

**Cirurgia Oncoplástica e reconstitutiva da mama: análise acerca dos direitos do paciente no âmbito do SUS****Oncoplastic and breast reconstitutive surgery: analysis about patient's rights within the framework SUS**

DOI:10.34117/bjdv6n8-022

Recebimento dos originais: 08/07/2020

Aceitação para publicação: 05/08/2020

**Alexia Bárbara Porto Mollinar**

Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil

E-mail: alexiamollinar@hotmail.com

**Ingrid de Paula Costa Pereira**

Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil.

E-mail: draingridpereira@gmail.com

**Jéssica Sabrina Feitosa Araújo**

Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil.

E-mail: sabinafeitosa56@outlook.com

**Josicleide De Sena Rodrigues Smith**

Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil

E-mail: josicleidesmith@gmail.com

**Maria Clara Aguiar Guerra**

Graduanda do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil.

E-mail: claraa.aguiar22@gmail.com

**Mauro Marcelo Furtado Real Junior**

Mestrando do Programa de Pós-Graduação Ensino em Saúde na Amazônia (ESA) pela Universidade do Estado do Pará. Docente do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil

E-mail: marcelo.real@ymail.com

**Patrícia Carvalho de Sousa**

Docente do Curso de Medicina pelo Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Instituição: Centro Universitário Metropolitano da Amazônia – UNIFAMAZ

Endereço: Av. Vinconde de Souza Franco, 72- Reduto, Belém-PA, Brasil

E-mail: patriciaacsouza@gmail.com

**RESUMO**

Após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama, alterações físicas, sociais e emocionais podem repercutir na qualidade de vida e na autoestima de algumas mulheres, visto que a retirada da mama pode causar impacto psicológico e físico. Sendo assim portadores de neoplasias possuem uma gama de serviços de saúde que garantem a qualidade de vida e o apoio financeiro. Com o objetivo de refletir acerca dos deveres do Sistema Único de Saúde (SUS) e direito dos pacientes oncológicos de mama no Brasil, o presente trabalho trata-se de uma reflexão teórica baseado nos aspectos da legislação vigente no país objetivando que pacientes não deixem de usufruir seus direitos pela falta de informação sobre a existência destas prerrogativas. A metodologia utilizada foi baseada em estudo observacional do tipo transversal de caráter descritivo e analítico sobre as obrigatoriedades do Sistema Único de Saúde no tratamento de neoplasias malignas da mama e na cirurgia oncoplástica. Os resultados da pesquisa evidenciaram que devido aos impactos físicos e psicológicos causados na vida das mulheres portadoras de câncer de mama e submetidas a mastectomia, é de grande importância que profissionais de saúde e familiares saibam como ajudar essas mulheres na busca por seus direitos e quais as obrigações do Sistema Único de Saúde para com as mesmas.

**Palavras-chave:** Direitos do Paciente, Mastectomia, SUS, Qualidade de vida.

**ABSTRACT**

After diagnosis and treatment of breast cancer, physical, social and emotional changes can affect the quality of life and self-esteem of some women, since breast withdrawal can have a psychological and physical impact. Thus, carriers of neoplasias have a range of health services that guarantee quality of life and financial support. In order to reflect on the duties of the Unified Health System (SUS) and the right of breast cancer patients in Brazil, the present study deals with a theoretical reflection based on the aspects of the legislation in force in the country, aiming at patients not ceasing to enjoy their rights for lack of information on the existence of these prerogatives. The methodology used was based on an observational, cross-sectional study of a descriptive and analytical character on the mandatory requirements of the Unified Health System in the treatment of malignant neoplasms of the breast and in oncoplastic surgery. The results of the research showed that due to the physical and psychological impacts caused on the lives of women with breast cancer and undergoing mastectomy, it is of great importance that health professionals and family members

know how to help these women in the search for their rights and which obligations of the Unified Health System to the same.

**Keywords:** Patient Rights, Mastectomy, SUS, Quality of life.

## 1 INTRODUÇÃO

O termo “câncer” (CA) representa um conjunto de mais de cem doenças que incluem tumores malignos. No Brasil, o CA de mama é visto como um problema de saúde pública, por se tratar da neoplasia mais comum no sexo feminino (BRAGA et al., 2016), e apresenta como característica o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Estas células têm capacidade rápida de dividir-se, culminando na formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (WINCK, 2017).

Essa neoplasia é um problema que desperta grande atenção da saúde pública mundial, no ano de 2012 foram registrados cerca de 1,67 milhões de novos casos no mundo. No Brasil, esse tipo de câncer é o mais comum entre as mulheres e o segundo mais frequente, estando os tumores mamários malignos entre as principais causas de óbito no Brasil (RODRIGUES et al., 2015).

Ainda em relação o Brasil, no ano de 2014 foram contabilizados 57.120 casos novos de câncer de mama, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres (DIAS et al., 2014).

Em consonância a esta realidade estão as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, carência de serviços oncológicos fora das grandes capitais, falhas nos processos de capacitação oncológica para os profissionais, descontinuidade no acesso desde os serviços da atenção básica aos serviços especializados e dificuldades de gestores estaduais e municipais organizarem os fluxos assistenciais (MACHADO et al., 2017).

Devido ao aumento da prevalência do câncer de mama dentro das doenças não transmissíveis, o sistema de saúde brasileiro, atua de forma a realizar intervenções vinculadas a tecnologias, concomitante a mudanças de estilo de vida inseridas em um projeto terapêutico de cuidado contínuo (WINCK, 2017).

A reconstrução mamária (RM) é uma alternativa apresentada, normalmente, pelo médico na tentativa de amenizar o estigma da mutilação deixado pela mastectomia de um órgão tão importante para a feminilidade e melhorar o aspecto físico quando há possibilidade segura de realizá-la, promovendo uma reabilitação estética (BRAGA et al., 2016).

No Brasil, o apoio à mulher submetida à mastectomia foi consolidado através da homologação da Lei 12.802 de 2013, que determina que a reconstrução mamária seja obrigatoriamente realizada no mesmo ato cirúrgico da remoção, resguardadas as devidas

contraindicações associadas a cada paciente. A atenção a pacientes portadores de câncer de mama mudou substancialmente.

Anteriormente à lei, os atos de remoção e reconstrução mamária eram realizados em tempos cirúrgicos distintos com períodos de tempos variáveis que dependiam da disponibilidade e viabilidade do SUS, dos hospitais especializados e de profissionais capacitados (BRAGA et al., 2016).

Nesse sentido, as mutilações ocorridas no passado já não se justificam, visto que a pessoa com diagnóstico de câncer tem amparo jurídico que garante seus direitos. Apesar de a Constituição Federal (CF) assegurar tais prerrogativas aos portadores de neoplasia maligna, a falta de informação ainda é grande e muitos portadores deixam de desfrutar desses benefícios por desconhecimento (ROSA et al., 2014).

Com o objetivo de refletir acerca dos direitos dos pacientes oncológicos no Brasil, o presente trabalho propõe uma análise teórica de caráter exploratório aos aspectos da legislação vigente no país de forma a permitir maior compreensão da atuação do SUS sobre o tema proposto. A educação em saúde também é um meio de evitar que as pessoas deixem de usufruir de seus direitos devido à falta de informações sobre a existência destas prerrogativas.

## **2 MATERIAIS E MÉTODOS**

Trata-se de estudo observacional do tipo transversal de caráter descritivo e analítico sobre as obrigаторiedades do SUS no tratamento de neoplasias malignas da mama e na cirurgia oncológica.

Foi realizado um estudo transversal em pesquisa onde foram analisados dados quantitativos das constantes mudanças e a atualização das leis e normas nacionais. Com o objetivo de identificar e quantificar a quantidade de mulheres diagnosticadas com carcinoma positivo, e destas quantas fizeram a retirada do tumor e realizarão a cirurgia reconstrutiva da mama garantida pelo SUS seguindo a lei nº 13.770.

A pesquisa foi realizada através de uma revisão bibliográfica, utilizando as plataformas SciELO (Scientific Electronic Library Online), Pubmed ([www.nlm.nih.gov](http://www.nlm.nih.gov)) e BVS (Biblioteca Virtual em Saúde), associado a levantamento de informações dos órgãos responsáveis pela normatização do objetivo do estudo, como o Ministério da Saúde e Ministério da Justiça, por meio do histórico da aplicabilidade da legislação vigente no país.

O método de pesquisa foi escolhido devido o assunto em estudo ser um tema relativamente recente, e visa, posteriormente, informar os usuários do SUS sobre seus direitos, além de agregar

um conteúdo educativo e informativo para a sociedade brasileira. O período de coleta de dados selecionando artigos publicados será do período de 2014 a 2019.

Neste estudo, foram incluídos artigos que utilizam casos de câncer em humanos, artigos que apresentam mulheres em tratamento de câncer de mama, artigos que apresentam grupo controle isento ou não de intervenções, artigos que avaliam as leis que estabelece os direitos do paciente oncológico.

Os dados foram tratados utilizando abordagem quantitativa e estatística descritiva, a partir dos quais foram levantados e discutidos conhecimentos disponíveis na área, identificando, analisando e avaliando sua contribuição para auxiliar e compreender o objeto de investigação.

### **3 RESULTADOS E DISCUSSÃO**

As mamas encontram-se sobre o músculo peitoral maior, são compostas por epitélio glandular, estroma e gordura, com uma projeção denominada papila mamária, que dão abertura ao exterior, as quais possuem uma rede de ductos (MONÇÃO, 2018).

Internamente a esses ductos há mais ramificações e são encontrados de quinze a vinte lobos de tecido glandular túbuloalveolar que convergem para o mamilo em um arranjo radial. Os ductos ramificam-se para o interior de cada lobo estando dispostos em unidades lobulares, em cujo interiores são encontrados as glândulas mamárias especializadas na produção de leite (TORTORA, 2012). Cada lobo é formado por 20 a 40 lóbulos. O lóbulo mamário é a menor unidade estrutural da glândula, sendo formada pela unidade ducto lobular terminal e por dezenas de ácinos (MONÇÃO, 2018).

O tumor no seio é acompanhado, ou não, de dor mamária e podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos, retrações ou um aspecto semelhante à casca de uma laranja (RIBEIRO et al., 2014).

Os sintomas mais relevantes associados ao câncer de mama são o aparecimento de nódulos na mama ou axila, dor na região mamária, alterações de pigmentação na pele na região da mama ou até mesmo ulcerações na mesma e descargas papilares unilaterais cristalinas ou sanguinolentas. Todos estes sintomas podem estar relacionados à proliferação desordenada das células epiteliais encontradas nos ductos ou das células produtoras de leite presentes nos lóbulos (FONSECA, 2017).

Os diferentes tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Se o câncer tem início em tecidos epiteliais, como pele e mucosas, ele é denominado carcinoma. Se começa em tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, é chamado de sarcoma. Outras características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si são a velocidade de multiplicação

das células e a capacidade de invasão de tecidos e órgãos vizinhos ou distantes (SANTOS et al., 2014).

O processo de carcinogênese pode ser dividido em três etapas: Iniciação, caracterizada por mutações em uma célula tronco mamária provocada por agentes químicos, físicos, biológicos ou herdados, geralmente irreparáveis e permanentes, afetando a proliferação celular e a morte celular programada. Promoção, nessa fase ocorre a expansão de células alteradas devido a estímulos de fatores de crescimento secretados pela própria célula mutada. Progressão, quando a transformação atinge seu ápice, onde células mutantes imortais são capazes de se proliferar indefinidamente, destruir a lâmina própria e invadir tecidos linfáticos e ganhar a corrente sanguínea (MONÇÃO, 2018).

Aproximadamente 95% das malignidades mamárias são de origem epitelial (carcinomas), formando lesões in situ ou invasivas. Além disso, os carcinomas mamários invasivos são os mais frequentes, com 75% deles subclassificados em carcinoma ductal invasivo/ sem outras especificações, 15% como lobular e 10% denominados subtipos especiais. Os carcinomas invasores da mama também são categorizados de acordo com o perfil imunofenotípico, por meio do estudo imuno- histoquímico para receptor de estrógeno, receptor de progesterona e receptor tipo 2 do fator de crescimento epidérmico humano, marcadores relevantes para o prognóstico que definirão o tratamento e a condução clínica (ROCHA et al., 2019).

O câncer de mama se revela um tumor de bom prognóstico e a sobrevivência em cinco anos chega a 85%, contudo, em países em desenvolvimento, as taxas de mortalidade são mais elevadas. No Brasil, em média, 60% dos tumores de mama são diagnosticados em estádios avançados, sendo um dos principais obstáculos o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas (PAIVA et al., 2015).

No Brasil, o Ministério da Saúde (MS) recomenda a realização de mamografia em mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos, com periodicidade bianual. O rastreamento depende da solicitação do exame por procura espontânea pelo serviço de saúde, ao passo que em países desenvolvidos, há recrutamento ativo da população-alvo. O rastreamento por procura espontânea, além de ser menos efetivo no impacto sobre a mortalidade atribuída à condição rastreada, é mais oneroso para o sistema de saúde (CORRÊA et al., 2017).

Dessa forma, o câncer de mama torna-se um problema de saúde pública para o sistema de saúde brasileiro pelo elevado número de casos prevalentes, o que exige intervenções vinculadas a tecnologias e a mudanças de estilo de vida inseridas em um projeto terapêutico de cuidado contínuo (MACHADO et al., 2017).

Em relatório no ano de 2015 o Tribunal de Contas da União (TCU), com base nos dados do Sistema de Informações Ambulatoriais (SIA) e dos registros Hospitalares de câncer (rHc), evidenciou que os tratamentos oncológicos providos pelo SUS não têm sido tempestivos (PAIVA et al., 2015).

O elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos e para o início do tratamento podem produzir consequências graves para as pacientes, como a diminuição das suas chances de cura e do tempo de sobrevida.

Além disso, um tratamento realizado tardiamente traz prejuízos à qualidade de vida, pois requer abordagens mais agressivas, necessidade de utilização de múltiplas modalidades terapêuticas, e resulta na sobreposição de sequelas. É importante considerar ainda o aumento dos gastos públicos como consequência dos tratamentos mais caros e prolongados, bem como os custos previdenciários decorrentes do afastamento do trabalho (PAIVA et al., 2015).

No Brasil outros dados elevados ligados à mortalidade e a descoberta tardia são, as dificuldades de acesso aos serviços de saúde, carência de serviços oncológicos fora das grandes capitais, falhas nos processos de capacitação oncológica para os profissionais, descontinuidade no acesso desde os serviços da atenção básica aos serviços especializados e dificuldades de gestores estaduais e municipais organizarem os fluxos assistenciais (MACHADO et al., 2017).

Sendo a neoplasia mais comum entre as mulheres e uma das principais causas relacionadas à morte por câncer no sexo feminino no mundo, impactando aproximadamente 1,5 milhões de mulheres a cada ano. O câncer de mama é uma doença crônica, degenerativa e de bases genéticas, causado por uma série de eventos genéticos e químicos que conduzem o processo de transformação de uma célula normal na direção da malignidade (MONÇÃO, 2018).

Quando a mutação é herdada e pode ser transmitida para os filhos, a doença é então chamada de hereditária (MONÇÃO, 2018). O histórico familiar é um importante fator de risco, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau foram acometidos por ele antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos. A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade (SANTOS et al., 2014).

Os fatores de risco para câncer de mama são divididos em: não alteráveis e alteráveis. Dentre os fatores que não podem ser alterados estão: o sexo feminino – que é o principal fator de risco –, envelhecimento, mutações genéticas, história familiar e pessoal de câncer de mama, raça e cor (mulheres brancas possuem maior risco), tecido mamário denso, carcinoma lobular in situ, menarca precoce (antes dos 12 anos), menopausa tardia (após 55 anos) e radiação das mamas. Os fatores que

podem ser modificados incluem ter o primeiro filho antes dos 30 anos, uso de contraceptivos hormonais por tempo prolongado, uso de terapia hormonal após a menopausa, consumo de bebidas alcóolicas, sedentarismo, sobrepeso e obesidade (MONÇÃO, 2018).

O tipo mais comum é o câncer de mama ductal denominado adenocarcinoma ductal; aonde as células epiteliais que revestem os ductos proliferam exacerbadamente podendo ou ser invasivas ou não invasivas, dependendo de sua capacidade de degradar a membrana basal onde estão enclausuradas, ou seja, se estas células conseguem degradar a membrana basal são classificados como carcinoma ductal invasivo e se não conseguem degradar a membrana basal, carcinoma ductal in situ. Há também o carcinoma originado nas células dos lóbulos, denominado carcinoma lobular, que possui menor ocorrência em relação aos carcinomas ductais e também são classificados como invasivo (FONSECA, 2017).

O câncer está relacionado com as mudanças sociais em escala ampliada, especialmente no contexto mundial da urbanização, industrialização e dos estilos de vida que caracterizam o mundo contemporâneo e que estão relacionadas com o crescimento da doença. É um resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos, pela urbanização acelerada, pelos novos modos de vida e novos padrões de consumo. O ser humano está vivendo mais e exposto a uma série de fatores ambientais e aqueles relativos ao processo de envelhecimento, às doenças crônico-degenerativas, a exemplo do câncer (SANTOS et al., 2014).

Ao longo dos anos, iniciativas do governo federal buscam a implementação de políticas orientadas. Em 1986, o Ministério da Saúde expandiu a ação da Campanha Nacional de Combate ao Câncer, criando o Programa de Controle do Câncer, o Pro-Onco, que é um programa específico para desenvolver ações de controle. Com a promulgação da Lei Orgânica da Saúde (Lei 8080/1990), que criou o SUS, o Instituto Nacional de Câncer (INCA), foi incluído nessa Lei, no Artigo 41, como órgão referencial para o estabelecimento de parâmetros e avaliação da prestação de serviços ao SUS (SANTOS et al. 2014).

Em 1991, 1998 e 2000, atos presidenciais confirmaram a responsabilidade do INCA como órgão governamental para assistir o Ministério da Saúde na formulação da Política Nacional de Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) e como seu respectivo órgão normativo, coordenador e avaliador (SANTOS et al., 2014).

No Brasil, a saúde da mulher esteve ligada às políticas nacionais de saúde a partir das primeiras décadas do século XX, tendo como enfoque a atenção à gravidez e ao parto. Esses programas não possuíam conexão com outros do governo federal e não eram específicos às necessidades de cada região do país (OHL et al., 2016).



No início dos anos 80, o Ministério da Saúde lançou no Brasil o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, estava centrado no conceito da integralidade, as mulheres passaram a ser contempladas em todas as faixas etárias e em todos os ciclos da vida, em seus diversos papéis na sociedade e em todos os seus problemas e necessidades de saúde. Esse programa tornou-se pioneiro no cenário mundial e, a partir de então, deu-se início às mudanças das políticas voltadas à saúde da mulher, deixando de ser apenas voltada para o ciclo gravídico-puerperal (OHL et al., 2016).

No final da década de 90, o Ministério da Saúde, e o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), criaram o Programa Viva Mulher, com o objetivo de reduzir repercussões do câncer de colo de útero nas mulheres brasileiras, disponibilizando exames para prevenção (Papanicolau) e detecção precoce e, se necessário, encaminhando as pacientes aos serviços secundário e terciário para tratamento e reabilitação. A partir da implantação desse programa, iniciou-se a formulação de diretrizes e a formação da rede de assistência para detecção precoce do câncer de mama, o que impulsionou o desenvolvimento de políticas públicas nessa área (OHL et al., 2016).

Na detecção do câncer, o Programa Viva Mulher, de nível nacional, abrange o controle do câncer do colo do útero e do câncer de mama e tem como objetivo a organização de uma prestação de serviços para atender à demanda de mulheres que desejem se submeter aos exames e tratamentos indicados (SANTOS et al., 2014).

Em 2009, foi implantado o Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), para padronização da coleta de dados sobre o rastreamento, o diagnóstico e o tratamento do câncer da mama em todo o país e permitir a avaliação das ações de controle da doença (AZEVEDO et al., 2014).

A neoplasia mamária, em casos esporádicos, pode ser detectada pelo autoexame, sendo sempre necessária a avaliação clínica e a realização de mamografia e/ou ultrassonografia. Os casos irregulares devem ser confirmados por meio da biópsia tecidual. A importância do diagnóstico precoce do câncer consiste em evitar o processo de metástases e contribuir para melhor prognóstico (MARTINS et al., 2017).

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

Dados, do Ministério da Saúde, mostram que a taxa de mortalidade de mulheres com câncer de mama vem crescendo em 38,62% ao ano e há também uma redução nos números de atendimentos desses casos. Geralmente os tumores são diagnosticados em um estágio avançado. Apenas 3,35% recebem diagnóstico no começo da doença (RIBEIRO et al., 2014).

A detecção precoce é uma forma de prevenção secundária, cujo objetivo é identificar o câncer em estágios iniciais, quando a doença pode ter melhor prognóstico e as intervenções podem resultar em menor morbidade associada ao tratamento (FACINA, 2016).

O diagnóstico precoce é a estratégia de identificação das pessoas com sinais e sintomas iniciais do câncer de mama, a forma mais aceita de se fazer isso é por meio de três pilares: população alerta para os sinais e sintomas suspeitos de câncer; profissionais de saúde capacitados para avaliação dos casos suspeitos; sistemas e serviços de saúde preparados para garantir a confirmação diagnóstica oportuna, com qualidade e garantia da integralidade da assistência em toda linha de cuidado (FACINA, 2016).

Em 2015, foram aprovadas pelo Ministério da Saúde as “Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama”, cujo objetivo está no controle de câncer no Brasil. As diretrizes têm por meta ampliar e qualificar a detecção precoce, contribuindo para diminuição da mortalidade por essa doença (MONÇÃO, 2018).

Quando houver suspeita da doença, como nódulo, secreção, dor, coceira entre outros, ou quando a mulher tem casos da doença em familiares próximos, a mamografia não tem restrição de idade para realização do exame. A Lei 11.664/08 define que todas as mulheres têm o direito de realizar a mamografia anualmente a partir dos 40 anos (CF 88, 1988).

O Ministério da Saúde preconiza que o rastreamento do câncer de mama deve ser iniciado aos 40 anos com exame clínico das mamas (ECM) e, caso alterado, solicitar mamografia. Entre 50 e 69 anos é recomendado o ECM anual e mamografia a cada dois anos. Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado devem iniciar aos 35 anos ECM e mamografias anuais. A categorização mulheres de alto risco é dada pelo Ministério da Saúde a mulheres com histórico familiar, de pelo menos, um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama antes dos 50 anos de idade ou câncer de mama bilateral ou câncer de ovário em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipias ou neoplasia lobular in situ e mulheres com história pessoal de câncer de mama (INCA, 2015).

De acordo com as diretrizes do Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, da Sociedade Brasileira de Mastologia e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e

Obstetrícia, estipula para o rastreamento do câncer de mama, são adequados mamográfico anual e o complementar com ultrassonografia. O rastreamento anual é recomendado a mulheres entre 40 e 74 anos. O rastreamento complementar deve ser considerado para as mulheres com mamas densas para as quais a ressonância magnética é recomendada quando categorizadas no grupo com alto risco segundo o Ministério da Saúde (MONÇÃO, 2018).

A ressonância magnética (RM) das mamas, popularizada na década de 1990, permite distinguir o tecido normal do câncer por meio do aumento da vascularização e permeabilidade capilar de lesões malignas e pode ser considerado um exame complementar à mamografia, principalmente na avaliação de doença sem calcificações e na avaliação da extensão tumoral. A RM apresenta alta sensibilidade para o diagnóstico de Carcinoma ductal in situ (CDIS), principalmente para os de alto grau (TAJIMA et al., 2019).

O câncer de mama é uma doença heterogênea, que pode ser dividida em subtipos distintos com base nos padrões de expressão de genes ou marcadores tumorais. Para essa caracterização, realiza-se na avaliação por imuno-histoquímica a pesquisa de receptor de estrógeno (RE), receptor de progesterona (RP) e receptor de fator de crescimento epidermal humano (HER2). A ausência de RE, RP e HER2 caracteriza um subtipo de tumor de importância para a saúde clínica denominado câncer de mama triplo negativo (TN), responsável por 10 a 15% dos cânceres de mama invasivos (MARTINS et al., 2017).

A atenção oncológica no Brasil, de 2005 a 2013, foi norteadada pela Portaria nº 2.439/GM, de 08/12/2005, que instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica. Para dar-lhe cumprimento, nesse período, o SUS estruturou respostas para melhor organizar a atenção ao câncer, levando-se em conta as dimensões e as heterogeneidades cultural e socioeconômica do Brasil.

Nesse sentido, o Ministério da Saúde publicou, além da Portaria citada, a de nº 741, de 19/12/2005. Enquanto a primeira adotava os parâmetros da instituição da política: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, a segunda determinava novas classificações e requisitos para os estabelecimentos que tratam câncer (MENDES et al., 2015).

Além disso, a presente portaria propõe parâmetros para o planejamento e a avaliação da Rede de Alta Complexidade em Oncologia, bem como estabelece os procedimentos para melhoria das informações para os pacientes (MENDES et al., 2015). Sobre o tratamento para o câncer de mama a maioria das mulheres que passam pela mastectomia têm indicação para a reconstrução. Algumas enxergam a cirurgia como uma oportunidade de recomeçar e de se sentir bem com o corpo, outras

preferem evitar novas cirurgias (FABRO et al., 2016). Nesse sentido, o tratamento varia de acordo com o estadiamento da doença, suas características biológicas e as condições do paciente (idade, menopausa, preferências).

Diante disso, no estágio I e II da doença, a conduta consiste na cirurgia conservadora, com retirada apenas do tumor, ou mastectomia, com retirada da mama e reconstrução mamária. Depois da cirurgia o tratamento complementar consiste em radioterapia.

No que se concerne ao estágio III, inclui pacientes com tumores maiores, mas ainda localizados, o tratamento sistêmico é o mais adequado inicialmente e após a resposta eficaz segue-se para o tratamento local. Enquanto no estágio IV o tratamento preferencial é o sistêmico sendo o tratamento local aderido em situações restritas (INCA, 2018).

Dessa forma, desde 5 de outubro de 2015, quando a aprovação pelo Ministério da saúde foi publicada em diário oficial, o país possui um conjunto de diretrizes para nortear a detecção precoce do câncer de mama no âmbito do SUS, contribuindo para a qualificação da tomada de decisão pelos gestores de saúde quanto à organização da linha de cuidado, ao apoio aos profissionais de saúde nas suas práticas clínicas e aos pacientes nas suas escolhas frente a diferentes intervenções (FACINA, 2016).

As diretrizes baseadas em evidências são o instrumento utilizado pelo Ministério da saúde para a incorporação de tecnologias em saúde no âmbito do SUS (lei nº 12.401), por meio da Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias (CONITEC), que tem como atribuições a incorporação, exclusão ou alteração de novos medicamentos, produtos e procedimentos, bem como a constituição ou alteração de Protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas (FACINA, 2016).

É garantido ao paciente que sofre de neoplasia maligna, a gratuidade de medicamentos, no campo de ação da Política Nacional de Medicamentos, Portaria GM nº3. 916-98 foi organizada a Assistência Farmacêutica, realizada pelo Ministério da Saúde, destacando-se como atuações desta Política a assistência Farmacêutica Básica, medicamentos estratégicos, medicamentos excepcionais e medicamentos de saúde mental.

Diante disso, ressalta-se que no pensamento científico, as enfermidades eram designadas a demônios, e sua cura advém da divindade, assim o temor de doenças e o anseio de evitá-las é algo profundamente enraizado desde a antiguidade. Começando pela Idade Média, onde tal pensamento era mais comum, ainda não havia ideia de saúde pública. No Brasil, começou de forma discreta com a vinda da Corte Portuguesa no século XIX, com atividades voltadas ao controle sanitário nas ruas e nos portos (AYUB, 2019).

Antes de 1988, a proteção do direito à saúde ficava restrita a algumas normas esparsas, tais como a garantia de “socorros públicos” (Constituição de 1824, art. 179, XXXI) ou a garantia de inviolabilidade do direito à subsistência (Constituição de 1934, art. 113, caput).

Em meados do século XIX, foi descrito e publicado resultados de uma técnica inovadora de remoção cirúrgica para o câncer de mama. O médico-cirurgião Hasteld denominou essa técnica de mastectomia radical, que consiste na excisão total da mama comprometida pelo câncer. É aconselhada em casos de infiltração extensa da musculatura e em casos de câncer no estágio III e IV, promovendo a citorredução, atualmente vem sendo substituída por outras cirurgias que evitam a mutilação (AVILA, 2016).

O procedimento consistia na retirada da glândula mamária com a pele, dos músculos peitorais e dos linfonodos axilares. O conceito baseava-se na disseminação centrípeta do câncer pelos vasos linfáticos e na época acreditava-se que quanto maior a cirurgia melhor seria a evolução do paciente. Em 1981, já com os avanços da quimioterapia e radioterapia, foi descrito a eficácia da cirurgia conservadora do câncer de mama por Umberto Veronese, havendo uma mudança de paradigma, do maior tratamento para o mínimo necessário (MONÇÃO, 2018).

Apesar da inovação para tratamento das pacientes significou também deformidades funcionais e estéticas, a mastectomia radical clássica, descrita por Halsted, permaneceu como o tratamento de escolha por aproximadamente 60 anos. Na segunda metade do século XX algumas alterações foram introduzidas na mastectomia clássica criou-se então a mastectomia radical modificada por Patey e Dyson, e por Madden. A técnica criada por Patey consiste em retirar os músculos peitoral maior e menor, a glândula mamária, III, IV e V espaços intercostais e esvaziamento radical axilar, no tipo Madden os músculos peitorais maior e menor são conservados, como os espaços intercostais (AVILA, 2016).

No processo evolutivo da saúde pública houve avanço em relação à Declaração Universal dos Direitos Humanos de 1949, pois trouxe expressamente em seu texto o direito à saúde, contemplado em seu artigo 25 da ONU (AYUB, 2019).

Neste sentido, o Brasil, possui em seu ordenamento jurídico, a garantia dos direitos dos cidadãos. Nesse sentido, os direitos dos pacientes com câncer são assegurados pela legislação brasileira e outras normas infraconstitucionais que oferecem aos pacientes oncológicos uma melhor qualidade de vida. Isto se evidencia no artigo 1º, inciso III, da CF, o qual defende a dignidade do ser humano, e no artigo 5º e 6º do mesmo documento, que assegura o direito à vida e a saúde (SOARES; ALMEIDA; SOCORRO, 2018).

No Brasil a saúde é considerada um dever do Estado, garantido pela CF de 1988 em sua Seção II, art. 196, bem como fica descrito no art. 197 da Carta Magna que o Estado deve, por meios próprios ou através de terceiros, prover os serviços de saúde.

Assim, sob o olhar do Direito Constitucional, é dever e preocupação do Estado prover saúde a todos os cidadãos brasileiros, compreendendo que o Estado deve se preocupar com todos os aspectos da saúde, desde aqueles mais simples, como com aqueles que possuem maior complexidade, como implantes ortopédicos e reconstituições, com ou sem o uso de próteses, com fins de recuperação estética após patologias como o câncer de mama, que podem vir a exigir a retirada completa da mama ou outras cirurgias esteticamente agressivas (AYOUB, 2018).

É importante considerar, quanto à necessidade de reconstrução das mamas os aspectos psicológicos envolvidos na questão. Para Inocenti et al. (2016), o impacto, notadamente das mutilações mais radicais, como a mastectomia sobre a autoestima feminina é elevado, tornando assim justificável a necessidade de reconstrução da mama.

Devida a grande incidência o câncer de mama vem sendo alvo de legislações e normativas que regulem o cuidado na assistência privada a exemplo a lei nº 9.656, de 1998, artigo 10-A, estabelece que cabe as operadoras de planos de saúde prestar serviços de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, utilizando-se dos aparatos técnicos necessários (MARIA, 2019).

A Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999 estabelece que as mulheres que sofrerem mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, têm direito a cirurgia plástica reconstrutiva, por meio do SUS. A Lei 9.797/1999 já previa, anteriormente, que pacientes que passassem pela mastectomia tinham direito à cirurgia reparadora na rede pública de saúde, porém não era especificado o prazo (MEDEIROS et al., 2015).

Apesar de ser uma garantia pouco conhecida, mulheres que tiveram uma ou ambas as mamas amputadas, por consequência de técnica de tratamento de câncer, são beneficiadas pela Lei 10.223/01, obrigando toda e qualquer pessoa jurídica de direito privado que atue sobre planos ou seguros de saúde, a oferecer serviço de cirurgia plástica reparadora de mama (BRASIL, 2001).

Dessa forma entende-se que é uma situação que causa desequilíbrio psicológico, além de trazer danos à saúde da mulher. Logo, o SUS deverá garantir segundo a Portaria nº 741, de 19 de dezembro de 2005, o diagnóstico e o tratamento do câncer, independente da complexidade deste. Isso caracteriza um atendimento integral conforme preconiza o SUS. Esta portaria define ordenação e estruturação da assistência de alta complexidade em oncologia e contribui para o atendimento integral através do artigo 10 desta portaria.

Seguindo a evolução das leis já implementadas alguns atos administrativos foram posteriormente implementadas, a fim de estabelecer a correta aplicação da lei. A Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012 regulamentada pela Portaria nº 876, de 16 de maio de 2013, dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início dentro de um período de 60 dias para o paciente diagnosticado. O artigo 1º da lei garante ao portador de neoplasia maligna receberá assistência gratuita e integral no SUS. No artigo 2º determina o prazo de 60 dias para a realização do primeiro tratamento realizado pelo SUS. A contagem do prazo inicia a partir da data do laudo patológico emitido pelo médico confirmando o diagnóstico (MARIA, 2019).

A Lei 12.802/2013 trata da reconstrução mamária, regulamentando o direito da paciente de realizar reconstrução mamária na rede pública de saúde, imediatamente após a retirada do tumor ou quando houver condições clínicas para o procedimento, determinando que quando existirem condições técnicas, a reconstrução será efetuada no mesmo tempo cirúrgico. Todavia, muitas vezes não há estrutura nos hospitais públicos para realizar o que orienta a lei.

As deficiências vão da falta de centro cirúrgico à ausência de médicos qualificados e material adequado. Assim, muitas vezes a reconstrução fica para um segundo tempo. Essa lei altera a Lei 9.797/99, que já garantia o direito de realização de reconstrução mamária a todas as mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama desde 1999, mas não com tanta agilidade (MARKOVIC, 2018).

A partir da promulgação da CF de 1988, a saúde pública passou a ser um direito social fundamental no Brasil, podendo ser contemplada como uma forma de precaução e controle de doenças. Dando origem a formação do SUS. Mas tal conjuntura passou por todo um processo evolutivo para chegar à condição de direito fundamental, sendo garantida pelo Estado, através de políticas públicas preventivas e curativas atualmente (AYUB, 2019), e asseguradas por leis que receberam atualizações por meio de portarias que garantiriam melhorias.

A Lei 13.770/2018, garante às mulheres vítimas de câncer de mama, uma cirurgia plástica reconstrutiva da mama em caso de deformação. Portanto, além do desenvolvimento de todo o processo da saúde pública oferecida pelo Estado, vale notar a evolução da saúde complementar, em que, no texto constitucional garante a iniciativa privada a total liberdade do desenvolvimento de serviços privados da saúde. Em seu artigo 199, tais instituições privadas, poderão atuar de maneira complementar através de convênios e contratos firmados com a Administração Pública. Assim, neste regime, as entidades privadas poderão prestar o serviço de saúde, quando a atividade do Estado em algum local for insuficiente.

Assim, o país se encontra hoje, em uma situação de extrema precariedade na saúde, mesmo com todo o processo evolutivo e influências, é um setor que ainda necessita de melhoramentos para que possam ser efetivados os direitos e garantias previstos na CF (AYUB, 2019).

#### **4 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Devido aos impactos físicos e psicológicos causados na vida das mulheres portadoras de câncer de mama e submetidas a mastectomia, visto que essa doença é considerada um problema de saúde pública é de grande importância que profissionais de saúde e familiares saibam como ajudar essas mulheres na busca por seus direitos e quais as obrigações do SUS para com as mesmas.

Assim por meio da análise de dados do Datasus e dos conhecimentos da legislação frente aos direitos de pacientes com carcinoma positivo para câncer de mama identificou-se a efetividade das leis analisando a evolução de leis e portarias e comparando os casos positivos com casos que conseguiram realizar a cirurgia oncoplástica de reconstituição de mama e foram alimentados na plataforma do sistema

Deste modo, espera-se tornar didática a compreensão sobre a necessidade do conhecimento pela população e em especial aos profissionais da saúde prestando uma assistência de qualidade que vise à prevenção, diagnóstico e tratamento precoce do câncer de mama, a maior adesão de mulheres a prevenção do câncer de mama e a diminuição do número de mortes de mulher por este câncer, sem, contudo, abrir mão da qualidade no processo de formação profissional.



**REFERÊNCIAS**

AVILA, D.S.D. Atuação da fisioterapia na reabilitação funcional de mulheres pós mastectomia radical: Uma revisão da literatura. Repositório Institucional da Faculdade de educação e meio ambiente – FAEMA. 2016. Disponível em: <<http://repositorio.faema.edu.br:8000/xmlui/handle/123456789/142>>. Acesso em 18 de outubro de 2019.

AYOUB, B.A. Direto Fundamental à saúde e a disciplina legal aos portadores de câncer. Repositório Institucional do Centro Universitário de Goiás Uni – Anhanguera. 2019. Disponível em: <<http://repositorio.anhanguera.edu.br:8080/jspui/handle/123456789/249>>. Acesso em 02 de setembro de 2019.

AZEVEDO, E.S.G; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M; AQUINO, E.M.L; TOMAZELLI, J.G; SILVA, I.S. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do sistema de Informações em Saúde. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, V.30, n.7, p.1537-1550, 2014.

BRAGA, A.K.G; SANTOS, T.L.C; MAGALHÃES, M.A.V. Processo de reconstrução mamária em mulheres mastectomizadas. Revista Interdisciplinar. V.9, n.1, p. 216- 223, jan. - mar. 2016.

BRASIL. Lei nº 13.770, de 19 de dezembro de 2001. Presidência da República. Dispõe sobre a cirurgia plástica reconstrutiva da mama em casos de mutilação decorrente de tratamento de câncer. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2015-2018/2018/Lei/L13770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2018/Lei/L13770.htm)>. Acesso em 10 de abril de 2019.

BRASIL. Constituição Federal de 1988. Disponível em :<[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/constituicao/constituicaocompilado.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicaocompilado.htm)>. Acesso em: 07 Maio 2018.

CORRÊA, C.S.L; PEREIRA, L.C; LEITE, I.C.G; FAYER, V.A; GUERRA, M.R; BUSTAMANTE-TEIXEIRA, M.T. Rastreamento do câncer de mama em Minas Gerais: avaliação a partir de dados dos sistemas de informações do Sistema Único de Saúde. Epidemiologia e Serviços de Saúde, Brasília. V.26, n.3, p.481-492, 2017.

DIAS, R.P. et al. Radiodermatite em mulheres com câncer de mama: efeito de orientações e monitoramento pelo enfermeiro. Braz. J. of Develop., Curitiba, v. 6, n. 3, p. 12918-12932, mar. 2020.

FABRO, E.A.N; COSTA, R.M; OLIVEIRA, J.F.D; LOU, M.B.D.A; TORRES, D.M; FERREIRA, F.O; CARVALHO, C.M; RIBEIRO, M.J.P; BERGMANN, A. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. Revista Brasileira de Mastologia. V.26, n.1, p.4-8, 2016.

FACINA, T. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Revista Brasileira de Cancerologia. V.62 n.1 p.59-60.2016.

FONSECA, G.F.F. Nanopartículas Metálicas no Diagnóstico e Terapia de Cânceres de Mama. Centro Universitário Hermínio da Silveira – IBMR. Rio de Janeiro 2017. Disponível em: <<https://www.ibmr.br/files/tcc/nanopartículas-metalicas-no-diahnostico-e-terapia-de-canceres-de-mama-gustavo-faure-farina-fonseca.pdf>>. Acesso em 19 de setembro de 2019.

INOCENTI, A; SANTOS, M.A; LOYOLA, E.A.C; MAGALHÃES, P.A.P; PANOBIANO, M.S. Repercussão dos efeitos da cirurgia reconstrutoras na vida de mulheres com neoplasias da mama. Revista Texto Contexto Enfermagem. V.25, n.2, p.2-9. 2016.

INCA - Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS. Brasília, 2015. 150 p. n. 160.

MACHADO, M.X; SOARES, D.A; OLIVEIRA, S.B. Significados do câncer de mama para mulheres no contexto do tratamento quimioterápico. Physis Revista de Saúde Coletiva, Rio de Janeiro. V.27, n.3, p. 433-451, 2017.

MARIA, A.T.S.D. Análise das decisões proferidas do TJPB relacionadas ao câncer de mama no ano de 2018. Repositório Institucional da Universidade Federal da Paraíba. 2019. Disponível em: <<https://repositorio.ufpb.br/jspui/handle/123456789/14321>>. Acesso em 15 de setembro de 2019.

MARTINS, L.C; REZENDE, R.M.D; CORDEIRO, J.A.B.L; PAULA, H.S.C; BASTOS, D.R; CAST, V.C; SADDI, V.A; SILVA, A.M.T.C. Padrão de metástase no câncer de mama triplo negativo. Revista Brasileira de Mastologia. V.7, n.1, p.8-14, 2017.

MARKOVIC, A; PESSOA, S.G.P. Análise da participação de hospital universitário em um mutirão nacional de reconstrução mamária. Revista Brasileira de Cirurgia Plástica. V.33, n.3, p.305-311, 2018.

MEDEIROS, G.C; BERGMANN, A; AGUIAR, S.S; THULER, L.C.S. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. V.31, n.6, p.1269-1282, 2015.

MENDES, E. C.; VASCONCELLOS, L.C.F. Cuidados paliativos no câncer e os princípios doutrinários do SUS. Debate em saúde, Rio de Janeiro, v. 39, n. 106, p. 881-892, setembro de 2015.

MONÇÃO, B.P. Análise dos subtipos imunoistoquímicos de câncer de mama em um hospital de referência oncológica no Amazonas. Repositório Institucional da Universidade Federal da Amazônia. 95 f. Dissertação (Mestrado em Cirurgia) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2018. Disponível em: <<https://tede.ufam.edu.br/handle/tede/6808>>. Acesso em 04 de setembro de 2019.

OHL.I.C.B; OHL, R.I.B; CHAVAGLIA, S.R.R.; GOLDMAN, R.E. Ações públicas para o controle do câncer de mama no Brasil: revisão integrativa. Revista Brasileira de Enfermagem. V.69 n.4 p.793-803. Jul-Ago 2016.

PAIVA, C.J.K; CESSÉ, E.A.P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. Revista Brasileira de Cancerologia. V.61, n.1, p. 23-30, 2015.

RIBEIRO, V.C; PORTELLA, S.D.C; MALHEIRO, E.S. Mulheres de meia idade e o enfrentamento do câncer de mama. *Revista Cuidanorte*. V.5, n.2, p.799-805, 2014.

ROCHA, H.Z; MANICA, G.C.M; NORONHA, L; RAMOS, E.A.S; KLASSEN, G. Análise comparativa do perfil histopatológico e epidemiológico dos carcinomas ductal e lobular da mama diagnosticados no Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Paraná entre 2008 e 2013. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*. Rio de Janeiro. V.55, n.1. 2019.

RODRIGUES, J.D; CRUZ, M.S; PAIXÃO, A.N. Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil. *Revista Ciência & Saúde Coletiva*. v.20, n.10, p. 3163-3176, 2015.

ROSA, L.F.A; GIRARDON-PERLINI, O.N.M; STAMM, B; COUTO, M.S; CARDOSO, A.L; BIRK, N.M. Direitos Legais da Pessoa com Câncer: Conhecimentos de usuários de um serviço de oncologia público. Rio Grande do Sul. *Revista de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria*. V. 4, n.4, p.771-783, out. – dez, 2014.

SANTOS, J; GICO, V.V; REIS, L.A.; MARINHO, T.T.A. Panorama do câncer de mama. *Revista Enfermagem Contemporânea*. V.3, n.1, p.80-94. 2014.

SOARES, L.B; ALMEIDA, R.R; SOCORRO, T.C. A dignificação do Direito à vida do paciente com câncer tratada na Legislação Brasileira. *Repositório Institucional da Universidade Tiradentes*. n.18, 2018. Disponível em: <<https://eventos.set.edu.br/index.php/semesq/article/view/3830/1451>>. Acesso em 10 de outubro de 2019.

TAJIMA, C.C; SOUSA, L.L.C; VENYS, G.L; GUATELLI, C.S; BITENCOURT, A.G.;MARQUES, E.F. Papel da ressonância magnética das mamas na avaliação do carcinoma ductal in situ. *Revista de Radiologia Brasileira*. V.52, n.1, p.43–47. Jan/Fev, 2019.

TORTORA, G. J. *Corpo humano: Fundamentos de Anatomia e Fisiologia*. Editora Guanabara, 8ª ed., pp. 584-585. 2012.

WINCK, D.R. Direitos dos pacientes oncológicos no Brasil. *Revista Espaço Ciência & Saúde*. V.5, n.1, p. 50-60, jul.2017.