, houve aumento de 33,6% nas taxas padronizadas de mortalidade de mulheres com esse câncer.³

O controle do câncer de mama tem sido uma das prioridades na Agenda da Política Nacional de Saúde no Brasil, com estratégias para detecção precoce e identificação da doença

em estágios iniciais, o que demanda ações de rastreamento e de diagnóstico precoce.⁴ O rastreamento consiste na mamografia bienal para mulheres entre 50 e 69 anos. O diagnóstico precoce envolve: população alerta para sinais e sintomas suspeitos, profissionais de saúde capacitados para avaliar casos suspeitos e sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna e com qualidade.⁴

A Lei nº 12.732 dispõe sobre o primeiro atendimento a usuários sintomáticos de neoplasia maligna, diagnóstico e início do tratamento no prazo máximo de 60 (sessenta) dias.⁵ Contudo, estudos com mulheres diagnosticadas com câncer de mama revelam que o intervalo de tempo entre o sintoma e o tratamento é superior ao recomendado pelo Ministério da Saúde (MS).⁶⁻⁷ Entre os fatores que dificultam a detecção precoce destacam-se: questões socioculturais, falta de informação sobre a doença e obstáculos organizacionais, tal como lista de espera para consultas, exames e tratamentos.⁶ Além disso, é essencial que as equipes de saúde tenham recursos humanos preparados para uma assistência efetiva, humanizada e qualificada, especialmente no que tange às ações de rastreamento para o diagnóstico precoce.⁶

Nesse contexto, o problema dessa pesquisa foi: Quais as potencialidades e fragilidades na rede de atenção à saúde para o acesso ao tratamento (cirúrgico, quimioterápico e ou radioterápico), na percepção de mulheres mastectomizadas? Teve por objetivo identificar potencialidades e fragilidades na rede de atenção à saúde para o acesso ao tratamento (cirúrgico, quimioterápico e ou radioterápico) de mulheres mastectomizadas.

MÉTODOS

Trata-se de estudo exploratório-descritivo de abordagem qualitativa, desenvolvido em unidades básicas de saúde (UBS) de um município da região Oeste de Santa Catarina. Dele participaram dez mulheres mastectomizadas, selecionadas segundo os critérios de inclusão: ter realizado mastectomia entre 2012 e 2018 e ter feito o tratamento (especialmente quimioterapia e ou radioterapia) pelo Sistema Único de Saúde (SUS).

O período de 2012 a 2018 foi proposto considerando a Lei nº 12.732 de 2012, que estabelece o prazo de 60 dias após o diagnóstico para início do tratamento. O público foi selecionado devido à situação epidemiológica do câncer de mama na população feminina, demandando diferentes formas de tratamento, além da cirurgia de reconstrução mamária.

Para identificar e contatar as mulheres contou-se com o auxílio das Agentes Comunitárias de Saúde (ACS) das UBS do município. Fez-se contato com 16 mulheres, mas 10 delas atendiam aos critérios de inclusão estabelecidos, não havendo recusas. O número final de participantes foi definido por saturação de dados, ou seja, quando o material coletado apresentou ausência de elementos novos.⁸

A coleta de dados ocorreu no primeiro semestre de 2018, em entrevista semiestruturada pré-agendada na casa de cada participante. Inicialmente, a pesquisa foi apresentada às mulheres e suas dúvidas foram esclarecidas. Após, foram convidadas a participar assinando o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Utilizou-se um roteiro de questões para nortear a entrevista, as quais foram gravadas em *smartphone*, transcritas na íntegra. A duração média de cada uma foi de 30 minutos. Respeitou-se o anonimato das participantes, identificando-as por nomes de heroínas de histórias infantis, considerando que para vencer a doença e as dificuldades encontradas durante toda a trajetória do câncer de mama, lutaram bravamente, tornando-se heroínas de suas próprias vidas.

A análise de dados foi realizada a partir das transcrições das entrevistas e utilizando o método de análise de conteúdo.⁹ Inicialmente realizou-se a pré-análise com leitura flutuante dos dados extraídos nas entrevistas, construção de tabela com os dados coletados e escolha dos documentos para a constituição dos dados para os procedimentos analíticos. Em seguida, explorou-se o material de análise, organizando os dados em duas categorias: “Potencialidades na assistência às mulheres mastectomizadas” e “Fragilidades na assistência às mulheres mastectomizadas”, as quais serão apresentadas e discutidas com base na revisão de literatura.

Este estudo foi aprovado em 03 de maio de 2018, pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos de uma Universidade Pública do Sul do Brasil, sob o parecer número 2.634.165 e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) número 86982318.5.0000.5564.

Resultados e discussão

Participaram do estudo dez mulheres usuárias do SUS, com idade entre 42 e 79 anos. Em relação a cor, sete eram brancas e três pardas. No que tange ao estado civil, sete mulheres eram casadas, duas viúvas e uma separada. A maioria convivia com seus familiares, entre eles maridos e/ou filhos; duas participantes residiam sozinhas. Quanto à ocupação, cinco se declararam do lar, três pensionistas e duas aposentadas, com renda familiar variando entre zero e quatro salários mínimos.

Com relação ao nível de escolaridade, quatro possuíam ensino fundamental incompleto, uma participante tinha o ensino fundamental completo, duas delas o ensino médio completo, uma o ensino superior completo e duas mulheres eram analfabetas. No que se refere à mastectomia, uma das mulheres a realizou em 2012, quatro delas em 2014, duas em 2016, duas em 2017 e uma em 2018. Quatro mulheres realizaram reconstrução mamária.

Potencialidades na assistência às mulheres mastectomizadas

As mulheres participantes desta pesquisa identificaram diversas potencialidades na assistência. Entre elas destacou-se a assistência recebida no SUS, à qual manifestaram sentimentos de gratidão ao sistema e ao bom atendimento dos profissionais de saúde.

Agradeço muito aos profissionais da área de saúde, agradeço ao SUS, que me deram apoio nessas horas, porque é bem difícil. (Gamora)

Fazerem o tratamento gratuito para gente já é um ponto positivo e os enfermeiros são muito queridos, os doutores também, [...] somos todos bem tratados. (Ravena)

O atendimento foi muito bom, em todos os lugares que eu fui [...] eu acho que eles têm muita consideração, uma atenção bem especial [...] com esse tipo de pessoa e com essa doença. (Supergirl)

O SUS é o principal financiador “do tratamento oncológico no país, responsável por 75% dos atendimentos em quimioterapia, radioterapia, hemoterapia e hemodiálise”.^{10:31} Para qualificar a demanda e a assistência, o MS preconiza a equidade no acesso às ações e serviços oferecidos e o cuidado ao paciente oncológico.⁵ Com vistas a colocar em prática os princípios do SUS no cotidiano dos serviços de saúde, a Política Nacional de Humanização (PNH) traz o conceito e a necessidade de humanização. Humanizar significa incluir as diferenças nos processos de gestão e cuidado, com vistas a estimular a produção de novas formas de cuidar e de organizar o trabalho de maneira coletiva e compartilhada.¹¹

De acordo com a PNH, o cuidado humanizado demanda trabalho em equipe multidisciplinar.¹¹ O cuidado multiprofissional foi declarado pelas entrevistadas como um aspecto positivo na trajetória da doença. Entre os vários profissionais que prestam a assistência em saúde, a equipe de enfermagem foi destacada de maneira positiva.

Os enfermeiros são muito queridos [...] nas quimios, as enfermeiras sempre ali presentes, cuidando, ajudando. (Ravena)

Fui bem atendida sim. As meninas da quimio são muito gente boa, aquilo ajuda bastante. Tem umas enfermeiras que só no olhar já sabem o que você está precisando. (Feiticeira Escarlata)

O papel do enfermeiro configura-se na prestação do atendimento humanizado manifesto no acolhimento, na comunicação terapêutica e em todas as responsabilidades baseadas no conhecimento teórico-científico.¹² Cuidado adequado exige capacidade de perceber e identificar as necessidades do outro, o que é atributo da equipe de enfermagem, decorrentes da experiência e da prática no exercício da profissão e do tempo de permanência junto ao usuário e da sua família em todo o processo de adoecimento. Além desses atributos, o enfermeiro tem papel fundamental devido à prática da consulta de enfermagem, promovendo a individualização do cuidado e efetivação do tratamento para cada indivíduo.¹³

Todas as mulheres que realizaram quimioterapia e radioterapia, participaram de consultas de enfermagem, o que foi enfatizado como aspecto positivo da assistência:

Elas explicam tudo que pode acontecer e o que não pode na primeira quimio [...] Antes de começar as radio também tive uma consulta, tive a prescrição do que era para fazer, o que usar na queimadura, tudo bem explicadinho. (Ravena)

Uma vez por semana a enfermeira conversava com as pessoas sobre as orientações que necessitavam, para cuidar das queimaduras. Tu se sentia à vontade e que tinha uma mão que te segurava, um ombro que te escutava. É como se fosse uma segurança, eu me sentia bem e gostava disso. (Batgirl)

A consulta de enfermagem, atividade privativa do enfermeiro embasada no método científico, objetiva identificar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas para promover, prevenir e proteger a saúde do indivíduo, família e comunidade. Antes de iniciarem os tratamentos de quimioterapia e radioterapia, os usuários passam pela enfermagem com o intuito de serem esclarecidos sobre a finalidade, objetivos e programação dos tratamentos, importância da assiduidade e rotina do serviço, bem como de estabelecer vínculo entre a tríade equipe de saúde-usuário-família.¹³⁻¹⁴

As consultas minimizam problemas por meio de orientações e ações de enfermagem planejadas e desenvolvidas ao considerar as necessidades de cada indivíduo e preconizando a assistência integral. Cabe ao enfermeiro proporcionar assistência sistematizada e humanizada. Deste modo, a assistência em enfermagem é reconhecida como articuladora e integradora dos diferentes saberes e pela presença constante junto ao paciente.^{13,15}

As participantes deste estudo também referiram o acompanhamento com outros profissionais da equipe multiprofissional como uma potencialidade do sistema. Entre eles citaram o assistente social, psicólogo, nutricionista e a realização de fisioterapia pelo SUS:

Passei por nutricionista, psicólogo, muito bom que eles te encaminham pra tudo isso. (Mulher Hulk)

Assistente social e a psicóloga conversaram comigo e com o meu esposo. E as fisioterapias eu consegui todas pelo SUS! (Mulher Maravilha)

O assistente social pode esclarecer dúvidas, identificar dificuldades e necessidades, apoiando e encaminhando o usuário quando necessário. A atuação do nutricionista é importante em razão das alterações metabólicas e da composição corporal decorrentes dos tratamentos. Ao psicólogo cabe apoiar e orientar as mulheres e seus familiares, considerando os sentimentos vivenciados no decorrer e após a doença. O fisioterapeuta é fundamental para a assistência às mulheres após a mastectomia, objetivando minimizar e/ou prevenir sequelas devido ao tempo de imobilidade dos membros superiores.¹⁵

O acompanhamento multidisciplinar auxilia nas orientações, encaminhamentos e no tratamento, com vistas a alcançar resultados positivos, pois os problemas do usuário e seus familiares são multifacetados, o que evidencia a importância da assistência. Portanto, no cuidado integral às mulheres que vivenciam o câncer, é relevante observar os problemas sob diferentes óticas, definindo um cuidado singular, uniforme e com metas em comum.¹⁵

Outro ponto considerado favorável à assistência foi a reconstrução mamária:

Fiz a cirurgia e já implantou a prótese. (Mulher Hulk)

Fiz a reconstrução junto com a cirurgia [mastectomia]. (Supergirl)

Supergirl e Mulher Hulk realizaram a reconstrução da mama no mesmo momento da mastectomia pelo SUS. A Mulher Maravilha reconstruiu a mama também no mesmo momento, porém, por meio do setor privado de saúde. Segundo a Lei nº 13.770 de 2018, a reconstrução da mama deve ser efetuada no tempo cirúrgico da mastectomia, quando existirem condições técnicas necessárias. No caso de impossibilidade de reconstrução imediata, a usuária será encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediatamente após alcançar as condições clínicas requeridas.¹⁶

A sexualidade e a imagem corporal são elementos importantes da identidade, do autoconceito e das relações afetivas. Esses aspectos são, geralmente, comprometidos no câncer de

mama. Nesse contexto, a reparação da mama pode devolver à mulher sua autoestima e auxiliar na reconstrução da autoimagem, devolvendo-lhe a sensação de estar inteira novamente. A esse respeito, um estudo que objetivou avaliar a qualidade de vida e satisfação com o resultado estético das pacientes mastectomizadas submetidas à reconstrução mamária, concluiu que a cirurgia bem executada por uma equipe treinada e especializada, pode trazer excelentes resultados, favorecendo o reestabelecimento do papel social da mulher e promover a sua qualidade de vida.¹⁷ Assim, a cirurgia reparadora de mama pode ser considerada como potencialidade do SUS.

Das participantes deste estudo, Estelar e Tempestade tiveram oportunidade de fazer a cirurgia reparadora, mas optaram por não a realizar:

Não pretendo fazer. Eu, com essa idade, vou sofrer de novo pra quê?
(Estelar)

Não quis fazer a cirurgia, estou bem assim. (Tempestade)

Na fala de Estelar, observa-se o medo de sofrer novamente com outra cirurgia, o que aliado à idade (70 anos), levou-a a não realizar a cirurgia plástica. Esse resultado corrobora o obtido em pesquisa com mulheres mastectomizadas em um município de Alagoas, segundo a qual o medo de uma nova cirurgia desencoraja a mulher, levando-a a pensar na possibilidade de rejeição, recidiva da doença e até mesmo da morte.¹⁸

Entretanto, mesmo que a idade tenha contribuído para a decisão de não reconstruir a mama, é importante considerar a possibilidade de muitas mulheres optarem por não fazer a reconstrução por outros motivos, tais como o fato de a falta da mama não afetar sua autoestima e de continuarem a sentir-se completas apesar da mutilação, posto que pessoas significativas em suas vidas não valorizam a alteração física na relação. Para algumas mulheres, a falta da mama, a estética e a vaidade não influenciam na sua qualidade de vida, principalmente para as de mais idade. Para elas, o essencial é a cura e a sobrevivência, o que é suficiente para seu bem-estar.¹⁸

Todas as participantes mencionaram diversos pontos positivos da assistência em saúde, como o bom atendimento recebido e o acompanhamento pela equipe multiprofissional nos

momentos de medo e anseios quanto ao futuro, na superação da doença e na cura. Os pontos positivos foram relacionados ao SUS como um sistema público e gratuito. Porém, as participantes também encontraram e relataram fragilidades da assistência, as quais são abordadas a seguir.

Fragilidades na assistência às mulheres mastectomizadas

O MS orienta a implementação de estratégias de conscientização precoce sobre o câncer de mama, baseadas na orientação à população feminina sobre as mudanças habituais nos diferentes momentos do ciclo vital, estimulando o autoconhecimento e a divulgação dos principais sinais e sintomas desse tipo de câncer. Além de nódulo no seio, no pescoço ou axilas, essa doença pode apresentar-se de outras formas, como alterações na pele, no mamilo ou no formato da mama, vermelhidão, enrugamento, abaulamento ou retração e saída espontânea de líquidos, sinais e sintomas que demandam investigação imediata.⁴

A primeira fragilidade evidenciada pelas participantes foi a falta de informação sobre a doença. Embora o MS preconize os métodos supracitados e promova a campanha anual do “Outubro Rosa”, ainda há falta de informações:

Como eu amamentava, eu achava que era leite embolado, [...] demorei mais uns dois ou três meses para ir ao médico. (Ravena)

Não tinha nódulo, [...] o biquinho estava entrando para dentro, diz que é sintoma, que tem uns assim, foi ficando sem aquele biquinho, mas como eu não sabia [...] (Fênix)

Neste sentido, intervenções com abordagem multimídia para promoção da saúde mamária e de colo de útero, bem como materiais educacionais socio culturalmente relevantes e linguisticamente apropriados podem disseminar mais eficazmente informações sobre o câncer e sobre medidas preventivas acessíveis.¹⁹ As falas revelam o desconhecimento de possíveis sinais e sintomas do câncer de mama, o que gerou demora para buscar atendimento no serviço de saúde, resultando em diagnóstico e tratamento tardios.

Outro fator negativo destacado sobre a assistência foi a dificuldade e a demora para a reconstrução mamária. Uma participante do estudo conseguiu fazê-la quatro anos após a mastectomia, enquanto outras ainda aguardam pelo procedimento:

Agora faz três meses que fiz a reconstrução. (Feiticeira Escarlate)

Tenho consulta marcada em outubro [2018], o médico vai ver quando vai ser reconstruído, não deu para reconstruir porque deu uns probleminhas na hora da cirurgia. (Gamora)

Estou na fila desde 2014 aguardando. (Fênix)

Ainda, existe o caso de outra participante do estudo que, apesar de desejar realizar a reconstrução mamária, o médico não a inseriu na fila de espera, por acreditar que tal procedimento não era prioridade no tratamento:

Não fiz a reconstrução da mama. Eu fui consultar para ver se eu entrava na fila, mas o doutor não quis me por na fila de espera. Disse que fazer a reconstrução não era prioridade e ficava para último plano, no meu caso. (Ravena)

As falas indicam demora para reconstrução mamária o que, para muitas mulheres, é um problema que afeta seu bem-estar. Entretanto, é importante considerar que a reconstrução mamária nem sempre é possível no momento da mastectomia, a exemplo daquelas situações que demandarão combinação de quimioterapia e radioterapia no tratamento adjuvante. Na Holanda, a mastectomia é realizada em 33% a 40% das mulheres com câncer de mama, sendo que apenas 20% dessas pacientes desejam a reconstrução da mama.²⁰ No entanto, as pacientes submetidas à reconstrução mamária após a mastectomia apresentam melhor função sexual, melhor imagem corporal e menos sintomas depressivos do que aquelas submetidas apenas à mastectomia isolada.²¹

O depoimento acima de Ravena é revelador, no sentido de que ela não recebeu esclarecimentos sobre os motivos da não realização da reconstrução e sugere uma relação vertical e unidirecional com o responsável pelo seu tratamento, que a exclui das decisões sobre o seu próprio corpo. Embora a Lei nº 12.802/2013 determine que a cirurgia reparadora de mamas

para mulheres mastectomizadas devido a câncer seja feita pelo SUS, menos de 10% das brasileiras nessas condições têm acesso à reconstrução mamária imediata pelo SUS, principalmente devido à falta de profissionais habilitados para cirurgias oncológicas.²²

A carência de profissionais qualificados e comprometidos influencia na assistência das mulheres com câncer de mama. A falta de acolhimento, principalmente relacionado à desvalorização da queixa e supervalorização dos exames, sem a devida complementação com o exame físico e o histórico, foram relatadas pelas participantes do estudo como pontos negativos:

O resultado da mamografia veio dizendo que era para repetir dali um ano, que, provavelmente, era um cisto benigno. O ginecologista olhou meus exames e ele falava que não seria nada [...] eu não me conformava com aquilo, falei para ele se ele tinha disponibilidade de me examinar, porque não era aquilo que o exame mostrava que eu sentia. Quando ele me examinou, viu que não era o que batia os exames, ele me encaminhou urgente para fazer a ressonância, para ir ao mastologista. (Mulher Hulk)

Da mesma maneira que a Mulher Hulk precisou pedir ao médico para ser examinada, outras participantes apontaram a dificuldade e o retardo no diagnóstico devido a falta de atenção com queixa referida nas consultas:

Fiquei uns dois anos com essa dor, ia consultar e diziam que era da coluna. (Fênix)

Descobri o nódulo no seio, fui falar com o médico, ele falou que não era nada. (Supergirl)

O acolhimento serve como ferramenta tecnológica de intervenção na qualificação de escuta, construção de vínculo, garantia do acesso com responsabilização e resolutividade nos serviços. A falta de cuidado no atendimento pode sugerir o despreparo e a falta de capacitação da equipe, caracterizando-se como barreiras no acesso ao sistema de saúde e atraso na detecção precoce da doença. Assim, a ausência de comprometimento, respeito e atenção dos profissionais causam insatisfação nos pacientes.¹¹

A demora na realização de exames, procedimentos, cirurgias de mastectomia e de reconstrução da mama e o início do tratamento de quimioterapia e/ou radioterapia foram também apontadas como fragilidades pelas participantes da pesquisa:

Muita demora para iniciar a quimioterapia. (Mulher Hulk)

A demora de esperar exame. Muitas pessoas acabam não conseguindo vencer a doença por causa dessa espera. (Ravena)

Deveria ser mais rápido a cirurgia, as consultas são bem demoradas, tu está esperando pelo tratamento e é demorado mesmo. (Gamora)

No que se refere ao início do tratamento, os relatos sugerem que o SUS não consegue cumprir o intervalo de 60 dias entre o diagnóstico e o início do tratamento, conforme determina a legislação. Da mesma forma, a demora e o tempo de espera para confirmação do diagnóstico apontam na direção da necessidade de priorização de casos suspeitos de câncer de mama nas consultas e exames, pois todo o processo de tratamento depende disso e, nesta doença, a espera pode representar a diferença entre a vida e a morte.

Diferentes estudos desenvolvidos no Brasil identificaram intervalo de tempo superior a 90 dias entre a primeira consulta, a biópsia e o início do tratamento.⁶⁻⁷ Além disso, o tempo médio pode ser menor em instituição privada do que em instituição pública.⁷ Nesse contexto, diante das fragilidades enfatizadas nas entrevistas, as mulheres foram questionadas sobre suas recomendações para o aprimoramento da assistência à saúde. Assim, as participantes deste estudo sugeriram agilidade nos atendimentos, mais profissionais e disponibilidade de informações sobre a doença:

Diminuir o tempo de espera, tanto para exame como para cirurgia, para começar o tratamento. (Tempestade)

Deviam fazer duas listas de espera, uma lista com doenças normais e outra para quem tem câncer, para essas pessoas com câncer fazer mais rápido os exames. (Batgirl)

As falas acima apresentadas reforçam a necessidade de rapidez na confirmação do diagnóstico, essencial para definição e prosseguimento do tratamento, pois, conforme o artigo 2º da Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012,⁵ que dispõem sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada, estabelece prazo para seu início.

O indivíduo com neoplasia maligna tem direito de se submeter ao primeiro tratamento no SUS em até 60 dias, contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico em laudo patológico ou em prazo menor, conforme a necessidade terapêutica do caso, registrada em prontuário único. O lapso de tempo entre a mamografia e os resultados da biópsia aumenta o risco de mortalidade relacionada à doença²³ e reduzir esse tempo é importante para um melhor prognóstico⁸, especialmente para aquelas mulheres diagnosticadas em estágios tardios da doença.²⁴

Há, porém, dois tipos de atraso: o da mulher que demora para buscar atendimento e o atraso do sistema com demora desde a primeira consulta até o início da terapia, o que pode levar a mau prognóstico.²⁵ No presente estudo é possível perceber o primeiro tipo de atraso nas falas de Ravena e Fênix, bem como o segundo nos relatos de Tempestade e Batgirl.

A agilidade na realização de exames, consultas e cirurgia foi ressaltada de maneira unânime pelas participantes. Uma mulher ainda lembrou que o Estado também é responsável pelo tempo entre o diagnóstico e início do tratamento pois, embora o MS tenha instituído o tempo de 60 dias para iniciar o tratamento, é preciso oferecer suporte para que isso seja concretizado na prática, repassando recursos com investimentos adequados no setor saúde.

Acho que não depende só das pessoas da saúde. É o governo mesmo, é acelerar, porque uma doença grave assim não pode ficar muito tempo na fila de espera entre um exame e outro. (Ravena)

Entre os investimentos, há necessidade de mais profissionais capacitados para atender essa demanda:

Ter mais profissionais disponíveis. (Mulher Maravilha)

Outra observação destacada foi sobre a importância de divulgar mais informações sobre a doença para incentivar à realização de autoexame das mamas e mamografia, por meio da realização de campanhas para além do “Outubro Rosa”, que prioriza o cuidado à saúde da mulher e a prevenção do câncer de mama e de colo do útero.

Divulgar mais para as mulheres se cuidarem, incentivar mais as mulheres, fazem a campanha do outubro rosa, por exemplo, do preventivo uma vez por ano, mas tem mulheres que não fazem, mesmo que seja gratuito. Teria que ter, pelo menos, 4 vezes por ano, que as mulheres se cuidariam mais.
(Mulher Maravilha)

Resultados de estudo feito com o objetivo de desenvolver e avaliar intervenções multimídia para promoção da saúde mamária e de colo de útero de mulheres de Hong Kong sugerem que o uso de materiais educacionais relevantes socio culturalmente e adequados linguisticamente conseguirá disseminar eficazmente informações sobre o câncer e sobre as medidas de prevenção.¹⁹

É necessário ampliar a rede de atenção facilitando o acesso ao sistema e melhorar a qualidade da assistência às mulheres que vivenciam o câncer. A partir dos resultados obtidos nesta pesquisa, observa-se que o acesso à rede de atenção não foi igualitário para as usuárias, pois algumas mulheres iniciaram o tratamento exclusivamente pelo SUS, conforme preconizado pelo MS, incluindo a cirurgia reparadora, enquanto outras demoraram muito tempo, o que as levou a buscar o sistema privado para agilizar o início do tratamento.

Considerações finais

As mulheres deste estudo citaram como fragilidades no acesso a assistência em saúde a falta de informações sobre a doença, o que pode ser associado ao número reduzido de profissionais qualificados para um cuidado holístico às mulheres com câncer, podendo influenciar nas dificuldades de diagnóstico e início do tratamento em tempo oportuno, bem como nos obstáculos para a realização da reconstrução mamária.

Destaca-se que a falta de informação e o número reduzido de profissionais qualificados são gerados pelos escassos investimentos no setor saúde. Nessa perspectiva, reconhece-se a cascata de eventos gerados pela falta de recursos financeiros e de gestores comprometidos, tendo como consequência o sofrimento da mulher que vivencia o câncer de mama.

Todavia, as mulheres também identificaram potencialidades na rede de atenção que as auxiliaram na vivência do câncer tais como: bom atendimento dos profissionais, realização da reconstrução mamária e o acompanhamento proporcionado pela equipe multiprofissional, evidenciando o sentimento de gratidão ao SUS por possibilitar o tratamento gratuito.

Quanto à assistência da equipe multiprofissional, as participantes do estudo enfatizaram o trabalho da equipe de enfermagem por serem os profissionais que passaram maior tempo junto às mulheres no tratamento oncológico e pela atenção humanizada ao considerar cada indivíduo de maneira singular. Ainda, ressaltaram a prescrição e a consulta de enfermagem. Assim, destaca-se a contribuição da enfermagem na assistência em todas as fases da trajetória do câncer, principalmente a realização do processo de enfermagem, de modo a prestar uma atenção centrada nas necessidades de cada usuária.

Salienta-se a importância de maiores investimentos pelo setor público em ações para rastreamento e detecção precoce do câncer de mama, capacitação dos profissionais da saúde para uma atenção qualificada e oferta de mais informações sobre os sinais e sintomas da doença, incentivando as mulheres a se autoconhecerem, pois o início do tratamento em tempo oportuno contribui para a redução da mortalidade da população feminina e diminuição dos riscos de morbidade ocasionados pelos tratamentos.

A principal dificuldade encontrada no desenvolvimento deste estudo foi a ausência de registros específicos sobre mulheres residentes nos territórios que tiveram câncer de mama e utilizaram o sistema público para tratamento. Isso dificultou a seleção inicial de potenciais

participantes e exigiu maior participação das ACS que, com seu conhecimento das usuárias de suas microáreas, ajudaram a localizar as mulheres e facilitaram o primeiro contato com elas.

Outro aspecto a ser destacado é a variação de idade entre as participantes (42 a 79 anos), o que levanta a possibilidade de as percepções sobre as potencialidades e fragilidades da atenção de saúde no processo de diagnóstico e tratamento do câncer de mama serem diferentes em um grupo de mulheres com maior homogeneidade de idade. Em especial, o acesso ao procedimento de reconstrução mamária merece mais estudos com mulheres de mesma faixa etária.

Referencias

1. Bray F, Ferlay J, Soerjomataram I, Siegel RL, Torre LA, Jemal A. Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. *CA Cancer J Clin* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 out 07];68:394-24. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492> doi: 10.3322/caac.21492
2. World Health Organization (WHO), International Agency for Research on Cancer, The Global Cancer Observatory. *Breast* [Internet]. 2018 [acesso em 2019 out 07]. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/data/factsheets/cancers/20-Breast-fact-sheet.pdf>
3. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2019 [acesso em 2019 set 30]. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf
4. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2015 [acesso em 2019 fev 16]. Disponível em: http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_INCA.pdf
5. Brasil. Presidência da República. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início [Internet]. 2012 [acesso em 2019 fev 16]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/CCIVIL_03/_Ato2011-2014/2012/Lei/L12732.htm
6. Traldi MC, Galvão P, Morais SS, Fonseca MRCC. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. *Cad Saúde Colet* [Internet]. 2016 jun [acesso em 2018 nov 12];24(2):185-91. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-462X2016000200185&lng=en doi: <http://dx.doi.org/10.1590/1414-462X201600020026>

7. Ferreira NAS, Carvalho SMF, Valenti VE, Bezerra IMP, Batista HMT, Abreu LC, et al. Treatment delays among women with breast cancer in a low socio-economic status region in Brazil. *BMC Womens Health* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 out 07];17(1):13. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28222726> doi: 10.1186/s12905-016-0359-6
8. Nascimento LCN, Souza TV, Oliveira ICS, Moraes JRMM, Aguiar RCB, Silva LF. Saturação teórica em pesquisa qualitativa: relato de experiência na entrevista com escolares. *Rev Bras Enferm* [Internet]. 2018 fev [acesso em 2019 nov 13];71(1):228-33. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100228&lng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2016-0616>
9. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, LDA; 2011.
10. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Novo rol de procedimentos da ANS amplia a cobertura da rede privada para a atenção oncológica e pode impactar o SUS entre o Público e o Privado. *Rede Câncer* [Internet]. 2010 ago 11 [acesso em 2018 set 07]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/periodicos/rede_cancer_11.pdf
11. Ministério da Saúde (BR). *Política Nacional de Humanização* [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2013 [acesso em 2018 set 30]. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf
12. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 210 de 1998. Dispõe sobre a atuação dos profissionais de enfermagem que trabalham com quimioterápico antineoplásicos [Internet]. 1998 [acesso em 2018 set 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resoluocofen-2101998_4257.html
13. Souza NR, Santos ICRV, Bushatsky M, Figueiredo EG, Melo JTS, Santos CS. Atuação de enfermeiros em serviços de radioterapia. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2017 [acesso em 2018 ago 10];25:e26130. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/26130> doi: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2017.26130>
14. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 544 de 2017. Dispõe sobre a consulta de enfermagem [Internet]. 2017 [acesso em 2018 set 12]. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-05442017_52029.html
15. Nascimento KNS, Fonseca LCT, Andrade SSC, Leite KNS, Zaccara AAL, Costa SFG. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2014 [acesso em 2018 set 22];18(3):435-40. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452014000300435&script=sci_abstract&lng=pt doi: <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140062>
16. Brasil. Presidência da República. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2018. Altera as Leis nº 9.656, de 3 de junho de 1998, e 9.797, de 6 de maio de 1999, para dispor sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da

mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer [Internet]. 2018 dez 19 [acesso em 2018 set 23]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/lei/L13770.htm

17. Cammarota MC, Campos AC, Faria CADC, Santos GC, Barcelos LDP, Dias RCS, et al. Qualidade de vida e resultado estético após mastectomia e reconstrução mamária. *Rev Bras Cir Plást* [Internet]. 2019 [acesso em 2019 nov 13];34(1):45-57. Disponível em: <http://www.rbc.org.br/details/2344/qualidade-de-vida-e-resultado-estetico-apos-mastectomia-e-reconstrucao-mamaria> doi: <http://www.dx.doi.org/10.5935/2177-1235.2019RBCP0008>

18. Silva JB, Ferreira CB, Ferro JS, Rocha LOM, Cavalcante KD. Percepção das mulheres mastectomizadas sobre a cirurgia reconstrutiva da mama. *Rev Enferm UFPE On Line* [Internet]. 2017 maio [acesso em 2018 set 30];11(5):2056-66. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/23359> doi: 10.5205/reuol.9302-81402-1-RV.1105sup201710

19. So WKW, Chan DNS, Rana T, Law BMH, Leung DYP, Chan HYL, et al. Development and evaluation of multimedia interventions to promote breast and cervical health among South Asian women in Hong Kong: a project protocol. *Asia Pac J Oncol Nurs* [Internet]. 2017 [acesso em 2019 out 07];4(4):361-5. Disponível em: http://dx.doi.org/10.4103/apjon.apjon_37_17

20. Bijkerk E, Van Kuijk SMJ, Beugels J, Cornelissen AJM, Heuts EM, Van der Hulst RRWJ, et al. Breast sensibility after mastectomy and implant-based breast reconstruction. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2019 jun [acesso em 2019 nov 13];175(2):369-78. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30746634> doi: 10.1007/s10549-019-05137-8

21. Archangelo SCV, Sabino Neto M, Veiga DF, Garcia EB, Ferreira LM. Sexuality, depression and body image after breast reconstruction. *Clinics* [Internet]. 2019 maio [acesso em 2019 nov 13];74:e883. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1807-59322019000100233&script=sci_arttext doi: <http://dx.doi.org/10.6061/clinics/2019/e883>

22. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Novos construtores de autoestima. Rede Câncer [Internet]. 2014 [acesso em 2019 nov 13];27:28-31. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//rrc-27-assistencia-novos-construtores-de-autoestima.pdf>

23. Ángeles-Llerenas A, Torres-Mejía G, Lazcano-Ponce E, Uscanga-Sánchez S, Mainero-Rachelous F, Hernández-Ávila JE, et al. Effect of care-delivery delay on the survival of Mexican women with breast cancer. *Salud Publica Mex* [Internet]. 2016 [acesso em 2019 out 07];58(2):237-50. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27557382> doi: 10.21149/spm.v58i2.7793

24. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Tratamento para o câncer de mama [Internet]. Rio de Janeiro: INCA; 2018 [acesso em 2019 nov 12]. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/acoes-de-controlado/tratamento>

25. Caplan L. Delay in breast cancer: implications for stage at diagnosis and survival. *Front Public Health* [Internet]. 2014 jul [acesso em 2019 out 07];2:1-5. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4114209/> doi: 10.3389 / fpubh.2014.00087

Autor correspondente

Maraisa Manorov

E-mail: mara_manorov@hotmail.com

Endereço: BR 116, nº 2785 torre 3 ap 1007

CEP: 82590-100

Contribuições de Autoria

1 – Maraisa Manorov

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, obtenção, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica

2 – Jeane Barros de Souza

Concepção e planejamento do projeto de pesquisa, análise e interpretação dos dados, redação e revisão crítica

3 – Valéria Silvana Faganello Madureira

Redação e revisão crítica

4 – Luana Reis

Obtenção dos dados e redação

Como citar este artigo

Manorov M, Souza JB, Madureira VSF, Reis L. Potencialidades e fragilidades no acesso ao tratamento oncológico: perspectiva de mulheres mastectomizadas. *Rev. Enferm. UFSM*. 2020 [Acesso em: Anos Mês Dia]; vol.10 e: 1-20. DOI:<https://doi.org/10.5902/2179769239299>