

**LIGA DE ENSINO DO RIO GRANDE DO NORTE
FACULDADE NATALENSE PARA O DESENVOLVIMENTO DO
RIO GRANDE DO NORTE
CURSO ENFERMAGEM**

GABRIELA FLOQUET DE LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ORENTAÇÕES ÀS MULHERES
MASTECTOMIZADAS APÓS DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**

**NATAL
2009**

GABRIELA FLOQUET DE LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ORENTAÇÕES ÀS MULHERES
MASTECTOMIZADAS APÓS DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**



Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense Para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, como requisito obrigatório para a obtenção do título de Enfermeira.

Orientador (a): Prof.ª Dr.ª Maria das Graças de Paiva Nicolete.

Natal
2009



618.19
L696
2009
ex.01

Catálogo na Publicação – Biblioteca da FARN
Setor de Processos Técnicos

Lima, Gabriela Floquet de

Assistência de enfermagem nas orientações às mulheres
mastectomizadas após diagnóstico de câncer de mama/ Gabriela Floquet de
Lima. – Natal: FARN, 2009.
60f.

Orientadora: Maria das Graças de Paiva Nicolete (Dr^a.)
Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Natalense para o
Desenvolvimento do Rio Grande do Norte.

1. Enfermagem – Monografia. 2. Mastectomia – Monografia. 3. Câncer de
mama – Monografia. I. Título.

RN/FARN/BC

CDU 618.19

GABRIELA FLOQUET DE LIMA

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NAS ORENTAÇÕES ÀS MULHERES
MASTECTOMIZADAS APÓS DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem da Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte, apresentada em ____ de Novembro de 2009, pela banca examinadora composto pelos seguintes membros:

Orientador (a): Prof.^a Dr.^a Maria Das Graças de Paiva Nicolete

Membro Examinador (a)

Membro Examinador (a): Jonas Sâmí Albuquerque de Olivera

AGRADECIMENTO

Agradeço a Deus por sempre ter me dada força quando precisei dele durante todo o curso de enfermagem, sei que apesar das dificuldades ele sempre esteve ao meu lado para encorajar, a não desistir, a entender o quanto é maravilhoso a enfermagem e o quanto é prazeroso esse curso.

Aos meus pais que tanto me ajudaram nessa jornada durante toda minha vida, sempre procurando o melhor para o meu futuro.

Aos amigos que obtive durante toda essa jornada me dando apoio.

A professora Graça Nicolete que me orientou no que foi preciso.

Por fim, agradeço a todos coordenadora, professores, funcionários da instituição, pois foram eles que me ajudaram na formação.

Aqui vai uma mensagem de Clarice Lispector: "Renda-se, como eu me renai. Mergulhe no que você não conhece como eu mergulhei. Não se preocupe em entender, viver ultrapassa qualquer entendimento.

Gabriela Floquet de Lima

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho primeiramente a Deus, porque sem a presença, proteção e ajuda Dele, com certeza não conseguiria ter chegado até aqui. Dedico também aos meus pais e meu irmão que tanto me dedicam amor, companheirismo, lealdade e segurança. Em especial dedico a minha tia pelo esforço, esperança alegria, fé em Deus no coração. Quero agradecer-lhe pela grande batalha que foi colocada em meu caminho e vencendo cada obstáculo com muita garra e que esse seja o início de um longo caminho de vitórias e alegrias, aonde as derrotas virem lições de vida.

Gabriela Floquet de Lima

Palavras-chave: Mastectomia. Câncer de mama. Enfermagem. Revisão de literatura.

RESUMO

No Brasil o câncer de mama é o que mais mata entre as mulheres devido a sua alta frequência e, sobretudo pelos seus efeitos psicológicos que afeta a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ela é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas a cima dessa faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Este tipo de câncer representa nos países ocidentais umas das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas indicam um aumento de sua frequência tanto nos países desenvolvidos quanto nos países em desenvolvimento. Segundo a (OMS), nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes. Em 2008 no Brasil cerca de 49.400 casos, com a taxa bruta de 50,71% das mulheres com câncer de mama. Na região norte estimasse 1.210, na região nordeste 7.630, na região sudeste 28.430, na região centro oeste 2.630, na região sul 9.500 casos de mulheres com câncer de mama. (INCA, 2009).

Keywords: Mastectomy, Breast Cancer Nursing, Literature review

Palavras-chave: Mastectomia. Câncer de mama. Enfermagem. Revisão de literatura.

ABSTRACT

In Brazil, breast cancer is what kills more women because of its high frequency, and especially by its psychological effects which affect the perception of sexuality and the personal image. It is relatively rare before the age of 35 years, but, after this age its incidence grows rapidly and gradually. This type of cancer in Western countries is one of the leading causes of death in women. Statistics indicate an increase in its frequency in many developed countries as in developing countries. According to (WHO), in the 60s and 70s was recorded an increase of 10 times the incidence rates adjusted for age in the records of population-based cancer of several continents. In 2008 in Brazil around 49,400 cases, with the gross rate of 50.71% of women with breast cancer. In the northern region estimate 1210, in the Northeast 7630, in the Southeast 28430, in the central west 2630 and in the southern region 9500 cases of women with breast cancer and these data are related to late diagnosis. (INCA, 2009).

Keyword: Mastectomy. Breast cancer. Nursing. Literature review

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- **OMS** – Organização Mundial da Saúde
- **INCA** – Instituto Nacional Contra o Câncer
- **BRCA1** – Câncer de mama tipo 1
- **BRCA2** – Câncer de mama tipo 2
- **ECM** – Exame Clínico das Mamas
- **LOAS** – Lei Orgânica de Assistência Social
- **INSS** – Ministério de Previdência Social
- **ICMS** – Imposto Sobre Circulação de Mercadorias e Prestações de Serviços
- **IPI** – Imposto Sobre Produtos Industrializados
- **IPVA** – Imposto Sobre Propriedades de Veículos Automotores
- **FGTS** – Fundo de Garantia do Tempo e Serviço
- **PIS** – Programa de Integração Social
- **CECAN** – Centro Avançado de Oncologia
- **SUS** – Sistema Único de Saúde
- **DEPECOM** – Departamento de Ensino Pesquisa e Educação Comunitária
- **UFRN** – Universidade federal do Rio Grande do Norte
- **UNP** – Universidade Potiguar
- **FARN** – Faculdade Natalense para o Desenvolvimento do Rio Grande do Norte

LISTA DE TABELAS E QUADROS

Tabela 1 - Fatores de Riscos Para o Câncer de Mama.	10
Quadro 1 - Categorias BI-RADS e condutas	12
Quadro 2 - Conduta nos casos discordantes – Lesões Categorias 4 e 5 (BI-RADS)	13
Tabela 2 - Acompanhamento de pacientes que receberam tratamento para o câncer de mama.	13
Tabela 3 - Câncer de Mama e Gravidez.	13
Quadro 3 - Sintomas de Morbidade Psiquiátrica.	14
Tabela 4 - Comunicação de más Notícias: Etapas Principais.	23
CÂNCER DE MAMA MASCULINO	23
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	25
HISTÓRIA FAMILIAR DO CÂNCER DE MAMA	25
CÂNCER PRÉVIO DE MAMA	27
SUSCEPTIBILIDADE GENÉTICA	27
ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES MASTECTOMIZADAS	27
3.12.1 Mastectomia	27
3.12.2 Tipos de mastectomias	28
3.13 CUIDADOS PACIENTES MASTECTOMIZADAS	29
3.14 CUIDADOS AS MULHERES MASTECTOMIZADAS	31
3.15 PSICOLÓGIA DO CÂNCER DE MAMA	32
3.15.1 Fases da fase psicológica	34
3.15.2 Classificação psicológica do câncer	35
3.16 ESTRATÉGIAS EM QUE A MULHER PODE OBTER CONTRA O CÂNCER	37
METODOLOGIA	38
CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERÊNCIA	41
ANEXOS	43

Sumário

1	INTRODUÇÃO	10
2	OBJETIVOS	12
2.1	OBJETIVOS GERAIS	12
2.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS	12
3	REFERENCIAL TEÓRICO	13
3.1	DESCREVENDO A HISTÓRIA DO CÂNCER DE MAMA	13
3.1.1	Genética do câncer	15
3.1.2	Disseminação do câncer	15
3.1.3	Sinais e sintomas do câncer de mama	15
3.2	DIAGNÓSTICOS DO CÂNCER DE MAMA	16
3.3	TRATAMENTOS DO CÂNCER DE MAMA	20
3.4	ACOMPANHAMENTO DA PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA	22
3.5	CÂNCER DE MAMA NA GRAVIDEZ	23
3.6	CÂNCER DE MAMA NA PACIENTE IDOSA	24
3.7	CÂNCER DE MAMA MASCULINO	25
3.8	PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	26
3.9	HISTÓRIA FAMILIAR DO CÂNCER DE MAMA	26
3.10	CÂNCER PRÉVIO DE MAMA	27
3.11	SUSCEPTIBILIDADE GENÉTICA	27
3.12	ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES MASTECTOMIZADAS	27
3.12.1	Mastectomia	27
3.12.2	Tipos de mastectomias	28
3.13	APOIO AS PACIENTES MASTECTOMIZADAS	29
3.14	CUIDADOS AS MULHERES MASTECTOMIZADAS	31
3.15	PSICOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA	32
3.15.1	Fatores de risco psicológico	34
3.15.2	O impacto psicológico do câncer	35
3.16	CUIDADOS EM QUE A MULHER PODE OBTER CONTRA O CÂNCER	37
4	METODOLOGIA	38
5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
	REFERÊNCIA	41
	ANEXOS	43

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença que ocorre por conta do desenvolvimento anormal das células da mama. Elas se multiplicam repetidamente até formarem um tumor maligno (FIGUEIREDO, 2006).

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e sobre tudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Ele é relativamente raro antes dos 35 anos de idade, mas a cima desta faixa etária sua incidência cresce rápido e progressivamente (INCA, 2009).

Os altos índices de mulheres no Rio Grande do Norte em 2008 estimasse de 32,7% dos casos para cada 100.000 mulheres, resumindo, são 520 casos de câncer de mama só no ano de 2008. Mulheres a partir de 40 a 60 anos de idade são mais propícias para obtenção de um diagnóstico do câncer de mama, neste caso, mulheres entre essas idades devem procurar seus médicos e por conta própria nunca deixar de fazer o auto-exame das mamas.

No Brasil só no ano de 2008, cerca de 49.400 casos, com a taxa bruta de 50,71% das mulheres com câncer de mama. Na região norte estimasse 1.210, na região nordeste 7.630, na região sudeste 28.430, na região centro oeste 2.630, na região sul 9.500 casos de mulheres com câncer de mama (INCA, 2009).

A maior incidência de câncer de mama está concentrada em mulheres do Reino Unido e é mais freqüente nos Estados Unidos e na Europa Ocidental, porém menos freqüente entre as Japonesas (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Cerca de 10% das mulheres que desenvolvem câncer de mama possuem uma predisposição genética. Isto significa que a maioria das mulheres que desenvolvem câncer de mama (90%) não possui predisposição genética.

O carcinoma da mama desenvolve-se na unidade ducto terminal/lobular, a partir das células epiteliais. O tratamento do câncer de mama pode ser dividido em tratamento do câncer de mama incipiente e tratamento da doença avançada. O objetivo do tratamento da doença inicial é efetuar uma cura, se possível, enquanto o tratamento da doença avançada é paliativo, pois a cura é extremamente improvável (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

O que me levou a escolha desse trabalho foi aos altos índices de mulheres no Brasil e no Rio Grande do Norte com Câncer de mama, e ao fato de possuir dentro dessas estatísticas uma familiar. Observando os estudos realizados sobre a temática e a história pessoal, pude observar o que levaram a essas mulheres a possuírem esse diagnóstico tão cruel, foi à falta de disponibilidade de ir ao médico para realização dos exames, assim descobrindo uma doença em estágio avançado com um diagnóstico tardio e a um tratamento que muitas delas não desejam que seja a mastectomia total da mama.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar aspectos históricos e sociais do câncer de mama;
- Verificar fatores predisponentes e desencadeantes do câncer de mama;
- Identificar aspectos epidemiológicos do câncer de mama;
- Conhecer o assistência de enfermagem e contribuir para a prevenção e tratamento do câncer de mama;

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVOS GERAIS

- Analisar a assistência de enfermagem do câncer de mama, seus aspectos preventivos e curativos.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Observar aspectos históricos e sociais do câncer de mama.
- Verificar fatores predisponentes e desencadeantes do câncer de mama.
- Identificar aspectos epidemiológicos do câncer de mama.
- Conhecer a assistência de enfermagem e contribuir para a prevenção e tratamento do câncer de mama.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 DESCREVENDO A HISTÓRIA DO CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é uma doença que ocorre por conta do desenvolvimento anormal das células da mama. Elas se multiplicam repetidamente até formarem um tumor maligno (FIGUEIREDO, 2006).

O câncer de mama em mulheres é tão antigo quanto os registros históricos. Com o descobrimento do papiro de Edwin Smyth, datado de 3000 – 2500 a.C., que é um tratado médico descoberto no Egito, neste tratado médico descrevem o tratamento de mulheres com câncer de mama. Papiros egípcios subseqüentes também o descrevem sugerindo que era muito comum entre mulheres ricas no Egito por volta de 3000 a.C (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Heródoto, em sua obra *Histórica*, descreve Atossa, mulher de Darius, rei da Pérsia, como portadora de uma lesão ulcerativa da mama, que causou sua morte.

Hipócrates (460 – 370 a.C.) descreveu os sintomas da doença e defendeu o tratamento com ervas e aplicações (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Os romanos no século I d.C., foram os primeiros a realizar cirurgias para tratamento do câncer de mama; este, porém, normalmente era tratado por aplicações, até que Scultetus introduziu a mastectomia em 1620 d.C. Como esta costumava ser realizada em mulheres com idade avançada, geralmente era mal sucedida e impopular. Entretanto, os registros mostram que foi realizada esporadicamente nos quase 400 anos subseqüentes. O advento da cirurgia asséptica e da anestesia tornou esta cirurgia muito aceitável, até que em 1895 Halsted introduziu a mastectomia radical como o procedimento cirúrgico padrão para tratamento do câncer de mama (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Nos tempos atuais, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres nos Estados Unidos e a segunda causa principal de morte por câncer em mulheres com idade de 35 a 54 anos. O câncer de mama também ocorre em homens, embora seja raro (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

No Brasil segundo ao INCA, possuem 50,71% das mulheres com o diagnóstico de câncer de mama, só no Nordeste foram registrados em 2008, 7630

mulheres com câncer de mama e essas estimativas tendem a aumentar se as mulheres com a faixa etária de 40 a 60 anos de idade não realizarem o auto-exame das mamas periodicamente (INCA 2009).

A maioria dos casos de câncer de mama no Brasil é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento (INCA 2009).

Os procedimentos cirúrgicos na mama são comumente realizados em todos os hospitais e centros cirúrgicos independentes. A maioria dos procedimentos é realizada para estabelecer um diagnóstico definitivo, quando há suspeita de câncer ou para tratamento de um câncer de mama. A possibilidade e a real ocorrência de alterações benignas ou malignas da mama são alguns dos problemas de saúde, emocionalmente, mais perturbadores para as mulheres (INCA 2009).

Este risco é maior na mãe, irmã ou filha de uma mulher que teve câncer de mama, principalmente se o câncer desenvolveu-se antes da menopausa. A alteração dos níveis hormonais desde a puberdade e durante todo o restante da vida afeta o tecido mamário em suas características físicas e microscópicas (INCA 2009).

A detecção precoce é a maior esperança para a cura. Todas as mulheres devem realizar mensalmente o auto-exame para detectar lesões palpáveis e imediatamente relatar quaisquer alterações ou massas ao médico. Alterações físicas externas, como ondulação na pele, também podem indicar a presença de um processo patológico benigno ou maligno (INCA 2009).

As lesões benignas da mama, como alterações fibrocísticas e fibroadenomas, são as lesões mais comumente excisadas. Quanto mais velha a paciente, maior a probabilidade de que a massa seja maligna. A forma mais comum de câncer de mama é o carcinoma ductal infiltrante. A causa do câncer de mama ainda é desconhecida. Vários fatores, incluindo ambientais, dietéticos e as influências familiares, foram sugeridos como colaboradores para o seu desenvolvimento (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

Grças ao diagnóstico precoce e à expansão das opções de tratamento, a taxa de sobrevivência por 5 anos para as pacientes com câncer de mama localizado de 78% em 1940, passa para 92% para atualmente. Para câncer não invasivo in-situ (confinado ao sítio de origem sem invadir o tecido circunvizinho), a taxa de sobrevivência é quase de 100%. Se o câncer disseminou-se de forma regional, a taxa de sobrevivência é de 71%. Com a metástase à distância, ela cai para 18%. O câncer de mama é

encontrado mais a amiúde na mama esquerda que na direita. Ele também é mais comum no quadrante superior externo. As taxas de crescimento variam teoricamente, o câncer de mama de crescimento lento pode levar 8 anos para ficar palpável com 1 cm de tamanho (FIGUEIREDO, 2006).

3.1.1 Genética do câncer

A descoberta de genes específicos ligados ao câncer de mama, chamado BRCA1 e BRCA2, indica que a doença pode ser herdada. Alguém que herda ambos os genes possui aproximadamente uma possibilidade de 80% de desenvolver câncer de mama (FIGUEIREDO, 2006).

3.1.2 Disseminação do câncer

O câncer de mama dissemina-se através do sistema linfático e da corrente sanguínea, do lado direito do coração para os pulmões, e, mais adiante, para a outra mama, parede torácica, fígado, osso e cérebro. O câncer também pode se disseminar por transplante acidental durante a cirurgia ou outros procedimentos invasivos (FIGUEIREDO, 2006).

3.1.3 Sinais e sintomas do câncer de mama

Os sinais e sintomas de câncer de mama que apresentam são: nodosidade ou massa indolor na mama; alterações na simetria ou tamanho da mama; alterações na pele da mama, como o foveamento (chamado casca de laranja), edema ou úlceras; alterações nos mamilos, por exemplo, purido, queimação, erosão ou retração; alterações na temperatura cutânea (uma área quente, aquecida ou rósea). Os sinais e sintomas de metástase que podem provocar são: dor no ombro, quadril ou pelve, tosse, anorexia, tonteira persistente, ou linfonodos axilares ou supraclaviculares aumentados (FIGUEIREDO, 2006).

Em mais de 90% dos casos, as pacientes com câncer de mama apresentam-se com uma tumoração na mama, dor na mama ou com secreção mamilar. Há poucos outros sintomas de câncer de mama, exceto se for avançado, quando pode apresentar-se com sintomas relativos ao local das metástases (isto é, dor óssea, dispnéia, náusea etc). Logo abaixo vamos ver uma tabela mostrando as estimativas para os fatores de riscos (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Tabela 1- Fatores de Riscos para Câncer de Mama

Fator	Risco relativo estimado
Idade	15%
Localização geográfica	6%
Idade precoce da menarca	2%
Idade avançada na menopausa	3%
Idade acima de 32 anos no primeiro parto	4%
Nuliparidade	4%
Obesidade	3%
Consumo de álcool	1,2%
Irradiação	5%
Contraceptivo oral (idade jovem antes da 1ª gravidez)	1,84%
Terapia de reposição hormonal	1,36%
Doença benigna: hiperplasia ductal atípica	5%
Adenose esclerosante	1,5%
História familiar de parentes em primeiro grau	8%

Fonte: (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.2 DIAGNÓSTICOS DO CÂNCER DE MAMA

O diagnóstico do câncer de mama envolve procedimento e meios para diferenciar lesões benignas de malignas. Permitindo ainda, no caso das malignas, sua localização e extensão tumoral à distância. Para o diagnóstico em questão, torna-se muito importante a história da paciente com seus antecedentes tocoginecológicos, antecedentes familiares e análises dos fatores carcinogênicos (dieta rica em gordura, hormônio, radiações ionizantes, etc.) (ABRÃO, 1995).

O diagnóstico deve ser feito o mais precocemente.

Seus exames solicitados são:

ECM - realizado por um médico ou enfermeira treinados, pode detectar tumor de até 1 (um) centímetro, se superficial. O Exame Clínico das Mamas deve ser realizado conforme as recomendações técnicas do consenso para controle do câncer de mama (SMELTZER; BARE, 2000; INCA, 2009).

Mamografia - A mamografia é a radiografia da mama que permite a detecção precoce do câncer, por ser capaz de mostrar lesões em fase inicial, muito pequenas (de milímetros). É realizada em um aparelho de raios-X apropriado, chamado mamógrafo. Nele, a mama é comprimida de forma a fornecer melhores imagens e, portanto, melhor capacidade de diagnóstico. O desconforto provocado é discreto e suportável (INCA, 2009).

Auto-exames das mamas - O INCA não estimula o auto-exame das mamas como estratégia isolada de detecção precoce do câncer de mama. A recomendação é que o exame das mamas pela própria mulher faça parte das ações de educação para a saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo. As evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento e não contribui para a redução da mortalidade por câncer de mama. Além disso, o auto-exame das mamas traz consigo consequências negativas, como aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impactos psicológicos negativos nos exames falsamente positivos. Portanto, o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade. (procedimento do auto-exame da mama no anexo) (INCA, 2009).

Ultrassonografia - completa a mamografia e informa se o nódulo é sólido ou contém líquidos (cisto) (INCA, 2009).

Aspiração - procedimento realizado por meio de uma agulha fina e de uma seringa que se aspira pequena quantidade de líquido ou uma pequena quantidade de células do tecido nódulo para exame microscópico (INCA, 2009).

Biópsia - é um procedimento para remover parte ou todo o nódulo (INCA, 2009).

Receptores hormonais (estrógeno e progesterona) - são testes de laboratórios, solicitados pelo médico, depois de realizada a biópsia (INCA, 2009).

Detecção precoce: Recomendações para o rastreamento de mulheres Assintomáticas.

Exame clínico das mamas: para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade, com periodicidade anual. Esse procedimento também é compreendido com parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas independentemente da faixa etária.

Mamografia: para mulheres com idade entre 50 e 69 anos de idade, com intervalo máximo de 2 anos entre os exames.

Exame Clínico das Mamas e Mamografia Anual: para mulheres a partir de 35 anos de idade, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (INCA, 2006 p.09).

Recomendações e condutas no diagnóstico das lesões palpáveis da mama:

Mulheres com menos de 35 anos de idade: a ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para a avaliação das lesões palpáveis nesse grupo etário.

Mulheres com 35 anos de idade ou mais: a mamografia é o método recomendado. O exame mamográfico pode ser complementado pela ultra-sonografia em determinadas situações clínicas, especificadas no Controle de Câncer de Mama: Documento de Consenso. A ultra-sonografia complementar não deve ser solicitada nas lesões Categorias 2 e 5 (BI-RADS) (INCA, 2006p.10).

Diagnóstico das lesões suspeitas:

Lesões palpáveis com imagem negativa (mamografia e ultra-sonografia): investigação com punção Aspirativa por Agulha Fina (PAAF), Punção por Agulha Grossa (PAG) ou Biópsia Cirúrgica (INCA, 2006 p.10).

Diagnóstico das lesões não-palpáveis:

Conforme as recomendações do Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso (INCA, 2004), a conduta nas lesões não-palpáveis segue a proposta do Breast Imaging Reporting and Data System (BI-RADS), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendado pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR) (INCA, 2006 p.10).

As categorias BI-RADS para o exame mamográfico são apresentadas a Seguir de forma sucinta no quadro 1 abaixo:

Quadro 1 - Categorias BI-RADS e condutas:

Categoria	Interpretação	VPP	Conduta
0	Incompleto. Necessita de avaliação adicional	13%	Avaliação adicional por imagem ou comparação com exames anteriores.
1	Negativo. Não há nada a comentar.	—	Controle conforme o item 1.1
2	Benigno	0%	Controle conforme ao item 1.1
3	Provavelmente benigno	2%	Inicialmente repetir em 6 meses (eventualmente biopsia).
4 (A, B, C)	Suspeito	30%	Biopsia
5	Altamente sugestivo de malignidade	97%	Biopsia
6	Biopsia conhecida Malignidade comprovada	—	—

Fonte: Adaptado de Breast Imaging Reporting and Data System: BI-RADS. 4th. ed. American College of Radiology, 2003 (INCA, 2006 p. 11)

Condutas nas lesões não-palpáveis preconizadas pelo o consenso sobre o controle do câncer da mama:

Categoria 3 (BI-RADS): 2 controles radiológicos com intervalo de 6 meses, seguidos de 2 controles com intervalo de 1 ano.

Categoria 4 (BI-RADS): estudo histopatológico, através de punção por agulha grossa (PAG), mamotomia ou biopsia cirúrgica.

Categoria 5 (BI-RADS): estudo histopatológico, através de punção por agulha grossa (PAG), mamotomia ou biopsia cirúrgica. (INCA, 2006 p.11)

Segue a baixo o quadro 2 com as condutas e as categorias das lesões:

Quadro 2 - Conduta nos casos discordantes – Lesões Categorias 4 e 5 (BI-RADS).

Categoria	Resultado da PAG ou MT*	Análise do Procedimento	Indicação
4	Benigno	PAG ou MT adequada.	Controle mamográfico no primeiro ano de 6 em 6 meses, e após anualmente.
4	Benigno	PAG ou MT não adequada.	Biopsia Cirúrgica
4	Carcinoma in situ, radial scar, hiperplasia atípica ou se houver solicitação de mais material pelo patologista.	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada.	Biopsia Cirúrgica
4	Carcinoma infiltrante	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada.	Tratamento
5	Benigno	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada.	Biopsia Cirúrgica
5	Carcinoma in situ, radial scar, hiperplasia atípica ou se houver solicitação de mais material pelo patologista.	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada.	Biopsia Cirúrgica
5	Carcinoma infiltrante	PAG ou MT adequada PAG ou MT não adequada.	Tratamento

*PAG = Punção por Agulha Grossa (Core Biopsy); MT = Mamotomia.

Fonte: Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso. (INCA, 2004).

3.3 TRATAMENTOS DO CÂNCER DE MAMA

O tratamento depende do estágio da doença, do tipo do tumor e do estado geral de saúde do paciente, sendo possível optar por um ou pela combinação de dois ou mais métodos (SMELTZER; BARE, 2000; BONASSA, 2002; INCA, 2009).

De acordo com a necessidade do paciente, o médico poderá optar por:

Cirurgia: é a conduta mais comum e o principal tratamento local. Porém Acarreta um risco para mobilidade física prejudicando (ombro, braço) relacionada ao linfedema,

ao dano ao músculo nervoso e a dor; riscos para lesões relacionadas ao comprometimento da função linfática, motora e sensorial do braço afetado; sentimento de pesar relacionado à perda da mama e à mudança na aparência; risco para controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre os cuidados com lesão, os exercícios, a prótese mamária, os sinais e sintomas de complicações, as precauções com a mão e o braço, os recursos comunitários e o prosseguimento dos cuidados. (MOYET, 2006, p. 535).

“De acordo com Smeltzer e Bare (2000), “A mastectomia radical modificada é a retirada da totalidade do tecido mamário juntamente com os linfonodos axilares. “O músculo peitoral maior e o peitoral menor permanecem intactos”

A cirurgia conservadora da mama consiste em lumpectomia, excisão ampla, mastectomia parcial ou segmentar, ou quadrantectomia (resseção do quadrante mamário afetado) e retirada dos linfonodos axilares (dissecção de linfonodos axilares) para os tumores com um componente invasivo, seguido uma série de radioterapia para tratar a doença microscópica residual (SMELTZER; BARE, 2000, p. 1218).

Segundo Meeker e Rothock (1997), “A mastectomia subcutânea é a remoção de todo tecido mamário com a pele sobrejacente e mamilo intacto.” É recomendada em pacientes com tumores centrais de origem não-invasivo, mastite cística crônica, alterações ductais hiperplásicas, ou fibroadenomas múltiplos, ou nas que foram submetidas a várias biópsias anteriores. A reconstrução da mama pode ser realizada no momento da mastectomia ou posteriormente.

A mastectomia simples é a remoção de toda a massa envolvida sem dissecção dos linfonodos. É realizada para remover doença benigna extensa, caso se acredite que a malignidade está restrita apenas ao tecido mamário, ou como uma medida paliativa para remover uma malignidade ulcerada avançada (MEEKER e ROTHOCK, 1997).

Radioterapia: utiliza raios de alta energia que tem a capacidade de destruir as células cancerosas e impedir que elas se multipliquem. Depois da cirurgia conservadora da mama, uma série de radioterapia por feixe externo geralmente sucede a excisão da mama tumoral para diminuir a possibilidade de recidiva local e para erradicar quaisquer células cancerosas microscópicas residuais (SMELTZER e BARE, 2000).

Hormonioterapia: tem como finalidade impedir que as células malignas continuem a receber o hormônio que estimula o seu crescimento. Esse tratamento pode incluir o uso de drogas que modificam a forma de atuar dos hormônios ou cirurgia que remove os ovários – órgãos responsáveis pela produção desses hormônios. Atua nas células do corpo todo. A terapia hormonal pode incluir a cirurgia para extirpar as glândulas endócrinas (por exemplo, os ovários, hipófise ou glândulas supra-renais) com objetivo de suprir a secreção hormonal. A ooforectomia (retirada dos ovários) é uma opção de tratamento para as mulheres em pré-menopausa com tumores hormônio-dependente. O tamoxifeno é o principal agente hormonal utilizado atualmente no tratamento do câncer de mama [...] (SMELTZER e BARE, 2000).

Quimioterapia: é a utilização de drogas que agem na destruição das células malignas. Pode ser aplicadas através de injeções intramusculares e endovenosas ou por via oral (BONASSA, 2002; INCA, 2009).

3.4 ACOMPANHAMENTO DA PACIENTE COM CÂNCER DE MAMA

Como em outros cânceres, não há evidência de que um programa de acompanhamento detecte recorrências. A maioria das recorrências é percebida pela paciente, que chama a atenção do profissional da área médica para elas. Entretanto, um programa de acompanhamento regular traz grande conforto e apoio para a paciente, o que faz com que a maioria das pacientes goste de manter contatos regulares com equipe de mastologia. Existem outros motivos para acompanhamento regular: ele dá à equipe de mastologia uma oportunidade de avaliar seus resultados (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

A sobrevida no câncer de mama é medida em termos de sobrevida em cinco anos. Todos aqueles envolvidos no tratamento do câncer de mama devem saber qual é sua sobrevida em cinco anos e que porcentagem daquela sobrevida é livre de doença. Isto permite comparar esta sobrevida com a de outras unidades que tratam o câncer de mama e ver como os resultados podem ser melhorados (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

O câncer de mama tratado por mastectomia parcial tem um risco de recorrência, havendo maior risco de desenvolver um tumor contralateral (exceto se a

paciente estiver usando tamoxifeno). A mamografia anual detectará estas alterações antes que sejam clinicamente aparentes, quando podem ser tratadas efetivamente (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

O acompanhamento deve ser individualizado de modo a refletir o risco de recidiva de uma paciente. Todas as mulheres com câncer de mama correm maior risco de desenvolvimento de um novo tumor primário contralateral. Este risco é de cerca de 1% por ano (GOVINDAN p. 161).

As recomendações atuais para as consultas de acompanhamento consistem em anamnese e exame físico a cada 3 meses no primeiro ano após o diagnóstico e depois a cada 4 a 6 meses do segundo ao quinto ano após o diagnóstico. Depois, uma consulta anual com anamnese e exame físico são apropriados. Atenção particular no exame físico deve ser voltada para área de metástases, incluindo exame das mamas, linfonodos, fígado, parede torácica e osso. Radiografia do tórax, exames laboratoriais de rotina e mamografia devem ser realizados anualmente. A Mamografia da mama irradiada é tipicamente recomendada a cada 6 meses nos primeiros 1 a 2 anos.

Logo a baixo segue a tabela sobre acompanhamento da paciente com câncer de mama (GOVINDAN, 2004)

Tabela 2 - Acompanhamento de pacientes que receberam tratamento para câncer de mama

- Programas de acompanhamento raramente detectam recorrências.
- A maioria das recorrências é encontrada pela própria paciente.
- As pacientes sentem-se bem com um programa de acompanhamento é uma oportunidade de avaliar os resultados de tratamento.
- O acompanhamento clínico com mamografia anual detecta recorrência muito mais cedo do que o exame clínico isolado.

Fonte: (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.5 CÂNCER DE MAMA NA GRAVIDEZ

Cerca de 2% de todos os cânceres de mama ocorrem na gravidez, com seu diagnóstico sendo difícil em função da dificuldade de identificar uma massa discreta em uma mama que está aumentando de tamanho, com o que uma porcentagem muito maior de mulheres tem linfonodos positivos. Além disso, não há evidência de

que o câncer de mama que ocorre na gravidez seja mais agressivo do que outro câncer de mama.

A radioterapia não deve ser usada na gravidez, havendo o risco de que a quimioterapia possa lesar o feto. Assim, no primeiro e no segundo trimestre, o tratamento deve ser uma mastectomia (parcial ou total) e esvaziamento dos linfonodos axilares. No terceiro trimestre de gravidez o ideal é adiar o tratamento até 32 semanas e aí realizar o parto podendo, então, ser usadas quimioterapia agressiva, cirurgia e radioterapia (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Embora haja apenas informações limitadas, o efeito da gravidez após o tratamento de um câncer de mama não parece ser prejudicial. Com 80% das recorrências ocorrem nos dois primeiros anos, geralmente se recomenda que a paciente não engravide neste período, mas a gravidez em si não parece aumentar a probabilidade de recorrência. Logo a baixo segue a tabela sobre câncer de mama na gravidez (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Tabela 3. Câncer de mama e Gravidez

- Em cada 10.000 gestações ocorrem dois Cânceres de mama.
- Uma grande proporção de cânceres de mama em mulheres abaixo de 40 anos está associada com gravidez.
- Os cânceres de mama diagnosticados no primeiro e no segundo trimestres de gravidez devem ser tratados por mastectomia (parcial ou total) e esvaziamento dos linfonodos axilares.
- No câncer de mama diagnosticado no terceiro trimestre de gravidez deve-se adiar o tratamento até que a paciente esteja com 32 semanas e então induzir o trabalho de parto. Podem, aí, ser usadas quimioterapia agressiva, cirurgia e radioterapia.

Fonte: (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.6 CÂNCER DE MAMA NA PACIENTE IDOSA

Há muitas definições de idoso, mas aqui "idoso" significa acima de 70 anos de idade.

A mulher idosa deve ser tratada da mesma forma que a sua "irmã mais nova". Pode ser realizada uma mastectomia parcial ou até mesmo uma mastectomia total sob anestesia local, com as mulheres idosas pode tolerar a radioterapia muito bem. Se a paciente puder receber anestesia geral, deve ser realizado esvaziamento

axilar, pois há um alto risco de recorrência axilar se o mesmo não for realizado. Deve-se oferecer tratamento adjuvante a todas as pacientes idosas. No caso daquelas que não tolerarão quimioterapia, é recomendado tratamento com tamoxifeno. (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Há um pequeno grupo de paciente muito idosa ou inapta que não podem ser tratadas cirurgicamente. Para estas mulheres, o tamoxifeno pode ser administrado com único tratamento, sendo que na maioria dos casos ele manterá a doença sob controle durante no mínimo dois anos. (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.7 CÂNCER DE MAMA MASCULINO

O carcinoma da mama masculino é um fenômeno raro, que representa de 1% de todos os cânceres de mama. Com base na história familiar, o prognóstico e a resposta ao tratamento são muito semelhantes entre os sexos, sem o pico longo após a menopausa. A deficiência relativa de androgênios pode ser uma causa, mas exposição à radiação aumenta o risco.

A patologia do câncer de mama masculino é semelhante à do câncer de mama feminino. A grande maioria consiste em carcinomas ductais infiltrativos, com o carcinoma lobular sendo muito raro. Sua apresentação clínica é a mesma que em mulheres, com uma massa unilateral indolor na mama.

O tratamento é a mastectomia total e o esvaziamento de linfonodos axilares. A radioterapia é administrada no pós-operatório devido à proximidade do músculo peitoral. Como uma grande porcentagem dos carcinomas de mama masculinos é positiva para receptor estrogênico, eles respondem bem ao Tamoxifeno adjuvante. A sobrevida é boa, em 80% dos casos homens com linfonodos negativos e 46% dos homens com linfonodos positivos ainda vivos após cinco anos. (SPENCE e JOHNSTON, 2003).

3.8 PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA

3.10 Como a patogenia do câncer de mama é desconhecida, há muito pouco a se fazer para evitá-lo. Um estilo de vida saudável, sem tabagismo, e uma baixa ingestão de álcool pode não reduzir a incidência, com a amamentação não parecendo fazer grande diferença. As mulheres que mantêm este estilo de vida na esperança de evitar o câncer de mama freqüentemente ficam arrasadas quando são acometidas. (SPENCE ; JOHNSTON, 2003).

Tamoxifeno

3.11 As mulheres com câncer de mama de um lado possuem maior chance de desenvolver câncer de mama contralateral. Entretanto, naquelas mulheres tratadas com Tamoxifeno (medicamento), o risco de câncer de mama contralateral cai para um risco igual ao observado na população em geral.

Assim, talvez o tamoxifeno impeça o câncer de mama naquelas mulheres de alto risco. Vários estudos tentaram responder a esta questão, mas os resultados são contraditórios. Há estudos em curso que estão tentando trazer mais informações e esclarecer a situação. Deve-se oferecer uma destas pesquisas a todas as mulheres que estão sob alto risco. (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Mastectomia Subcutânea Bilateral

Realizada cinco anos antes da idade em que a parente mais jovem desenvolve câncer de mama, poderia ser considerada apropriada para mulheres com forte histórico de câncer de mama ou que possuem mutações do gene BRCA1 ou BRCA2. Não há evidências específicas de que estas mulheres evitarão totalmente o câncer de mama. (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.9 HISTÓRIA FAMILIAR DO CÂNCER DE MAMA

Entre os vários aspectos relacionados com o risco de desenvolvimento do câncer de mama, o fator familiar é um dos mais importantes. Mulheres com parentes que já tiveram câncer de mama têm seus risco aumentados; e, especialmente, se o

diagnostico tiver sido feito numa idade precoce, antes dos 50 anos (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.10 CÂNCER PRÉVIO DE MAMA

O risco de uma mulher desenvolver um segundo câncer de mama primário pode ser maior do que o risco da população feminina em geral, particularmente nas mulheres relativamente jovens e/ou com historia familiar de câncer de mama (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.11 SUSCEPTIBILIDADE GENÉTICA

Os genes mais conhecidos relacionados com as mutações genéticas que provocam o câncer de mama são no BRCA1 ou no BRCA2, marcadores de risco elevado para a doença (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.12 ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AS MULHERES MASTECTOMIZADAS

3.12.1 Mastectomia

A mastectomia é um procedimento cirúrgico para uma remoção total da mama ou parcial e consiste em lumpectomia, excisão ampla, isso para mastectomia parcial ou segmentar, ou quadrantectomia (ressecção do quadrante mamário afetado) e a retirada dos linfonodos axilares (dissecção de linfonodos axilares) para os tumores com um componente invasivo. A mastectomia subcutânea é recomendada em pacientes com tumores centrais de origem não invasivos, mastite cística crônica, alterações ductais hiperplasias, ou fibroadenomas múltiplos, ou nas que foram submetidas a varias biópsias anteriores. A mastectomia simples é usada para remoção de todo o tecido mamário com a pele sobrejacente e mamilo intacto (SMELTZER; BARE, 2000; MEEKER; ROTHOCK, 1997).

Problema: comprometimento neurovascular.

Diagnostico de enfermagem:

Risco para mobilidade física prejudicada (ombro, braço) relacionada ao linfedema, ao dano ao músculo nervoso e a dor; riscos para lesões relacionadas ao comprometimento da função linfática, motora e sensorial do braço afetado; sentimento de pesar relacionado à perda da mama e à mudança na aparência; risco para controle ineficaz do regime terapêutico relacionado ao conhecimento insuficiente sobre os cuidados com lesão, os exercícios, a prótese mamária, os sinais e sintomas de complicações, as precauções com a mão e o braço, os recursos comunitários e o prosseguimento dos cuidados. (MOYET, 2006, p. 535).

3.12.2 Tipos de mastectomias

São três os tipos, Mastectomia Subcutânea (ADENOMAMECTOMIA); Mastectomia Simples (MASTECTOMIA TOTAL); Mastectomia Modificada.

A mastectomia subcutânea é a remoção de todo o tecido mamário com a pele sobrejacente e o mamilo intacto. A mastectomia subcutânea é recomendada em pacientes com tumores centrais de origem não-invasivo, mastite cística crônica, alterações ductais hiperplásicas, ou fibroadenomas múltiplos, ou nas que foram submetidas a várias biópsias anteriores. A reconstrução da mama pode ser realizada no momento da mastectomia ou posteriormente (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

A mastectomia simples é a remoção de toda a massa envolvida sem dissecação dos linfonodos. É realizada uma mastectomia simples para remover doença benigna extensa, são caso se acredite que a malignidade está restrita apenas ao tecido mamário, ou como uma medida paliativa para remover uma malignidade ulcerada avançada (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

A mastectomia radical modificada é realizada após a biópsia do tecido, com um diagnóstico positivo de malignidade e envolve remoção da mama envolvida e de todo o conteúdo axilar (todos os três níveis de nodos – axilares, peitorais e apicais superiores). Os músculos peitorais subjacentes não são removidos antes ou após a remoção dos nodos axilares. É realizada uma mastectomia radical modificada para remover a área envolvida, com a esperança de diminuir a disseminação da malignidade. Esta incisão elíptica da cirurgia com extensão lateral para a axila produz um bom resultado cosmética para a reconstrução por cirurgia plástica,

proporciona bom movimento do braço, porque os músculos peitorais não são removidos e geralmente não exige um enxerto cutâneo (MEEKER; ROTHROCK, 1997).

3.13 APOIO AS PACIENTES MASTECTOMIZADAS

Há um acúmulo de evidências de que o suporte psicossocial influencia o ajuste ao câncer, enquanto observações clínicas em várias situações sugerem que fatores que variam do controle da dor à mortalidade podem ser modificados por este suporte, que pode ser oferecido por médicos, equipe médica, enfermeiros especialistas em mastologia, grupo de apoio, voluntários e pelas famílias das pacientes. (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Médicos - Cerca de 30% das mulheres com câncer de mama desenvolvem um estado de ansiedade ou doença depressiva, em um ano após o diagnóstico, e poucas pacientes contam isso aos médicos em uma clínica de mastologia. Os médicos podem incentivá-las a falarem sobre problemas psicológicos fazendo perguntas e esclarecendo as respostas sobre as percepções de uma paciente a respeito da natureza de sua doença e suas reações com a mesma e sobre sua experiência de perder uma mama ou de submeter-se à radioterapia ou quimioterapia (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Mostrando simpatia, tentando imaginar como a paciente está se sentindo e resumindo o que foi dito até então, os médicos podem incentivar as pacientes a falar sobre seus sentimentos e a expressá-los (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

A livre expressão das pacientes é inibida por perguntas fechadas e por conselhos e tranquilizações. Se as preocupações psicológicas não forem reveladas, apesar de um estilo orientador aberto, é útil perguntar sobre o impacto da doença nas atividades diárias da paciente, desde a cirurgia, nos relacionamentos com seu parceiro e no seu humor (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Enfermeiros especialistas em mastologia - São treinados para ajudar pacientes a falar sobre preocupações sociais, emocionais ou psicológicas e a evitar comportamento que iniba as pacientes de falar sobre estes assuntos. Eles verificam a compreensão da paciente, a reação às más notícias dadas, e oferecem informações adicionais e suporte prático e emocional. Os enfermeiros especialistas

em mastologia precisam ter acesso rápido a um psiquiatra ou a um psicólogo clínico quando descobrem problemas psicológicos graves (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Não há evidências concretas de que ajuda as pacientes dessa forma impeça a morbidade psicológica, mas enfermeiros apropriadamente treinados podem monitorizar a adaptação de uma paciente e reconhecer aquelas que necessitam de ajuda. Isto leva a uma redução significativa da morbidade psicológica. A utilização de enfermeiros especialistas em mastologia pode significar que os médicos deixam os problemas psicológicos e seus cuidados, mas adaptação psicológica das pacientes é determinada pelo que os médicos dizem acerca do diagnóstico e tratamento. Grupo de apoio (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

O câncer de mama freqüentemente está associado à dificuldade nas relações interpessoais. A presença de uma pessoa no ambiente da paciente, com a qual a experiência possa ser compartilhada, diminui o efeito prejudicial. Este papel geralmente é representado por um membro, ou membros, da família do paciente, mas pode ser um parente ou mesmo um amigo. O apoio social não apenas diminui o sofrimento psicológico no câncer de mama, mas provavelmente também é importante para modular a sobrevivência (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Quando estas formas pessoais de apoio são inadequadas, as pacientes serão auxiliadas por um grupo, mas um número significativo das pacientes quem decidem se unir a este grupo compartilhar as preocupações com a família e os amigos. As pessoas que procuram grupos de apoio o fazem porque esperam sentir-se melhor e geralmente ficam satisfeitas com o que ocorre (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Os objetivos comuns de todos os grupos de apoio são:

Proporcionar apoio emocional; Manter identidade social do membro; Educar; Proporcionar apoio ambiental real; Proporcionar uma afiliação social (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Os grupos necessitam de um mediador profissional que deve ajudar o grupo a coligir informações e elementos relevantes para suas necessidades, e que seja capaz de ensinar a resolver problemas, controlar o estresse e outras formas de adaptação. Quando são atingidos os objetivos, os grupos freqüentemente alcançam alto grau de coesão social, com os membros visitando-se fora dos horários de encontro, e sofrem menos depressão, fadiga, confusão e problemas nos mecanismos de adaptação. Logo abaixo segue um quadro informando os sintomas de morbidade psiquiátrica da paciente com câncer de mama (SPENCE; JOHNSTON, 2003)

Quadro 3 - Sintomas de Morbidade Psiquiátrica.

Ansiedade	Depressão
• Ansiedade, tensão e incapacidade de relaxar. Presentes durante mais de 50% do tempo durante quatro semanas. • Não consegue se tranquilizar • Reconhecida como ansiedade anormal • Insônia; Irritabilidade • Comprometimento da concentração • Intolerância a ruído; Ataques de pânico; Sintomas somáticos	• Diminuição do humor persistente, presente durante mais de 50% do tempo durante quatro semanas • Não consegue se distrair, sozinha ou com outras pessoas • Significativamente diferente do humor normal • Impaciente de se divertir; Variação diurna do humor; Acorda cedo de manhã; Comprometimento da concentração • Sentimento de culpa, auto-reprovação ou inutilidade Irritabilidade ou raiva irracional Perda de motivação; retardo ou agitação

Fonte: (SPENCE; JOHNSTON, 2003)

3.14 CUIDADOS AS MULHERES MASTECTOMIZADAS

O cuidado de enfermagem inicia-se antes mesmo do aparecimento do câncer de mama, quando são promovidas atividades de promoção a saúde, prevenção, cura e reabilitação das doenças; na realização de consulta ginecológica e no incentivo ao auto-exame. Ao ser diagnosticado o câncer de mama e a necessidade de uma mastectomia, o trabalho da enfermagem é muito mais de incentivo e de suporte emocional para a mulher e sua família do que propriamente curativo. A principal estratégia de cuidado são as atividades grupais, com as quais se busca promover a auto-estima da mulher, contribuindo para sua qualidade de vida.

Os grupos de apoio são estratégia inovadora que vem sendo construída e aprimorada a cada dia, sendo constituídos por uma equipe multiprofissional (enfermeiro, psicólogo, terapeuta ocupacional, etc.) que planeja atividades, visando à promoção e reabilitação da saúde. Nesses grupos, cada encontro tem um momento de educação em saúde, no qual são abordados assuntos que ofereçam informações clínicas sobre o câncer de mama e a mastectomia; espaço esse em que também se reforça a importância do auto-exame para a prevenção do câncer e

de sua reincidência. Num outro momento, é trabalhada a reabilitação da mulher Mastectomizadas, realizando-se exercícios para o membro homolateral à mama afetada. Durante o encontro, também, são promovidas trocas de experiências entre as participantes, o que facilita o enfrentamento da situação de saúde-doença de cada uma e, por fim, são realizados exercícios de relaxamento e lazer. As ações de enfermagem têm fundamental importância nas atividades grupais com as mulheres mastectomizadas, no sentido de minimizar os conflitos identificados, incentivando o auto-cuidado e valorizando cada participante como um ser único, com seus medos e dúvidas (PEREIRA, 2006)

O local operado e a outra mama devem ser examinados mensalmente. Alterações na temperatura ou na coloração da pele e o aparecimento de caroços devem ser comunicados ao médico imediatamente. É muito importante o exercício das atividades diárias e de lazer (PEREIRA, 2006)

Em casos de machucados no braço do lado da mama operada, deve fazer curativos todos os dias e manter a ferida coberta até a completa cicatrização. Se o machucado persistir, procurar o médico (PEREIRA, 2006)

Após a cicatrização completa da ferida operatória, a pele deve ser hidratada com cremes. Próteses externas só devem ser usadas quando a região estiver totalmente cicatrizada e sob orientação médica (INCA, 2009).

Recomendações sobre esvaziamento axilar: Os vasos linfáticos ajudam a proteger o organismo de infecções e corpo estranho, pacientes submetidos ao esvaziamento axilar não tem o sistema linfático do lado operado tão eficiente, e por isso deve ter alguns cuidados especiais (INCA, 2009).

Queimaduras, arranhões e cortes se tornam mais perigosos nesta região, por isso deve ser evitadas injeções, vacinas e retiradas de sangue. A pressão deve ser constantemente verificada (INCA, 2009).

3.15 PSICOLOGIA DO CÂNCER DE MAMA

Cuidados Psico-sociais:

O tratamento para o câncer de mama acarreta para a mulher uma série de conseqüências de ordem física e emocional, dentre as quais se destacam aquelas

relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais (INCA 2009; PEREIRA, 2006).

A primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres, após uma mastectomia, é sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade. A identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, é um momento agressivo à sua auto-imagem (INCA 2009 ; PEREIRA, 2006).

Para algumas mulheres, a mastectomia destrói a imagem corporal de maneira abrupta. Diante disso, muitas vezes, a preocupação maior é com a mutilação, já que a mama é um órgão que representa a maternidade, a estética e a sexualidade femininas, do que com a própria doença, já que a sociedade ainda parece impor que a morte é fato consumado para portadores de câncer. Para outras, a incorporação da modificação corporal se dá de forma contínua e gradativa e a imagem corporal e a auto-estima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de um tempo para assimilar sua nova imagem corporal. Após a realização da mastectomia, a mulher comumente encontra-se em um estado de fragilidade emocional e é justamente nesse momento que ela se depara com dificuldades que precisarão ser superadas para que possa viver o mais próximo possível do que possa reconhecer como normalidade. A descoberta da necessidade de uma mastectomia é, geralmente, uma surpresa para a mulher, tanto que ela comumente não tem tempo de se preparar para enfrentar a situação. O preparo pré-operatório, tendo em vista a especificidade dessa doença e seus efeitos psicológicos, comumente, é bastante precário e a mulher vai para o centro cirúrgico sem saber o que irá acontecer consigo, se será retirado apenas o nódulo, uma área maior ou toda a sua mama; se precisará de tratamento posterior e quais cuidados precisarão ter, ou seja, ela enfrenta a mastectomia sem o preparo bio-psico-sócio-espiritual necessário, que é fundamental para a diminuição de suas preocupações. Assim, a falta de preparo para o enfrentamento da mastectomia contribui para o agravamento das dificuldades emocionais e sociais e, além dessas, ao sair do centro cirúrgico, ela precisa enfrentar, ainda, dificuldades físicas como a dor e as limitações decorrentes da própria cirurgia. Logo após uma mastectomia, a mulher tem algumas limitações e a necessidade de realizar exercícios com o membro superior homolateral à mama Mastectomizadas e, se esses cuidados não forem

realizados corretamente, poderá surgir edema de braço ou linfedema, o que pode representar mais um incômodo físico e emocional para ela, já que lhe causa dano estético, vindo a ser foco de atenção e curiosidade de outras pessoas, além de provocar prejuízo funcional do membro afetado. Linfedema e dor podem aumentar as dificuldades na realização das tarefas rotineiras da mulher, o que pode contribuir para o agravamento de outra dificuldade pós mastectomia: ter que permanecer em casa, que contribui para o aumento da ansiedade e do sentimento de solidão, dificultando o tratamento. Quando ocorre o linfedema pós mastectomia, a mulher requer um tempo maior para retomar plenamente a realização de suas atividades diárias, seja no trabalho ou em casa. Além disso, muitas vezes, é necessário que ela mude seu estilo de roupas, podendo trazer perda do interesse com sua aparência e comprometimento ainda maior da sua auto-estima, prejudicando seu relacionamento interpessoal e sexual, podendo intensificar-se o desejo de morte (INCA 2009; PEREIRA, 2006).

3.15.1 Fatores de risco psicológico

Comportamento e cognições

Os fatores comportamentais do estilo de vida são responsáveis por quase metade da mortalidade por câncer. Os modelos que incluem o Health Belief Model (Modelo das Crenças em Saúde) e a Theory of Planned Behaviour (Teoria do Comportamento Planejado) permitem-nos compreender de que formas as pessoas reduzem comportamentos carcinogênicos, como o tabagismo, o uso de álcool ou a exposição à luz ultravioleta, e como elas assumem permanentemente comportamento positivos como o auto-exame da mama e dos testículos, o exercício físico ou hábitos alimentares saudáveis. A maioria destes modelos de comportamentos referentes à saúde concentra-se nas crenças de uma pessoa sobre o impacto do comportamento atual sobre sua saúde no futuro. Existem várias crenças fundamentais que prevêm mudanças de comportamento referentes à saúde e mais importante, sua manutenção durante toda a vida (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Personalidade

Assim como os fatores comportamentais, agora há algum suporte quanto à opinião de que as variáveis da personalidade podem ter influência etiológica no desenvolvimento de alguns cânceres, embora os achados de pesquisa sejam inconsistentes. Existem vários componentes da denominada personalidade propensa ao câncer ou tipo C, incluindo:

- Necessidade de nutrir, sustentar
- Desconhecimento das próprias necessidades emocionais
- Sentimento de importância/desamparo
- Postura convencional, passiva e pacificadora, no relacionamento com outras pessoas.

Foi sugerido, em um pequeno número de estudo, que este tipo de personalidade pode ter maior validade preditiva para cânceres etiologicamente relacionados com fatores hormonais ou imunológicos. Entretanto, ainda é muito cedo para quaisquer conclusões definitivas sobre o significado etiológico e prognóstico geral de uma personalidade propensa ao câncer (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

É mais provável que as pessoas que desenvolvem câncer não tenham um tipo de personalidade distinto, mas que possuam determinados traços de personalidades. A maioria dos bons estudos prospectivos nesta párea foi realizada em amostras de mulheres que mais tarde desenvolveram câncer de mama. As pacientes com este tipo de câncer são mais propensas, no período pré-morbididade, a demonstrar supressões emocionais. Em outras palavras, elas ocultarão seus sentimentos e tentarão a suprimir emoções negativas com maior freqüência que as mulheres que não desenvolveram câncer de mama. Parece que quando outras importantes variáveis previstas como a idade e a história familiares são estatisticamente controladas, a relação etiológica entre supressão emocional e câncer de mama permanece (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.15.2 O impacto psicológico do câncer

As seqüelas psicológicas do câncer têm períodos de exacerbação e declínio durante toda a trajetória da doença, desde o surgimento dos sintomas, diagnóstico, estágio inicial, recorrência, adaptação em longo prazo ou morte. O impacto

psicológico também é previsto a partir da intensidade da doença percebida (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

A maneira como a informação é transmitida ao paciente no momento do diagnóstico é importante e há discussão considerável na literatura sobre a relação entre a comunicação de más notícias e o futuro sofrimento psicológico. Neste momento, todos os clínicos devem relacionar-se com os pacientes utilizando três princípios básicos de aconselhamento:

- Atenção positiva incondicional: preocupar-se, de fato, e aceitar o paciente como pessoa;

- Empatia: capacidade e disposição de ver o mundo pelos olhos do paciente;

Congruência: coerência entre o sentimento e o comportamento do médico (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

A tabela 4 ilustra achados fundamentais sobre a melhor forma de comunicação das más notícias.

Tabela 4 - Comunicação de Más Notícias: Etapas Principais.

a.	Avistar-se com o paciente em ambiente reservado.
b.	Apresentar-se caso ainda não seja conhecido.
c.	Descobrir o que o paciente sabe e o que deseja saber.
d.	Começar do ponto de vista do paciente (alinhamento).
e.	Dar informações aos poucos.
f.	Usar introduções de advertências, como "Acho que as coisas não são tão diretas quanto pensávamos".
g.	Usar linguagem simples.
h.	Monitorizar e reconhecer freqüentemente a reação do paciente: esclarecer em conformidade.
i.	Se o paciente pelo diagnóstico, comece vagamente; passe para previsões mais precisas se ele estiver apto.
j.	Avisar que a entrevista está para terminar, dizendo, por exemplo, "Preciso ir a um minuto, você tem mais alguma dúvida"?
k.	Oferecer-se para conversar com parentes.

Fonte: (SPENCE; JOHNSTON, 2003)

Após o indivíduo lidar com o traumatismo inicial do diagnóstico, a morbidade psicológica pode se manifestar, particularmente na apresentação de depressão ou ansiedade (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Os sintomas fundamentais como a perda de apetite, ausência de energia, diminuição da libido, emagrecimento, diminuição da auto-estima, anedonia, insônia ou idéia suicida, podem algumas vezes ser atribuídos as doenças maligna ou ao tratamento, quando são na verdade devidos a uma condição depressiva. Além de demonstrar preocupação excessiva, as pessoas com este transtorno também devem apresentar no mínimo três dos seguintes sintomas comportamentais ou somáticos: Agitação; Fadiga; Dificuldade de concentração; Irritabilidade; Palpitações; Tensão muscular; Distúrbios do sono (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

Deve-se levar em conta a relação entre o processo patológico, o tratamento e a psicopatologia (SPENCE; JOHNSTON, 2003).

3.16 CUIDADOS EM QUE A MULHER PODE OBTER CONTRA O CÂNCER

Comer mais frutas, legumes e verduras, controlar o peso corporal, evitar frituras e outros alimentos gordurosos, comer carne vermelha somente duas vezes na semana, não abusar do sal e nem do açúcar, praticar atividades físicas (qualquer atividade que movimente seu corpo) e não fumar. Estas são algumas dicas que podem ajudar na prevenção de várias doenças, inclusive do câncer. (INCA, 2009).

4. METODOLOGIA

A pesquisa é do tipo de revisão bibliográfica como método para o embasamento teórico que fundamentará o trabalho.

De acordo com Hossne; Vieira (2001), revisões bibliográficas são normalmente apresentadas na forma de artigos longos, onde trazem um resumo da literatura especializada sobre determinado tema, mostrando, portanto, uma visão abrangente de achados relevantes, coisa que os estudos empíricos não fazem. As revisões bibliográficas são tradicionalmente encomendadas para profissionais de reconhecida competência, por revistas científicas de grande porte.

As informações adquiridas nesse trabalho foram colhidas por fontes de pesquisas através de livros de enfermagem com a temática de Oncologia e Assistência de Enfermagem, além de sites como INCA, LIGA, SCIELO, Ministério da Saúde, IBCC.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

De acordo com a literatura estudada e os resultados pesquisados conclui-se que o câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres, devido à sua alta frequência e sobre tudo pelos seus efeitos psicológicos, que afetam percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal. Sendo que o câncer de mama está em nossa vida há muitos anos e não é de hoje que essa doença nos sonda, pois bem antes de Cristo no Egito, essa doença foi descoberta por Edwin Smyth que logo fez suas anotações sobre a doença em um Tratado médico Egípcio que este era o Papiro de Edwin Smyth, este tratado foi descrito a 3000 – 2500 a.C, e descoberto hoje por cientistas geólogos, e nele descreve que o câncer de mama era muito comum em mulheres ricas do Egito, e durante todo o passado grandes nomes como Heródoto, Hipócrates, Os Romanos, Scultetus e Halsted, só contribuíram para o desenvolvimento de técnicas e para o tratamento do câncer de mama, e graças a essas pessoas, e com seus estudos e suas anotações é que temos técnicas tão avançadas para o tratamento das mulheres portadoras do câncer de mama.

A assistência de enfermagem para as mulheres com câncer de mama começa desde a primeira consulta a ginecologista no preventivo ou até mesmo na consulta de enfermagem em uma unidade básica de saúde, lá são passadas instruções a mulher de como fazer o rastreamento do câncer de mama e a incentivar a mulher a fazer todos os dias e é claro, mostrar a paciente como deve ser realizado o procedimento e que deve realizar a mamografia anualmente, por esses motivos é que a assistência de enfermagem tem que batalhar para a promoção, prevenção, tratamento, cura, e a reabilitação da mulher com o câncer mama, pois nessa luta o direito é de todos, da família, da equipe médica, da equipe de enfermagem, da equipe psicológica, da nutricionista, dos voluntários etc.

O câncer de mama atinge não só mulheres de 40 a 60 anos de idade, essa doença também atingem idosas, gestantes, e o homem, pois é o homem também faz parte desse diagnóstico, claro que é 1%, mas esse percentual pode ser alguém querido e esse a gente nunca quer que seja. Os que contribuem para esse diagnóstico são os: antecedentes familiares, abuso de álcool e tabagismo, alimentação inadequada com excesso de sal e açúcar, além de consumo diário de carne vermelha e gordurosa, frituras, e os fatores de radiação ionizantes, nesse

caso são as pessoas que trabalham ou que são sujeitas aos raios de ionização diariamente.

Um paciente seja lá qual for este, pois pode ser mulher ou homem, deve verificar se a mama possui alguma nodosidade, tumoração, dor na mama, secreção na mama, se há alteração na simetria ou no tamanho da mama, alterações na pele da mama como o foveamento (chamada casca de laranja), edema ou úlceras, alterações nos mamilos como purido, queimação, erosão ou retração e pode também apresentar alterações na temperatura da mama, já nos casos de metástases podem provocar dor no ombro, quadril ou pelve, tosse, anorexia, tonteira persistente, ou linfonodos axilares ou supraclaviculares aumentados, além de dor óssea, dispnéia e náuseas.

O câncer de mama tem cura, basta ir ao médico periodicamente e realizar seus exames conforme seja solicitado pelo médico. Não deixe para depois o que pode ser feito hoje.

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, site: www.ibcc.org.br. Acesso em 05 de setembro de 2009.

INCA, Instituto Nacional do Câncer, Estimativas 2008 - Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso 12 de fevereiro de 2009. <http://www.inca.gov.br/publicacoes/QuintaParalelaCancer.pdf>, acesso em 12 de março de 2009. <http://www.inca.gov.br/portal/portal.asp?view=arquivos&id=140>, 17 de maio de 2009. <http://www.inca.gov.br/portal/portal.asp?view=arquivos&id=140>, 04 de setembro de 2009.

INCA, Salas e outros. Técnicas Para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer de Mama. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2008 (pág. 09 – 10 – 11 – 12).

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro, 2002. 576p.

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, site: www.ibcc.org.br. Acesso em 05 de setembro de 2009.

LIGA CONTRA O CÂNCER RIO GRANDENSE - <http://lcr-brasil.org.br/info/8888/Conteudo.asp?id=53&lng=37>. Acessado em 05 de setembro de 2009.

REFERÊNCIA

ABRÃO, Fauzer Simão. **Tratado de Oncologia Genital e Mamário**. São Paulo: Roca. 1995.

BONASSA, Edva Moreno Aguilar; SANTANA, Tatana Rocha. **Enfermagem terapêutica oncológica**. 3. ed. São Paulo: Atheneu, 2005.

FIGUEIREDO, José Eduardo Ferreira. **Tradutor de Medical-surgical Nursing Made Incredibly Easy – (Enfermagem Médico-Cirúrgico série Incrivelmente Fácil)**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2006.

GOVINDAN, Ramaswamy. **Washinton Manual de Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 2004.

HOSSNE, William Saad; VIEIRA, Sônia. **Metodologia científica para a área de saúde**. 2. ed. Rio de Janeiro: Campus, 2001.

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, site: WWW.ibcc.org.br. Acesso em 05 de setembro de 2009.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2008 - Incidência de Câncer no Brasil. Disponível em: www.inca.gov.br. Acesso 18 de fevereiro de 2009, <http://www.inca.gov.br/publicacoes/DireitosPacientesCancer.pdf>; acesso em 12 de março de 2009 http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140; 17 de maio de 2009 http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=108; 04 de setembro de 2009.

INCA. **Parâmetros Técnicos Para Programação de Ações de Detecção Precoce do Câncer da Mama**. Ministério da Saúde, Rio de Janeiro, 2006 (pág. 09 – 10 – 11 – 12).

INSTITUTO NACIONAL DE CANCER (Brasil). **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 2. ed. Rio de Janeiro, 2002. 376p.

IBCC – Instituto Brasileiro de Controle do Câncer, site: WWW.ibcc.org.br. Acesso em 05 de setembro de 2009.

LIGA CONTRA O CÂNCER RIO GRANDENSE - <http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>. Acessado em 05 de setembro de 2009.

MEEKER, Margaret Huth; ROTHROCK, Jane C. **Cuidados de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara & Koogan, 1997.

MINISTÉRIO DA SAÚDE; INCA. **Ações de Enfermagem Para o Controle do Câncer**. 3 ed. Rio de Janeiro 2008.

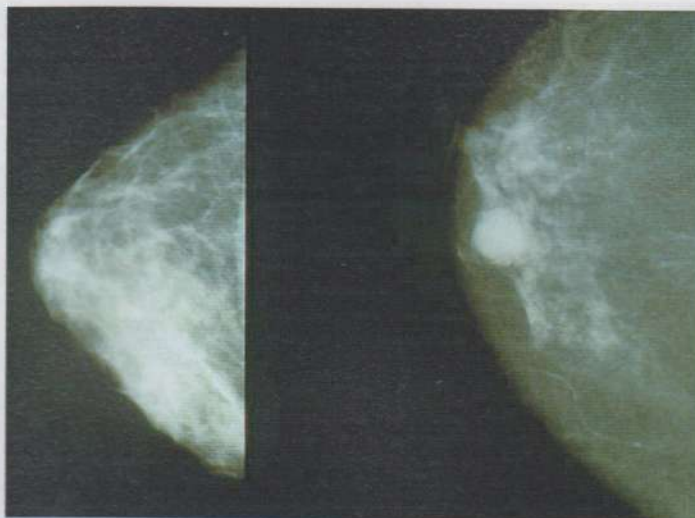
MOYET, Lynda Juall Carpenito. **Manual de diagnósticos de enfermagem**. 10ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2006.

PEREIRA, Sandrine Gonçalves et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. Revista brasileira de enfermagem. v.59, n.6, p. 791-795, 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-71672006000600013&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acesso em: 10 de março de 2009.

SPENCE, Roy A.J; JOHNSTON, Patrick G . **Oncologia**. 2. Ed Rio de Janeiro. Guanabara & koogan 2003.

SMELTZER, S.; BARE, B. G. **Brunner & Suddarth – Tratado de Enfermagem medico - cirúrgica**. 9. ed. Guanabara: Koongan. v. 3. 2002.

FOTO 1: MAMOGRAFIA



Mamograma mostrando um seio normal e outro com câncer de mama

Fonte: http://pt.wikipedia.org/wiki/C%C3%A2ncer_de_mama

ESTIMATIVA DO CÂNCER DE MAMA 2008

Mulheres Rio Grande do Norte/ Natal

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	520	32,70	190	45,30
Colo do Útero	250	15,78	90	22,07
Cólon e Reto	110	6,37	50	11,67
Traquéia, Brônquio e Pulmão	110	6,57	40	10,22
Estômago	110	6,86	40	9,97
Leucemias	70	4,36	30	6,43
Cavidade Oral	90	5,44	30	6,75
Pele Melanoma	**	0,72	**	1,52
Esôfago	20	1,30	**	1,52
Outras Localizações	470	29,49	210	49,39
Subtotal	1.760	110,42	700	164,62
Pele não Melanoma	1.180	73,91	450	106,12
Todas as Neoplasias	2.940	184,63	1.150	269,74

Fonte: (INCA, 2009)

FONTE: INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA (2009)

Mulheres**Região Nordeste**

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	7.630	28,38	3.080	51,70
Colo do Útero	4.720	17,58	1.420	23,71
Cólon e Reto	1.550	5,78	730	12,20
Traquéia, Brônquio e Pulmão	1.410	5,26	580	9,78
Estômago	1.470	5,45	450	7,52
Leucemias	830	3,15	280	5,04
Cavidade Oral	970	3,62	260	4,36
Pele Melanoma	230	0,89	120	1,48
Esôfago	420	1,62	140	1,82
Outras Localizações	8.990	33,43	5.020	83,87
Subtotal	28.220	104,94	12.080	201,82
Pele não Melanoma	14.140	52,58	3.090	51,86
Todas as Neoplasias	42.360	157,48	15.170	253,47

Fonte: (INCA, 2009)

ESTIMATIVAS CONSOLIDADO EM 2008 NO BRASIL**Mulheres**

Localização Primária Neoplasia maligna	Estimativa dos Casos Novos			
	Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Mama Feminina	49.400	50,71	17.400	76,04
Colo do Útero	18.680	19,18	5.620	24,49
Cólon e Reto	14.500	14,88	5.450	23,80
Traquéia, Brônquio e Pulmão	9.460	9,72	3.070	13,49
Estômago	7.720	7,93	2.380	10,30
Leucemias	4.320	4,44	1.340	5,89
Cavidade Oral	3.780	3,88	1.140	4,83
Pele Melanoma	2.970	3,03	930	3,69
Esôfago	2.650	2,72	620	2,30
Outras Localizações	62.270	63,93	22.530	98,39
Subtotal	175.750	180,43	60.480	264,11
Pele não Melanoma	59.120	60,70	14.140	61,73
Todas as Neoplasias	234.870	241,09	74.620	325,77

FONTE: (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER – INCA, 2009)

Unidades da Liga Especializadas Contra o Câncer no Rio Grande do Norte

- Liga Norte Rio - grandense Contra o Câncer
- Unidade Dr. Luiz Antônio
- CECAN
- Policlínica
- Unidade Oncologia Seridó
- Casa de Apoio
- DEPECOM

(LIGA do Rio Grande do Norte Contra o Câncer de Mama, 2009)

O que procurar em caso de câncer de mama?

- Caróços (nódulos);
- Abaulamentos ou retrações da pele e do complexo aréolo-mamilar (bico do seio);
- Secreções mamilares existentes.

Orientações para detectar o câncer de mama:

- O auto-exame permite perceber alterações nas mamas. Frente a qualquer sinal de alarme, procure um mastologista (médico especialista em mamas).
- O auto-exame deve ser realizado uma vez a cada mês, na semana seguinte ao término da menstruação. As mulheres que não menstruam devem fazer o auto-exame no primeiro dia do mês.
- A mamografia é o único método de detecção precoce. Portanto, peça sempre orientações a um médico especialista.

Fonte: <http://www.ibcc.org.br/indexSite.htm> (WWW.ibcc.org.br)

Foto 2 - Hospital Dr. Luiz Antônio



O Hospital Dr. Luiz Antônio, antiga Casa de Recolhimento, foi à primeira unidade da Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer. Atualmente sob comando de Dr. Luciano Luiz, esta Unidade atende exclusivamente SUS, onde são realizados, diariamente, diversos tipos de procedimentos, desde atendimentos ambulatoriais a procedimentos cirúrgicos, passando por todas as etapas de internação, realização de exames e tratamento.

Localização

Rua Dr. Mário Negócio, 2267 - Quintas
CEP: 59040-000 - Natal/RN
Tel: (84) 4009-5400 / Fax: (84) 4009-5447
E-mail: liga@liga.org.br

<http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>

Foto 3 - CECAN



O Centro Avançado de Oncologia – CECAN, coordenada pelo Dr. Maciel Matias, foi à segunda unidade da Liga. Uma obra recente, que agrega toda a parte ambulatorial, exames em geral e tratamento, como radioterapia, quimioterapia, exames de diagnóstico por imagem e laboratoriais e medicina nuclear.

Localização

Av. Miguel Castro, 1355 - Dix-Sept Rosado
CEP: 59062-000 - Natal/RN
Tel: (84) 4009-5500 / Fax: (84) 4009-5588
E-mail: liga@liga.org.br

<http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>

Foto 4 - Policlínica



Recebida através de uma doação, a Policlínica, um dos mais tradicionais hospitais da cidade, passou por diversas reformas e hoje faz parte da estrutura da Liga. Sob a coordenação de Dr. Ivo Barreto, é uma unidade diversificada, pois além de oncologia, atende outras especialidades médicas, prestando serviço para pacientes SUS, convênios e particulares.

Localização

Rua Silvío Pélico, 181 - Alecrim
 CEP: 59040-150 - Natal/RN
 Tel: (84) 4009-5600 / Fax: (84) 4009-5633
 E-mail: liga@liga.org.br

<http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>

Foto 5 - Unidade de Oncologia do Seridó



No dia 28 de julho de 2006, foi inaugurada a mais nova sede da Liga Norte rio - grandense Contra o Câncer, a Unidade de Oncologia do Seridó, localizada em Caicó/RN. Esta unidade destina o atendimento à demanda de pacientes do interior do Estado e demais localidades vizinhas. Atualmente, a nova sede disponibiliza atendimentos ambulatoriais especializados e tratamentos quimioterápicos. Em um futuro próximo, a Liga pretende instalar serviços de média complexidade, como pequenas, médias e grandes cirurgias, além de diagnóstico para tratamento.

Localização

Perímetro Irrigado Sabugi, S/Número -

Paulo VI

Anexo do Hospital Regional

CEP: 59300-000- Caicó/RN

Tel.:(84)3421-1585

E-mail: liga@liga.org.br

<http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>

Foto 6 - Casa de Apoio Irmã Gabriela



A Casa de Apoio ao Paciente com Câncer Irmã Gabriela Freire da Silva é uma instituição sem fins lucrativos, gerida pela Rede Feminina da Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer, um braço voluntário da Liga. Ela é indispensável para os pacientes de outras cidades que fazem tratamento da Liga Norte-rio-grandense Contra o Câncer. Quando estão em Natal, é a Casa de Apoio que dá todas as condições para eles se manterem. Refeições, abrigo, atendimento e o que for necessário para garantir sua segurança e bem-estar durante o tratamento. A Casa de Apoio ao Paciente com Câncer é mantida pelas doações de entidades, empresas e pessoas dispostas a ver a vida sobreviver.

Localização

Rua Luiz Fernandes, 185 - Quintas
CEP: 59035-070 - Natal/RN
Tel: (84) 4009-5700 / Fax: (84) 4009-5702
E-mail: casadeapoio@liga.org.br
liga@liga.org.br

<http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>

Foto 7 - DEPECOM



O Departamento de Ensino Pesquisa e Educação Comunitária - DEPECOM foi criado no ano de 1989, pelo Dr. Fernando Medeiros. Na busca constante pelo conhecimento, em de 2001, começamos nossa primeira Residência Médica, na área de Mastologia, e em 2003 na área de Cirurgia Oncológica. Atendemos estágios curriculares, extracurriculares, voluntários e intercâmbios, através de convênios com a UFRN, UNP, FARN e outras instituições, gerando um número significativo de estagiários em nossa Instituição, onde devemos ressaltar o grande valor no aprendizado desses alunos.

A sede do DEPECOM está situada na Rua. Dr. Mário Negocio, 2267 Quintas – Anexo Hospital Dr. Luiz Antônio. Entre em contato para maiores informações sobre cursos, palestras e residências pelo telefone: (84) 4009-5567, ou pelo e-mail depecom@liga.org.br.

<http://liga-brasil.no-ip.info:8888/Conteudo.asp?Id=63&Mn=37>

Fonte: <http://www.lbcc.org.br/indexSite.htm> (www.lbcc.org.br)

AUTO-EXAME DAS MAMAS

80% dos nódulos mamários são benignos e apenas uma pequena porcentagem de secreções está relacionada ao câncer.



No chuveiro

Examine suas mamas durante o banho, pois as mãos escorregam mais facilmente sobre a pele molhada. Com a mão aberta, coloque os dedos indicador, médio e anelar sobre a mama e deslize-os suavemente em movimentos circulares por toda a mama. Utilize a mão direita para examinar a mama esquerda e a mão esquerda para examinar a mama direita.



Diante do espelho

Inspeccione suas mamas com os braços abaixados ao longo do corpo. Levante os braços, colocando as mãos na cabeça. Observe se ocorre alguma mudança no contorno da pele das mamas ou no bico. Repita a observação, colocando as mãos na cintura e apertando a mama.



Deitada

Deite-se de costas sobre um travesseiro ou almofada. Coloque a mão direita atrás da cabeça. Com os dedos da mão esquerda, pressione suavemente a pele da mama direita, com movimentos circulares, como no exame feito no chuveiro. Agora, repita com a mão direita o exame da mama esquerda.



Finalmente, esprema o mamilo delicadamente e observe se sai qualquer secreção. A observação de alterações cutâneas ou no bico do seio, de nódulos ou espessamentos, e de secreções mamárias não significa necessariamente a existência de câncer, mas deve motivá-la a procurar esclarecimentos com o mastologista.

Fonte: <http://www.ibcc.org.br/indexSite.htm> (W^WW.ibcc.org.br)

Direitos das pacientes com câncer de mama

- Amparo Assistencial (LOAS - Lei Orgânica de Assistência Social) - O paciente de câncer tem direito ao benefício desde que se enquadre nos critérios de idade, de renda ou na condição de deficiência descritos acima. Nos casos em que o paciente sofra de doença em estágio avançado, ou sofra conseqüências de seqüelas irreversíveis do tratamento oncológico, pode-se também recorrer ao benefício, desde que haja uma implicação do seu estado de saúde na incapacidade para o trabalho e nos atos da vida independente. O requerente também não pode estar vinculado a nenhum regime de previdência social ou receber quaisquer benefícios. Mesmo quando internados, tanto o idoso como o deficiente possuem direitos ao benefício. O amparo assistencial é intransferível, não gerando direito à pensão a herdeiros ou sucessores. O beneficiário não recebe 13º salário.
- Aposentadoria por invalidez - A aposentadoria por invalidez é concedida ao paciente de câncer desde que sua incapacidade para o trabalho seja considerada definitiva pela perícia médica do INSS. Tem direito ao benefício o segurado que não esteja em processo de reabilitação para o exercício de atividade que lhe garanta a subsistência (independente de estar recebendo ou não o auxílio-doença). O portador de câncer terá direito ao benefício, independente do pagamento de 12 contribuições, desde que esteja na qualidade de segurado, isto é, que seja inscrito no Regime Geral de Previdência Social (INSS).
- Auxílio-doença
- Isenção de imposto de renda na aposentadoria
- Isenção de ICMS na compra de veículos adaptados
- Isenção de IPI na compra de veículos adaptados
- Isenção de IPVA para veículos adaptados - Confira na lei do seu Estado se existe a regulamentação para isentar de impostos os veículos especialmente adaptados e adquiridos por deficientes físicos. ESTADOS QUE POSSUEM REGULAMENTAÇÃO: Distrito Federal; Espírito Santo; Goiás; Minas Gerais; Paraíba; Paraná; Pernambuco; Piauí; Rio de Janeiro; Rio Grande do Norte; Rio Grande do Sul; São Paulo.

- Quitação do financiamento da casa própria - O paciente com invalidez total e permanente, causada por acidente ou doença, possui direito à quitação. Para isso deve estar inapto para o trabalho, e a doença determinante da incapacidade deve ter sido adquirida após a assinatura do contrato de compra do imóvel.
- Saque do FGTS
- Saque do PIS

(INCA, 2009)

Adriamida

Ciclofosfamida

Sra. CAN

A Sra. CAN tem 52 anos e a clínica solicitou que procurasse o NHS Breast Screening Centre para realizar uma mamografia, como foi detectada uma anomalia. A mamografia foi realizada e a anomalia foi detectada. Ela não havia notado qualquer alteração no seio e não se preocupou com a anomalia. Ela não havia notado qualquer alteração no seio e não se preocupou com a anomalia.

A Sra. CAN tem quatro filhos. O mais velho nasceu quando ela tinha 30 anos de idade e sua menarca foi aos 11 anos. Sua menopausa foi aos 52 anos, quando foi iniciada terapia de reposição hormonal. Ela interrompeu seu tratamento há dois anos. Sua mãe foi submetida a mastectomia quando tinha 55 anos. Ela morreu aos 61 anos de infarto do miocárdio.

A avaliação clínica, o médico não conseguiu palpar qualquer anomalia, mas mamografias repetidas mostraram uma lesão espiculada atrás do mamilo esquerdo, que tinha 0,5 cm de diâmetro. Uma citologia por aspiração com agulha fina com orientação ultra-sonográfica confirmou que esta lesão era maligna.

Resumo diagnóstico

- Mamografia de rastreamento: suspeita
- Mamografia de avaliação: maligna (código 3)
- CAAF orientações por ultra-sonografia: maligna (C5)

Caso Clínico.

A Sra. CAN foi avisada de que uma mastectomia parcial produziria um resultado cosmi-

Mastectomia parcial

Remoção de linfonodos axilares

Radioterapia: 25 frações

Quimioterapia

Adriamicina

Ciclofosfamida

Sra. CAN

A Sra. CAN tem 62 anos. o clínico solicitou que procurasse o NHS Breast Screening Centre para realizar uma mamografia; como foi detectada uma anormalidade à mamografia, ela foi encaminhada a uma clínica de avaliação. Ela não havia notado qualquer anormalidade na mama e mesmo após o convite para comparecer à clínica de avaliação, ela não conseguia encontrar qualquer anormalidade.

A Sra. CAN tem quatro filhos. O mais velho nasceu quando ela tinha 30 anos de idade e sua menarca foi aos 11 anos. Sua menopausa foi aos 52 anos, quando foi iniciada terapia de reposição hormonal. Ela interrompeu seu tratamento há dois anos. Sua mãe teve câncer de mama tratado por uma mastectomia quando tinha 58 anos. Ela morreu aos 81 anos de infarto do miocárdio.

À avaliação clínica, o médico não conseguia palpar qualquer anormalidade, mas mamografias repetidas mostraram uma lesão espiculada atrás do mamilo esquerdo, que tinha 0,5 cm de diâmetro. Uma citologia por aspiração com agulhas fina com orientação ultra-sonografia confirmou que esta lesão era maligna.

Resumo diagnóstico

- Mamografia de rastreamento: suspeita
- Mamografia de avaliação: maligna (código 5)
- CAAF orientações por ultra-sonografia: maligna (C5)

- Exame clínico: não foi descoberto lesão

A Sra. CAN foi advertida de que uma mastectomia parcial produziria um resultado cosmético insatisfatório, pois a lesão estava do mamilo, portanto ela escolheu a mastectomia total. Ela estava muito angustiada com o diagnóstico e necessitou do apoio do enfermeiro especialista em mastologia na clínica de avaliação e em duas ocasiões antes da internação que ocorre seis dias após a visita à clínica de avaliação. Quando foi internada, ela estava começando a enfrentar a situação e disse que havia sido muito ajudada pelo enfermeiro especialista em mastologia, que ouviu seus temores e deu informações. Ela considerou a fita de relaxamento, que o enfermeiro lhe deu, particularmente útil.

Foi então submetida a uma mastectomia total esquerda e a esvaziamento dos linfonodos axilares. Os linfonodos de níveis 1 e 2 foram removidos da axila. Havia um dreno de sucção atrás da incisão de mastectomia e outro dreno de sucção na axila, quando ela retornou da sala de cirurgia. Estes foram removidos em 48 horas e 72 horas, respectivamente, e depois a Sra. CAN foi para casa.

Foi encontrado um tumor de 0,6 cm atrás do mamilo esquerdo. As margens de excisão estavam livres de tumor. Histologicamente, o tumor mostrou grande formação tubular, os núcleos eram muito uniformes, pequenos em tamanho e havia apenas duas figuras de mitose por campo de grande aumento. Este é um tumor de grau II (1, 2, 1). Não havia metástase nos 16 linfonodos removidos da axila. Os receptores estrogênicos eram positivos (H = 250) e, portanto, eram receptores de progesterona (H = 190).

Resumo patológico

- Tamanho do tumor: 0,6 cm
- Grau do tumor: II (1, 2, 1)
- Linfonodos axilares:
 - Nível 1, 0/12
 - Nível 2, 0/4
- Receptores estrogênicos positivos, H = 250
- Receptores progesterona positivos, H = 190

O prognóstico para a Sra. CAN, portanto, é bom e seu Nottingham Prognostic Index é 3,12. O cirurgião e o oncologista examinaram-na juntos e decidiram que ela deve ser tratada com tamoxifeno, 20 mg/dia, e não necessita de tratamento

adjuvante adicional. Ela foi examinada pelo enfermeiro especialista em mastologia, que ajustou uma prótese para ser colocada no sutiã. Ela também freqüentemente um grupo de apoio e o considerou muito útil.

Quando examinada cinco anos após a cirurgia, não havia evidência de recorrência e o uso de tamoxifeno foi interrompido.

Resumo do tratamento

- Cirurgia: mastectomia total – remoção de linfonodos axilares.
- Radioterapia: não administrada.
- Quimioterapia: não administrada.

Tratamento endócrino: tamoxifeno, 20 mg/dia por cinco anos.

(SPENCE; JOHNSTON, 2003)

A Portaria do Ministério da Saúde GM nº 707, de dezembro de 1998, que regulamentaria as comemorações, estabelece que a data seja uma oportunidade para "avaliar o importante significado histórico das atividades de combate ao câncer, de consagração aos inúmeros e valiosos serviços prestados ao país e proporcionar importante mobilização popular quanto aos aspectos educativos e sociais na luta contra o câncer".

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. "Em caso de dificuldade para marcação de consultas e exames em seu município, procure a Secretária Municipal de Saúde ou o Conselho Municipal de Saúde para orientações e providências".

Fonte: (INCA – Instituto Nacional de Câncer, 2009)



“O Dia Nacional de Combate ao Câncer foi criado em 1988 para ampliar o conhecimento da população sobre o tratamento e, principalmente, sobre a prevenção da doença

A Portaria do Ministério da Saúde GM nº 707, de dezembro de 1988, que regulamenta as comemorações, estabelece que a data seja uma oportunidade para "evocar o importante significado histórico das entidades de combate ao câncer, de consagração aos inumeráveis e valiosos serviços prestados ao país e proporcionar importante mobilização popular quanto aos aspectos educativos e sociais na luta contra o câncer”.

A saúde é um direito de todos e dever do Estado. “Em caso de dificuldade para marcação de consultas e exames em seu município, procure a Secretaria Municipal de Saúde ou o Conselho Municipal de Saúde para orientações e providências”.

Fonte: (INCA – Instituto Nacional Contra o Câncer, 2009)