FUNDAÇÃO FRANCISCO MASCARENHAS
FACULDADES INTEGRADAS DE PATOS
CURSO DE BACHARELADO EM FISIOTERAPIA

FRANCISCO DAS CHAGAS MEDEIROS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO SERIDÓ/RN

PATOS – PB
2012

FRANCISCO DAS CHAGAS MEDEIROS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO SERIDÓ/RN

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia da Fundação Francisco Mascarenhas, Faculdades Integradas de Patos, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Orientadora: Profª. Ms. Jânia de Faria Neves.

PATOS - PB
2012

MEDEIROS, Francisco das Chagas.

Perfil sociodemográfico clínico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN / Francisco das Chagas Medeiros, Patos/PB – FIP, 2012.

67 Fls.

Orientadora: Profª. Ms. Jânia de Faria Neves.

Monografia: Bacharelado em Fisioterapia.

1 – Fisioterapia 2 – Câncer de mama

3 – Fatores de risco 4 – Epidemiologia

Faculdades Integradas de Patos - PB

FRANCISCO DAS CHAGAS MEDEIROS

PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO E CLÍNICO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO SERIDÓ/RN

Monografia apresentada ao Curso de Fisioterapia da Fundação Francisco Mascarenhas, Faculdades Integradas de Patos, como um dos pré-requisitos para obtenção do título de Bacharel em Fisioterapia.

Aprovado em: _____ / _____ / _____.

BANCA EXAMINADORA

_____

Profª. Ms. Jânia de Faria Neves

Orientadora

Faculdades Integradas de Patos – PB

_____

Profª. Esp. Jimena Ramos Gonçalves

Professora Convidada

Faculdades Integradas de Patos – PB

_____

Profª Drª. Maria do Socorro Vieira Pereira

Professora Convidada

Faculdades Integradas de Patos – PB

PATOS - PB
2012

Para minha esposa, Gilvanete Maia de Medeiros, por sua paciência e esforço, dedicação e compreensão, em todos os momentos de luta, junto comigo.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e pelas potencialidades a mim concedidas por iluminar meus pensamentos dia e noite, durante todo esse percurso.

À minha mãe, Maria Pereira de Medeiros (*in memorian*), pela educação que me deu, e por seus preciosos ensinamentos que guiaram a minha vida.

Ao meu pai, Deolindo Ângelo de Medeiros, pela determinação em viabilizar e aproveitar minhas potencialidades, transformando-as em capacidade.

Às minhas tias Francisca Medeiros, Joaquina Medeiros e Ana Medeiros, que compartilharam os momentos de alegria e vitória durante minha vida acadêmica.

Às primas, Iracema Medeiros, Josina Medeiros, Francineide Medeiros, Rivanalda Medeiros, Francisca Medeiros, Pedro Augusto Neves e Willame Medeiros, que foram o fortalecimento para o sucesso da minha caminhada e vitória.

À minha família, pelo carinho e apoio nos momentos difíceis.

À professora Jânia de Faria Neves, orientadora e amiga, por sua confiança, competência e orientação.

À Banca Examinadora, pelas contribuições pertinentes e por ajudarem nas dificuldades.

Aos professores da Instituição FIP, que trouxeram seus conhecimentos, enriqueceram nossas mentes e nos fizeram perceber o quanto somos importantes para a sociedade, nos iluminando durante toda a jornada.

Aos meus colegas da turma que, sem distinção de nenhum, aprendi a gostar, que estão terminando esta etapa da vida e que passaram pela turma deixando grandes e boas lembranças. Especialmente: Miguel Santana, Lúcia Ramos, Carmita Marinho, Gabriela Leite, Wisleyla Rosana, Emily Dutra, Camila Fidélis, George Washington, Francisca Andjara, Maria dos Milagres e Daniele Cláudia.

Aos amigos Rodolfo Maia, Geralcina Maia, Elias Fernandes e Lourdes Fernandes.

RESUMO

MEDEIROS, Francisco das Chagas. **Perfil sociodemográfico clínico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN.** Patos/PB, 2012. 67 f. Monografia de conclusão de curso (Bacharelado em Fisioterapia) – Fundação Francisco Mascarenhas, Faculdades Integradas de Patos/PB.

O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa que se apresenta de múltiplas formas clínicas e morfológicas. De acordo com as estatísticas, o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o mais comum entre as mulheres. No ano de 2010, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), houve 12.852 mortes decorrentes do câncer de mama, das 147 eram homens e 12.705 eram mulheres. Para 2012, o INCA estimou a ocorrência de 52.680 novos casos. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Os principais fatores de risco para o câncer de mama são a faixa etária acima dos 35 anos, raça branca, a baixa escolaridade, o sedentarismo, obesidade, a história familiar, alcoolismo. Considerando que a identificação de fatores de risco pode ser primordial para triar precocemente as mulheres com maior risco para desenvolver a doença, o objetivo desse trabalho foi analisar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó, no Rio Grande do Norte. Quanto à metodologia, trata-se de pesquisa bibliográfica, exploratória, descritiva, documental, retrospectiva, de caráter quantitativo, realizada a partir das informações contidas nos prontuários de pacientes atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN. Para análise dos resultados, utilizou-se a estatística descritiva, com cálculo de freqüência absoluta e relativa e apresentação dos dados em gráficos, quadro e/ou tabelas. No que se refere aos resultados, observou-se que a maioria das mulheres acometidas pelo câncer de mama encontrava-se na faixa etária de 61 a 70 anos, tem pele parda, é casada, possui o 1º grau incompleto, chegou ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento, com diagnóstico provável de câncer de mama, do tipo carcinoma ductal invasor, com base diagnóstica do tipo histológico. Diante disso, foi possível concluir que sociodemograficamente os resultados não bateram, em sua totalidade, com os perfis descritos na literatura; uma vez que houve divergência no quesito cor, pois, neste estudo, dos prontuários que tiveram o quesito respondido, predominou a cor parda; em detrimento do que predomina na literatura, que é a cor branca. Já clinicamente, os resultados obtidos confirmaram o que é descrito na literatura.

Palavras-chave: Câncer de mama. Fatores de risco. Epidemiologia..

ABSTRACT

MEDEIROS, Francisco das Chagas. **Clinical sociodemographic profile of women who had mastectomies at the Oncology Hospital of Seridó/RN.** Patos/PB, 2012. 67 f. Monograph of conclusion of the course (Bachelor of Physiotherapy) – Foundation Francisco Mascarenhas, Integrated Colleges of Patos/PB

Breast cancer is a complex and heterogeneous disease that presents multiple clinical and morphological forms. According to current statistics in the literature of 2011, is the second most common cancer worldwide and the most common among women (sedentary, a user of alcoholic beverages, over 35 years, white, married, poorly educated), responding 22% of new cases each year. In 2010, according to data from INCA, there were 12.852 deaths from breast cancer, where 147 were males and 12.705 were women. For 2012, INCA has estimated the incidence of 52.680 new cases. In the world population, the median survival after five years is 61%. In Brazil, mortality rates from breast cancer remain high, most likely because the disease is still diagnosed in advanced stages. If diagnosed and treated in early stages, the prognosis is relatively good. Whereas the identification of risk factors may be essential to screen for early women at higher risk for developing the disease, the aim of this study was to analyze the sociodemographic and clinical profile of women who had mastectomies at the Oncology Hospital of Seridó in Rio Grande do Norte. Regarding methodology, it was used for literature searches (books, electronic journals, articles, internet) is an exploratory-descriptive-documentary retrospective, quantitative trait, associated with the information contained in the records of patients treated at the Oncology Hospital of Seridó / RN. With regard to the results, it was found that most women affected by breast cancer was in the age group 61-70 years, brown skin, married, with the first high school, with a possible diagnosis of breast cancer, type of invasive ductal carcinoma, based on diagnostic histologic type. Thus, we conclude that the results did not hit sociodemographically in its entirety, with the profiles described in the literature, since there was a divergence in the color question, therefore, in this study, the medical records that had answered the item, the predominant brown , rather than prevails in the literature, which is white. Since clinically, the results confirmed that described in the literature.

Keywords: Breast cancer. Risk factors. Epidemiology.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 Sequência do autoexame das mamas 25
Figura 2 Representação gráfica da idade na população de estudo (Seridó, 2012) 35
Figura 3 Representação gráfica da cor na população de estudo (Seridó, 2012) 37
Figura 4 Representação gráfica do estado civil na população de estudo (Seridó, 2012) .. 38
Figura 5 Representação gráfica da escolaridade na população de estudo (Seridó, 2012) . 39
Figura 6 Representação gráfica dos antecedentes na população de estudo (Seridó, 2012) 41
Figura 7 Representação gráfica dos antecedentes – Município de origem na população de estudo (Seridó, 2012) 42
Figura 8 Representação gráfica do perfil clínico – Diagnóstico de tratamentos anteriores na população de estudo (Seridó, 2012) 43
Figura 9 Representação gráfica do perfil clínico – Diagnóstico provável na população de estudo (Seridó, 2012) 44
Figura 10 Representação gráfica do perfil clínico – Localização anatômica na população de estudo (Seridó, 2012) 45
Figura 11 Representação gráfica do perfil clínico – Tipo histológico na população de estudo (Seridó, 2012) 45
Figura 12 Representação gráfica do perfil clínico – Extensão da lesão na população de estudo (Seridó, 2012) 46
Figura 13 Representação gráfica da base diagnóstica na população de estudo (Seridó, 2012) 47
Figura 14 Representação gráfica da base diagnóstica – Estadiamento clínico na população de estudo (Seridó, 2012) 48
Figura 15 Representação gráfica do primeiro tratamento realizado no hospital na população de estudo (Seridó, 2012) 49
Quadro 1 Classificação clínica do câncer de mama pelo sistema TNM 20
Quadro 2 Procedimentos para avaliação das categorias T, N e M; sub-localizações anatômicas e linfonodos regionais 21
Quadro 3 Estágios do câncer de mama 22

LISTA DE SIGLAS

AEM – Autoexame de Mama

CA – Câncer de Mama

CDI – Carcinoma Ductal Invasor

CLI – Carcinoma Lobular Invasor

DNA – Ácido Desoxirribonucléico

ECM – Exame Clínico da Mama

HOS – Hospital de Oncologia do Seridó

INCA – Instituto Nacional de Combate ao Câncer

MS – Ministério da Saúde

OMS – Organização Mundial de Saúde

RNAM – Ácido Ribonucléico Mensageiro

RM – Ressonância Magnética

SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia

SOE – Sem Outra Especificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TNM – Tumor, Nódulo (Linfonodo), Metástase

UBS – Unidade Básica de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 12
2 REFERENCIAL TEÓRICO 14
2.1 O CÂNCER DE MAMA E SUAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURANTES E DETERMINANTES 14
2.2 EPIDEMIOLOGIA 16
2.3 ETIOPATOGENIA, PATOGENIA E ESTADIAMENTO 18
2.4 FATORES DE RISCO 22
2.5 DIAGNÓSTICO 24
2.6 TRATAMENTO 27
2.7 PROGNÓSTICO 29
2.8 IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO APOIO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA 30
3 METODOLOGIA 33
3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA 33
3.1.1 População e Amostra 33
3.1.2 Procedimento Ético 33
3.1.3 Instrumento para Coleta de Dados 34
3.1.4 Procedimento para Coleta de Dados 34
3.1.5 Análise dos Dados 34
4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS 35
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO 35
4.1.1 Idade 35
4.1.2 Cor 37
4.1.3 Estado Civil 38
4.1.4 Escolaridade 39
4.2 ANTECEDENTES 40
4.3 PERFIL CLÍNICO 43
4.3.1 Diagnóstico de Tratamentos Anteriores 43
4.3.2 Extensão da Lesão 46
4.4 BASE DIAGNÓSTICA 47
4.5 PRIMEIRO TRATAMENTO REALIZADO NO HOSPITAL 49

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS 51
REFERÊNCIAS 53
APÊNDICE 60
ANEXOS 63

1 INTRODUÇÃO

Jammal, Machado e Rodrigues (2008) descrevem o câncer de mama como uma patologia complexa, que apresenta evolução lenta e possui uma rápida progressão. Trata-se da neoplasia mais temida pelas mulheres, pois trás importantes modificações corporais acarretadas pelo processo da doença; como também um comprometimento emocional e social.

A neoplasia mamária é rara antes dos 35 anos, porém, acima dessa faixa etária, observa-se que sua incidência vem crescendo rapidamente. A menarca (idade da primeira menstruação) precoce, a menopausa tardia (após os 50 anos de idade), a ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos e a nuliparidade (não ter tido filhos), constituem também fatores de risco para o câncer de mama. Além disso, mulheres sedentárias (que não praticam exercícios físicos), fazem uso de bebidas alcoólicas e se submetem à terapia de reposição hormonal, também se encontram no grupo de risco, haja vista que estes três fatores contribuem para que o câncer de mama se desenvolva (INCA, 2009).

As mamas fazem parte do sistema reprodutor feminino e possuem uma importante função, pois através delas a mulher amamenta, e tem sua identidade como mulher, realizando assim, na maioria das vezes, o sonho de ser mãe. Essa identidade pode ser abalada quando a mulher descobre que tem câncer, principalmente, porque a maioria das mulheres pensa que é o fim da vida, tornando o prognóstico de cura difícil, pois é preciso trabalhar o psicológico dessas mulheres fortalecendo o entendimento sobre a patologia.

Tavares (2005) e Silva (2008) afirmam que o câncer de mama por muito tempo foi considerado uma doença contagiosa. Acreditava-se que ele estaria associado à falta de higiene, como também à sujeira física e mental, sendo considerado, ainda, como uma decorrência “dos pecados e vícios” [grifo do autor], principalmente os que envolviam as práticas sexuais. Ao mesmo tempo, também se relacionou durante décadas as causas do câncer ao processo do avanço industrial, pois, no século XIX, estudos mostravam que sua incidência estava ligada a pessoas sobrecarregadas de emoções, esforço e atividades.

Detectar o câncer em seu estágio inicial possibilita à paciente o benefício de um tratamento sem mutilações tão agressivas. Em 70% dos casos de câncer de mama, o diagnóstico é feito tardiamente. Assim, muitas mulheres são submetidas a procedimentos cirúrgicos mutilatórios, com alta agressividade, como tratamento para a doença (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Quando se conhece previamente os fatores de risco para a ocorrência do câncer de mama, é possível fazer uma triagem precoce que seleciona as mulheres com mais propensão a desenvolverem a doença. De posse dessas informações, a equipe de saúde faz um acompanhamento mais próximo dessas mulheres e, caso a doença venha a se desenvolver, medicas terapêuticas mais conservadoras podem ser empregadas.

Nesse contexto, o objetivo geral deste estudo consiste em analisar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó (HOS), no Rio Grande do Norte. Por objetivos específicos pretendia-se investigar os perfis sociodemográfico e clínico das mulheres mastectomizadas atendidas nessa Instituição, correlacionando esses perfis com a literatura e identificando as práticas clínicas utilizadas por esse serviço na assistência à mulher com câncer de mama.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 O CÂNCER DE MAMA E SUAS CARACTERÍSTICAS ESTRUTURANTES E DETERMINANTES

O câncer é um conjunto de mais de 100 doenças de caráter crônico-degenerativo, que tem a capacidade de crescimento anômalo e desordenado das células, bem como de disseminação à distância em tecidos e órgãos (BRASIL, 2007).

Trata-se de uma patologia cujo nome advém do latim, cujo significado é ‘caranguejo’, estando esse nome associado diretamente à doença, devido ao crescimento infiltrante que lembram as pernas de um caranguejo. Nos dias atuais, o termo câncer quer dizer neoplasia, tumores malignos, células transformadas, descontroladas (ALMEIDA et al., 2005).

Brasil (2006) afirma que há hiperplasias de várias formas, caracterizando-se pelo crescimento celular, sendo estas controladas e não controladas. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia têm crescimentos controlados, enquanto que as neoplasias são tumores provenientes do descontrole celular.

O câncer (CA) é, atualmente, um problema de saúde pública mundial, não somente pelo aumento de sua prevalência, mas também, pelos investimentos em ações abrangentes nos diversos níveis de atuação, como na promoção da saúde, na detecção precoce, na assistência, na vigilância, na formação de recursos humanos, na comunicação e mobilização social, na pesquisa e na gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) (INCA, 2009).

No mundo, o câncer dobrou em 30 anos e, nas últimas décadas, ganhou uma dimensão maior, convertendo-se em um evidente problema de saúde pública mundial. A Organização Mundial da Saúde (OMS) estimou que, no ano 2030, podem-se esperar 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. O maior efeito desse aumento vai incidir em países de baixa e média rendas, onde 50% dos novos casos, isto é, cerca de dois terços das mortes por câncer acontecerão nessas localidades (INCA, 2011).

Ferreira et al. (2005) consideram que o câncer é, hoje, a terceira causa de mortes no mundo, totalizando um percentual de cerca de 12% em óbitos, de acordo com dados da Organização Mundial de Saúde (OMS). Sendo o câncer de mama um dos tipos mais freqüentes e alarmantes, devido a sua alta taxa de morbidade, ele se destaca como a principal causa de morte em mulheres.

A neoplasia mamária possui uma complexa e multifatorial etiopatogenia, de forma que não pode ser prevenida. Assim, conforme Batiston et al. (2009), e Hoffmann, Muller e Rubin (2006), para que a doença se desenvolva e evolua, são necessários um conjunto de fatores genéticos, ambientais, entre diversos outros, favorecendo o crescimento das células desordenadas.

O câncer de mama é visto por vários autores como um tumor maligno, o qual é originado por uma hiperplasia, que consiste na multiplicação desordenada das células, as quais invadem os tecidos sadios à sua volta (HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

De acordo com Guembarovski e Cólus (2008, p.4), o termo câncer é empregado para "[...] designar mais de uma centena de diferentes doenças heterogêneas que surgem a partir de alterações essenciais na fisiologia da célula, as quais, coletivamente, contribuem para o crescimento dos tumores malignos".

Segundo Smeltezer e Bare (2005), o câncer de mama é caracterizado pelo descontrolamento das células, podendo ainda migrar para outros tecidos e órgãos. Nas mamas, o câncer é mais encontrado no quadrante superior externo.

Guembarovski e Cólus (2008) destacam como o principal sinal do câncer de mama, uma massa indolor encontrada com maior freqüência no quadrante superior externo, embora possa se desenvolver *in situ*, por dois anos, até se tornar palpável.

Segundo Batiston et al. (2009), o câncer de mama é uma doença que representa diferentes situações de ameaça aos seus portadores, trazendo desconforto psicológico, o que gera ansiedade e um estado depressivo na mulher; mudanças no seu estilo de vida causadas por desconforto físico e pelo conceito de sua auto-imagem, gerando baixa estima e diminuindo a libido sexual, medo quanto ao sucesso do tratamento, assim como a possibilidade de sua recorrência e o temor da morte.

Para Bergamasco e Angelo (2001), o câncer de mama apresenta-se como um tumor de consistência dura, de limites mal definidos, de tamanho que pode variar de 1 até vários centímetros de diâmetro, de acordo com o tempo de evolução. Pode estar com a mobilidade preservada ou aderida à pele, ao gradil costal ou ambos. A pele que recobre a mama pode ser íntegra, ulcerada pelo tumor ou apresentar-se como uma casca de laranja.

O câncer de mama se caracteriza pela anormalidade das células e por sua divisão excessiva. Sua etiologia é multifatorial, ou seja, é necessário que haja um conjunto de fatores (genético, nutricional, ambiental, entre outros) para que a doença se desenvolva. Dentro dessa perspectiva, muitos pesquisadores, já há algum tempo, vêm constatando que os estados emocionais estão envolvidos nos processos de câncer (PEAIRS; SMITH, 2011).

Para Brasil (2006), e segundo o Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA, 2007), cerca de 90% dos tumores de mama ocorrem nos ductos ou lobos, sendo que 75% deles se iniciam na camada de células dos ductos lactíferos, sendo denominados de carcinoma ductal. Os tumores que aparecem nos lobos são chamados de carcinoma lobular e são mais propensos a aparecer nas duas mamas. Estima-se que o tumor de mama duplique de tamanho a cada período de 3-4 meses, no início da fase subclínica.

Existem outros sinais que podem ser indicativos para o câncer de mama, como: drenagem sanguinolenta do mamilo, depressão da pele sobre a lesão, retração mamilar, aspecto de casca de laranja da pele e, também, uma diferença no tamanho das mamas (GUEMBAROVSKI; CÓLUS, 2008).

De acordo com Granja (2004), países desenvolvidos que possuem alta tecnologia, conseguem diagnosticar o câncer de mama logo cedo nas mulheres. Isso também se dá pelo fato de utilizarem políticas preventivas, o que faz com que a incidência e a mortalidade variem muito entre países ricos, como no caso dos Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, os quais possuem incidências altas, porém acompanhadas de grandes reduções no número de mortes.

Tais dados divergem consideravelmente quando trazidos para a realidade dos países em desenvolvimento, devido à falta de informação e diante da cultura de cada povo, o que torna o câncer de mama um desafio para o estado, pois, como relatado neste trabalho, muitas mulheres descobrem o câncer em estágios avançados, gerando uma série de conseqüências capazes de modificar a vida delas, como também, daqueles que com elas convivem.

2.2 EPIDEMIOLOGIA

Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%. No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados.

No ano de 2010, segundo dados do INCA (2011), houve no Brasil 12.852 mortes decorrentes do câncer de mama, onde 147 eram homens e 12.705 eram mulheres. Para 2012, o INCA (2011) estimou a ocorrência de 52.680 novos casos, para o Brasil, com um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres. Sem considerar os tumores de pele não melanoma, esse tipo de câncer também é o mais frequente nas mulheres das regiões Sudeste

(69/100 mil), Sul (65/100 mil), Centro-Oeste (48/100 mil) e Nordeste (32/100 mil). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente (19/100 mil).

Conforme o INCA (2011), somente no ano de 2012 estimou-se os seguintes números de casos de câncer, por região brasileira: Norte – 1.530; Nordeste – 8.970; Centro-Oeste – 3.470; Sul – 9.350; e Sudeste – 29.360.

Para o Estado do Rio Grande do Norte, no ano de 2012, estimou-se que o número de novos casos estaria próximo a 40 por 100.000 habitantes (INCA, 2011).

A história da epidemiologia do câncer de mama vem do século passado, sendo o estudo epidemiológico do câncer de mama um dos métodos que mais têm ajudado no controle da doença, indicando os fatores fisiológicos que podem contribuir para a etiopatogenia da doença, ajudando a determinar os fatores de risco que podem ser modificados para se evitar o desenvolvimento do tumor, e permitindo a identificação das mulheres de maior risco (PINOTTI et al., 2000).

No Brasil, a necessidade de ampliar as ações de controle do câncer levou à criação do sistema nacional do câncer, nos anos 40, momento em que houve um avanço das iniciativas filantrópicas, ocasionando abertura para o surgimento das primeiras ligas, associações e redes de combate ao câncer. Somente no estado de São Paulo conta-se, atualmente, com cerca de 250 instituições que assistem doentes oncológicos e providenciam subsídios para um melhor enfrentamento da doença através de ações assistenciais, educacionais e preventivas (INCA, 2009).

Segundo o INCA (2009), o câncer de mama é o segundo tipo mais freqüente no mundo, e o primeiro entre as mulheres. A incidência de câncer de mama feminino apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sociodemográficas e de acessibilidade aos serviços de saúde.

O câncer de mama se destaca como a terceira causa de morte entre as brasileiras adultas. Projeções do Ministério da Saúde (MS) apontaram que, aproximadamente, 50.000 novos diagnósticos foram registrados somente em 2010, no território nacional; e que o risco variou de 65 casos para cada 100.000 mulheres na região Sul, a 30 casos para cada 100.000 mulheres na região Nordeste. As taxas de incidência aumentaram anualmente, sobretudo enquanto reflexo da tendência global à predominância de estilos de vida que fomentam a exposição a fatores de risco. Por essa razão, o controle do câncer de mama se destacou como uma preocupação crescente para os serviços nacionais de saúde pública (INCA, 2009).

Para cada 100 mulheres com câncer de mama, um homem desenvolveu a doença. Por ser um tumor de ocorrência rara em homens, verificou-se que o número de casos novos vem

aumentando nos últimos anos (SBM, 2000). A OMS estimou que ocorreriam mais de 1.050.000 novos casos de câncer de mama, por ano, em todo o mundo (BRASIL, 2007).

A distribuição da incidência e da mortalidade por câncer é importante para o conhecimento epidemiológico da doença, desde seus aspectos etiológicos até os fatores prognósticos envolvidos em cada tipo de câncer. Este conhecimento possibilita gerar hipóteses causais e avaliar os avanços científicos em relação às possibilidades de prevenção e cura, bem como a resolutividade da atenção à saúde (BRASIL, 2007).

2.3 ETIOPATOGENIA, PATOGENIA E ESTADIAMENTO

A etiologia do câncer de mama é desconhecida, ou seja, ainda não foi encontrada a causa única que possa ser considerada como fator primário e/ou absoluto para o seu desencadeamento (HOFFMANN; MULLER; RUBIN, 2006).

De acordo com o INCA (2007), as causas de câncer são variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo, estando ambas inter-relacionadas. As causas externas relacionam-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes próprios de um ambiente social e cultural. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas. Esses fatores causais podem interagir de várias formas, aumentando a probabilidade de transformações malignas nas células normais. E, de todos os casos, 80% a 90% dos cânceres estão associados a fatores ambientais.

A causa do câncer de mama não é conhecida. Qualquer mulher pode desenvolver câncer de mama e, apesar de muito menos comum, homens também podem. Algumas mulheres são mais propícias a desenvolver câncer do que outras se apresentarem os seguintes fatores: ter mãe ou irmã com câncer de mama; nunca ter tido filhos; ter tido o primeiro filho após os 30 anos; histórico de exposição à radiação; fumar; terapia hormonal (estrogênio); uso excessivo de álcool; ferimento no seio; e obesidade (GUEMBAROVSKI; CÓLUS, 2008).

Na atualidade, se sabe que o câncer de mama é resultante de alterações estruturais e/ou funcionais em genes, cuja função é controlar o crescimento normal e a diferenciação das células que compõem o organismo. Em termos mais científicos, este processo é consequência da mutação das células normais, incluindo os componentes celulares, tais como lisossomos, RNAM (ácido ribonucléico mensageiro) e DNA (ácido desoxirribonucléico) determinada por

fatores etiológicos, físicos, químicos e biológicos (GRANJA, 2004; GUEMBAROVSKI; CÓLUS, 2008).

Os sinais e sintomas do câncer de mama são o nódulo (tumor) no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem ocorrer alterações na pele do seio, como abaulamentos ou retrações ou uma aparência similar à casca de uma laranja. Nódulos na axila, palpáveis, também podem aparecer (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

De acordo com Goldman e Ausiello (2005), o câncer de mama é geralmente detectado pela primeira vez como sendo uma massa papável ou como uma alteração mamográfica, mas também pode se manifestar por meio de uma secreção mamilar, alterações na pele da mama ou dor na mama. A presença de massas palpáveis, massas discretas e áreas de espessamento assimétrico do tecido glandular da mama continuam a ser a manifestação mais comum e freqüentemente detectada pela paciente.

O câncer de mama, conforme Regis e Simões (2005), em fase inicial, geralmente não causa dor. Porém, à medida que o câncer cresce, ele pode causar algumas alterações. Normalmente, o primeiro sinal do câncer de mama é um pequeno nódulo no seio. O nódulo é geralmente indolor, e pode crescer lenta ou rapidamente.

Regis e Simões (2005, p.82) citam que, embora não venham significar a presença de um câncer, deve-se procurar um médico diante dos seguintes sinais:

- Aparecimento de um nódulo ou de um espessamento da mama ou próximo a ela ou ainda na região da axila;
- Alteração no tamanho ou na forma da mama;
- Alteração no aspecto da mama, auréola ou mamilo;
- Saída de secreção pelo mamilo, sensibilidade mamilar ou inversão do mamilo para dentro da mama;
- Enrugamento ou endurecimento da mama (a pele da mama adquire um aspecto de casca de laranja);
- Sensações diferentes: calor, inchaço, rubor, escamação.

No que se refere ao estadiamento do câncer (estágios do câncer), que é a descrição (geralmente em números de I a IV) de quanto o câncer já se expandiu pelo corpo, Barros, Barbosa e Gebrim (2001) citam que o estágio geralmente leva em conta o tamanho do tumor, o quão profundo ele está penetrado, se já invadiu órgãos adjacentes, se e quantos linfonodos entraram em metástase, e se ele está espalhado em órgãos distantes. O estadiamento do câncer é importante porque o estágio no diagnóstico é um importante indicativo do prognóstico, planejamento dos tratamentos mais adequados, previsão das possíveis complicações e, após o tratamento, avaliação dos resultados das terapias.

Segundo Barros, Barbosa e Gebrim (2001), o estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação TNM (T: tumor, N: Nódulo (linfonodo), M: metástase), a qual é descrita no quadro a seguir:

Quadro 1: Classificação clínica do câncer de mama pelo sistema TNM

T – Tumor
TX O tumor primário não pode ser avaliado
T0 Sem evidência de tumor primário
Tis Carcinoma in situ: carcinoma intraductal ou carcinoma lobular in situ ou doença de Paget da papila sem tumor
T1 Tumor com 2 cm ou menos em sua maior dimensão
T1a - tumor com 0,5 cm ou menos em sua maior dimensão
T1b - tumor com mais de 0,5 cm e até 1 cm em sua maior dimensão
T1c - tumor com mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão
T2 Tumor com mais de 2 cm e até 5 cm em sua maior dimensão
T3 Tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão
T4 Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica ou à pele
T4a - extensão para parede torácica
T4b - edema (incluindo *peau d'orange*) ou ulceração da pele da mama ou nódulos cutâneos satélites, confinados à mesma mama
T4c - T4a e T4b associados
T4d - carcinoma inflamatório
N - Linfonodais regionais
NX Os linfonodos regionais não podem ser avaliados (por ex. foram removidos previamente)
N0 Ausência de metástases nos linfonodos regionais
N1 Metástase em linfonodo(s) auxiliar (es) homolateral (is) móvel (is)
N2 Metástase nos linfonodos axilares homolaterais fixos uns aos outros ou a outras estruturas
N3 Metástase nos linfonodos da cadeia mamária interna homolateral
M – Metástases à distância
MX A presença de metástases a distância não pode ser avaliada
M0 Ausência de metástases à distância
M1 Metástases à distância (incluindo as metástases nos linfonodos supraclaviculares)

Fonte: BARROS; BARBOSA; GEBRIM (2001, p. 5).

Conforme dados de Brasil (2004), a classificação é aplicável somente para carcinomas, tanto para mama feminina quanto masculina. Deve haver confirmação histológica da doença. A sub-localização anatômica de origem deve ser registrada, mas não é considerada na classificação. No caso de tumores primários múltiplos sincrônicos em uma mama, o tumor com a maior categoria T deve ser usado para a classificação. Os cânceres de mama, bilaterais e simultâneos, devem ser classificados independentemente para permitir a divisão dos casos por tipo histológico.

Quadro 2: Procedimentos para avaliação das categorias T, N e M; sub-localizações anatômicas e linfonodos regionais

Procedimentos para avaliação das categorias T, N e M:
Categorias T Exame físico e diagnóstico por imagem, p. ex., mamografia
Categorias N Exame físico e diagnóstico por imagem
Categorias M Exame físico e diagnóstico por imagem
Sub-localizações Anatômicas
1. Mamilo (C50. 0)
2. Porção central (C50. 1)
3. Quadrante superior interno (C50. 2)
4. Quadrante inferior interno (C50. 3)
5. Quadrante superior externo (C50. 4)
6. Quadrante inferior externo (C50. 5)
7. Prolongamento axilar (C50. 6)
Linfonodos Regionais
Os linfonodos regionais são:
1. Axilares (homolaterais): linfonodos interpeitorais (Rotter) e os linfonodos ao longo da veia axilar e suas tributárias, que podem ser divididos nos seguintes níveis:
i) Nível I (axilar inferior): linfonodos situados lateralmente à borda lateral do músculo pequeno peitoral
ii) Nível II (axilar médio): linfonodos situados entre as bordas medial e lateral do músculo pequeno peitoral e os linfonodos interpeitorais (Rotter)
iii) Nível III (axilar apical): linfonodos apicais e aqueles situados medialmente à margem medial do músculo pequeno peitoral, excluindo aqueles designados como subclaviculares ou infraclaviculares
2. Infraclaviculares (subclaviculares) (homolaterais)
3. Mamários internos (homolaterais): linfonodos localizados nos espaços intercostais, ao longo da borda do esterno, na fáscia endotorácica
4. Supraclaviculares (homolaterais)
Qualquer outra metástase em linfonodo é classificada como metástase à distância (M1), incluindo os linfonodos cervicais ou mamários internos contralaterais

Fonte: BRASIL (2004, p. 138-139).

Conforme Brasil (2004, p. 147), os estágios do câncer de mama são numerados de 0 a IV, de acordo com a facilidade de remover em cirurgia com sucesso. A ver, no seguinte quadro:

Quadro 3: Estágios do câncer de mama

Estágio 0: Carcinoma *in situ*, ou seja, restrito a área inicial. É um tipo de displasia.
Estágio I: Tumor restrito a uma parte do corpo, sem comprometimento linfático.
Estágio II: Comprometimento do sistema linfático ou espalhado por mais de um tecido.
Estágio III: Espalhado por mais de um tecido e causando comprometimento linfático.
Estágio IV: Metástase à distância, ou seja, espalhando para outros órgãos ou todo o corpo.

Fonte: BRASIL (2004, p. 147).

Quando um câncer é designado como estágio II ou estágio III pode depender do tipo específico de câncer. Por exemplo, na doença de Hodgkin, a Fase II indica afetados linfonodos em apenas um lado do diafragma, enquanto a Fase III indica afetados linfonodos acima e abaixo do diafragma. Os critérios específicos para os Estágios II e III, portanto, diferem de acordo com o diagnóstico (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Até o estágio III é possível remover o câncer completamente, o que é entendido como uma cura, porém, a partir do estágio IV, o tratamento se restringe a promover o mínimo de sofrimento, o máximo de sobrevida e a melhor qualidade de vida ao paciente, sendo a cura altamente improvável (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2001).

Dessa forma, é válido ressaltar que o câncer de mama acomete uma parte do corpo da mulher que, em muitas culturas, possui estreita relação com a sexualidade e com a identidade da mulher. Conseqüentemente, sua ocorrência abarca aspectos psicológicos, físicos e sociais, não só pela mutilação causada, mas também, pelas repercussões do tratamento, já que na maioria das vezes, a mulher não está preparada para as mudanças que ocorrerão. Com isso, o processo de reabilitação também é atingido, pois a mulher tem a necessidade de recuperar-se com a família, com a sociedade e, principalmente, consigo mesma (REGIS; SIMÕES, 2005).

2.4 FATORES DE RISCO

De acordo com Guembarovski e Cólus (2008), os fatores de risco mais comuns para o desenvolvimento do câncer de mama são: ser do sexo feminino, ter idade superior a 50 anos, história de câncer de mama na família; embora mais de 50% das mulheres diagnosticadas com câncer de mama não tenham nenhum fator de risco identificável. Alguns destes fatores são

modificáveis, ou seja, pode-se alterar a exposição que uma pessoa tem a este determinado fator, diminuindo a sua chance de desenvolver este câncer (FONTANELLA; SILVA, 2003).

Ainda com relação aos fatores de risco mais destacados na literatura para a ocorrência do câncer de mama podem-se acrescentar: menarca precoce, primiparidade tardia, nuliparidade, história familiar (principalmente quando existem parentes de 1º e 2º graus que apresentam a doença), menopausa tardia, fatores hormonais (relacionados ao estrogênio e a progesterona), ocorrência de história de outras formas de câncer na mulher, alimentação inadequada (consumo aumentado de gorduras do tipo trans), consumo de tabaco e álcool, e exposição a agentes químicos e radioativos (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

Barros, Barbosa e Gebrim (2001, p.3), destacam como alguns fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama, os seguintes:

> Risco muito elevado: Mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa; antecedente de hiperplasia epitelial atípica ou neoplasia lobular *in situ*, e suscetibilidade genética comprovada; Risco medianamente elevado: Nuliparidade, mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa, antecedente de hiperplasia epitelial semi atípica ou macrocistos apócrinos; Risco pouco elevado: Menopausa tardia (≥ 55 anos); menarca precoce (≤ 12 anos); primeira gestação de termo depois de 34 anos; obesidade; sedentarismo; dieta rica em gordura e terapia hormonal por mais de 5 anos.

O antecedente familiar pode estar relacionado a fatores genéticos, como as mutações dos genes BRCA1 e do BRCA2. Esses genes são produtores de proteínas que regulam o mecanismo de multiplicação celular, e são conhecidos como supressores de tumores. As mutações que ocorrem ocasionam perda desse controle, e esses genes, quando alterados, são então transmitidos hereditariamente. Devido à história familiar ser de fácil investigação em uma anamnese, ela é um dos principais critérios para o desenvolvimento de um rastreamento precoce nas mulheres que apresentam tal risco. Entretanto, como nem todas as mulheres que apresentam esse fator de risco irão desenvolver o câncer de mama, poucos casos serão detectados em fase inicial, sendo necessárias mais investigações dos riscos, não usando este como único critério de avaliação (PINHO; COUTINHO, 2007).

2.5 DIAGNÓSTICO

É de fundamental importância a realização precoce do exame de câncer de mama, visando um melhor prognóstico. O câncer de mama é definido como precoce quando diagnosticado nos estágios I e II, o que vai possibilitar a realização do tratamento menos agressivo e alcançar resultados de cura em, aproximadamente, 75% dos casos. Em pacientes que não apresentam comprometimento dos linfonodos axilares, o diagnóstico clínico é feito por meio da anamnese, do exame físico e do autoexame das mamas (CALEFFI, 2003).

Segundo Zelmanowicz (2010), vários são os exames para se diagnosticar as neoplasias da mama, baseando-se em métodos não invasivos (autoexame, mamografia, vitrossonografia digital) ou em métodos invasivos (biópsias fechadas e abertas).

Mediante Molina, Dalben e De Luca (2003), a detecção precoce inicia-se através da anamnese completa, onde não se pode deixar passar despercebido qualquer achado isolado na história do paciente. O autoexame é realizado pelo próprio paciente. No caso de tumores sólidos e císticos, porém, o autoexame possui menor resolução em mamas densas.

Brasil (2004, p. 07) faz as seguintes recomendações quanto à detecção precoce do câncer de mama:

> - Rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade; devendo ser feito anualmente. Este procedimento é ainda compreendido como parte do atendimento integral à saúde da mulher, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independente da faixa etária;
> - Rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com um intervalo máximo de dois anos entre os exames;
> - Exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
> - Garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados.

De acordo com Santos (2009), são vários os exames que podem diagnosticar o câncer de mama, baseando-se em métodos não invasivos (autoexame, mamografia, ultra-sonografia, termografia, tomografia computadorizada, ressonância magnética e mamografia digital) ou em métodos invasivos (biópsias fechadas e abertas).

Segundo Camargo e Marx (2000), a técnica do Autoexame das Mamas – AEM (Figura 1) é simples, pois as mamas são facilmente acessíveis. O exame começa observando as mamas em frente ao espelho, fazendo movimentos com os braços para cima e para baixo, para

identificar qualquer alteração. O segundo passo pode ser durante o banho, onde a pele estará escorregadia. É feita a elevação de um dos membros, e com os dedos da mão oposta, se faz um deslizamento sobre a mama até a axila, fazendo o mesmo com a outra mama. O outro passo é realizado com a mulher em posição deitada (supino), colocando-se um dos braços abaixo da cabeça, por exemplo: o esquerdo, e os dedos da mão oposta deslizando sobre a mama do lado esquerdo. Para finalizar, é pressionado o mamilo, e verificado se sai algum tipo de líquido.

Figura 1: Sequência do autoexame das mamas



Fonte: Camargo e Marx (2000 apud LÚCIO, 2009, p.22).

A mamografia é considerada um dos métodos mais eficientes para detecção precoce do câncer. A sensibilidade diagnóstica deste procedimento depende de uma diversidade de fatores, como a densidade da mama e o tamanho, a idade da paciente, a localização e o aspecto mamográfico do tumor. Esse método tem uma grande especificidade, detectando de 30% a 40% de anormalidades impalpáveis, como também 90% para evidências de tumor maligno (MOLINA; DALBEN; DE LUCA, 2003; NOVAES; MATTOS, 2009).

A ultra-sonografia mamária é um exame muito utilizado no diagnóstico complementar, tratando-se de um exame importante, que possui vantagens por não emitir radiação ionizante, sendo o único método de imagem por tempo real amplamente acessível, considerado um importante guia para profissionais; além de, diferentemente da mamografia, causar pouco desconforto (PALINELLI; MOREIRA; FREITAS JUNIOR, 2003).

A ultra-sonografia (US) pode ser vista como um método diagnóstico que complementa a mamografia, sendo indispensável, pois ajuda na diferenciação dos tumores sólidos e císticos, e punções citológicas e histológicas. Porém, esse procedimento tem uma menor resolução em mamas adiposas. É um método bem aceito pelas mulheres, por ser não invasivo, e ainda trás informações importantes da mama. Em casos especiais, como em mulheres que fizeram implante mamário de prótese de silicone, a US pode ser bastante útil, já que a mamografia fica dificultada, embora ainda possa ser feita. Alertando que, para mulheres com altos riscos de desenvolver o câncer, a US tem um papel fundamental para o rastreamento precoce (CAMARGO; MARX, 2000).

Já a Ressonância Magnética (RM) foi utilizada pela primeira vez em 1986, em estudos da mama e, após diversos avanços, esse método passou a ser promissor no rastreamento precoce desse câncer. A RM é importante para diferenciar os tumores entre malignos e benignos, pois os avalia mais detalhadamente, dando precisão, também, no local da lesão tumoral, como também, nas lesões multifocais, que podem não ser vistas em uma mamografia. Valendo ressaltar que esse método tem uma incapacidade de mostrar calcificações mamárias (ALVARES; MICHELL, 2003).

Conforme Leopoldino et al. (2005, p.287):

> Nas duas últimas décadas, vários avanços foram obtidos no campo da ressonância magnética (RM) de mama, como o uso sistemático do meio de contraste e avanço na tecnologia das bobinas de superfície, tornando-a importante modalidade de imagem na detecção, diagnóstico e estadiamento do câncer de mama.

A ressonância magnética realizada nas mamas vem a ser um exame complementar à mamografia e à ultrassonografia, pois, além de oferecer informações relacionadas à morfologia da lesão, apresenta aspecto funcional, como a cinética de realce de contraste, sendo considerado um padrão ouro no diagnóstico da neoplasia mamária (PEREIRA et al., 2009).

Smeltezer e Bare (2005) destacam que o câncer de mama não se desenvolve da noite para o dia, pois começa com alterações genéticas em uma única célula, podendo ser necessário 16 ciclos para que o tumor seja totalmente palpável. Ainda conforme os autores, para que o carcinoma chegue a 1 cm ou mais, supondo que ele leve 30 dias para cada ciclo de duplicação, demoraria, em média, cerca de 2 anos para que ele ficasse totalmente palpável.

Todavia, o acesso e o tempo para o diagnóstico e tratamento do tumor variam nas diversas regiões do país, dependendo de fatores geográficos e socioeconômicos. A associação

entre níveis socioeconômicos da população e a incidência de mortalidade por câncer envolvem múltiplos aspectos. Atualmente, há prevalências mais elevadas em populações mais pobres (TRUFELLI et al., 2008; WÜNSCH FILHO et al., 2008).

2.6 TRATAMENTO

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando ao tratamento integral da paciente. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são a cirurgia e a radioterapia para o tratamento loco-regional e a hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (INCA, 2009).

Para o tratamento do câncer de mama há várias formas. Também são vários os fatores que definem o que é mais adequado em cada caso. Antes da decisão de que tipo de tratamento é mais adequado o médico analisa o resultado do exame anatomopatológico da biópsia ou da cirurgia, se esta já tiver sido feita. Além disso, são solicitados exames de laboratório e de imagem para definir qual a extensão do tumor e se ele saiu da mama e se alojou em outras partes do corpo. Se o tumor for pequeno, o primeiro procedimento é uma cirurgia onde se tira o tumor. Dependendo do tamanho da mama, da localização do tumor e do possível resultado estético da cirurgia, o cirurgião retira só o nódulo, uma parte da mama (geralmente um quarto da mama ou setorectomia) ou retira a mama inteira (mastectomia) e os gânglios axilares. As características do tumor retirado e a extensão da cirurgia definem se a mulher necessitará de mais algum tratamento complementar ou não. Geralmente, se a mama não foi toda retirada, ela é encaminhada para radioterapia. Dependendo do estadiamento, ou seja, quão avançada está a doença (tamanho, número de nódulos axilares comprometidos e envolvimento de outras áreas do corpo), também será indicada quimioterapia ou hormonioterapia (CAMARGO;MARX, 2000).

De acordo com Carvalho, Batista e Godoy (2006), nos casos em que a cirurgia se faz necessária, são removidos o tumor, a mama ou parte dela e, em alguns procedimentos, os gânglios linfáticos também são retirados; uma vez que, pela ação de infiltrarem a linfa que flui da mama para outras partes do corpo, podem provocar o alastramento do câncer. Dependendo, pois, a indicação dos diferentes tipos de cirurgia, do estadiamento clínico e do tipo histopatológico.

Os tipos mais comuns de cirurgia são: tumorectomia, quadrantectomia, mastectomia simples ou total, e mastectomia radical modificada (CARVALHO; BATISTA; GODOY, 2006).

O INCA (2009) adverte que a avaliação das margens cirúrgicas modifica a extensão da cirurgia, contribuindo para a redução da incidência da recidiva local nas cirurgias conservadoras. Assim, quando a avaliação das margens é feita após a cirurgia, e se constata o comprometimento das mesmas, recomenda-se a re-intervenção. Dessa forma, à cirurgia conservadora segue-se a radioterapia complementar na mama. Além disso, os procedimentos cirúrgicos podem, em sua maioria, ser seguidos de mastoplastias oncológicas, ou seja, reconstruções mamárias para amenizar o prejuízo estético do tratamento.

Além do procedimento cirúrgico, o INCA (2009) apresenta os seguintes tratamentos pós-cirúrgicos a serem aplicados: Radioterapia, Quimioterapia e Hormonioterapia.

A radioterapia objetiva destruir as células cancerígenas remanescentes após a cirurgia, ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgia conservadora, faz-se aplicação de radioterapia em toda a mama, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia, mesmo que as margens cirúrgicas estejam livres. Recomenda-se o reforço no leito tumoral (boost), nas pacientes com carcinoma ductal infiltrante, principalmente naquelas com idade inferior a 50 anos. Após mastectomia, quando pelo menos um dos seguintes fatores estiver presente: tumor com diâmetro maior que 5cm; pele comprometida pelo tumor; dissecção inadequada da axila; margem comprometida (menor do que 1 cm) 4 ou mais linfonodos comprometidos. O uso de quimioterapia com antracíclicos posterga o início da radioterapia por um período que não deve ser superior a 6 meses. Não há consenso quanto à indicação de radioterapia quando há de 1 a 3 linfonodos comprometidos (INCA, 2009).

No que diz respeito à quimioterapia, a mesma pode ser adjuvante ou neoadjuvante. Quando é adjuvante, segue-se ao tratamento cirúrgico, objetivando tratar doença micrometastática. Quando é neoadjuvante, significa dizer que está indicada nos tumores localmente avançados, com intuito de torná-los operáveis ou como estratégia de citoredução, com vistas ao tratamento conservador. O tratamento hormonal de escolha na terapia neoadjuvante é o Tamoxifeno. A quimioterapia neoadjuvante é baseada em antraciclinas. Quando ambos os tratamentos são utilizados, devem ser utilizados de forma seqüencial. A quimioterapia é indicada diante de: receptor hormonal confirmadamente negativo; doença visceral sintomática ou extensa; progressão em intervalo curto de manipulação hormonal prévia (INCA, 2009).

Quanto à hormonioterapia, a mesma pode ser paliativa ou isolada. A paliativa objetiva prolongar a sobrevida e/ou melhorar a qualidade de vida. Já a isolada deve ser adotada sempre que possível, por ser um tratamento eficaz e com efeitos colaterais favoráveis. Deve ser utilizada somente em tumores com receptor hormonal (estrogênio e/ou progesterona) positivo (INCA, 2009).

O diagnóstico precoce, conforme o INCA (2011), ainda é o melhor passo para o tratamento e a cura. Fazer a mamografia a partir dos 30 anos, para quem não tem histórico de câncer é fundamental, pois em 25% dos casos esse exame consegue detectar o câncer. Já, em casos de dúvidas, há outros exames, como a ecografia, a ultrassonografia e, em último caso, a ressonância, que pode esclarecer dúvidas em relação aos resultados dos outros exames.

As conseqüências físicas dos tratamentos da mama aparecem com uma freqüência diretamente proporcional à radicalidade do tratamento. Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia – SBM (2000) estão sendo feitos estudos, a fim de impedir o esvaziamento axilar. Paralelamente à evolução do tratamento médico do câncer de mama, tornou-se imprescindível a abordagem multidisciplinar dessas pacientes, considerando não só o quadro patológico, mas também a reabilitação global, física, psicológica, social e profissional, além de se preocupar com a manutenção e melhora da qualidade de vida das pacientes.

Com isso, tendo em vista não somente a recuperação do câncer, mas também a reabilitação global no âmbito físico, a fisioterapia desempenha um papel fundamental nesta nova etapa da vida da mulher operada, pois além de significar um conjunto de possibilidades terapêuticas físicas passíveis de intervir desde a mais precoce recuperação funcional, até a profilaxia das seqüelas, diminui o tempo de recuperação, com retorno mais rápido às atividades cotidianas e ocupacionais, colaborando com sua reintegração à sociedade, sem limitações funcionais (SBM, 2000).

Desse modo, de acordo com o INCA (2011), o tipo de tratamento empregado dependerá de cada caso, o qual poderá ser mais ou menos conservador.

2.7 PROGNÓSTICO

O prognóstico do câncer de mama depende de vários fatores como: aspectos clínicos, infiltrações do tumor, estruturas adjacentes, invasão de pele ou de sintáticos da pele, e metástases locais ou a distância são associadas com um pior diagnóstico. Tumores pequenos,

menores que 2 cm, e sem sinais de metástases linfonomais, têm melhor prognóstico. Metástases axilares são sempre sinais de mau prognóstico (SILVA *apud* LÚCIO, 2009).

Um importante fator prognóstico do câncer de mama é o diagnóstico precoce. Quando detectado em estágio inicial, o tumor apresenta altos índices de cura. Entretanto, no Brasil, cerca de 60% dos diagnósticos iniciais do câncer de mama são realizados em estágios avançados, sendo a abordagem cirúrgica inevitável para o tratamento da doença. A idade é um importante fator de prognóstico, sendo os de melhor prognóstico os casos entre os 40 e 60 anos, e os piores prognósticos, os mais precoces (antes dos 35) e os mais tardios (após os 75) (BATISTON et al., 2005).

De acordo com Gebrim e Quadros (2006), se o câncer de mama for detectado no início, as chances de cura são maiores, visto ser possível implementar medidas para impedir a metástase, sendo os tratamentos menos agressivos e mutilantes. Sendo válido ressaltar que o estágio inicial pode durar meses ou anos e, por esse motivo, medidas preventivas como o autoexame e visita anual ao médico são essenciais.

Assim, "[...] o câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico, desde que diagnosticado e tratado precocemente" (GEBRIM; QUADROS, 2006, p.4). Todavia, é válido ressaltar que as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. A sobrevida média após cinco anos na população de países desenvolvidos tem apresentado um discreto aumento, cerca de 85%. Entretanto, nos países em desenvolvimento, a sobrevida fica em torno de 60% (INCA, 2011).

Wünsch Filho et al. (2008), citam em seus estudos que os indivíduos de status social mais baixo, além de maior exposição aos principais fatores de risco para câncer, têm acesso restrito aos serviços de saúde, implicando na demora do diagnóstico. Conseqüentemente, a detecção tardia de tumores resulta em pior prognóstico e intervenções terapêuticas extensas e mutiladoras.

2.8 IMPORTÂNCIA DA EQUIPE MULTIPROFISSIONAL NO APOIO À MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Smeltzer e Bare (2005) citam que é essencial que a equipe multiprofissional comunique-se sempre, para esclarecer as dúvidas que a paciente venha a ter, ou que não foram assimiladas pelo fato de a mulher estar muito ansiosa no momento da notícia da doença e ao

longo de todo o tratamento ao qual ela se submeterá; no intuito de que haja certeza de que as informações dadas sejam coerentes.

De acordo com o INCA (2004), o câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando ao tratamento integral da paciente. Assim, no tocante à abordagem interdisciplinar, expõe que a composição da equipe multiprofissional deve apresentar médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista; ações voltadas para a melhoria da qualidade de vida das mulheres durante e após o tratamento devem ser priorizadas; a partir do diagnóstico, devem-se iniciar ações interdisciplinares, com continuidade durante e após o tratamento, envolvendo os familiares, sempre que possível.

Ainda no que concerne à equipe multidisciplinar que atenderá as pacientes portadoras de câncer de mama, Ronzani e Silva (2008, p.2) citam que tal equipe, além da capacidade técnica, precisa:

> [...] se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. [...] Além do conhecimento clínico, os profissionais de saúde precisam agregar conhecimentos sobre epidemiologia para que as ações de saúde atinjam o âmbito coletivo.

De acordo com Viana e Campos (2009), os profissionais da equipe multiprofissional devem atentar cuidadosamente para as pacientes que necessitam de apoio especial. Neste aspecto, a atuação é de suma importância desde o estágio do diagnóstico inicial do câncer de mama até o acompanhamento das inúmeras etapas que se fizerem necessárias, tais como tratamentos específicos e/ou cirurgias.

Segundo estudos de Bergmann (2008), em relação aos pacientes que passaram por uma mastectomia de mama, a fisioterapia oncológica atua no pós e no pré-operatório. Aborda vários aspectos, desde a preparação do paciente para a cirurgia até a reabilitação funcional no pós-cirúrgico. O paciente que se submete a um programa preventivo no pré-operatório diminui o tempo de internação e retorna mais rapidamente às atividades diárias e ocupacionais. Num contexto mais amplo, um programa fisioterapêutico preventivo auxilia evitando complicações comuns no paciente mastectomizado.

No que concerne à fisioterapia oncológica precoce, Faria (2010) refere que a mesma vem desempenhando um relevante papel na prevenção e minimização dos efeitos adversos do tratamento do câncer de mama, que acomete um grande número de mulheres. A fisioterapia reduz os riscos de complicações e pode restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas. Ao enfatizar os caminhos da prevenção, a fisioterapia oncológica tem ampliado a

atuação do fisioterapeuta e consolidado seu espaço legítimo no campo médico, complementando as habilidades e competências adquiridas nos últimos anos. Atualmente, a prevenção de problemas e a promoção da saúde se encontram entre as principais atribuições do fisioterapeuta, e devem estar presentes em todas as fases do câncer de mama, do diagnóstico ao tratamento e aos cuidados paliativos.

A fisioterapia em oncologia consiste numa especialidade recente que tem como metas preservar e restaurar a integridade cinético-funcional de órgãos e sistemas, assim como prevenir os distúrbios causados pelo tratamento oncológico. No Instituto Nacional do Câncer (INCA), no Rio de Janeiro, iniciou nos anos 1980, vinculada ao Serviço de Cirurgia Torácica. A fisioterapia oncológica lida com as sequelas próprias do tratamento, atuando de forma preventiva para minimizá-las (FARIA, 2010).

Especialmente no caso da paciente com câncer de mama, "se exige dos profissionais de saúde valorizar essa problemática, identificando ações de prevenção, educação e cuidado" (VIANA; CAMPOS, 2009, p.1).

Viana e Campos (2009) afirmam que os profissionais envolvidos precisam investir esforços na prevenção do câncer de mama, orientando e auxiliando a mulher na realização do autoexame das mamas; quando se dá a descoberta do nódulo e durante todo o tratamento, oferecendo-lhe assistência e apoio. Tal assistência requer estar voltada não apenas ao cuidado físico, mas, principalmente, para o cuidado emocional e cultural da mulher, buscando assim, reduzir sua ansiedade e oferecer maior segurança e conforto, tendo em vista que cada mulher é um ser com sentimentos, costumes e vontades diferentes.

Dessa maneira, constata-se que é vital que toda a equipe multiprofissional esteja envolvida com o bem-estar da paciente portadora de câncer de mama, proporcionando-lhe o apoio e as orientações necessárias.

3 METODOLOGIA

3.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA

Trata-se de um estudo do tipo exploratório, descritivo, documental, retrospectivo e de caráter quantitativo, realizado a partir dos prontuários de pacientes atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN.

3.1.1 População e Amostra

A população do estudo foi composta pelos prontuários das pacientes submetidas ao procedimento de mastectomia, atendidas no hospital de oncologia do Seridó/RN. A amostra constou dos 100 prontuários arquivados desde o início do funcionamento do Hospital de Oncologia do Seridó/RN (22 de julho de 2011) até o dia 31 de Dezembro de 2011. Contudo, foram excluídos da amostra 29 casos em que os prontuários tiveram o seu preenchimento incompleto, a ponto de comprometer os resultados, tendo sido, pois, analisados, 71 prontuários, os quais foram considerados aptos para a pesquisa.

O Hospital de Oncologia do Seridó – HOS/RN foi inaugurado em 22 de julho de 2011, e visa beneficiar uma população de cerca de 300 mil habitantes dos 25 municípios que compõem a região do Seridó. Consiste na primeira iniciativa da Liga de interiorização do atendimento. Localizado onde antes funcionou a maternidade mãe Quininha, em Caicó/RN, o HOS oferece atendimento ambulatorial nas especialidades de cabeça e pescoço, oncologia clínica (quimioterapia e hormonioterapia), mastologia e urologia. Em breve, na fase de expansão, realizará cirurgias e internações, inclusive com Unidade de Terapia Intensiva (UTI).

3.1.2 Procedimento Ético

É importante ressaltar que, no decorrer deste estudo, foram respeitados todos os aspectos éticos da resolução N° 196/96 (Diretrizes e Normas da Pesquisa envolvendo Seres Humanos), do Conselho Nacional de Saúde, que trata de pesquisa com seres humanos. O pesquisador garantiu o mais absoluto sigilo sobre todas as informações coletadas durante a pesquisa, usando-as inteiramente para fins científicos, de forma a não identificar as pacientes

envolvidas no estudo. Uma vez que se trata de um estudo documental (análise de prontuários), não houve a necessidade do uso do termo de consentimento livre e esclarecido. Para fins desta pesquisa, foi solicitada a autorização do responsável legal pela guarda dos prontuários, para a realização do estudo (ANEXO A).

3.1.3 Instrumento para Coleta de Dados

O estudo teve como instrumento para coleta de dados uma ficha de coleta (APÊNDICE A), contendo informações sobre o perfil sociodemográfico e clínico baseada no modelo de prontuário utilizado pelo Hospital. O perfil sociodemográfico é composto por informações como, data de nascimento, raça/cor, estado civil, ocupação profissional e escolaridade. Já o perfil clínico consta de informações sobre o diagnóstico e os procedimentos realizados para o tratamento, tais como: diagnósticos de tratamento anteriores, diagnóstico provável, diagnóstico definitivo, localização anatômica, tipo histológico, localização, metástase regional, metástase à distância, e disseminada Cárias – pontos de metástases, sendo, pois, alguns dos questionamentos levantados na pesquisa.

3.1.4 Procedimento para Coleta de Dados

A coleta se deu na Unidade Hospitalar do Seridó/RN, entre 01 de Janeiro e 31 de Janeiro de 2012. De posse do termo de aprovação do Comitê de Ética próprio da Unidade Hospitalar na qual a pesquisa foi realizada, o pesquisador procurou o setor de prontuários do Hospital, fazendo uma seleção prévia de todos os prontuários das pacientes mastectomizadas. Finalizada essa primeira etapa, as informações contidas nos 71 prontuários foram transcritas, sendo preenchida uma ficha para cada prontuário. Ao término, os prontuários foram devolvidos, na mesma ordem e condições em que foram recebidos pelo pesquisador.

3.1.5 Análise dos Dados

Os dados foram tabulados e analisados na forma de estatística descritiva simples, com cálculo de freqüência absoluta e relativa e, em seguida, discutidos de acordo com a literatura pertinente ao tema proposto.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

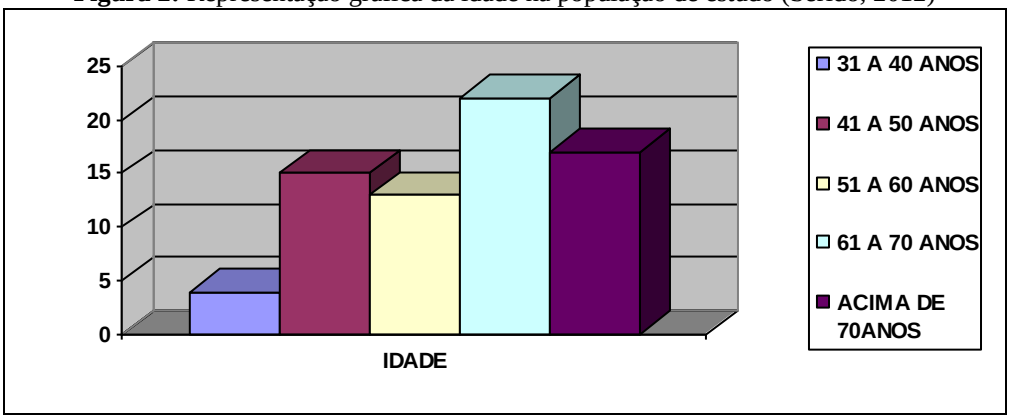
4.1 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

A amostra pesquisada compreendeu 71 mulheres, mastectomizadas e atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN.

4.1.1 Idade

Das 71 mulheres pesquisadas, 4 (5%) encontravam-se na faixa entre 31 e 40 anos; 15 (21%) entre 41 e 50 anos; 13 (19%) entre 51 e 60 anos; 22 (31%) entre 61 e 70 anos; e 17 (24%) acima de 70 anos. Não havia nenhuma paciente nas faixas etárias de 10 a 20 anos e de 21 a 30 anos.

Figura 2: Representação gráfica da idade na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Mediante os dados apresentados anteriormente, constata-se que a maior incidência do câncer de mama se dá, sobretudo, em mulheres que se encontram na faixa etária que compreende os 61 até 70 anos; seguida por mulheres que se encontram acima de 70 anos; e sucessivamente, pelas faixas etárias de 41 a 50 anos; de 51 a 60 anos; e, por último, dos 31 aos 40 anos. O HOS/RN não apresentou pacientes que se encontravam nas faixas entre 10 a 20 anos; tampouco de 21 a 30 anos.

Tal dado permitiu ao pesquisador inferir que, além da faixa etária dos 61 a 70 anos ser esperada por se relacionar com pós-menopausa, é possível que essas mulheres não tenham tido acesso às informações para diagnóstico/tratamento do câncer de mama, tampouco

realizaram o autoexame, dado que pode estar atrelado à baixa escolaridade, o que corrobora ainda mais para a incidência da referida doença. Como também, levou o pesquisador a fazer a seguinte indagação: Será que há 60 anos havia informações a respeito do câncer de mama?

De acordo com Molina, Dalben e De Luca (2003), mulheres com idade mais avançada tendem a ser mais desinformadas, possivelmente por não estarem em idade reprodutiva e, por isso, não freqüentarem mais assiduamente os serviços de saúde.

Para Thuler (2003, p.228), "no sexo feminino, a maior contribuição para a gênese do câncer de mama vem da idade, sendo o envelhecimento o único fator de risco conhecido em muitos casos".

Molina, Dalben e De Luca (2003), citam que as mulheres com mais idade têm uma maior probabilidade e um maior índice de mortalidade pelo câncer, de modo que estas deveriam ter maiores oportunidades para o diagnóstico precoce.

Já Biazus (2005) cita que a influência da idade e do estado menopausal, na época do diagnóstico, sobre o prognóstico da paciente permanece controversa. Pacientes mais jovens, com menos de 35 anos, possuem uma evolução clínica pior do que as pacientes mais velhas. Geralmente, as pacientes mais jovens apresentam tumores com características prognósticas mais reservadas, como grau histológico 3 (G3), componente intraductal extenso, invasão de vasos linfáticos, necrose e infiltrado mononuclear. Também é mais comum nestas pacientes, entre 30 e 35 anos, maior envolvimento de linfonodos, maior tamanho tumoral, receptor hormonal negativo, fração S negativa e anormalidade na p53[1]. A idade jovem permanece como um fator preditivo significativo de recorrência e morte (mesmo após ajuste para outros fatores prognósticos), de acordo com o mesmo autor.

De acordo com uma revisão européia com mais de 1.700 casos, o risco relativo para desenvolvimento de metástases durante o seguimento foi mais de duas vezes maior em pacientes com menos de 40 anos, em comparação com pacientes mais velhas. Em relação aos índices de sobrevida global, também não há consenso de que a idade isoladamente seja fator de risco para morte pela doença. Alguns estudos mostram que as curvas de sobrevida global

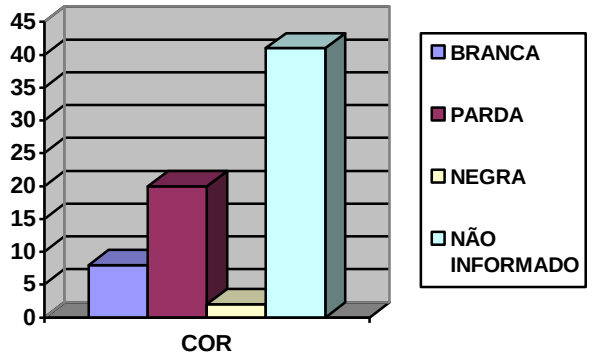
[1]Aproximadamente 14% a 26% dos carcinomas de mama apresentam mutações do gene supressor tumoral p53, associado com elevado grau histológico e maior agressividade clínica. O gene supressor tumoral p53 está localizado no 17p13 e codifica uma fosfoproteína nuclear. A super expressão do p53 determinada pela imunohistoquímica é relativamente independente do estado dos linfonodos axilares e do estado da menopausa, fracamente associada ao tamanho tumoral e é fortemente associada à ploidia do DNA, a medida da proliferação, aos receptores hormonias e ao grau nuclear (BIAZUS, 2005).

são semelhantes nas diferentes faixas etárias pareadas por estádio, tanto para pacientes submetidas a tratamento conservador da mama quanto entre as submetidas à mastectomia, enquanto outros demonstram impacto da idade sobre o risco para morte por câncer (CLAGNAN et al., 2008).

4.1.2 Cor

Quanto à cor, 8 (11%) se disseram da cor branca; 20 (29%) da cor parda; 2 (2%) da cor negra; e 41 (58%) não informaram. As cores vermelha e amarela, não foram citadas.

Figura 3: Representação gráfica da cor na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Verifica-se que a maioria dos prontuários das pacientes não apresentou preenchimento do item referente à cor. Contudo, dentre os que o apresentaram, houve predominância da cor parda. Dado este que diverge da literatura, que afirma que o câncer de mama é mais comum em mulheres brancas. Talvez, uma possível explicação para esse caso, se deva porque no Rio Grande do Norte há uma grande miscigenação, seja pelo processo de colonização, seja pelas características raciais da população local.

De acordo com Biazus (2005), a sobrevida após o diagnóstico de câncer de mama é menor entre mulheres negras e hispânicas do que em mulheres brancas. Provavelmente essa disparidade deva ser multifatorial, incluindo fatores como menor acesso a cuidados médicos, programas de rastreamento e diagnóstico em estágios mais avançados. No entanto, há dados de que, mesmo após ajuste para estágio da doença, as taxas de sobrevida são mais baixas para as mulheres negras.

Somente a partir do ano de 2000, o Ministério da Saúde (MS) passou a trabalhar a variável cor com o intuito de melhorar as estatísticas vitais, podendo investigar, dessa forma,

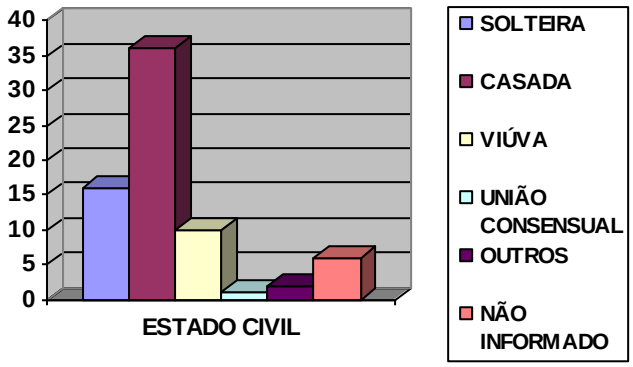
diferenças entre brancos, negros e pardos (BRASIL, 2005). Nos últimos anos tem se intensificado o interesse pelas análises acerca de raça/cor e etnia como fatores determinantes de desigualdades na saúde no Brasil (TRAVASSOS; WILLIAMS, 2004). A análise e a interpretação desses dados ainda são escassas na literatura epidemiológica nacional, ao contrário de outros países, como os Estados Unidos e Inglaterra (CHOR; LIMA, 2005).

Conforme Schneider e D'Orsi (2009), estudos mostram que a raça/cor é um fator importante na sobrevida; pois, mesmo controlando para fatores tumorais, mulheres de ascendência africana apresentam maior risco de morte.

4.1.3 Estado Civil

No que se refere ao estado civil, os seguintes dados foram encontrados: 16 (23%) são solteiras; 36 (51%) são casadas; 10 (14%) são viúvas; 1 (1%) em união consensual; 2 (2%) outros; e 6 (9%) não informaram.

Figura 4: Representação gráfica do estado civil na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Foi possível constatar que as pacientes com câncer de mama são casadas, em sua maioria, sendo seguidas pelas solteiras, viúvas e pelas que não apresentaram informação em seus prontuários. As de união consensual e outros se apresentaram em minoria.

Conforme Rezende et al. (2009), não há associação da doença com o estado civil.

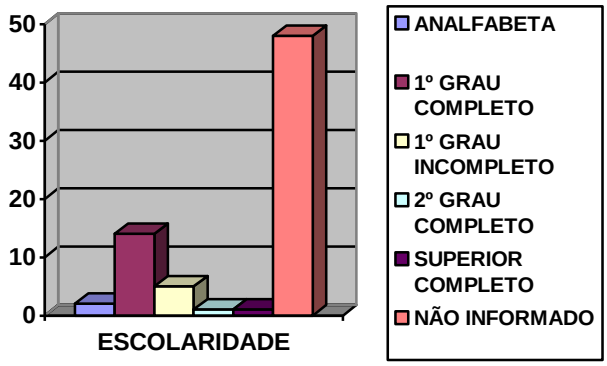
Todavia, mediante estudo realizado por Schneider e D'Orsi (2009), o estado civil não mostrou significância em relação à sobrevida, mas percebeu-se que as mulheres solteiras tiveram pior sobrevida. Tal afirmação é corroborada pelos estudos realizados por Rubin et al.

(2010), que apontaram que, das mulheres que sobreviveram ao câncer de mama, 99 (56,57%) eram casadas, enquanto que 76 (43,43%) não eram casadas.

4.1.4 Escolaridade

No que diz respeito à escolaridade, 2 (2%) são analfabetas; 14 (21%) têm o 1º grau completo; 5 (7%) o 1º grau incompleto; 1 (1%) o 2º grau completo; 1 (1%) o superior completo; e 48 (68%) não informaram. As escolaridades 2º grau incompleto e superior incompleto não foram apontadas.

Figura 5: Representação gráfica da escolaridade na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Conforme se verificou, a maioria, bastante significativa, dos prontuários, não apresentou o preenchimento do campo escolaridade; dado que impede a obtenção de informações que poderiam servir para estimar fatores de risco com relação à anomalia em estudo. Todavia, dentre os prontuários que apresentaram informação, verificou-se que a maior parte das pacientes possui o 1º grau completo. Tal resultado é confirmado por Schneider e D'Orsi (2009) onde, em estudo recente em uma coorte histórica de mulheres com câncer de mama diagnosticadas no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2002, detectaram que a sobrevida daquelas com grau de escolaridade superior com esta neoplasia era maior do que as que apresentavam a mesma doença; porém, com nível de escolaridade inferior.

Wünsch Filho et al. (2008) abordam em seu estudo que em algumas capitais brasileiras uma detecção mais precoce do câncer estava relacionada com o grau de escolaridade das mulheres, principalmente na realização da mamografia. Rezende et al. (2009) exemplificaram

que em alguns países a causa do atraso no diagnóstico estava também associada ao baixo nível escolar.

No que se refere ao perfil sociodemográfico, Molina, Dalben e De Luca (2003) citam que o grau escolar das mulheres está relacionado com o conhecimento sobre o autoexame de mamas, a mamografia e o exame clínico.

Pinho e Coutinho (2007) afirmam que mulheres de baixa renda e baixa escolaridade demoram mais tempo para realizar o diagnóstico precoce do câncer, devido, muitas vezes, à falta de informação, ou porque estas mulheres têm o hábito de procurar o serviço de saúde para os familiares e si próprias, porém, requerendo outros tipos de cuidados.

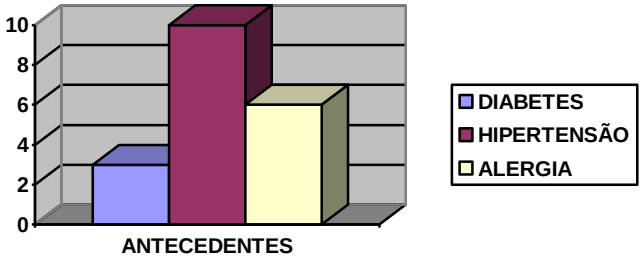
Trufelli et al. (2008) abordam em seu trabalho que há evidências em estudos em que o câncer, quando diagnosticado e tratado precocemente, pode reduzir a mortalidade específica. Porém, muitas vezes, há um atraso no diagnóstico precoce, de forma que a causa pode estar relacionada à falta de informação – associada à baixa escolaridade – sobre o autoexame das mamas, implicando, assim, na demora da mulher em procurar os serviços de saúde após a detecção do primeiro sintoma ou sinal.

Segundo estudo realizado por Rezende et al. (2009), os fatores que mais estão relacionados às pacientes com câncer de mama foram a idade mais elevada e a escolaridade baixa. Afirmando ainda que, em somente 25% dos casos de câncer de mama, o atraso no diagnóstico foi atribuído à mulher; pois na maioria das vezes, esse atraso foi de responsabilidade dos serviços de saúde. Ressaltando que, no Brasil, uma das causas mais importantes quanto à progressão dessa doença, consiste na dificuldade de acesso a esses serviços.

4.2 ANTECEDENTES

Dos 71 prontuários pesquisados, viu-se que 3 (5%) mulheres apresentaram diabetes; 10 (14%) tinham hipertensão; e 6 (9%) referiram ter alergia.

Figura 6: Representação gráfica dos antecedentes na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Os dados obtidos levaram o pesquisador a indagar o nível de correlação entre o câncer de mama e a diabetes, a hipertensão e a alergia. Pois, mediante a faixa etária das pacientes, viu-se que a maioria delas está ou já passou do climatério. É sabido que o estrogênio tem relação direta com o câncer de mama, mas também tem com a hipertensão e a diabetes. À medida que a mulher entra na menopausa, a chance de ela desenvolver essas duas doenças cresce significativamente e, embora elas não tenham relação direta com o câncer de mama, podem gerar complicações durante o tratamento das pacientes portadoras dessa doença.

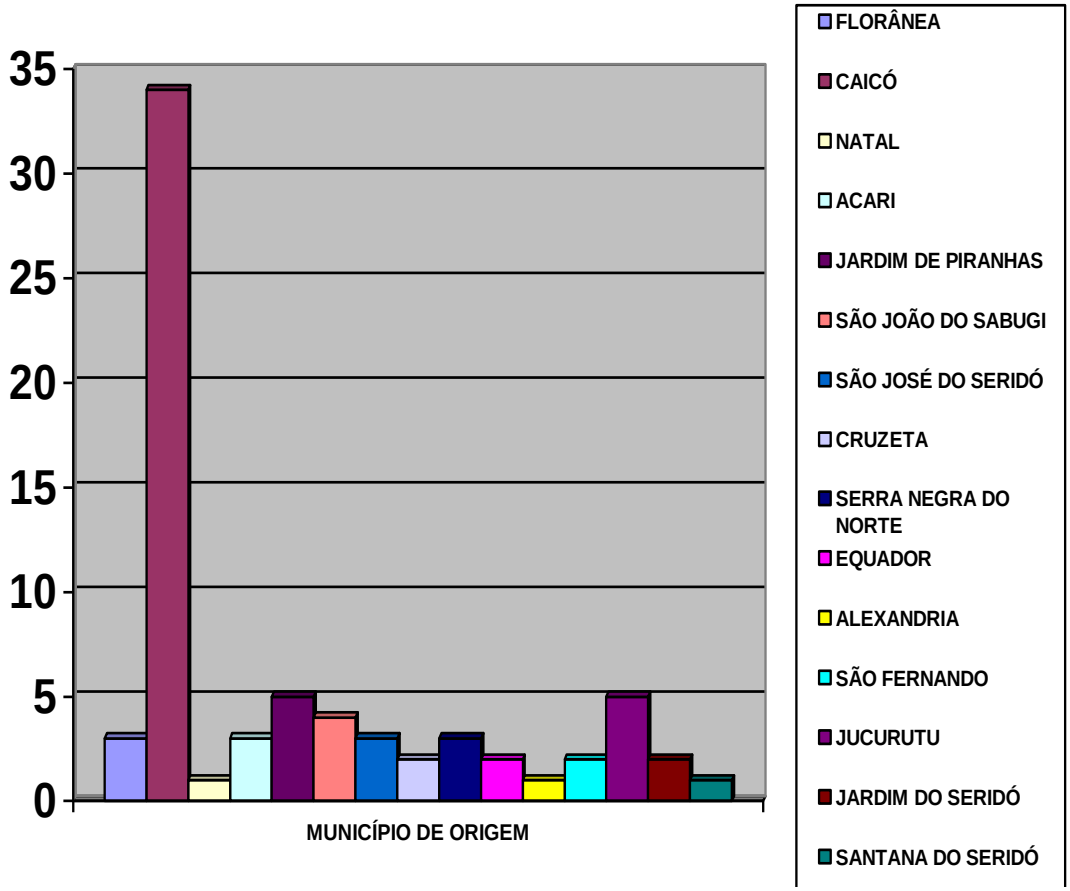
De acordo com Peairs e Smith (2011), as doentes com cancro da mama e diabetes têm maiores probabilidades de morte. Para chegar a tal assertiva, conduziram uma meta-análise de estudos publicados anteriormente, que analisaram os resultados de doentes com cancro da mama e diabetes. Seis dos sete estudos indicaram que a diabetes pré-existente foi associada, de forma significativa, a uma maior mortalidade a longo prazo, por todas as causas. Os trabalhos realizados pelos autores revelaram, pois, que as pacientes com cancro da mama e diabetes tinham quase 50% mais probabilidades de morrer do que aquelas que não tinham diabetes.

Com relação à hipertensão, Verjovsky (2011) embasa sua opinião mediante um estudo realizado por um grupo de pesquisadores da UFRJ, coordenado pela pesquisadora Márcia Capella, do Laboratório de Fisiologia Renal, do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho, que identificou recentemente que, entre 100 pacientes com câncer de mama, a metade é hipertensa. Assim, observou-se que a proteína estava associada à resistência a múltiplas drogas em câncer, conhecida como ABCB1, e também relacionada com a hipertensão em ratos. Alguns hormônios apresentaram relação com a hipertensão (como a angiotensina e ouabaína), influenciando a expressão e a atividade dessa proteína em culturas de células renais e de câncer de mama. Com isso, quando a proteína ABCB1 está mais expressa, os medicamentos anticâncer (e muitos outros) têm eficácia reduzida, mas quando está menos expressa, influencia em diversos outros papéis fisiológicos.

No que se refere à alergia, Engkilde et al. (2011) relataram que as alergias podem não ser tão ruins assim: elas podem ajudar o sistema imunológico a afastar alguns tipos de câncer, como o de mama e o de pele. Sendo a explicação mais aceita, a de que pessoas com alergias de contato são menos propensas a desenvolverem câncer porque seus sistemas imunológicos são supersensíveis.

Quanto ao município de origem das pacientes atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN, verificou-se o seguinte: 3 (5%) são de Florânea; 34 (47%) de Caicó; 1 (1%) de Natal; 3 (5%) de Acari; 5 (8%) de Jardim de Piranhas; 4 (6%) de São João do Sabugi; 3 (5%) de São José do Seridó; 2 (2%) de Cruzeta; 3 (5%) de Serra Negra do Norte; 2 (2%) de Equador; 1 (1%) de Alexandria; 2 (2%) de São Fernando; 5 (8%) de Jucurutu; 2 (2%) de Jardim do Seridó; e 1 (1%) de Santana do Seridó.

Figura 7: Representação gráfica dos antecedentes – Município de origem na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

De acordo com os dados obtidos, a maioria das pacientes do Hospital de Oncologia do Seridó/RN, tem como município de origem a cidade de Caicó/RN; cidade em que está situado o HOS/RN.

Todavia, tais dados mostram que há uma alta prevalência de mulheres vindas dos mais diversos lugares. Isso leva a inferir que, nos seus municípios de origem, não há um serviço adequado para diagnosticar e tratar o câncer de mama, ou que ele não funciona, promovendo uma migração em busca de atendimento, que se constitui no chamado itinerário terapêutico.

Com isso, percebe-se que a migração dessas mulheres para outras cidades, em busca de tratamento, não só pode atrasar o diagnóstico, como também fazer com que as mesmas desistam do tratamento, por não terem condições de se deslocar regularmente para outro lugar, normalmente distante.

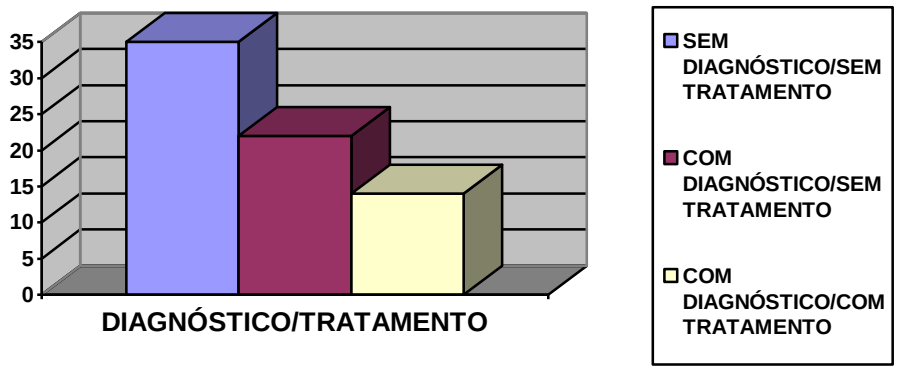
Quanto às condições financeiras, estudo promovido por Wunsch Filho *et al*. (2008) mostrou que, além de maior exposição aos principais fatores de risco para câncer, os indivíduos dos estratos sociais mais baixos têm acesso restrito aos serviços de saúde. Em geral, essa dificuldade implica demora do diagnóstico. Como conseqüência, a detecção tardia de tumores traduz-se em pior prognóstico e intervenções terapêuticas extensas e mutiladoras.

4.3 PERFIL CLÍNICO

4.3.1 Diagnóstico de Tratamentos Anteriores

35 (50%) das pacientes se encontram sem diagnóstico/sem tratamento; 22 (30 %) com diagnóstico/sem tratamento; e 14 (20%) com diagnóstico/com tratamento.

Figura 8: Representação gráfica do perfil clínico – Diagnóstico de tratamentos anteriores na população de estudo (Seridó, 2012)

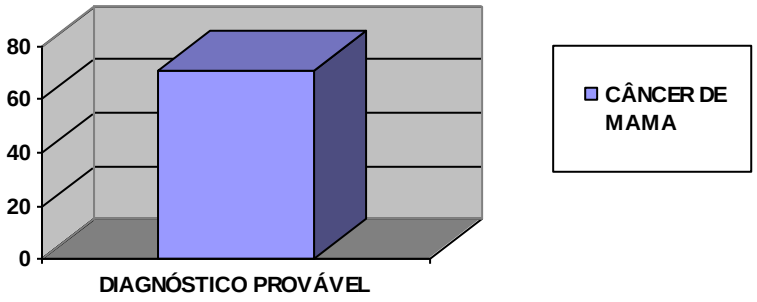


Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Em estudo realizado por Schneider e D'Orsi (2009), foi possível perceber que mulheres que chegaram aos hospitais de referência com diagnóstico e tratamento anteriores tiveram melhor sobrevida que as demais. As que chegaram aos registros hospitalares de câncer sem diagnóstico e sem tratamento tiveram um risco 2,24 vezes maior de óbito que as mulheres com diagnóstico e tratamento anteriores à admissão.

Quanto ao diagnóstico provável dessa pacientes estimado pelos médicos quando realizado o exame clínico e antes do encaminhamento para os exames complementares, os prontuários das 71 (100%) pacientes apresentaram câncer de mama.

Figura 9: Representação gráfica do perfil clínico – diagnóstico provável na população de estudo (Seridó, 2012)

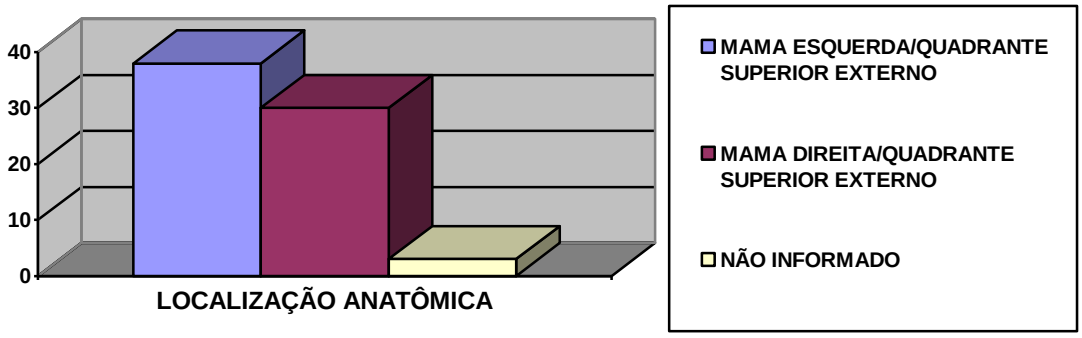


Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Mediante os dados obtidos, supõe-se que as pacientes não realizaram o exame clínico na UBS de origem; ou não se dirigiram a esta para realizá-lo. Indo, pois, de encontro às recomendações do INCA (2004), que orienta que o exame clínico da mama (ECM) é parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer. Deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, e constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Como tal, deve contemplar os seguintes passos para sua adequada realização: inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal.

No que se refere à localização anatômica, 38 (54%) dos tumores estavam localizados na mama esquerda; 30 (42%) na mama direita e, em 03 casos (4%), essa informação não constava nos prontuários. Ambos no quadrante superior, mais especificamente, no quadrante superior externo.

Figura 10: Representação gráfica do perfil clínico – localização anatômica na população de estudo (Seridó, 2012)

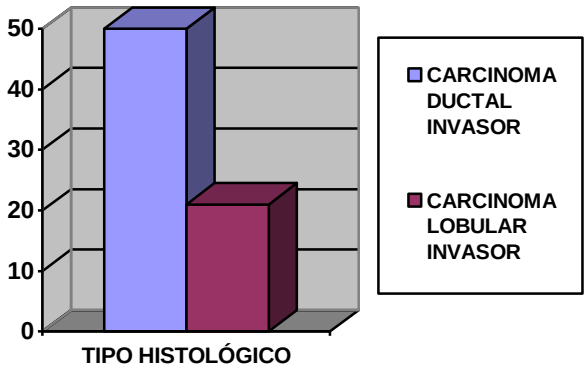


Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Mediante Faria (1999), quanto à localização das lesões, a maioria surge no quadrante superior externo da mama, porque a maior parte do parênquima mamário está aí localizada.

No tocante ao tipo histológico, 50 (70%) apresentaram Carcinoma Ductal Invasor (CDI); e 21 (30%) apresentaram Carcinoma Lobular Invasor (CLI).

Figura 11: Representação gráfica do perfil clínico – tipo histológico na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

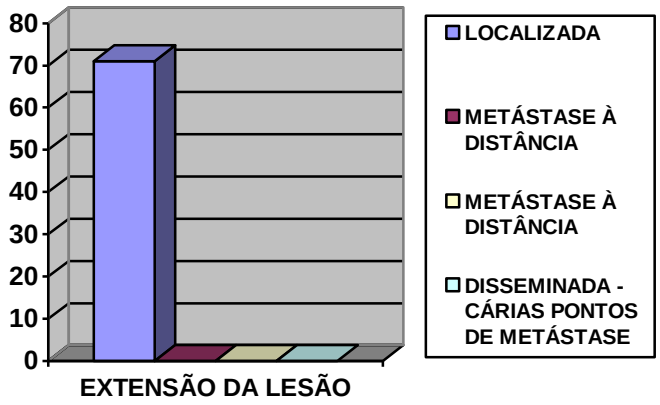
Os dados obtidos podem ser corroborados com o estudo realizado por Schneider e D'Orsi (2009), onde o tipo histológico mais freqüente foi o carcinoma ductal infiltrante/invasor. A melhor taxa de sobrevida foi observada entre as mulheres que tiveram carcinoma sem infiltração ao diagnóstico. Os outros tipos histológicos, diferentes de carcinomas, foram os que mostraram maior risco de óbito, 2,22 vezes maior que as com diagnóstico de carcinoma ductal infiltrante.

De acordo com Biazus (2005), aproximadamente 90% de todos os cânceres de mama ocorrem nos ductos ou nos lóbulos e, 80% de todos os casos se iniciam nas células de revestimento dos ductos mamários. Este tipo de câncer é chamado de carcinoma ductal. O câncer que se inicia nos lóbulos é chamado de carcinoma lobular e é bilateral em 30% dos casos. Se a doença rompe o ducto e atinge os tecidos em volta, é chamado de infiltrativo ou invasor; assim, pode ser: carcinoma ductal invasor ou carcinoma lobular invasor.

4.3.2 Extensão da Lesão

Quanto à extensão da lesão, a mesma apresentou-se em todas as 71 pacientes (100% dos casos), localizada na mama. Sendo que, destas pacientes, nenhuma apresentou metástase regional, metástase à distância; ou disseminada – cárias pontos de metástase.

Figura 12: Representação gráfica do perfil clínico – extensão da lesão na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

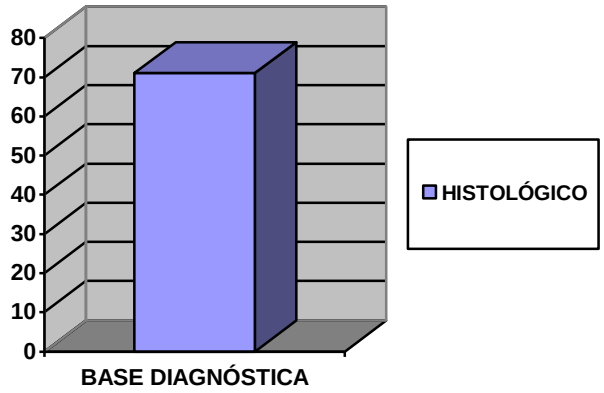
Conforme Biazus (2005), quando a doença está contida dentro dos ductos é chamada de "*in situ*", ou seja, é um processo localizado. A evolução da doença "*in situ*", bem como seu tratamento, dependem da extensão e localização do processo. Atualmente, a maioria dos mastologistas recomenda a ressecção cirúrgica do Carcinoma Ductal "*in situ*" com margem de segurança seguida de radioterapia localizada para prevenir sua evolução para câncer invasor. As células do câncer de mama podem migrar para os vasos sanguíneos, para os vasos linfáticos e linfonodos. Os linfonodos podem se localizar na região axilar, região supra-clavicular, região cervical e mamária interna. Aproximadamente, 95% da drenagem linfática da mama se dirigem para os linfonodos axilares. Os locais mais comuns de metástases à distância ou disseminação da doença são: pele, linfonodos, ossos, pulmão e fígado.

Considerando-se a longa fase pré-clínica de crescimento do tumor, bem como a tendência das lesões infiltrantes metastizarem precocemente, muitos clínicos consideram o câncer de mama como uma doença sistêmica, já no momento do diagnóstico (SILVA apud LÚCIO, 2009).

4.4 BASE DIAGNÓSTICA

No que concerne à base diagnóstica, todas as 71 pacientes, isto é, 100% dos prontuários analisados, apresentaram em seu preenchimento o tipo histológico.

Figura 13: Representação gráfica da base diagnóstica na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

Conforme as informações obtidas nos prontuários analisados, as 71 pacientes relataram o tipo histológico, quanto à base diagnóstica. Todavia, o acesso aos exames necessários, como mamografia e biópsia, não se deu de forma rápida.

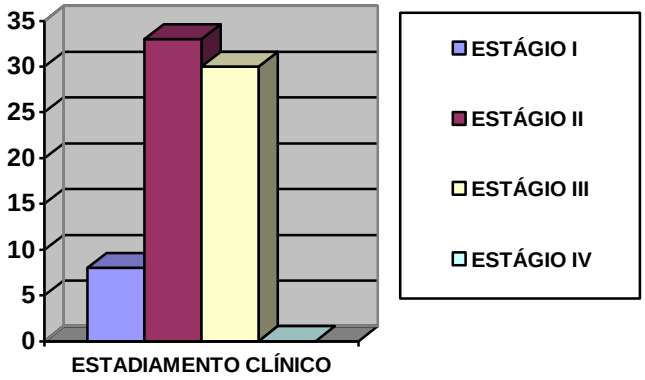
De acordo com Gebrim (2009), o tempo médio de biópsia para uma paciente brasileira com nódulo palpável varia entre três e seis meses, acarretando a migração dela de um Estado (ou de um Município) para outro, além da progressão da doença para estádios avançados. Tal evidência mostra claramente que, antes de se discutir o rastreamento mamográfico, é necessário priorizar a celeridade do diagnóstico da paciente sintomática, facilitando o acesso à rede pública regional, que deve estar capacitada para realizar a biópsia ambulatorial por agulha grossa e iniciar o tratamento oncológico em período inferior a 40 dias. Havendo a necessidade de se pactuar com os municípios, em especial, das grandes e médias cidades, a capacitação dos profissionais que atuam nas Unidades Básicas de Saúde (UBSs), para evitar

exames e encaminhamentos desnecessários, e criar unidades secundárias para tratamento das doenças benignas.

No âmbito das especialidades oncológicas, o tratamento do câncer de mama inicia-se pela avaliação do tamanho da lesão, da margem de ressecção (se acometida, ou não) e da variedade histopatológica do tumor. Valorizam-se as características da imagem mamográfica e as condições da paciente, inclusive o seu acesso ao tratamento, bem como a sua vontade de preservar a mama. Assim, as mulheres com maior risco de ter o câncer de mama devem tomar cuidados especiais. A partir dos 35 anos, o exame clínico das mamas e a mamografia devem ser feitos uma vez por ano (SBM, 2000).

Ainda com relação à base diagnóstica, mas, principalmente, sobre a análise do estadiamento do câncer de mama, a mesma se deu mediante a classificação TNM (T: tumor, N: nódulo (linfonodo), M: metástase), tendo o estadiamento clínico apresentado no estágio I, 8 pacientes; no estágio II, 33 pacientes; e no estágio III, 30 pacientes. Não se constatou paciente no estágio IV.

Figura 14: Representação gráfica da base diagnóstica/estadiamento clínico na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

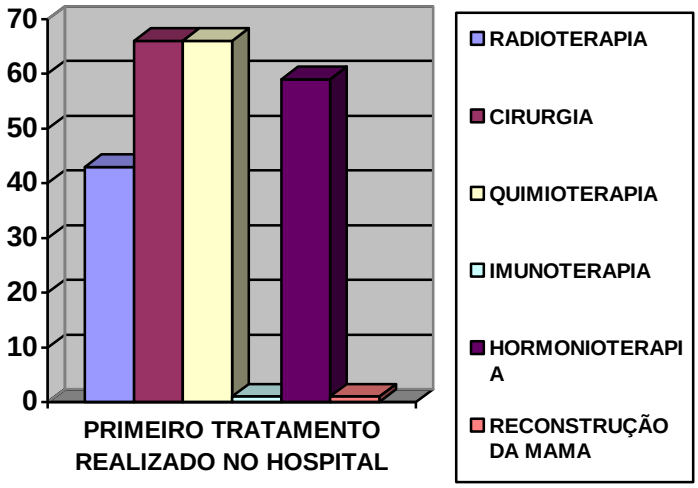
O estadiamento do câncer (também chamado de estágios do câncer) é a descrição (geralmente em números de I a IV) de quanto o câncer já se espalhou pelo corpo. O estágio normalmente leva em conta o tamanho do tumor, o quão profundo ele está penetrado, se já invadiu órgãos adjacentes, se e quantos linfonodos entraram em metástase, e se ele está espalhado em órgãos distantes. O estadiamento do câncer é importante porque o estágio no diagnóstico é um importante indicativo do prognóstico, planejamento do tratamento mais adequado, previsão das possíveis complicações e, após o tratamento, da avaliação dos resultados das terapias (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

Os diferentes estadiamentos apresentam prognósticos diferenciados, e estas diferenças são dramáticas. Para pacientes em estádio 0 ou I, somente 1 em 8 mulheres morre em dez anos. Para mulheres com diagnóstico em estádio II, um terço morre em dez anos, e para os estágios III e IV o prognóstico é muito pobre, sendo que poucas mulheres de estádio IV permanecem vivas ao fim de dez anos (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

4.5 PRIMEIRO TRATAMENTO REALIZADO NO HOSPITAL

Quanto ao primeiro tratamento realizado no hospital, foi possível colher os seguintes dados: 43 (61%) fizeram Radioterapia; 66 (93%) passaram por Cirurgia; 66 (93%) se submeteram à Quimioterapia; 1 (1%) fez Imunoterapia; 59 (84%) utilizaram Hormonioterapia (Hormônioxurgam); e 1 (1%) realizou reconstrução de mama.

Figura 15: Representação gráfica do primeiro tratamento realizado no hospital na população de estudo (Seridó, 2012)



Fonte: Dados da Pesquisa (2012)

No que concerne ao primeiro tratamento realizado no HOS/RN, percebeu-se que, em sua maioria, as pacientes se submeteram à cirurgia seguida de quimioterapia, respectivamente, e outras fizeram uso de hormonioterapia e radioterapia. A imunoterapia e a reconstrução da mama atingiram uma parcela ínfima da população atendida.

Todavia, é válido registrar que, a maior parte das pacientes atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó/RN, pertence a estratos sociais mais baixos (muitas não dispõem de dinheiro para se locomover de suas cidades até o HOS/RN; tampouco os seus municípios oferecem-lhes recursos/meios para isso), dificultando o seu acesso aos serviços de saúde, de modo que essa dificuldade implica na demora do diagnóstico e, como conseqüência, na detecção tardia de tumores, traduzindo-se num pior prognóstico e em intervenções terapêuticas extensas e mutiladoras (retirada total da mama).

Estudos têm evidenciado que o diagnóstico e o tratamento precoce do câncer de mama podem reduzir a mortalidade específica. Da mesma forma, em uma revisão sistemática, atrasos de três a seis meses entre o sintoma inicial e o tratamento adjuvante foram claramente associados com a diminuição da taxa de sobrevivência destas pacientes (TRUFELLI et al., 2008).

De um modo geral, após analisar todas as informações, foi possível obter o seguinte perfil sociodemográfico das mulheres mastectomizadas atendidas no hospital de oncologia do Seridó/RN: a maioria encontra-se na faixa etária de 61 a 70 anos, tem pele parda, é casada, possui o 1º grau incompleto, chegou ao hospital sem diagnóstico e sem tratamento, com diagnóstico provável de câncer de mama, do tipo carcinoma ductal invasor, com base diagnóstica do tipo histológico. Quanto à cor, percebe-se uma divergência com a literatura, a qual mostra a predominância da cor branca para a neoplasia em estudo. Tal divergência pode ser atribuída a dois fatores: 1º) Ao não preenchimento no prontuário, do item ‘cor’, o que implicou significativamente no resultado obtido; e 2º) À miscigenação, peculiar à região em estudo (Seridó/RN).

Quanto ao perfil clínico, viu-se que essas mulheres, ao chegarem ao hospital, foram submetidas aos seguintes tipos de tratamento: cirurgia (Mastectomia com retirada do (s) músculo (s) peitoral (is) com linfadenectomia axilar (radical)), quimioterapia, radioterapia, imunoterapia (minoria); hormonioterapia (fizeram uso de hormônioxurgam) e foram diagnosticadas quanto ao estadiamento clínico, nos estágios II e III. Dados que refletem fidedignamente, em sua maioria, o que é descrito na literatura sobre o tema em estudo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os cuidados realizados no câncer de mama pelo Hospital de Oncologia do Seridó/RN são feitos por uma equipe multidisciplinar, visando o tratamento integral da paciente. As modalidades terapêuticas empregadas são a cirurgia e a radioterapia para tratamento loco-regional, e a quimioterapia e a hormonioterapia para tratamento sistêmico.

Diante do perfil sociodemográfico e clínico encontrado no levantamento realizado nessa pesquisa, evidencia-se que sociodemograficamente os resultados não bateram, em sua totalidade, com os perfis descritos na literatura; uma vez que houve divergência no quesito cor, pois, neste estudo, nos prontuários que tiveram o quesito respondido, predominou a cor parda; em detrimento do que predomina na literatura, que é a cor branca. Já clinicamente, os resultados obtidos confirmaram o que é descrito na literatura.

Sabe-se que muitas mulheres não têm o costume de freqüentar Unidades Básicas de Saúde (UBSs), pois não acham necessário realizar exames ou, na verdade, só procuram os serviços de saúde quando estão doentes. Dessa forma, os resultados encontrados levam-nos a refletir sobre o papel dos profissionais das UBSs, que se tornam agentes imprescindíveis no diagnóstico precoce do câncer de mama, seja na captação *in loco*, seja como educadores em saúde, papel esse que também deve ser desempenhado pelo Fisioterapeuta, quando esse integrar as equipes de saúde; quer via Programa de Saúde da Família (PSF) quer via Núcleo de Apoio em Saúde da Família (NASF).

Outro ponto que merece destaque na presente pesquisa foi o preenchimento incompleto ou inadequado dos prontuários hospitalares. Sabe-se que o registro de todas as informações em prontuários é uma obrigação da equipe que presta o atendimento ao paciente, uma vez que essas informações podem fornecer subsídios na abordagem do paciente, seja no momento da sua internação hospitalar, seja em eventos futuros. Ao não preenchê-los corretamente, informações que serveriam para estimar fatores de risco acabam se perdendo; impedindo, assim, um mais preciso diagnóstico e tratamento.

Embora os dados contidos nos prontuários tenham sido restritos e a amostra tenha sido pequena para estimar um perfil mais característico das usuárias do HOS/RN, os resultados obtidos na presente pesquisa podem subsidiar os municípios de origem dessas pacientes, na implementação de estratégias mais eficazes, no rastreamento precoce dessas mulheres, baseando-se no perfil local, sociodemográfico e clínico, característicos dos municípios de origem dessas mulheres, e não no perfil nacional.

Assim, espera-se que novos estudos sejam feitos no futuro para complementar os resultados preliminares destacados nessa pesquisa.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA, V. L.; LEITÃO, A.; REINA, L. D. C. B.; MONTANARI, C. A.; DONNICI, C. L. Câncer e agentes antineoplásicos ciclo-celular específicos e ciclo-celular não específicos que interagem com o DNA: uma introdução. **Química Nova**, v. 28, n. 1, p. 118-129, 2005.

ALVARES, B.; MICHELL, M. O uso da ressonância magnética na investigação do câncer mamário. **Radiologia Brasileira.** v. 38. n. 4. 2003; 36:373–8.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H.. Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama. **Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina.** Projeto Diretrizes, 2001.

BERGAMASCO, R. B.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 47. n. 3. p.227-282.2001.

BERGMANN, A. **Fisioterapia no câncer de mama:** assistência, ensino e pesquisa. Trabalho apresentado na Semana de Fisioterapia da Universidade Estácio de Sá. Petrópolis: Rio de Janeiro, maio de 2008.

BIAZUS, J. **Tipos de Câncer de Mama.** 2005. Disponível em: <www.jorgebiazus.com.br>. Acesso em: 03 abr. 2012.

BORGHESAN, D. H.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Câncer de mama e fatores associados. **Revista Ciência Cuidado e Saúde.** v. 7, p. 62-68, 2008.

BRASIL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Câncer de Mama:** 2007. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br>. Acesso em: 25 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Falando sobre câncer e seus fatores de risco.** Rio de Janeiro: INCA, 2007.

_____. **Manual de Bases Técnicas Oncológicas**. Brasília – DF, 2006.

_____. Fundação Nacional de Saúde da População Negra no Brasil. **Contribuições para a promoção da equidade.** Brasília: Fundação Nacional de Saúde (FUNASA); 2005.

_____. Controle do Câncer de Mama. **Documento de Consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM:** classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6. ed. - Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254p.

BATISTON, A. P.; TAMAKI, E. M.; SANTOS, M. L. de M. dos; CAZOLA, L. H. de O. Método de detecção do câncer de mama e suas implicações. **Cogitare Enfermagem.** v. 14, n.1, pp. 59-64, Campo Grande-MS, Jan/Mar 2009.

CALEFFI, M. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. Sinopse das Palestras – IV Congresso da Escola de Medicina da UCPEL. **Revista Médica da Universidade Católica de Pelotas**, Pelotas, v. 1, n. 18 1, jul./dez. 2003.

CAMARGO M. C.; MARX A. G. **Reabilitação física no câncer de mama.** São Paulo: Roca; 2000.

CARVALHO, T. F. de; BATISTA, H. da S.; GODOY, J. M. P. de. **Mastectomia e linfedema:** vamos conversar sobre isso? Rio de Janeiro: Dilivros, 2006. 76 p.

CHOR, D.; LIMA, C. R. A. Aspectos epidemiológicos das desigualdades raciais em saúde no Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2005; 21(5): 1586-1594.

CLAGNAN, W. S.; ANDRADE, J. M. de; CARRARA, H. H. A.; TIEZZI, D. G.; REIS, F. J. C. dos.; MARANA, H. R. C.; ABRÃO, R. A. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 2008; 30(2): 67-74.

ENGKILDE, K.; THYSSEN, J. P.; MENNÉ, T.; JOHANSEN, J. D. Association between cancer and contact allergy: a linkage study**. BMJ Open**, 2011. Disponível em: <http://www.hypescience.com>. Acesso em: 29 mai. 2012.

FARIA, L. As práticas do cuidar na oncologia: a experiência da fisioterapia em pacientes com câncer de mama. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos.** v.17, supl.1, Rio de Janeiro, jul. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 mai. 2012.

FARIA, J. L. de. **Patologia especial com aplicações clínicas.** 2 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999, p. 397-459.

FERREIRA, P. C. A.; NEVES, N. M.; CORREA, R. D.; BARBOSA, S. D.; PAIM, C.; GOMES, N. F.; CASSALI, G. D. Educação e Assistência Fisioterapêutica às Pacientes Pós-cirurgia do Câncer de Mama. **Anais do 8º encontro de extensão da UFMG**. 2005. Disponível em: <http://www.ufmg.br/proex/arquivos/8Encontro/Indice2.htm>. Acesso em: 27 abr. 2012.

FONTANELLA, F., SILVA, D. J. **Os principais fatores de risco referentes ao câncer de mama entre as pacientes submetidas à cirurgia, no período de 01 de agosto de 2002 a 01 de agosto de 2003, no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão – SC, 2003.** Disponível em: <http://www.fisio-tb.unisul.br>. Acesso em: 03 mai. 2012.

GEBRIM, L. H. Estratégias para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil, baseadas em evidências científicas de custo-efetividade. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** 2009; 31(5): 216-8.

GEBRIM, L. H.; QUADROS, L. G. de A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** Rio de Janeiro. n. 6. v. 28. jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 03 mai. 2012.

GODOY, M. de F. G.; GODOY, J. M. P. de; BRAILE, D. M. **Tratamento de linfedema de membros superiores.** Rio de Janeiro: Dilivros, 2006.

GOLDMAN, L.; AUSIELLO, D. **Cecil:** Tratado de Medicina Interna. 22. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GRANJA, C. F. **O impacto físico-funcional do câncer de mama em mulheres submetidas a tratamento cirúrgico:** uma abordagem fisioterapêutica, n. 02. Monografia do Curso de Fisioterapia da Unioeste, Cascavel: PR, 2004.

GUEMBAROVSKI, R. L.; CÓLUS, I. M. S. **Câncer:** uma doença genética. Departamento de Biologia Geral – CCB. Universidade Estadual de Londrina, p. 4-7, 2008.

HOFFMANN, F. S., MULLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espirituralidade. **Mudanças – Psicologia da Saúde,** v.14, n.2, pp.143-150, jul-dez 2006.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas 2012:** incidência de câncer no Brasil/ Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 12 abr. 2012.

_____. **Estimativa 2008:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 25 abr. 2012.

_____. Controle do Câncer de Mama. **Documento de Consenso.** Oficina de Trabalho para elaboração de recomendações ao Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama. abr. 2004. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 02 abr. 2012.

JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. Artigo de revisão: **O Mundo da Saúde**. São Paulo, 32(4): p. 506-510, 2008.

LEOPOLDINO, D. de D.; D'IPPOLITO, G.; BEZERRA, S. de A.; GRACIO, T. S. Aspectos técnicos da ressonância magnética de mama com meio de contraste: revisão da literatura. **Radiologia Brasileira.** v. 38, n. 4, São Paulo, jul./ago., 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 29 mai. 2012.

LÚCIO, M. A. B. **Análise do câncer de mama:** rastreamento em uma unidade de saúde da família do Município de Cabedelo – PB. [Monografia – Curso de Fisioterapia do Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ]. João Pessoa/PB, 2009.

MOLINA, L.; DALBEN, I.; DE LUCA, L. A.; Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v.49, n.2, p. 185-90, São Paulo, abr./jun. 2003.

NOVAES, C. O.; MATTOS, I. E. Prevalência e fatores associados a não utilização de mamografia em mulheres idosas. **Caderno de Saúde Pública.** Rio de Janeiro, 25 Sup 2: S310-S320, 2009.

OLIVOTTO, I. A.; GOMI, A.; BANCEJ, C.; BRISSON, J.; TONITA, J.; KAN, L. Influence of delay to diagnose on prognostic indicators of screen-detected breast carcinoma. **Cancer.** 2002; 94(8): 2143-50.

PALINELLI, R. R.; MOREIRA, M. A. R.; FREITAS JUNIOR, R. Ultrassonografia no diagnóstico do câncer de mama: realidade atual e possibilidades para o futuro. **Revista Brasileira de Mastologia.** v. 13 – nº 4 – Goiás, 2003.

PEAIRS, K.; SMITH, J. Mulheres com cancro da mama e diabetes têm piores resultados. **RCM Pharma.** 2011. Disponível em: http://www.cancerdemamatemcura.com>. Acesso em: 29 mai. 2012.

PEREIRA, F. P. A.; MARTINS, G.; FIGUEIREDO, E.; DOMINGUES, M. N. A.; DOMINGUES, R. C.; FONSECA, L. M. B. da. O uso da difusão por ressonância magnética na diferenciação das lesões mamárias benignas e malignas. **Radiologia Brasileira.** [online]. v. 42, n.5, p. 283-288, 2009.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Caderno de Saúde Pública.** v. 23, n. 5, p. 1061-1069, Rio de Janeiro, maio 2007.

PINOTTI J. A.; BARROS, A. C. S. D.; TEIXEIRA, L. C. Carcinoma invasor inicial de mama: efeito do tratamento orientado pela avaliação intra-operatória das margens cirúrgicas sobre o prognóstico oncológico. **Revista Brasileira de Mastologia.** 2000; 10:169-76.

REGIS, M. F. S.; SIMÕES, S. M. F. Diagnóstico de câncer de mama: sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista eletrônica de enfermagem.** v. 07, n. 01, p. 81 – 86, 2005.

REZENDE, M. C. R.; KOCH, H. A.; FIGUEIREDO, J. de A.; THULER, L. C. S. Causas do retardo na confirmação diagnóstica de lesões mamárias em mulheres atendidas em um centro de referência do Sistema Único de Saúde no Rio de Janeiro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.** v. 31, n. 2, p.75-81, Rio de Janeiro, Fev. 2009.

RONZANI, T. M.; SILVA, C. de M. O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários. In: **Ciência e Saúde Coletiva.** Rio de Janeiro, n. 1, v. 13, fev. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.org>. Acesso em: 02 mai. 2012.

RUBIN, B. de A.; STEIN, A. T.; ZELMANOWICZ, A. de M.; ROSA, D. D. Perfil Antropométrico e Conhecimento Nutricional de Mulheres Sobreviventes de Câncer de Mama do Sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2010; 56(3): 303-309.

SANTOS, S. S. **Proposta de hidrocinesioterapia em piscina não aquecida para linfedema pós-mastectomia:** revisão de literatura, 2009. Monografia (Graduação em Fisioterapia), Centro Universitário de João Pessoa – UNIPÊ.

SBM – Sociedade Brasileira de Mastologia. 7ª Reunião Nacional de Consenso. **Biópsia do linfonodo sentinela no câncer de mama.** Salvador, 2000.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, 2009; 25(6): 1285-1296.

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

SMELTZER, S. C. O.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

TAVARES, J. S. C. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Cadernos de Saúde Pública.** v.21, n.2, p. 426-435, Rio de Janeiro, mar/abr 2005.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, 2003, 49(4): 227-238.

TRAVASSOS, C.; WILLIAMS, D. R. The concept and measurement of race and their relationship to public health; a review focused on Brazil and United States. **Caderno de Saúde Pública**, 2004; 20(3): 660-678.

TRUFELLI, D. C.; MIRANDA, V. da C.; SANTOS, M. B. B. dos; FRAILE, N. M. P.; PECORONI, P. G.; GONZAGA, S. de F. R.; RIECHELMANN, R.; KALIKS, R.; DEL GIGLIO, A. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira.** v.54, n.1, p. 72-76, São Paulo, Jan./Fev. 2008.

VERJOVSKY, M. Hipertensão e Câncer. Estudo da UFRJ identifica esta associação em 50% de mulheres com câncer de mama. **Onconews**, 2011. Disponível em: <http://www.oncobiologia.bioqumed.ufrj.br>. Acesso em: 29 mai. 2012.

VIANA, J. de M.; CAMPOS, L. A. L. **Câncer de mama e mastectomia:** cenário de atuação de enfermeiros. 2009. Disponível em: <http://www.webartigos.com>. Acesso em: 02 mai. 2012.

WÜNSCH FILHO, V.; ANTUNES, J. L. F.; BOING, A. F.; LORENZI, R. L. Perspectivas da investigação sobre determinantes sociais em câncer. **Physis: Revista de saúde coletiva.** v.18, no.3, p. 427- 43, Rio de Janeiro, Set. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br>. Acesso em: 23 abr. 2012.

ZELMANOWICZ, A. de M. **Câncer de mama.** 2010. Disponível em: <http://www.abcdasaude.com.br>. Acesso em: 02 mai. 2012.

APÊNDICE

APÊNDICE A - PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO CLÍNICO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ATENDIDAS NO HOSPITAL DE ONCOLOGIA DO SERIDÓ/RN

FICHA DE COLETA DOS DADOS

1) PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

a) Pacientes (iniciais):_____
b) Prontuário:_____
c) Endereço:_____
d) Idade:_____
e) Data de Nascimento___/____/_____
f) Sexo M ( ) F ( )
g) Cor: branca ( ) parda ( ) negra ( ) vermelha ( ) amarela ( ) não informado ( )
h) Estado civil: ( ) solteira ( ) casada ( ) união consensual ( ) viúva
( ) outros ( ) não informado
i) Ocupação profissional:_____
j) Escolaridade: ( ) analfabeto ( ) 1° grau completo ( ) 1° grau incompleto
( ) 2° grau completo ( ) 2° grau incompleto ( ) superior completo
( ) superior incompleto ( ) não informado

2) ANTECEDENTES

a) Diabetes ( ) Sim ( ) Não
b) Hipertensão ( ) Sim ( ) Não
c) Alergia ( ) Sim ( ) Não
d) Quais_____
e) Unidade de origem:_____
f) Município:_____

3) PERFIL CLÍNICO

3.1 DIAGNÓSTICO DE TRATAMENTOS ANTERIORES

( ) Sem diagnóstico/sem tratamento ( ) Com diagnóstico/com tratamento
( ) Com diagnóstico/sem tratamento ( ) Outros

Diagnóstico provável:_____
Diagnóstico definitivo: localização anatômica_____
Tipo histológico:_____

3.2 EXTENSÃO DA LESÃO

Localização:_____
Metástase regional ( )
Metástase à distância ( )
Disseminada – Cárias pontos de metástases ( )

4) BASE DIAGNÓSTICA

Histológico ( )
Citológico ( )
Imagem ( )
Paciente CI. ( )
Outros ( )
Data de diagnóstico: ____/____/_____

Estadiamento Clínico	Estadiamento histopatológico
T_____ N_____ M_____	PT_____ PN_____ PH_____
Estádio:_____	Estádio:_____

4.1 PRIMEIRO TRATAMENTO REALIZADO NO HOSPITAL

( ) Não realizado
( ) Radioterapia_____ ___/___/____
( ) Cirurgia. Qual? _____ ___/___/____
( ) Quimioterapia ___/___/____
( ) Imunoterapia ___/___/____
( ) Hormônioxurgam _____ ___/___/____
( ) Outros _____ ___/___/____

ANEXOS

ANEXO A – PARTE I

Liga Contra o Câncer

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA
E EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Natal, 03 de Novembro de 2011.

Parecer Consubstanciado Nº. 186/186/2011.

Protocolo de Estudo: "Perfil sócio-demográfico e clinico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó".
Pesquisadora responsável: Jânia de Faria Neves
Pesquisadora responsável na Liga: Myrza Maria P. Revoredo
Pesquisador envolvido: Francisco das Chagas Medeiros
Documentos presentes:

- Carta de Submissão;
- Folha de Rosto;
- Proposta do Projeto;
- Carta de dispensa de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- Projeto de Pesquisa

Parecer: Será realizada na Unidade IV da Liga. O objetivo do estudo consiste em analisar o perfil sócio-demográfico e clínico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó. Está pesquisa trará para a comunidade científica, importantes dados sobre o perfil clínico e sócio-demográfico das pacientes mastectomizadas. Identificando fatores importantes que de certa forma possam contribuir para uma reabilitação dessa paciente pós-mastectomia. A coleta de dados se dará através de prontuários no período de 01 de janeiro de 2012 a 31 de janeiro de 2012. O pesquisador garante a confidencialidade dos dados obtidos nos prontuários. Não possui risco ao sujeito da pesquisa. Portanto, este Comitê de Ética da Liga Norte Riograndense após reunião realizada em 31/10/2011, expressa o seu parecer a este estudo **APROVADO.**

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, através do "Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa" e resolução 196/96 do CNS o pesquisador responsável deverá:

ANEXO A – PARTE II

Informações ao pesquisador: segundo a Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP, através do "Manual Operacional para Comitês de Ética em Pesquisa" e resolução 196/96 do CNS o pesquisador responsável deverá:

1. Entregar ao sujeito da pesquisa uma cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE, na íntegra, por ele assinada (Res. 196/96 – CNS);

2. Desenvolver a pesquisa conforme foi delineada no protocolo aprovado (Res. 196/96 – CNS);

3. Apresentar ao CEP/LNRCC eventuais emendas ou extensões ao protocolo original, com justificativa;

4. Apresentar ao CEP/LNRCC relatório parcial (a cada 6 meses) e final após conclusão da pesquisa.

OBS: Informamos também que nenhum dos pesquisadores envolvidos no estudo participou e também não aprovou ou expressou sua opinião através de procuração a membros do CEP para análise, aprovação ou não, dos documentos referidos.

Dr. Edilmar de Moura Santos
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Liga Norte Riograndense Contra o Câncer

ANEXO B

Liga Contra o Câncer

LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER
DEPARTAMENTO DE ENSINO, PESQUISA
E EDUCAÇÃO COMUNITÁRIA
COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

Natal, 28 de Outubro de 2011.

DECLARAÇÃO

Referência: **"Perfil sociodemografico e clinico das mulheres mastectomizadas atendidas no Hospital de Oncologia do Seridó".**

Pesquisadora Responsável: Jânia de Faria Neves
Pesquisador envolvido: Francisco das Chagas Medeiros

O Comitê de Ética na Pesquisa da LIGA NORTE RIOGRANDENSE CONTRA O CÂNCER, declara para os devidos fins que se fizerem necessários que o referido estudo foi recebido e será analizado pelo CEP no dia 06 de dezembro de 2011.

Edilmar de Moura Santos
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da
Liga Norte Riograndense Contra o Câncer

Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/LNRCC
Rua Dr. Mário Negócio, 2267. Quintas. Natal/RN
Fone: (84) 4009-5494
E-mail: biblioteca@liga.org.br