

MIGUEL NEI SANTIAGO DIAS

**O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DO CÂNCER DE MAMA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

**CONSELHEIRO LAFAIETE /MINAS GERAIS
2009**

MIGUEL NEI SANTIAGO DIAS

**O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DO CÂNCER DE MAMA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr^a Celina Camilo de Oliveira.

**CONSELHEIRO LAFAIETE /MINAS GERAIS
2009**

MIGUEL NEI SANTIAGO DIAS

**O ENFRENTAMENTO DA PROBLEMÁTICA DO CÂNCER DE MAMA NA
ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família, Universidade Federal de Minas Gerais, para obtenção do Certificado de Especialista.

Orientadora: Dr^a Celina Camilo de Oliveira.

Banca Examinadora

Prof. Dr^a Dayse Maria Xavier de Abreu
Prof. Dr^a Suelene Coelho

Aprovada em Belo Horizonte, Janeiro de 2010.....

Este trabalho é dedicado

À minha esposa Mara e aos meus filhos Adriano, Marcela e Rayssa, que me incentivaram em todos os momentos da minha formação.

Agradeço aos nossos colegas de equipe, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, pacientes e familiares que compreenderam a necessidade de dedicarmos tanto tempo a este projeto.

Se você conhece o inimigo e conhece a si mesmo, não precisa temer o resultado de cem batalhas. Se você se conhece, mas não conhece o inimigo, para cada vitória sofrerá uma derrota. Se você não conhece o inimigo nem a si mesmo, perderá todas as batalha (Sun Tzu)

RESUMO

Entre as enfermidades presentes no cenário mundial e nacional, o câncer de mama se destaca pelo seu caráter letal e muitas vezes mutilador. Considerando que a sua identificação ainda nos estágios iniciais pode resultar em chances maiores de cura, o presente trabalho visa destacar o papel das equipes do Programa Saúde da Família (PSF) no que diz respeito ao diagnóstico precoce e ao apoio tanto à paciente quanto à família nos tratamentos administrados. É importante que a paciente se conscientize quanto à validade de implementar medidas preventivas tais como o auto exame, a visita anual ao ginecologista e a realização de exames como o ultrassom e a mamografia. Essas medidas podem salvar uma vida e devem ser amplamente divulgadas entre a comunidade na qual a equipe de PSF se encontra. Partindo de um estudo bibliográfico, o trabalho visa destacar questões de suma importância, ressaltando a incidência, os sintomas e os tratamentos possíveis, além de destacar o importante papel dos profissionais de saúde diretamente envolvidos nesse processo.

Palavras-chave: Câncer de Mama; Programa Saúde da Família; Saúde da mulher.

ABSTRACT

Among the existing illnesses around the world and the country, the breast cancer stands out for its lethal character and mutilation power. Considering that her identification still in the initial apprenticeships it can result in larger chances of cure, the present work seeks to detach the paper of the teams of the Family Health Program (PSF) in what concerns the precocious diagnosis and the so much support to the patient as the family in the administered treatments. It is important that the patient becomes aware as the validity of implementing such preventive measures as the solemnity exam, the annual visit to the gynecologist and the accomplishment of exams as the ultrassom and the mamografia. Those measured they can save a life and they should be published thoroughly among the community in the which the team of PSF is. Leaving of a bibliographical study, the work seeks to detach subjects of addition importance, emphasizing the incidence, the symptoms and the possible treatments, besides detaching the professionals' of health important paper directly involved in that process.

Key words: Breast Cancer; Family Health Program; Women's Health.

LISTA DE SIGLAS

ACS = Agente Comunitário de Saúde

AVC = Acidente Vascular Cerebral

AVD = Atividades da Vida Diária

CA = Câncer

CAPS = Centro de Apoio Psicossocial

HIPERDIA = Hipertensão e Diabetes

PSF = Programa Saúde da Família

SUS = Sistema Único de Saúde

VD = Visita Domiciliar

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 Mapa contextual	10
1.2 Mapa conceitual	14
1.3 Justificativa	14
1.4 Objetivos	15
1.5 Metodologia	16
2 CÂNCER DE MAMA	17
2.1 Incidência, sintomas e diagnóstico	17
2.2 Tratamentos	27
3 O APOIO DOS PROFISSIONAIS DO PSF ÀS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA	35
3.1 A contribuição da equipe do PSF no enfrentamento do CA de Mama	36
3.2 O campo de atuação da equipe de profissionais do PSF	39
CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	43

1 INTRODUÇÃO

Minha inserção no Programa Saúde da Família (PSF) ocorreu no ano de 2000, atendendo a um convite.

Na época eu não conhecia o funcionamento do PSF e não tinha pretensões maiores, a não ser atender a um pedido do Secretário de Saúde para compor uma equipe de saúde da família em um território do município de Conselheiro Lafaiete. No entanto, com o passar do tempo comprovei que os ganhos pessoais e profissionais foram relevantes. Com essa experiência adquiri conhecimentos novos e passei a ter uma visão completamente diferente da que possuía inicialmente no que se refere à atenção básica. Compreendi o funcionamento e a importância de um trabalho em equipe bem estruturado e passei a ter uma visão mais ampla e real sobre o território, conhecendo a comunidade em foco.

A partir das experiências vivenciadas abandonei o modelo hospitalocêntrico em que atuava, assumindo um modelo centrado no paciente, compreendendo o real significado de um atendimento humanizado. Compreendi o efeito de um bom acolhimento, do trabalho em equipe, das dinâmicas das visitas domiciliares e o conhecimento da comunidade. Este elenco de conceitos são, hoje, para mim preceitos essenciais para o bom funcionamento e eficácia do PSF. Já se passaram dez anos e não consigo me ver longe do atendimento a essa comunidade.

Natural de Conselheiro Lafaiete, identifiquei-me, rapidamente, com a população local. A partir da vivência profissional nesta equipe percebi que os maiores problemas encontrados em nossa área eram aqueles ligados a causas respiratórias, cardiovasculares, bem como a alta incidência de câncer de mama em mulheres, além de problemas sociais; pressupostos que justificaram a escolha da incidência do câncer de mama como tema para o Trabalho de Conclusão de Curso.

1.1 Mapa contextual

Conselheiro Lafaiete é um município do estado de Minas Gerais, com população estimada em 113.000 habitantes (Censo de 2006), o que a inclui no elenco das cidades mais populosas do estado. De acordo com Pironi (2002),

O município se encontra situado na Região Metalúrgica e Campos das Vertentes, na macrorregião de Belo Horizonte, numa altitude máxima de 1.157 metros acima do nível do mar. O município é divisor de duas grandes bacias hidrográficas, a do Rio Doce e a do Rio São Francisco, ocupando uma área de 375 km² de extensão. (PIRONI, 2002, p. 20).

"O nome de Conselheiro Lafaiete passou a vigorar a partir de 27 de março de 1934, em homenagem a Lafayette Rodrigues Pereira, quando se comemorava o centenário de seu nascimento" (SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA, 2002, p. 6). Este filho ilustre foi ministro em 1883 e um dos mais importantes conselheiros do Imperador D. Pedro II, revelando-se um grande "jurisconsulto, político e homem de estado." (PIRONI, 2002, p. 29).

A cidade possui diversas indústrias de pequeno porte e mais de 3.000 lojas. De acordo com dados disponibilizados pela Prefeitura Municipal, Conselheiro Lafaiete tem uma arrecadação municipal de aproximadamente R\$ 80,2 milhões/ano. As principais rodovias de acesso são: BR 040, BR 482, MG 059 e MG 119. O município faz divisa com as cidades de Congonhas, Ouro Branco, Itaverava, Santana dos Montes, Cristiano Ottoni e Queluzito.

O serviço de saúde municipal atende a 20 municípios da região, contando com 23 PSFs espalhados pelos bairros e localidades, sendo que, infelizmente, alguns deles ainda se encontram em condições precárias e de baixa resolutividade. A cidade conta ainda com uma rede composta de um Pronto Atendimento, 04 hospitais, serviços de fisioterapia, fonoaudiologia, odontologia, CAPS (Centro de Apoio Psicossocial) e atendimentos de psicologia geral e infantil.

Em Conselheiro Lafaiete as 23 Equipes de Saúde da Família vêm atuando de forma contínua e coordenada, desenvolvendo ações preventivas, buscando a integralidade do atendimento visando acompanhar as pessoas sadias para que mantenham essa condição, bem como ajudando na recuperação dos enfermos.

Em cumprimento das normas estabelecidas pelo Ministério da Saúde, as equipes dos PSFs são constituídas por um médico de família ou generalista, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e seis agentes comunitários de saúde (ACS). Através de visitas, os agentes cadastram as famílias identificando aquelas que necessitam de maior atenção.

O PSF é a porta de entrada para o sistema de atendimento à saúde do município. Isso significa que quando uma pessoa precisar de atendimento médico ou de enfermagem, orientação ou qualquer necessidade

referente à saúde deve primeiramente procurar a unidade do PSF a que pertence. Já os casos de urgência/emergência serão atendidos no Pronto Atendimento da Policlínica Municipal, que funciona 24 horas. As unidades do PSF funcionam de segunda a sexta-feira de 7 às 17 horas. (SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONSELHEIRO LAFAIETE, 2002, p. 1-2).

O Programa Saúde da Família é um modelo de assistência que tem como prioridade atender as necessidades básicas de saúde do indivíduo dentro de uma área de atuação definida.

O território do PSF do Bairro Museu é de localização central, abrangendo também a periferia mais próxima. A unidade básica está localizada na Rua Quincas Alves nº 353 - Centro - Fone: (31) 3769-2522. Faz limite na parte superior com o Conselho Tutelar, ao lado direito residência, ao lado esquerdo com o Centro de Convivência do Idoso e pela frente com a Rua Quincas Alves. Abrange 06 micro áreas com 4.200 pessoas; 1.000 famílias e aproximadamente 80 ruas. Fazem parte do PSF Museu os bairros Arcádia, Morada do Sol, Boa Vista, Chapada, Quinta das Flores, Manoel Correa, parte do Santo Antônio e ruas do centro.

A unidade do PSF/Museu foi inaugurada em 1998 com a participação de autoridades locais e lideranças das associações dos bairros. A equipe do PSF/Museu é composta pelo médico Dr. Miguel Nei Santiago Dias; enfermeira Letícia Rivelli de Oliveira; auxiliar de enfermagem Márcia Balbina da Silva e pelos agentes Valério Félix de Toledo, Fernanda Rodrigues Pinto, Daniela Aline da Silva Santos, Glênia Cristina do Nascimento, Patrícia Adriana da Silva e Rosângela Alves Pereira da Cruz. Seu funcionamento é das 7 às 17 horas.

Os bairros da região central são: Santo Antônio, Museu, Quinta das Flores, Chapada e algumas ruas do centro. Alguns bairros recebem a classificação de risco 3 e 4, conforme critérios da prefeitura Municipal, que incluem diversos aspectos de infraestrutura, condições físicas e qualidade de vida.

As ruas são pavimentadas com água encanada, luz elétrica, com várias escolas, ginásios, casas comerciais, igrejas e áreas de lazer, com renda *per capita* maior, sendo de R\$ 600,00 por pessoa.

De acordo com a Prefeitura Municipal, a região mais central é composta pela população mais antiga da cidade, classe média alta e 95% dos jovens frequentam a escola. Ocorre o predomínio de uma população feminina numa faixa etária de 20 a 29 anos.

Na periferia se destacam os bairros Arcádia, Morada do Sol e Manoel Correa, cujo risco é grau 2. Alguns locais desses bairros ainda não têm infra-estrutura: as ruas não são pavimentadas, algumas têm esgoto a céu aberto e falta água em alguns locais. A

frequência nas escolas é de 75% e a renda *per capita* é baixa, sendo em média R\$ 225,00. O predomínio da população é de jovens e do sexo masculino. A região possui poucos comércios, poucas escolas, algumas igrejas e um campo de futebol. O seu acesso ao posto é dificultado pela distância e, devido ao relevo, as visitas domiciliares são prejudicadas em dias chuvosos. O transporte coletivo passa perto do posto em horários marcados.

Ainda de acordo com a informação verbal da Prefeitura Municipal, essas divisões de bairros para compor as microrregiões estão sendo revisadas para melhor distribuição e acesso da população aos postos de PSF.

A rotina diária do PSF/Museu tem as suas escalas elaboradas pela enfermeira coordenadora e o atendimento na recepção, arquivos e visitas à comunidade são previamente organizados.

As agentes comunitárias de saúde são funcionárias efetivas mediante concurso público realizado no ano de 2005, o que melhora o rendimento do trabalho desenvolvido em virtude da criação de vínculos entre elas e a população que recebe os serviços.

Os principais problemas encontrados pelos profissionais envolvidos são: (a) a baixa adesão ao tratamento por parte dos pacientes portadores de diabetes e hipertensão; (b) o não entendimento do funcionamento do sistema do PSF pela comunidade; (c) grande número de pacientes com úlcera de perna infectada; (d) sequelas de AVC (Acidente Vascular Cerebral) e (e) câncer de mama.

Como medidas de erradicação dos problemas identificados foram realizados cadastramentos de pessoas portadoras de hipertensão e diabetes em grupos de hiperdia. Além disso, são periodicamente programadas consultas, palestras, mapeamento de pressão arterial, glicemia, assistência com nutricionista e distribuição de medicamentos. No que diz respeito às úlceras de perna são programadas visitas com auxiliar de enfermagem, enfermeira e médicos, visando o controle diário bem como a realização de curativos. Quanto aos casos de AVC, são realizadas atividades de fisioterapia e controle médico diário. Quanto aos casos de câncer de mama, são organizadas palestras, consultas agendadas com mastologista, disponibilização de um maior número de mamografias, ultrassonografias e conscientização da população pelos médicos e profissionais envolvidos.

Após a implantação das medidas supracitadas, a equipe já pode comprovar uma diminuição dos casos citados. Tais evidências corroboram as ponderações de Duncan *et al.* (2004, p. 496) a saber:

Atividades preventivas fazem parte do ofício de todo profissional de saúde. Cada médico pode influir, por meio de conselhos e, às vezes, de terapias, no perfil de risco de seus pacientes. A longo prazo, é possível que

essas ações tenham impacto maior na saúde de muitos pacientes do que o manejo de suas queixas imediatas. (DUNCAN *et al.*, 2004, p. 496).

Vale ressaltar que a área destinada ao atendimento é ampla, comportando bem a demanda. O PSF/Museu é elogiado pela população em rádios e programas na emissora de TV local. A equipe sente-se privilegiada em termos de localização geográfica e em recursos. As eventuais faltas de materiais e/ou medicamentos são informadas aos órgãos competentes e prontamente sanadas.

1.2 Mapa conceitual

O Curso de Especialização à Distância é uma alternativa estratégica de contribuição para a consolidação do SUS (Sistema Único de Saúde). Sob este enfoque, o curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família/Educação à Distância, tem por objetivo a formação de profissionais de saúde vinculados ao Programa de Saúde da Família como especialistas, atendendo a parâmetros de escala no atendimento à demanda de formação.

Conforme destacado por Nescon (2009, p. 14),

A estratégia de educação a distância se instituiu no cenário internacional como chave no princípio de democratização da educação, surgindo para superar distâncias geográficas. A aprendizagem em educação a distância parte do contexto de inserção do aluno adulto, capaz de ser sujeito de seu próprio processo de aprendizagem, processo esse que desenvolverá ao longo de sua vida. (NESCON, 2009, p. 14).

Considerando essa modalidade de ensino e relacionando-a com a realidade vivenciada pelos profissionais da área de saúde, verifica-se uma eficácia ainda maior, uma vez que a jornada de trabalho, as atividades desenvolvidas e a dedicação exigidas muitas vezes impossibilitam o deslocamento constante e diário para as salas de aula convencionais. Dessa forma, torna-se possível a formação e especialização do profissional em pauta tendo como base altos parâmetros de qualidade e viabilidade.

1.3 Justificativa

Partindo do pressuposto da seriedade do câncer de mama, bem como da incidência observada na comunidade específica do PSF/Museu, o presente trabalho justifica-se como oportunidade de discussão com vistas a ressaltar para os profissionais envolvidos a importância de se implementar ações de prevenção e tratamento precoce da

enfermidade em questão, considerando-se as probabilidades de eficácia tão logo tais medidas sejam colocadas em ação.

"A cada mês surgem dois novos casos de câncer em Lafaiete." (GOMES, 2009, p. 18). Sob este enfoque, é imprescindível adotar medidas de conscientização que incluam a adoção de hábitos saudáveis de vida aliada às estratégias para detecção precoce do câncer.

Conforme abordado por Silva *et al.* (2009, p. 6), "a falta de conscientização por parte das mulheres da importância da realização dos exames para detecção do câncer de mama, tem sido considerada a principal causa da alta incidência de óbitos por esta neoplasia." Partindo dessa premissa, é essencial que a unidade do PSF/Museu, tendo em vista os pressupostos básicos da Atenção Básica em Saúde da Família invista em ações de conscientização, prevenção e tratamento imediato dos casos de câncer de mama detectados.

Duncan *et al.* (2004, p. 79) comenta a respeito desses pressupostos norteadores, a saber: "a atenção primária é entendida como uma forma de organização dos serviços de saúde, uma estratégia para integrar todos os aspectos desses serviços, a partir de uma perspectiva da população." Neste contexto, a realização de serviços preventivos é uma estratégia de ação que deve ser constantemente observada e atualizada.

Em suma, o presente estudo faz-se essencial para ratificar os objetivos básicos a serem alcançados pela equipe multidisciplinar envolvida, ressaltando a eficácia das ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama.

1.4 Objetivos

Objetivo geral

Demonstrar a importância do trabalho da equipe do PSF na prevenção do câncer de mama e encaminhamento para o tratamento precoce.

Objetivos específicos

- Estudar a forma de preparar a equipe para a promoção da saúde e o enfrentamento do problema de prevenção do câncer de mama na área de abrangência.
- Ressaltar a importância da visita anual ao ginecologista, visando a prevenção ou identificação precoce do problema.

- Estudar o câncer de mama para criar estratégias de prevenção no PSF.

1.5. Metodologia

Trata-se de um trabalho de pesquisa bibliográfica sobre o tema câncer de mama e a sua aplicabilidade no trabalho da equipe de saúde da família.

Constou do exame de literatura científica para levantamento e análise de livros e artigos já publicados.

Foi realizada pesquisa no período de 2006 a 2009 e as diversas informações foram articuladas e analisadas pelo autor deste TCC

2 CÂNCER DE MAMA

2.1 Incidência, sintomas e diagnóstico

O câncer de mama é uma enfermidade que atinge um alto número de mulheres, resultando em comprometimento físico, emocional e social. Em virtude da sua grande taxa de incidência, é fundamental que suas formas de diagnóstico, sintomas e estratégias de tratamento sejam amplamente divulgadas na comunidade para que todas as pessoas participem, ao seu nível, no trabalho de promoção da saúde, prevenção da doença e tratamento precoce. Neste aspecto, o papel desempenhado pelas equipes dos PSFs deve ser encarado como uma das principais estratégias de intervenção possíveis.

De acordo com Bennett e Plum (1997) *apud* Silva *et al.* (2009, p. 2),

o termo câncer, descreve uma classe de doenças caracterizadas pelo crescimento descontrolado de células aberrantes. Os cânceres matam pela invasão destrutiva de órgãos normais por extensão direta e disseminação para pontos distantes através do sangue, da linfa ou das superfícies serosas. Todos os cânceres invadem ou metastatizam, mas cada tipo específico tem características biológicas e clínicas singulares que precisam ser avaliadas para o apropriado diagnóstico, tratamento e estudo. (...) O câncer de mama é uma doença heterogênea e complexa, como observado pelas múltiplas formas de apresentação clínica e morfológica, bem como pelas diferenças na pré e pós-menopausa, pelos diferentes graus de agressividade tumoral e pelo potencial metastático. A maioria dos tumores é monoclonal na origem, ou seja, o evento neoplásico ocorre em uma única célula que desenvolve expansão clonal. Durante esse crescimento se estabelece uma progressiva instabilidade genética, gerando uma alta taxa de mutações e resultando numa população tumoral heterogênea, multiclonal, que se expressa com diferenciações quanto ao potencial metastático, antigenicidade, receptores hormonais, quimiosensibilidade e outros. (BENNETT; PLUM, 1997 *apud* SILVA *et al.*, 2009, p. 2).

"Ao que tudo indica, o câncer de mama é o resultado da interação de fatores genéticos com estilo de vida, hábitos reprodutivos e o meio ambiente, conhecidos como fatores de risco." (O CÂNCER, 2009, p. 1).

A alta incidência do câncer de mama exigiu ações em prol do controle e erradicação da doença, culminando em ações efetivas como o Pacto pela Vida, que entre

outras metas estabelece a ampliação para 60% da cobertura de mamografia, além da realização de punção em 100% dos casos em que se fizerem necessários, conforme especificados na Portaria nº 399/06.

Com respeito a relação entre incidência e faixa etária relacionada, pode-se afirmar que

Menos de 1% de todos os cânceres de mama ocorrem em mulheres com menos de 25 anos de idade. Entretanto, após os 30 anos de idade há um nítido aumento da incidência de câncer de mama. O histórico familiar constitui o fator de risco mais importante, entretanto, o risco não é significativamente aumentado em mulheres cujas mães ou irmãs tiveram câncer de mama após a menopausa, enquanto que as mulheres cujas mães ou irmãs tiveram câncer de mama bilateral na pré-menopausa possuem um risco de 40 a 50%. Se a mãe ou irmã da paciente teve câncer de mama unilateral na pré-menopausa, seu risco de desenvolver câncer de mama é de aproximadamente 30%. (BEREK *et al.*, 1998 *apud* SILVA *et al.*, 2009, p. 5).

Informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional, disponíveis para 16 cidades brasileiras, mostram que na década de 90, este foi o câncer mais frequente no país. As maiores taxas de incidência foram observadas em São Paulo, no Distrito Federal e em Porto Alegre. Além disso, o câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres, registrando-se uma "variação percentual relativa de mais de 80 % em pouco mais de duas décadas: a taxa de mortalidade padronizada por idade, por 100.000 mulheres, aumentou de 5,77 em 1979, para 9,74 em 2000." (O CÂNCER, 2009, p. 1).

O aumento na incidência de câncer de mama pode ser atribuído "a mudanças sociodemográficas e acessibilidade aos serviços de saúde." (GODOY, 2006, p. 105). Além disso, alguns outros fatores podem ser mencionados tais como: "o retardamento no diagnóstico e na instituição de terapêutica adequada." (CÂNCER, 2009, p. 2).

Segundo informações disponibilizadas pelo INCA *apud* Silva (2009, p. 1) "no Brasil, o câncer de mama é o que mais causa mortes entre as mulheres."

No Brasil, são esperados 49.400 novos casos em 2010, com risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres. Embora seja considerado um câncer de bom prognóstico, trata-se da maior causa de morte entre as mulheres brasileiras, principalmente na faixa entre 40 e 69 anos, com mais de 11 mil mortes/ano (2007). Isso porque na maioria dos casos a doença é diagnosticada em estádios avançados. (CÂNCER, 2009, p.1).

De acordo com Carvalho *et al.* (2006, p. 19), o câncer de mama é

um dos tumores que possuem as mais altas taxas de incidência no mundo e assusta as mulheres, pois caminha com a possibilidade da mastectomia (...) O câncer de mama muitas vezes se apresenta como uma massa dura e irregular que, quando apalpada, se diferencia do resto da mama, pela sua consistência. (CARVALHO *et al.*, 2006, p. 19-20).

Esse processo ocorre em função de divisões desordenadas de reprodução no processo de divisão celular. "Como consequência desse processo desordenado de multiplicação e crescimento desordenado das células, ocorre um desequilíbrio na formação dos tecidos do corpo, no referido local, formando o que se conhece como tumor ou câncer". (CARVALHO *et al.*, 2006, p. 20). De acordo com Silva *et al.* (2009, p. 3) "quando atinge o limiar de detecção clínica, em torno de 1 cm, o tumor apresenta uma massa celular de aproximadamente 10⁹ células e pesa cerca de 1g, tendo duplicado 30 vezes em média, com um tempo médio de duplicação que varia de 30 a 200 dias." 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.

Alguns pormenores quanto à hereditariedade são essenciais para o esclarecimento e acompanhamento clínico, a saber:

Todos os cânceres de mama têm origem genética. Acredita-se que 90%-95% deles sejam esporádicos (não-familiares) e decorram de mutações somáticas que se verificam durante a vida, e que 5%-10% sejam hereditários (familiares) devido à herança de uma mutação germinativa ao nascimento, que confere a estas mulheres suscetibilidade ao câncer de mama. Qualquer história familiar (parente de primeiro grau, como mãe e irmã) especialmente bilateral e na pré-menopausa aumenta o risco geral de ocorrência. Esse risco não é aumentado em mulheres cujas mães ou irmãs tiveram câncer de mama após a menopausa. Caso a história familiar de neoplasia na mama seja bilateral pré-menopausa o risco chega a 40-50%, se a mãe ou irmã teve câncer unilateral o risco é de aproximadamente 30%. (SILVA *et al.*, 2009, p. 2).

Conforme destaca o INCA *apud* Duncan *et al.* (2004), a incidência do câncer de mama é diferenciada dependendo da região e dos países analisados.

No Brasil, os óbitos por câncer de mama representam 16% da mortalidade por neoplasias malignas entre as mulheres, ou 2,3% de todas as causas de morte. Em certas regiões brasileiras (Sudeste e Sul), o câncer de mama é a maior causa de morte por neoplasia entre as mulheres. O carcinoma de mama, no Rio Grande do Sul, é a neoplasia mais diagnosticada depois do câncer de pele, superando o câncer de colo uterino, tumor mais frequente em outros estados. (...) Esses dados, alertam para um problema de saúde pública que exige programas especiais principalmente no nível primário. Esses programas devem incluir identificação de grupos de alto risco, difusão da prática do auto-exame das mamas e melhoria do acesso a exames de imagem (mamografia e ecografia mamária) e de investigação invasiva (biópsias aspirativas e por fragmento sob ecografia), com vistas ao diagnóstico precoce. (INCA *apud* Duncan *et al.*, 2004, p. 435).

Ainda com respeito à incidência do câncer de mama no Brasil, INCA *apud* Gebrim e Quadros (2006, p. 1) esclarecem que "tanto a incidência como a taxa bruta de mortalidade vem apresentando aumento significativo nas últimas décadas, com

crescimento de 76% entre os anos de 1979 e 2004, passando de 5,7 para 10,1 mortes por 100.000 mulheres."

INCA *apud* Silva *et al.* (2009, p. 1) informa que "durante o período de 1979 à 1998, foram registrados no Brasil, um total de 743.802 óbitos por neoplasias ocorridas no sexo feminino, dentre os quais 108.994 óbitos referem-se à neoplasia de mama."

Especificamente sobre a incidência em Minas Gerais e na cidade de Conselheiro Lafaiete, Gomes (2009, p. 18) adverte que "em Minas Gerais, foram previstos 4 mil e 200 casos novos, sendo 860 em Belo Horizonte. Em Conselheiro Lafaiete, chegamos a uma estimativa de dois novos casos por mês". A Dr^a Ana Lúcia R.R. Gomes frisa ainda que um dos fatores de maior risco é o aumento da idade e faz ainda um lembrete importante a saber: "No Brasil e nos países de alta incidência, a faixa etária mais acometida é de 55 a 65 anos (...) Toda mulher deve procurar seu médico ginecologista pelo menos uma vez por ano; exames preventivos podem salvar uma vida." (id: 2009, p. 18).

INCA *apud* Gebrim e Quadros (2006) ainda admoestam que

Considerando a incidência do carcinoma de mama por regiões e excluindo os tumores de pele não melanoma, a neoplasia de mama é a mais frequente na região Sudeste, com 73 casos novos por 100.000 mulheres, assim como nas regiões Sul (71/100.000), Centro-Oeste (38/100.000) e Nordeste (27/100.000). Na região Norte é o segundo tumor mais incidente, com 15 casos novos por 100.000 mulheres. Entre as principais capitais do país, São Paulo, com 6.170 casos novos, Rio de Janeiro, com 1.230 casos e Porto Alegre, com 1.170 casos novos são os locais onde a incidência do câncer de mama é maior. Tal fato deve-se, além da maior prevalência de fatores de risco nessas cidades, ao atendimento de pacientes advindas de cidades do interior e mesmo de alguns estados do Norte e Nordeste. As informações do DATASUS mostram que, no ano de 2004, São Paulo foi o estado que apresentou maior mortalidade em números absolutos, com 2.876 óbitos por câncer de mama. Em sequência, vieram Rio de Janeiro (1.406 óbitos), Rio Grande do Sul (893 óbitos) e Minas Gerais (734 óbitos). (INCA *apud* GEBRIM, QUADROS, 2006, p. 2).

Confirmando a alta taxa de incidência na região Sudeste, o Rio de Janeiro se apresenta em primeiro lugar neste triste *ranking*, conforme exposto a seguir:

Quase 8 mil casos de câncer de mama devem surgir até o fim de 2009 no Estado do Rio de Janeiro. Segundo o Instituto Nacional de Câncer (Inca), cerca de 1,8 mil mulheres morreram pela doença em 2007. Dados colocam o Rio como o primeiro no *ranking* de incidência desse câncer, seguido por Rio Grande do Sul e São Paulo. O vice-diretor do Hospital III do Inca, Carlos Frederico Lima, afirma que não há justificativas concretas para a alta nos números. Mas alguns fatores podem favorecer o aumento da incidência, como idade, sobrepeso e histórico familiar. (RIO, 2009, p. 1).

Enquanto se apresenta com perfil pré-invasivo, tanto o diagnóstico quanto o tratamento do câncer demonstram influência significativa no que tange à diminuição da mortalidade. Entretanto, quanto mais avançado for o estágio do câncer, a eficácia do

tratamento local se apresenta comprometida e com chances reduzidas. Advém daí a necessidade de um diagnóstico prévio, valendo-se dos procedimentos disponíveis. Conforme destacado no Documento Consenso (2009), o diagnóstico prévio "reduz o estresse da mulher quanto ao conhecimento do procedimento cirúrgico a que será submetida, otimiza o planejamento das atividades do centro cirúrgico, além de ser de custo inferior quando comparado a uma internação para biópsia cirúrgica convencional." (SILVA *et al*, 2009, p. 3).

De fato, se o câncer for detectado no início as chances de cura são maiores, visto ser possível implementar medidas para impedir a metástase, bem como os tratamentos são menos agressivos e mutilantes. Vale ressaltar que este estágio inicial pode durar meses ou anos e por este motivo, medidas preventivas como o auto-exame e a visita anual ao médico são essenciais. De fato, "o câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico desde que diagnosticado e tratado precocemente." (GEBRIM, QUADROS, 2006, p. 4).

No entanto, a experiência profissional mostra que, algumas mulheres ainda resistem em procurar uma unidade de saúde e um profissional competente a fim de realizar os exames necessários e esclarecer as dúvidas existentes. Entre os fatores que contribuem para este diagnóstico tardio, Prevenindo (2009) destaca os seguintes: pobreza de sinais e sintomas do câncer em sua fase inicial, enfatizando-se a ausência de dor local; pouca ênfase que se dá ao auto-exame e à mamografia de rotina; medo da mutilação acarretada pela mastectomia; desconhecimento das reais possibilidades de cura e do tratamento conservador; falta de acesso ou tempo prolongado de espera nas instituições públicas de saúde especializadas no tratamento do câncer e a dificuldade de se implementar programas voltados para o diagnóstico precoce.

Silva *et al.* (2009, p. 2) ressaltam que por ser o câncer de mama uma patologia de evolução lenta, "possui fases pré-clínicas detectáveis que possibilitam tratamento adequado e cura. A prevenção e o diagnóstico iniciam-se com a anamnese completa, que inclui o auto-exame das mamas, o exame clínico e a mamografia."

Quanto ao auto-exame, Carvalho *et al.* (2006, p. 23) ressaltam alguns pormenores essenciais ao realizá-lo, a saber: "procurar por deformações ou alterações no tamanho das mamas, aumento ou contração, ferida ao redor do mamilo, caroços nas mamas ou axilas, secreções nos mamilos." A essencial motivação quanto a realização do auto-exame pela paciente é evidenciado nos índices apontados por Duncan *et al.* (2004, p. 437) ao informar que "90% dos nódulos de mama são encontrados pela própria paciente. Portanto, parece óbvio que as mulheres sejam motivadas a examinar suas mamas em intervalos regulares e ensinadas a detectar alterações significativas."

" O exame detalhado é imprescindível para a formulação adequada das hipóteses diagnósticas. Uma anormalidade de mama visual ou palpável não pode ser tratada se não for primeiramente diagnosticada." (SILVA *et al.* 2009, p. 4). Desta forma, todas as mulheres devem ser estimuladas e conscientizadas a realizar o auto-exame periódico. As mulheres devem ser empoderadas desta capacidade de realizarem o auto-exame e desenvolverem corretamente a técnica apropriada.

É importante a periodicidade para a realização do auto-exame. Por este motivo ele deve ser realizado uma semana após o fluxo menstrual, ou numa data específica para o caso das mulheres que não menstruam. Nestes casos, o dia do mês correspondente ao aniversário pode ser uma alternativa eficaz.

O auto-exame deve observar alguns procedimentos específicos conforme abaixo referidos:

Fique em pé em frente ao espelho e olhe atentamente suas mamas. Comece a examiná-la. Observe as formas, a cor e a textura da pele. Levante os braços devagar olhando atentamente a imagem no espelho. Coloque a mão na cintura e examine novamente as mamas.

No chuveiro: levante o braço esquerdo e o coloque sobre a cabeça. Com a mão direita esticada examine a mama esquerda. Use as polpas dos dedos e não as pontas ou as unhas. Não faça o movimento de "pegar alguma coisa" mas sim de "sentir" a mama. Repita o movimento com a outra mama.

Após o banho: enxugue bem as mamas. Aperte gentilmente os mamilos (bico dos seios) e observe se sai algum líquido.

Em pé: eleve o braço direito e deslize os dedos da mão esquerda suavemente sobre a mão direita estendendo até a axila. Faça o mesmo na mama esquerda.

Deitada: coloque um travesseiro debaixo do lado esquerdo do corpo e a mão esquerda sob a cabeça. Com os dedos da mão direita, apalpe a parte interna da mama. Inverta a posição para o lado direito e apalpe da mesma forma a mama direita. Com o braço esquerdo posicionado ao lado do corpo, apalpe a parte externa da mama esquerda com os dedos da mão direita. (CARVALHO *et al.*, 2006, p. 23-26).

É óbvio que ao menor sinal de deformidade ou anormalidade detectado no auto-exame, deve-se procurar um médico imediatamente para que seja realizado uma boa avaliação clínica e os exames complementares pertinentes.

Nestes casos Duncan *et al.* (2004) adverte que sinais alarmantes devem ser observados quanto a assimetria, veias evidentes em um só lado, pele tipo "casca de laranja", depressões, retrações da papila e presença de crosta ou lesões na pele, nódulos, bem como dor unilateral em região mamária ou axilar.

Conforme destaca Gomes (2009),

Em quase todos os casos, há um crescimento das células epiteliais que revestem os ductos mamários. Os ductos e alvéolos mamários são os locais onde ocorre a formação e o armazenamento do leite materno, quando a mulher está em lactação. O principal sintoma clínico da doença

é a formação de um nódulo mamário, que pode ou não ser percebido pela própria paciente. Existem sinais iniciais da doença, como a formação de distorções e microcalcificações típicas, que são demonstradas pela mamografia e que podem ser tratados antes de sua evolução maior, com possibilidade de cura completa. (GOMES, 2009, p. 18).

Mais especificamente, a mulher deve estar constantemente atenta para os sinais e sintomas relacionados a seguir:

Nódulo ou massa mamária: é a principal queixa em mamária que leva as mulheres ao médico. Entretanto, 90% são causadas por alterações benignas. Massas de consistência de borracha e macias estão geralmente relacionadas com fibroadenomas em mulheres entre 20 e 30 anos e cistos em mulheres entre 30 e 40 anos, ambas alterações benignas. Nódulos malignos são geralmente solitários, discretos, duros, sem aumento de sensibilidade local, em uma única mama, podendo em alguns casos estar aderido à pele ou parede muscular localizada debaixo da mama.

Dor mamária: também chamada de mastalgia, é raramente associada com câncer de mama e está geralmente relacionada com alterações benignas pré-menopausa ou em mulheres na pós-menopausa recebendo reposição estrogênica. A dor nesses casos está presente juntamente com um inchaço mamário.

Eritema (vermelhidão da mama), edema (inchaço da mama), retração da pele ou do mamilo estão comumente associados com Ca de mama.

Secreção do mamilo: é considerada suspeita principalmente quando acompanhada de uma massa, vem de um único ducto, é espontânea e sanguinolenta. Na suspeita, faz-se mamografia e ductograma. Secreção verde ou preta e que vem de mais de um ducto habitualmente é normal. Em caso de secreção láctea bilateral deve-se procurar a causa da produção de prolactina. (CÂNCER, 2009, p. 1).

Duncan *et al.* (2004) ressaltam alguns aspectos que servem como parâmetros de certa forma norteadores quanto à identificação dos possíveis grupos de risco, a saber:

Antecedentes menstruais e/ou reprodutivos podem alterar o risco de uma mulher desenvolver câncer de mama. Esse risco é quase duas vezes maior em mulheres que tiveram menarca precoce ou menopausa tardia. Quanto à paridade, sabe-se que a incidência da doença é mais elevada nas nuligestas e em mulheres cuja primeira gravidez ocorreu depois dos 28 anos. Esses fatores de risco estão relacionados com o estado endócrino da paciente, mais especificamente com os níveis circulantes de "estrogênio disponível". Antecedentes familiares de câncer de mama (especificamente na mãe ou irmãs) e algumas doenças benignas da mama também ajudam a compor os grupos de maior risco. Estudos demonstram que dietas ricas em gordura podem estar relacionadas com a incidência aumentada de câncer de mama verificada em certas populações. (...) Os fatores ambientais são responsáveis por pelo menos 80% da incidência de câncer de mama, sugerindo uma menor participação da hereditariedade do que em outras doenças, como cardíacas, psiquiátricas, reumáticas e auto-imunes. (DUNCAN *et al.*, 2004, p. 435, 437).

Tais afirmações concordam com as explicações disponibilizadas pelo Programa (2009):

História familiar é um importante fator de risco para o câncer de mama, especialmente se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade. Entretanto, o câncer de

mama de caráter familiar corresponde a aproximadamente 10% do total de casos de cânceres de mama. A idade constitui um outro importante fator de risco, havendo um aumento rápido da incidência com o aumento da idade. A menarca precoce (idade da primeira menstruação), 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. (PROGRAMA, 2009, p.2).

Por sua vez, "mulheres que não praticam exercícios físicos, fazem uso de bebidas alcoólicas e se submetem a terapia de reposição hormonal estão no grupo de risco. Esses três fatores contribuem para que o câncer de mama se desenvolva." (RIO, 2009, p. 1).

"Embora o câncer de mama no início não apresente dor, qualquer sensibilidade dolorosa fora do período pré-menstrual deve ser relatada ao médico." (PREVENINDO, 2009, p. 4).

O sintoma ou queixa mais frequente é a presença de um nódulo indolor, daí a importância do auto-exame regular.

Segundo Prevenindo (2009, p. 3) "o sinal mais comum do câncer da mama é o aparecimento de um nódulo ou caroço, sobretudo quando não desaparece durante o ciclo menstrual e não muda de local quando apalpado." Vale lembrar que a maioria dos nódulos que aparecem na região mamária são tumores benignos, como por exemplo os cistos e os fibroadenomas, contudo só o médico poderá identificá-los e dar a orientação adequada. A grande preocupação, portanto, é com os tumores malignos, como o câncer de mama, que se desenvolvem sem provocar dor e por isso devem ser diagnosticados o mais precocemente possível a fim de possibilitar um tratamento curativo.

No entanto, "o exame das mamas realizado pela própria mulher não substitui o exame físico realizado por profissional de saúde (médico ou enfermeiro) qualificado para essa atividade." (PROGRAMA, 2009, p. 3). Além do auto-exame um outro recurso eficaz é a mamografia, aplicada aos casos de "lesões impalpáveis e na seleção de mulheres cujas mamas estejam aparentemente normais". Nos casos de mulheres com histórico familiar comprometedor, "os exames por imagem devem começar dez anos antes da idade com que seu familiar mais jovem teve câncer de mama." (DUNCAN *et al.*, 2004, p. 436-437).

O câncer de mama não dá sinal de existência nos estágios iniciais de desenvolvimento. "A aparência externa dos seios continua igual, não há dores, e nenhum tipo de mal-estar. Nesse momento, só mesmo os exames clínicos e a mamografia podem indicar o problema." (ESTATÍSTICAS, 2009, p. 1).

A eficácia desse exame é comprovada por Gebrim e Quadros (2006) ao afirmarem que "apesar de o rastreamento mamográfico permitir redução de mortalidade de até 18% nas mulheres com idade entre 40 e 50 anos, a redução supera 30% após os 50 anos e a relação custo benefício é mais favorável nesta população mais idosa." (GEBRIM; QUADROS, 2006, p. 5).

A eficácia da mamografia é ressaltada por Silva *et al.* (2009, p. 5) ao afirmar que "este exame identifica tumores dois anos antes de ser palpável por meio da presença de micro calcificações ou nódulos pequenos." Efetivamente, "quando o diagnóstico é feito dessa forma, ainda no início da formação do tumor, as chances de cura se tornam muito maiores, descartando a necessidade de retirada da mama para o tratamento." (GEBRIM; QUADROS, 2009, p. 5).

Batista (2009, p. 1) pondera que "é importante sempre fazer os exames, pois se a mulher consegue sentir o câncer com o auto-exame é porque a doença já está em estágio mais avançado. Incorporar a mamografia como um exame de rotina pode salvar vidas."

Quanto à realização do exame da mamografia, alguns pressupostos devem ser observados a fim de garantir a eficácia do exame. Por exemplo, considerando que a mamografia consiste em um exame realizado mediante a compressão da mama no aparelho, é viável evitá-lo "no período anterior ao da menstruação, quando as mamas ficam um pouco doloridas, o que causará um certo desconforto durante a execução do exame." (PREVENINDO, 2005, p. 5). O ideal é realizar a mamografia uma semana após o período menstrual.

Vale ainda ressaltar que

Os resultados de ensaios clínicos randomizados que comparam a mortalidade em mulheres convidadas para rastreamento mamográfico com mulheres não submetidas a nenhuma intervenção são favoráveis ao uso da mamografia como método de detecção precoce capaz de reduzir a mortalidade por câncer de mama. As conclusões de estudos de meta-análise demonstram que os benefícios do uso da mamografia se referem, principalmente, a cerca de 30% de diminuição da mortalidade em mulheres acima dos 50 anos, depois de sete a nove anos de implementação de ações organizadas de rastreamento. (SILVA *et al.*, 2009, p. 3).

De acordo com Silva *et al.* (2009, p. 5), "devido a grande incidência e mortalidade pela neoplasia mamária em nosso país, foi criado o Programa Viva Mulher, que visa a redução da mortalidade e das repercussões físicas, psíquicas e sociais do câncer de mama na mulher brasileira." E no que tange a realização de exames como medidas preventivas, o referido programa destaca

A realização do exame clínico das mamas para mulheres de todas as faixas etárias, como parte do atendimento integral à mulher. Para mulheres

acima de 40 anos, esse exame deve ser realizado anualmente e, para aquelas na faixa entre 50 e 69 anos recomenda-se a realização de uma mamografia, pelo menos, a cada dois anos. As mulheres submetidas a esses exames devem ter acesso garantido aos demais procedimentos de investigação diagnóstica e de tratamento, quando necessário. (SILVA *et al.*, p.2).

Silva *et al.* (2009) ponderam que se após a realização do exame físico for detectada uma massa palpável ou qualquer anormalidade suspeita da mama, é aconselhável realizar uma mamografia diagnóstica, a qual é direcionada à área de anormalidade podendo, se necessário, fazer imagens com ampliação. Entretanto, uma mamografia supostamente negativa não exclui a possibilidade de uma neoplasia. Conforme ressalta Prevenindo (2009, p. 5) "os resultados da mamografia não atestam se o tumor é maligno, apenas sugerem o diagnóstico. Somente a biópsia com exame anátomo-patológico pode dar o diagnóstico de certeza."

A este respeito, Berek *et al. apud* Silva (2009, p. 4) ponderam que uma massa mamária dominante deve ser considerada um possível carcinoma, e a biópsia é essencial para o diagnóstico. "Cerca de 30 a 40% das lesões clinicamente consideradas malignas serão benignas ao exame histológico. Inversamente 20 a 25% das lesões clinicamente benignas mostrar-se-ão malignas na biópsia." Deveras,

O diagnóstico histológico do câncer de mama pode ser por biópsia excisional, incisional ou por retirada de fragmento da área suspeita ("core biopsy"). A punção aspirativa com agulha fina é um método que fornece uma amostra de citologia para revisão patológica, sendo um método importante de suspeita diagnóstica e não de diagnóstico definitivo, pois a mesma apresenta índices de falsos positivos que variam de 0,5 a 6,0% nos serviços de referência. A tríade diagnóstica formada pela clínica suspeita, imagem suspeita e citologia positiva para malignidade é válida para o diagnóstico definitivo, porém, sempre considerando a eficiência técnica dos serviços que emitem esses laudos. (FEDRIZZI *et al. apud* SILVA *et al.* 2009, p. 5).

Esclarecendo um pouco mais sobre os procedimentos concernentes à realização da biópsia, vale ressaltar que

A biópsia é a retirada do tecido (parcial ou total) que forma o nódulo ou massa que se está estudando com a ajuda da mamografia ou ultrassonografia. Assim, o tecido poderá ser estudado microscopicamente através de lâminas preparadas no laboratório. Existem basicamente três tipos de biópsia que varia de acordo com a quantidade e a qualidade do tecido a ser estudado. Assim, pode-se fazer uma biópsia por aspiração com uma agulha fina, com uma agulha mais grossa ou uma pequena cirurgia para retirar toda a massa ou nódulo para que possa ser estudado como um todo. Por isso, o fato de se fazer uma biópsia não significa câncer de mama! (SILVA, 2009, p. 3).

Quanto aos diferentes procedimentos de punções realizadas em conjunto com as biópsias, especificam-se os seguintes:

PBA (punção por agulha fina): feita através da punção do nódulo e posterior zig-zag da agulha, com o êmbolo da seringa tracionado a fim de obter vácuo e favorecer colheta celular, também pode ser usada para esvaziar cistos.

Core Biopsy (punção por agulha grossa): feita anestesia da pele, seguida de pequena incisão, introduz-se a agulha grossa a fim de obter-se um fragmento tecidual. Pode ser submetido ao estudo anatomopatológico e imunohistoquímico.

Mamotomia: biópsia guiada por imagem, indicada principalmente para microcalcificações suspeitas.

Biópsia excisional: retirada cirúrgica de todo nódulo ou lesão, geralmente pequenos.

Biópsia incisional: retirada de parte de nódulo ou lesão para fim diagnóstico. (SILVA, 2009, p. 4).

É de fato desanimador constatar que muitas vezes tais medidas quanto a realização de mamografia não são intensificadas no SUS, conforme abordam Gebrim e Quadros (2006):

O INCA estimou que a cobertura de mamografia, em 15 capitais e no Distrito Federal, variou entre 37% e 76%. Entretanto, o percentual de realização de mamografia pelo Sistema Único de Saúde (SUS) variou entre 17% e 54% do total, o que em parte explica o diagnóstico tardio e as altas taxas de mortalidade. (GEBRIM; QUADROS, 2006, p. 4).

Ainda outros exames podem ser utilizados. De acordo com Batista (2009, p. 1) "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."

No caso específico da ultrassonografia Prevenindo (2009) analisa que deve ser realizada "sobretudo em pacientes jovens, pois a densidade da mama dessas mulheres jovens não permite, em certos casos, a visualização de nódulos na mama. Por outro lado, a diferença entre nódulo sólido e cístico é melhor visualizado pelo exame ultrassonográfico." Por sua vez, a ultrassonografia pode ser usada para orientar as punções de nódulos mamários.

Por este motivo, torna-se tão importante que especificamente os profissionais envolvidos com o PSF/Museu atentem para esses índices de incidência bem como para procedimentos diagnósticos disponíveis, e implementem medidas eficazes para conscientização da população feminina existente em seu entorno.

2.2 Tratamentos

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, uma vez que pela ação

de filtrarem a linfa que flui da mama para outras partes do corpo pode provocar o alastramento do câncer. De acordo com o Câncer (2009), "a indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico." (CÂNCER, 2009, p. 7).

De acordo com Carvalho *et al.* (2006) os tipos mais comuns de cirurgia são:

- a) tumorectomia: é aplicada nos casos de tumores mínimos. Nesta modalidade de cirurgia apenas o tumor é removido e por medida de prevenção os gânglios linfáticos das axilas também podem ser retirados.
- b) quadrantectomia: nestes casos parte da mama é preservada, sendo retirados apenas o tumor, uma parte do tecido normal que o envolve e o tecido que recobre o peito abaixo do tumor.
- c) mastectomia simples ou total: nestes casos a mama é retirada, podendo também remover os gânglios linfáticos mais próximos. A pele da mama pode ser mantida, uma vez que auxiliará na reconstrução plástica.
- d) mastectomia radical modificada: nesta cirurgia ocorre a retirada da mama, dos gânglios linfáticos das axilas e o tecido que reveste os músculos peitorais.

Ainda com respeito aos procedimentos cirúrgicos aplicáveis nos casos de câncer de mama, pode-se especificar e esclarecer um pouco mais sobre os seguintes:

Tumorectomia: visa retirada do tumor com margem de segurança livre de doença (1cm), porém sem comprometer o parênquima mamário. É associada ao esvaziamento axilar, ou seja retirada de linfonodos axilares.

Quadrantectomia ou Segmentectomia: consiste na remoção de um quadrante ou segmento da glândula mamária onde se localiza o tumor maligno. É associada com o esvaziamento axilar. Apesar de comprometer um setor da mama é considerada um tratamento conservador e juntamente com técnicas de mastoplastia oncológica pode ter prejuízos estéticos bastante reduzidos.

Mastectomias radicais modificadas:

a) *Patey*: é feita remoção da glândula mamária e músculo pequeno peitoral, esvaziamento axilar completo(níveis I,II,III e interpeitoral), além de retirada aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral.

b) *Madden-Auchincloss*: é feita remoção da glândula mamária, esvaziamento axilar completo(níveis I,II,III e interpeitoral), além de retirada aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral.

Mastectomia Total e Simples: consiste na retirada da glândula mamária e da aponeurose anterior e posterior do músculo grande peitoral. Não é feito o esvaziamento axilar. Indicada para casos iniciais não invasivos ou para cirurgias higiênicas.

Mastectomia Subcutânea: retirada da glândula mamária, conservando músculos peitorais e suas aponeuroses, pele e complexo aréolo-mamilar. É uma alternativa ainda em definição para casos de mulheres que possuem alto risco de desenvolver câncer de mama e que queiram de certa forma uma proteção. Neste caso a mama é reconstruída na maioria das vezes com prótese ou retalhos abdominais. É criticada pois pode permanecer tecido mamário residual passível de alterações futuras. Não está associada com esvaziamento axilar.

Mastectomia Radical (Halsted): consiste na remoção da glândula mamária, músculo grande e pequeno peitoral, esvaziamento axilar completo. Causa grande prejuízo estético à paciente.

Mastectomia Ultra-radical: consiste na remoção da glândula mamária, músculo grande e pequeno peitoral, esvaziamento axilar completo e da cadeia mamária interna. Cirurgia de grande risco para paciente, em desuso.

Adenomastectomia Subcutânea: consiste na remoção da glândula mamária, sem interferir com a pele da mama e posterior colocação de prótese ou tecido autólogo. Pode ou não manter o complexo aréolo-mamilar. Tem sido utilizada de forma profilática em casos de alto risco para câncer de mama. Após a cirurgia pode permanecer cerca de 5 a 10% de tecido mamário. (CÂNCER, 2009, p. 5).

O Consenso (2009) adverte que a avaliação das margens cirúrgicas modifica a extensão da cirurgia e contribui para reduzir a incidência de recidiva local nas cirurgias conservadoras. "Quando a avaliação das margens for feita posteriormente à cirurgia e for identificado o comprometimento das mesmas, recomenda-se a re-intervenção. À cirurgia conservadora, segue-se a radioterapia complementar na mama." (CÂNCER, 2009, p. 13).

Os procedimentos cirúrgicos podem em sua maioria serem seguidos de mastoplastias-oncológicas ou reconstruções mamárias para amenizar o prejuízo estético do tratamento.

Além do procedimento cirúrgico, existem tratamentos pós cirúrgicos a serem aplicados, tais como:

a) radioterapia: feita por radiação direcionada no local do tumor visando a redução do seu tamanho bem como o retorno da doença. Nestes casos a radiação aplicada tem o objetivo de bloquear o crescimento das células. Assim como a cirurgia a radioterapia é um tratamento local. De acordo com Câncer (2009), a radiação pode ser interna ou externa. A radioterapia também pode atingir os tecidos normais causando efeitos colaterais como: fadiga e mal-estar, edemas, vermelhidão da pele, dificuldade para engolir, descamação de pele, coceiras, náuseas e vômitos, falta de apetite, perda de cabelo e aumento da suscetibilidade às infecções.

b) quimioterapia: pode ser usada mediante aplicação de medicamentos nos estágios pré e pós operatórios. Abrange todo o corpo visando evitar o retorno e/ou a dissimilação do tumor. Segundo Câncer (2009), pode apresentar efeitos colaterais de acordo com cada medicação, entre eles: pode causar queda de cabelo, mal-estar, náuseas, vômitos, fraqueza, lesões do tubo digestivo ocasionando aftas e diarreia, além da queda da imunidade. De acordo com Batista (2009, p. 5), o tempo de administração da quimioterapia "é variável, sempre seguido de um período de descanso e recuperação de 1 a 4 semanas. O número de ciclos ou sessões dependerá do tipo de câncer, do esquema quimioterápico e de como este responderá aos medicamentos administrados."

c) hormonioterapia: consiste no tratamento com substâncias capazes de impedir ou limitar a influência hormonal no processo do câncer de mama. Conforme esclarece Câncer (2009) pode ser feito com substâncias que bloqueiam receptores de estrogênio (Tamoxifeno), outras que inibem a formação estrogênica direta (inibidores da aromatase) ou indiretamente (análogos do GnRH) e, por fim, deve ser considerada a ooforectomia que também pode ser usada com intuito de diminuir níveis hormonais. Segundo observa Sobre (2009), este tratamento é utilizado sempre que o tumor expressa positividade para receptores hormonais de estrogênio, independentemente da idade, do estadiamento da doença e da mulher ser pré ou pós-menopáusicas. Como a quimioterapia a terapia hormonal tem ação sistêmica, o que significa que age em todas as partes do organismo. Antes de se iniciar a hormonioterapia, é necessário que toda paciente faça um teste de receptores de estrogênio e progesterona, para que se possa ter uma comprovação da sensibilidade ao medicamento e avaliar a utilidade da terapia em cada caso.

d) Imunoterapia: tratamento que consiste no uso de medicamentos capazes de agir baseados em conceitos imunológicos, a fim de bloquear a ação de determinados receptores moleculares.

"O tipo de tratamento empregado dependerá de cada caso, podendo ser mais ou menos conservador. Hoje dispomos, ainda, da técnica do linfonodo sentinela que permite, em caso de não comprometimento, deixar de realizar o esvaziamento axilar." (CÂNCER, 2009, p. 5).

Quanto ao pós-operatório, Godoy *et al.* (2006) fazem algumas ressalvas importantes:

É importante manter os movimentos do membro para isso os recursos terapêuticos com profissionais especializados em fisioterapia e terapia ocupacional são fundamentais. A utilização do membro é aconselhada, porém com devida atenção e cuidados. As pacientes devem ser orientadas quanto às atividades que podem realizar, como fazê-lo e de que maneira poderá tirar proveito dessas atividades. (GODOY *et al.* 2006, p. 107).

As pacientes podem ainda sofrer com o linfedema de membro superior que é definido como o "inchaço do membro superior do lado em que foi feita a retirada total ou parcial dos gânglios linfáticos da axila na cirurgia ou a irradiação dos mesmos, devido a dificuldade da drenagem de linfa (excesso de líquidos e substâncias)." (GODOY *et al.*, 2006, p. 6).

É preciso que a paciente seja orientada quanto a sinais de alerta, destacando-se entre eles: "presença do edema, existência de alguma lesão na pele, existência de micose entre os dedos, infecção de repetição, diminuição ou perda da mobilidade do membro, perda da sensibilidade e dor." (GODOY *et al.*, 2006, p. 6).

Nestes casos específicos, é importante observar que

A melhor forma de se lidar com linfedema é evitá-lo. Agressões a deixar o (s) membro(s) com pouca capacidade de drenagem pode (m) acarretar o edema ou o aumento dele, portanto, deve-se evitar a exposição do (s) mesmo (s) a estas agressões, como por exemplo: retirar cutícula das unhas; ferir-se com faca na cozinha; manipular substâncias tóxicas, como desinfetantes, sem luvas; usar cremes de depilação que possam causar alergia; comprimir o(s) membro(s), como ao medir pressão e usar relógios ou anéis apertados; queimaduras diversas; mordidas de insetos; calor excessivo (como fornos e panelas quentes); fazer jardinagem sem luvas. (CÂNCER, 2009, p. 6).

Nos casos de linfedema, é importante observar que

A cronicidade da doença facilita a exposição do paciente a uma variedade de situações que podem levar ao seu agravamento. Portanto, a identificação de cada uma delas é fundamental para que se evitem esses agravantes e assim prevenindo a evolução da doença. Fatores como a interferência da pressão gravitacional no membro, infecção, traumatismo, edemas de origem venosa, hipoproteinemia, insuficiência cardíaca, insuficiência renal, tipos de exercícios, atividades diárias nocivas, recidivas de neoplasias de mama, são os mais observados. (GODOY *et al.*, 2006, p. 11).

O objetivo no tratamento do linfedema é prevenir o agravamento e reduzir os sinais e sintomas clínicos, uma vez que os casos de complicações maiores podem resultar no desenvolvimento de uma elefantíase e até mesmo a evolução para um câncer no caso dos linfedemas crônicos não tratados. Vale ressaltar que "a cura total ainda não é possível, porém, com o tratamento, podem-se normalizar os sinais clínicos e amenizar ou normalizar os sintomas da doença." (id: 2006, p. 33).

O Consenso (2009) traz ainda algumas ponderações pertinentes quanto à identificação e tratamento do linfedema:

A mobilização do braço deve ser limitada a 90° de flexão e a abdução de ombro e a rotação externa até o limite de tolerância da paciente, para prevenir complicações relacionadas à restrição articular e linfedema, sem aumentar o risco da formação do seroma. Após a retirada dos pontos e do dreno, não havendo intercorrências proibitivas, a mobilização do braço deve ser realizada com amplitude completa. (PEREIRA, 2009, p. 15).

A paciente pode além de sofrer com edemas, apresentar limitações do braço, dor cervical pelo peso do membro, postura incorreta, prostração, depressão e dificuldade na realização de tarefas diárias. Algumas pacientes apresentam ainda um aumento no peso corporal, em muitos casos, por compensarem no alimento a dor que sentem. Tendo em vista tais problemas decorrentes, é vital que os profissionais envolvidos proporcionem um apoio e um esclarecimento não somente à paciente, mas também aos seus familiares.

No que diz respeito ao tratamento ministrado,

Não há terapia única de consenso no tratamento do linfedema, porém é recomendada a associação de terapias que podem apresentar efeitos sinérgicos, ou seja, dão melhores resultados do que uma mobilidade isola-

da. A drenagem linfática, exercícios linfomiocinéticos, atividades linfomiocinéticas, meias e bandagens, drogas linfocinéticas, cuidados higiênicos e cuidados da vida diária constituem as mais importantes formas de tratamento do linfedema. (...) A braçadeira ou manga de gorgorão foi desenvolvida na busca de um material que se adaptasse à nossa realidade econômica, ao nosso clima quente e ao conforto do paciente. (...) Ela substitui as bandagens e tem como vantagem o custo e a simplicidade no seu uso, o que vai facilitar a adesão ao tratamento. (GODOY *et al.*, 2006, p. 17, 25).

Os problemas e limitações que a paciente enfrenta nessa fase de reabilitação acabam interferindo nas suas atividades diárias, o que pode resultar em outras implicações no que diz respeito aos seus traumas e aceitações. "As mudanças impostas com relação às atividades diárias acabam interferindo no dinamismo da família. As mulheres geralmente necessitam deixar atividades, o que nem sempre é aceito pelos familiares, criando importantes transtornos." (id: 2006, p. 3).

Explanando um pouco sobre o uso das braçadeiras, o paciente deve ser conscientizado quanto a importância do seu uso contínuo, principalmente durante a realização de suas atividades.

Especificamente quanto as atividades da vida diária (AVD), os supracitados autores ressaltam que

A partir do momento que se identifica uma atividade no cotidiano que possa expor o membro a risco de agravamento, deve-se orientar o paciente para ter uma atitude preventiva. Quando se identifica uma atividade que pode ajudar no tratamento, como por exemplo as que utilizam a contração muscular, sugerem-se associá-las a um mecanismo de contenção, passando assim a constituir o tratamento adequado. (...) Devemos em primeiro lugar planejar uma rotina semanal, a fim de não sobrecarregar o paciente, dividindo as tarefas naquilo que é considerado prioridade. Não sobrecarregar é poupar os indivíduos de grandes esforços físicos, evitar vícios posturais durante a realização das tarefas, para que não aumentem dores articulares devido ao excesso de peso já existente no membro. (GODOY *et al.*, 2006, p. 33, 35).

Ao lidar com produtos de limpeza durante a realização de suas AVDs, o paciente deve usar luvas de proteção visando evitar reações alérgicas e conseqüentemente inflamatórias. Quanto a lavar roupa, caso o paciente não disponha de um ajudante para realizar essa tarefa, deve desenvolvê-la com atenção e extremo cuidado, mediante movimentos mais lentos, não explorando a força física e evitando movimentos repetitivos. Essa atenção quanto a movimentos que exijam maior força física e movimentos repetitivos também deve ser observada na atividade de passar roupas. Neste caso específico, uma outra observação importante diz respeito à adequação da posição, que deve ser confortável, além de ser realizada em um local fresco e bem ventilado, evitando exposições desnecessárias ao calor.

Para aqueles pacientes que gostam de se dedicar a atividades de jardinagem ou assemelhados, é imprescindível o cuidado com os materiais cortantes. Torna-se necessário ainda o uso de mangas compridas para evitar picadas de insetos, gel ou protetores solares, bem como o uso de luvas de borracha ou látex sobrepostas à braçadeira.

Quanto às demais atividades ligadas à rotina diária da casa, Godoy *et al.* (2006) ressaltam que alguns cuidados devem ser tomados em relação a essas atividades específicas, conforme destacado a seguir:

- varrendo a casa: o paciente deve procurar segurar a vassoura com o membro doente só para apoio, resultando em uma pressão menor. A velocidade deve ser lenta, "porque o exercício ativo exige maior aporte de sangue para os músculos e isso pode ocasionar aumento de volume do membro logo após a atividade." (GODOY *et al.*, 2006, p. 49).

O tratamento do câncer não se limita somente ao aspecto físico. A paciente precisa e muito de um apoio no seu aspecto psicológico. Devido ao medo associado a doença, a idéia de morte e condenação, bem como mutilação se encontram presentes no íntimo da paciente que fica grandemente afligida.

Godoy *et al.* (2006) analisam ainda um outro aspecto importante nessa fase de tratamento e pós-operatório:

O câncer de mama afeta muitos aspectos, dentre eles a sexualidade feminina em sua dimensão física e emocional. A mama é considerada um atributo da feminilidade na nossa sociedade e está relacionada com a beleza, daí sua perda fazer a mulher sentir-se menos desejada. (...) A mastectomia, seja ela parcial ou radical, implica um comprometimento da auto-imagem corporal, podendo acarretar danos ao conceito que se tem de si próprio e a aceitação ou não da própria sexualidade dentro do relacionamento sexual, medo de não-aceitação por parte do parceiro, o sentimento de inferiorização em relação a outras mulheres. (GODOY *et al.* 2006, p. 111).

Os supracitados autores também ressaltam que

As avaliações iniciais devem verificar as queixas, o que se modificou na vida cotidiana, familiar, social, sua ocupação como foi alterada, e como a paciente gostaria que voltasse a ser. A partir desses relatos, é possível iniciar a reabilitação que deve visar a independência nas atividades cotidianas, na ocupação e nas relações familiares e sociais. (...) Cabe ainda aos profissionais que assistem a insistência junto aos familiares sobre o apoio à reabilitação. (GODOY *et al.*, 2006, p. 113).

Apesar de ser uma situação conflitante, cheia de angústias e incertezas, é essencial ter em mente as seguintes palavras animadoras:

Seja qual for o tratamento, mais ou menos agressivo, com mais ou menos efeito colateral, ele só pode ajudar. Aquela conversa de que "o tratamento é pior que a doença" não faz sentido, porque a vida vale muito

mais que situações temporárias de mal-estar ou perda de fios de cabelo. Lembre-se: todo tratamento é muito mais eficaz quando a pessoa que se submete a ele decide realmente superar a doença. (LINARD, 2009, p. 4).

O câncer de mama não é contagioso, portanto relacione-se! Durante o tratamento é normal ter sentimentos de medo, solidão e revolta. O mais importante é voltar a rotina normal, dar atenção as responsabilidades do dia, sem esquecer dos prazeres. Realize atividades físicas. Discuta sempre seus sentimentos com as pessoas mais próximas. Não perca, nem deixe perder seus estímulos sexuais. Caso note dificuldades relate ao seu médico, que poderá encaminhá-la a ajuda de um terapeuta. Enfim, a vida está aí para ser vivida e é isso que você deve buscar fazer, tirando proveito das adversidades. (CÂNCER, 2009, p. 7).

Efetivamente, o essencial é que a mulher nunca se entregue ou se dê por vencida frente ao câncer de mama. Lutar é imprescindível, assim como o apoio dos profissionais dos PSFs, conforme será analisado a seguir.

É importante saber o quanto os profissionais da equipe de saúde da família estão preparados para assumir esta função. A mulher acometida com diagnóstico de câncer de mama não pode ser tratada como uma vítima, mas com um ser humano com possibilidades de cura desde que siga os protocolos próprios para cada etapa do tratamento.

3 O APOIO DOS PROFISSIONAIS DO PSF ÀS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA

Conforme analisa Linard (2009, p. 1), "o PSF é o novo paradigma sanitário do Sistema Único de Saúde (SUS), para organizar a política do setor de saúde do Brasil. Baseado e amparado pelos princípios da reforma sanitária, tais como: universalidade, integralidade das ações, equidade da atenção e participação popular."

Para a equipe de profissionais envolvida, é necessário encarar a saúde sob um novo enfoque, conforme destacado a seguir:

Uma das especificidades que chama a atenção na proposta inicial do PSF diz respeito à atuação dos profissionais. Além da capacidade técnica, os participantes das equipes precisam se identificar com uma proposta de trabalho que, muitas vezes, demanda criatividade, iniciativa e vocação para trabalhos comunitários e em grupo. Portanto, o PSF exige uma mudança estrutural na formação e nas práticas dos profissionais de saúde. (...) O trabalho no PSF amplia os instrumentos necessários para a resolutividade das ações de saúde. Além do conhecimento clínico, os profissionais de saúde precisam agregar conhecimentos sobre epidemiologia para que as ações de saúde atinjam o âmbito coletivo. (RONZANI, SILVA, 2008, p. 2).

Quanto aos objetivos e propósitos do PSF, Pereira (2009) pondera que,

O principal propósito do Programa Saúde da Família é reorganizar a prática da atenção à saúde em novas bases e substituir o modelo tradicional, levando a saúde para mais perto da família e, com isso, melhorar a qualidade de vida da população. A estratégia do PSF prioriza as ações de prevenção, promoção e recuperação da saúde das pessoas, de forma integral e contínua. O atendimento é prestado na unidade básica de saúde, no domicílio, pelos profissionais (médicos, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e agentes comunitários de saúde) que compõem as equipes de Saúde da Família. Assim, esses profissionais e a população acompanhada criam vínculos de co-responsabilidade. (PEREIRA, 2009, p. 1).

Sob este prisma, os profissionais das equipes em pauta 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.

Especificamente no caso da paciente com câncer de mama, Viana (2009, p. 1) adverte que nestes casos se "exige dos profissionais de saúde valorizar essa problemática, identificando ações de prevenção, educação e cuidado."

Essa atenção e prestação de serviços quanto a diagnóstico e tratamento é bem destacada no artigo 3º da Portaria nº 2.439/05, que entre outras prioridades ressalta que deve-se "garantir o acesso dos doentes com diagnóstico clínico ou com diagnóstico definitivo de câncer a esse nível de atenção, determinar a extensão da neoplasia, tratar, cuidar e assegurar qualidade de acordo com rotinas e condutas estabelecidas"; atentando para os profissionais envolvidos no que diz respeito a educação permanente e capacitação das equipes de saúde em todos os âmbitos da atenção.

É evidente que a fim de consolidar um programa de Atenção Básica diretamente voltado para a paciente com câncer deve-se estruturá-lo sob pilares realistas e conscientes. Partindo desse pressuposto, destacam-se os seguintes objetivos para o fortalecimento da Atenção Básica:

- a) Assumir a estratégia de saúde da família como estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, devendo seu desenvolvimento considerar as diferenças loco-regionais.
- b) Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- c) Garantir a infra-estrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços. (...)
- f) Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- g) Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- h) Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- i) Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais. (BRASIL, PORTARIA Nº 399/06).

Conforme já abordado, a paciente em tratamento do câncer de mama apresenta um grau extremo de vulnerabilidade e os cuidados profissionais das equipes são indispensáveis a fim de que tanto paciente quanto familiares possam conhecer e lidar melhor com a doença e seus efeitos colaterais.

3.1 A contribuição da equipe do PSF no enfrentamento do CA de Mama

Ainda na fase de identificação e prevenção da doença, os profissionais em pauta podem incentivar e orientar quanto à importância da realização do auto-exame. De fato, "este recurso de detecção do nódulo mamário pode ser realizado continuamente nas unidades do Programa de Saúde da Família (PSF), por ocasião da consulta de

prevenção associada com palestras e oficinas para a discussão do tema." (LINARD, 2009, p. 1).

Essa postura ativa é o que o Ministério da Saúde espera dos profissionais dos PSFs, conforme destacado a seguir:

O Ministério da Saúde discorre que é essencialmente importante que a unidade básica de saúde invista na divulgação dos riscos da doença, tentando dessa forma sensibilizar e mobilizar a população para realização do autoexame de forma sistemática. (LINARDI, 2009, p. 2).

Esclarecendo um pouco mais sobre as oportunidades de orientação existentes no contato com os profissionais do PSF e os membros da comunidade, pode-se destacar:

A enfermeira nunca deve perder de vista durante consultas de preventivo de câncer de colo de útero, comuns em postos de saúde e em unidades de saúde da mulher, a oportunidade de oferecer instruções de como realizar o auto-exame das mamas, a importância de todos os meses estar repetindo o exame numa data semelhante, enfatizando as alterações comuns que ocorrem durante o ciclo menstrual, e a importância de relatar qualquer alteração percebida que represente algo incomum ou nunca sentido antes a um profissional de saúde, esclarecendo a significância de um diagnóstico precoce. (VIANNA, 2009, p. 2).

Entretanto, as ações desses profissionais se estendem ainda pelas posturas relacionadas às orientações posteriores aos tratamentos implementados nas pacientes. A este respeito, Panobianco *et al.* (2009), ressaltam:

Muitos dos problemas citados pelas mulheres poderiam ser minimizados com a frequência regular no serviço de reabilitação, pois receberiam informação adequada e seriam estimuladas a utilizar estratégias de prevenção e controle, como por exemplo, do linfedema e da limitação de amplitude do braço; da dor e de outras complicações devidas à cirurgia. Além disso, o serviço oferece também reabilitação psicossocial, o que poderia auxiliá-las a enfrentar melhor as sequelas provocadas pela doença e seus tratamentos, assim como a sua terminalidade. Nesse sentido, as visitas domiciliares fazem parte das políticas nacionais dos programas de cuidados paliativos, os quais devem oferecer controle da dor e outros sintomas, suporte social, espiritual e psicológico ao paciente e a família. (PANOBIANCO *et al.*, 2009, p. 12).

É imprescindível que a paciente em questão seja tratada com dignidade, respeito e que seja colocada a par de toda a real situação a ser enfrentada, conforme destacado a seguir:

Desde o diagnóstico estas mulheres precisam ser tratadas de forma honesta e humanizada, para que se possa mostrar as vantagens da cirurgia e/ou tratamento e a importância da adesão às terapias. Para isto, é necessário prestar informações com linguagem acessível ao seu entendimento, clareza nas exposições, por meio de *feedback*. Outro fator importante é a inserção da mulher no processo decisório que a envolve e no tipo de procedimento que será adotado. (ARANTES, MAMEDE *apud* Viana, 2009, p. 4).

Conforme completa Vianna (2009, p. 3) "a mulher deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre diferentes etapas de recuperação, de como será realizada a cirurgia, cuidados com o braço homolateral, exercícios de recuperação da capacidade funcional e sobre tratamentos." Questões a respeito dos curativos e drenos são algumas dúvidas e preocupações frequentes. Por esse motivo, a equipe do PSF deve atuar neste campo promovendo os esclarecimentos possíveis, bem como ressaltando os cuidados necessários a fim de evitar complicações.

Ampliando ainda mais sobre este aspecto, no caso específico dos profissionais em enfermagem, Freire e Massoli (2009) analisam que deve-se

Priorizar o aspecto educativo de sua atuação e investir tempo para colocar-se à disposição para que a paciente/família possam esclarecer dúvidas e anseios, explicar sobre os efeitos colaterais e outros problemas que possam surgir durante o tratamento, bem como, por meio do diálogo, aliviar a ansiedade da paciente. (...) esse cuidar, tão bem enfatizado, está voltado para uma melhora significativa e promoção da qualidade de vida da pessoa acometida pela doença, priorizando as necessidades individuais, o estilo de vida, as crenças e os valores culturais de cada paciente. (FREIRE e MASSOLI, 2009, p. 19-20).

Deveras, conforme ressalta Barbosa *et al. apud* Viana (2009),

O profissional enfermeiro pode estar atuando em todas as fases do processo, desde o diagnóstico até o retorno para casa depois da cirurgia. É um período difícil em que a paciente necessita de um apoio emocional e de aprendizagem sobre medidas de enfrentamento da doença e tratamento, bem como de auto cuidado e reconstrução de seu cotidiano da melhor forma possível. O enfermeiro por se dedicar ao cuidado do paciente, destaca-se em seu papel fundamental frente à adaptação da mulher à mastectomia, visando uma melhoria na qualidade de vida, oferecendo compreensão e respeito. (BARBOSA *et al. apud* Viana, 2009, p. 4).

É vital que toda a equipe multiprofissional esteja envolvida com o bem-estar da paciente, proporcionando-lhe o apoio e as orientações necessários. De fato, os profissionais envolvidos

(...) precisam investir esforços na prevenção do câncer de mama, orientando e auxiliando a mulher na realização do auto-exame 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. (RODRIGUES, FERNANDES *apud* VIANA, 2009, p. 7).

Todo o apoio e esclarecimento disponibilizados pelos membros do PSF são fundamentais para prevenir a ansiedade e o medo, promovendo a formação de uma cliente participativa e colaborativa com os procedimentos a serem realizados. Deveras,

A negação e a depressão são as defesas psicológicas geralmente mais utilizadas no caso de acometimento de câncer de mama; a mulher é confrontada com a perda da mama, o medo da cirurgia, da mutilação e da morte. É importante a informação adequada sobre a doença e suas consequências, pois possibilita o enfrentamento e adaptação à sua condição (CAMARGO, SOUZA *apud* Viana, 2009, p. 5).

É importante esclarecer à paciente que paulatinamente poderá retomar as suas atividades, desde que realizadas por etapas e que não tragam complicações à saúde.

3.2 O campo de atuação da equipe de profissionais do PSF

A equipe de profissionais envolvidos deve atentar para o desempenho de suas atribuições sob um enfoque de harmonia e comprometimento. Vale ressaltar que entre as estratégias de ações possíveis, as equipes dos PSFs podem desenvolver o trabalho com grupos e a visita domiciliar, onde cada profissional tem uma tarefa importante a ser desempenhada. Conforme destaca Vasconcelos *et al.* (2009),

No Plano de Reorganização da Atenção à Hipertensão Arterial e ao Diabetes *Mellitus* (HIPERDIA), por exemplo, está contida a indicação de que o enfermeiro deve realizar atendimento grupal com hipertensos e diabéticos como estratégia que favorece a adesão ao tratamento (controle e prevenção de complicações). Em relação às atribuições do médico, ainda que não cite os grupos como exemplo, há uma indicação de que ele programe, junto à equipe, estratégias para a educação do paciente. (VASCONCELOS *et al.*, 2009, p. 40).

No caso específico da VD (visita domiciliar), o Agente Comunitário tem nessa estratégia a essência de sua ação, devendo realizar pelo menos uma visita por mês às famílias sob a sua responsabilidade. De acordo com Ferraz e Aerts *apud* Vasconcelos (2009), algumas das atividades desenvolvidas durante essas visitas são:

Entre as atividades educativas, prevalecem aquelas relacionadas à higiene; ao calendário vacinal; aos cuidados com os recém-nascidos, puérperas, gestantes; e ao uso correto de medicações. Registraram-se também ações como o acompanhamento a idosos, crianças, gestantes, puérperas, grupos de risco e a busca ativa de faltosos acompanhados pelos programas. (FERRAZ, AERTS *apud* VASCONCELOS, 2009, p. 54).

Repensando tais ações em relação à paciente com câncer de mama, tanto as visitas domiciliares quanto a formação de grupos de apoio são estratégias interessantes e eficazes, podendo ser utilizadas pelos profissionais dos PSFs.

O enfermeiro também desempenha um papel importante, a saber:

É tarefa do profissional de enfermagem, portanto, descobrir como utilizar esses elementos sócio-culturais a seu favor, causando no cliente a menor resistência possível, e preferencialmente fazendo com que ele seja atuante no restabelecimento e manutenção da própria saúde. Todo o processo é voltado para a identificação do estado de saúde, padrão de resolução de problemas, estado funcional, resposta à terapêutica, riscos para problemas potenciais e o desejo de um nível mais alto de bem-estar. (SILVA; SILVA, 2009, p. 8).

Conforme ressalta Almeida (2009, p. 2), o enfermeiro é um importante "agente no acompanhamento dessas pacientes com CA de Mama; sua ação deve ser integral e participativa, desenvolvendo ações de saúde individuais e coletivas na sua rotina de trabalho, que atendam as necessidades dos pacientes."

Quanto ao médico, é preciso humanizar a sua atitude. Conforme destacam Caprara e Rodrigues (2009),

O primeiro ponto a ser apresentado para reflexão é relativo ao comportamento profissional do médico. Este deve incorporar aos seus cuidados a percepção do paciente acerca de sua doença, que possivelmente diverge do modelo clínico, visto que são valores e compreensões próprias daquele caso. Isto não significa que os médicos tenham de se transformar em psicólogos ou psicanalistas, mas que, além do suporte técnico-diagnóstico necessitam de sensibilidade para conhecer a realidade do paciente, ouvir suas queixas e encontrar, junto com ele, estratégias que facilitem sua adaptação ao estilo de vida influenciado pela doença. (CAPRARA; RODRIGUES, 2009, p. 6).

Face ao exposto, vale ressaltar que o trabalho em equipe é fundamental para a detecção do CA de mama e o tratamento das pacientes. Entretanto, é vital que os profissionais em questão assumam uma postura condizente com os preceitos da Atenção Básica à Saúde, não bastando somente o domínio e aplicação isolada de saberes profissionais, conforme destacado a seguir:

É necessário somar saberes para dar respostas efetivas e eficazes aos problemas complexos que envolvem a perspectiva de viver com qualidade - incluindo o ambiente de trabalho dos profissionais. É preciso uma real atuação em equipe multidisciplinar. Além do campo da responsabilidade e do saber específicos de cada profissão ou ocupação, há um campo de competência e de responsabilidade compartilhado. (...) Significa que toda atividade executada pelos profissionais de uma Unidade Básica de Saúde está impregnada de determinada concepção de "fazer e agir" no cotidiano pessoal e profissional. (VASCONCELOS *et al.*, 2009, p. 12-13).

De fato, o tratamento do câncer de mama é um processo contínuo, muitas vezes doloroso no aspecto psicológico e social, além de gradativo e relativamente demorado. A paciente inspira cuidados constantes tanto no campo físico quanto no emocional. Por este motivo, as equipes dos PSFs devem atuar efetivamente neste contexto, amparando

e orientando tanto a paciente quanto a sua família, a fim de que as forças possam ser unidas em prol de um objetivo comum, a saber: a recuperação da paciente nas suas esferas física, emocional e social.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama figura como uma enfermidade de alta incidência e mortalidade entre as pacientes acometidas no Brasil. Fatores hereditários se destacam entre aqueles que podem sugerir o desenvolvimento da doença em determinados grupos. Além da morte que ceifa milhares de vidas, o aspecto mutilador que a doença traz consigo gera desconforto e instabilidades emocionais nas pacientes que desenvolvem a enfermidade em questão.

Partindo desses pressupostos, o presente trabalho procurou ressaltar a importância do diagnóstico precoce e do tratamento imediato da doença. Neste aspecto, as equipes dos PSFs figuram como peças-chaves para a informação e o apoio do paciente e suas famílias. Conforme destacado, as visitas domiciliares bem como os exames clínicos desenvolvidos pelas equipes em questão devem figurar como oportunidades de discussão e divulgação do auto-exame bem como das demais atitudes preventivas disponíveis, tais como a visita anual ao ginecologista e a realização de mamografias.

Neste aspecto, é importante ressaltar o trabalho em equipe dos profissionais do PSF. Como em um quebra-cabeças, cada um tem o seu papel, que complementa a atuação do seu parceiro. Por este motivo, as estratégias de ação devem ser elaboradas considerando a participação de todos tanto no diagnóstico quanto no acompanhamento da paciente e de sua família. Essa humanização do tratamento clínico é uma das principais características da Atenção Básica à Saúde e deve ser desenvolvida em sua amplitude; acolhendo o outro, demonstrando cooperação e preocupação com a pessoa envolvida. Neste aspecto, o acolhimento deve perpetuar como ação norteadora tanto no trato entre os profissionais do PSF quanto, e principalmente, em relação às pacientes.

As pacientes enquadradas num grupo de risco devem receber atenção individualizada e para tanto é vital que as equipes dos PSFs desenvolvam com eficiência

o seu papel de conhecer a comunidade em que estão inseridas. Neste ponto, os Agentes Comunitários são de importância vital, devendo realizar as suas visitas domiciliares com eficácia e eficiência. Cada fator, aspecto, deve ser registrado a fim de que a paciente tenha um perfil cuidadosamente elaborado e que sem dúvida servirá como elemento norteador no planejamento e na realização das demais ações necessárias.

Uma vez tendo o diagnóstico confirmado, o paciente deve ser orientado e encaminhado aos tratamentos possíveis e mais uma vez as equipes dos PSFs devem se mostrar presentes no que tange ao acompanhamento e orientação específicos. Neste momento é fundamental o funcionamento do sistema de referência e contra-referência. Tanto os enfermeiros quanto os médicos devem realizar constantes orientações e explicações quanto aos procedimentos adotados, bem como, quanto aos tratamentos administrados e suas possíveis reações ou complicações. É importante que a paciente esteja plenamente ciente da situação, compreendendo os riscos e implicações do seu caso.

O câncer de mama é uma doença grave, mas de possível tratamento e com resultados positivos quando combatida em seus estágios iniciais. Por este motivo, é vital que as equipes dos PSFs desempenhem o seu papel de orientação e apoio às pacientes em questão, motivando-as e incentivando-as a resguardarem a saúde como bem maior e acima de tudo a lutarem pelo seu direito supremo, a saber: a vida.

Ao finalizar este trabalho espero ter prestado minha contribuição não somente para o PSF Museu, mas também contribuindo com outras equipes. A partir da revisão teórica é possível fazer um plano de ação com a equipe para que possamos atuar com eficiência e eficácia no trabalho preventivo do câncer de mama junto ao grupo populacional.

O objetivo geral desta monografia foi “Demonstrar a importância do trabalho da equipe do PSF na prevenção do câncer de mama e encaminhamento para o tratamento precoce.” Considero que o objetivo proposto foi atingido, uma vez que foi feito um recorte de pesquisa bibliográfica com aprofundamento na problemática proposta.

A partir do mapa contextual enfrentamos a realidade e nos deparamos com a incidência do câncer de mama no município de Lafaiete e no Estado de Minas Gerais e a partir do mapa contextual estudamos em autores conceituados a incidência, os sintomas, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama.

Do ponto de vista contextual tivemos também a oportunidade de refletir sobre o apoio dos profissionais do PSF às pacientes da nossa área de abrangência, em processo de tratamento do câncer de mama. Reconhecemos a importância da contribuição da equipe da saúde da família no enfrentamento do CA de mama, bem como o campo de

atuação da equipe do PSF. Os novos conceitos apreendidos deverão contribuir no trabalho de Saúde da Família do Município de Conselheiro Lafaiete.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALMEIDA, Kênia Cely de Lima. **O conhecimento dos enfermeiros das Equipes de Saúde da Família na realização do exame clínico das mamas.** Disponível em <http://www.fmc.br/cursos/posGraduacao/pdf/tcc10.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BENNETT, J. C.; PLUM, F. Cecil. Tratado de medicina interna. 20. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1997 *apud* SILVA, Priscilla Ferreira; SILVA, Rachel Ferreira. **Comunicação, enfermagem e saúde preventiva.** Disponível em <http://www.encipecom.metodista.br>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BEREK, J. S.; ADASHI, E. Y.; HILLARD, P. A. Novak. Tratado de ginecologia. 12.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998 *apud* SILVA, Priscilla Ferreira; SILVA, Rachel Ferreira. **Comunicação, enfermagem e saúde preventiva.** Disponível em <http://www.encipecom.metodista.br>. Acesso em: 15 dez. 2009.

BRASIL. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos. Disponível em <http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 26 nov. 2009.

BRASIL. Portaria nº 399/GM de 22 de fevereiro de 2006. Divulga o Pacto pela Saúde 2006 – Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do Referido Pacto. Disponível em <http://www.dtr2001.saude.gov.br/sas>. Acesso em: 26 nov. 2009.

BATISTA, Paula. **O principal vilão do câncer de mama é o medo.** Disponível em <http://www.segs.com.br/index>. Acesso em: 10 nov. 2009.

CÂNCER de mama. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336. Acesso em: 03 set. 2009.

CÂNCER da mama. Disponível em http://www.mulheresaude.med.br/cancer_mama. Acesso em: 30 set. 2009.

CÂNCER de mama - Documento de Consenso. Disponível em <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegrapdf>. Acesso em: 26 nov. 2009.

CÂNCER de mama: o que você deve saber e pode fazer para se prevenir?. Disponível em <http://www.boasaude.uol.com.br>. Acesso em: 28 set. 2009.

CAPRARA, Andrea; RODRIGUES, Josiane. **A relação assimétrica médico-paciente: repensando o vínculo terapêutico.** Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/csc/v9n1/19831.pdf>. Acesso em: 15 dez. 2009.

CARVALHO, Talita Fabiano de; BATISTA, Hevelin da Silva; GODOY, José Maria Pereira de. **Mastectomia e linfedema: vamos conversar sobre isso?**. Rio de Janeiro: Di-Livros, 2006. 76 p.

DUNCAN, Bruce B. *et al.* **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. 1600 p.

ESTATÍSTICAS sobre o câncer de mama. Disponível em <http://www.institutoavon.org.br>. Acesso em: 01 out. 2009.

FREIRE, Cacilda Aparecida; MASSOLI, Shirley Eliana. **A assistência de enfermagem às pacientes com câncer de mama em tratamento quimioterápico**. Disponível em <http://www.biblioteca.claretiano.edu.br>.

GEBRIM, Luiz Henrique; QUADROS, Luis Gerk de Azevedo. **Rastreamento do câncer de mama no Brasil**. In: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Rio de Janeiro. n. 6. vol. 28. jun. 2006. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-2032006000600001&script=sci_arttext. Acesso em: 04 set. 2009.

GODOY, Maria de Fátima Guerreiro; GODOY, José Maria Pereira de; BRAILE, Domingo Marcolino. **Tratamento de linfedema de membros superiores**. Rio de Janeiro: Di-Livros, 2006.

GOMES, Ana Lúcia Rodrigues Resende. Câncer de mama: Lafaiete tem dois novos casos a cada mês. **Jornal Correio da Cidade**, Conselheiro Lafaiete, 10 jul. 2009. Suplemento Saúde, v. 53, p. 18.

GUIA do Tutor: Curso de Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família. Disponível em http://www.nescon.medicina.ufmg.br/agora/pdf/guia_tutor.pdf. Acesso em 26 nov. 2009.

LINARD, Andrea Gomes; AMORIM, Francisco Cleudy; MACHADO, Fátima Antero Sousa. **Deteção precoce do câncer de mama na cidade do Crato-CE**. Disponível em: <http://www.unifor.br>. Acesso em: 20 nov. 2009.

O CÂNCER de mama no Brasil. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/16632/1/o-cancer-de-mama-no-brasil/pagina1.html>. Acesso em: 01 set. 2009.

PANOBIANCO, Marislei Sanches *et al.* **A visita domiciliar como estratégia de enfrentamento do câncer de mama**. Disponível em http://www.ee.usp.br/simposio/nippel/doc/anais_nippel.pdf. Acesso em: 20 nov. 2009.

PEREIRA, Sinara Santos. **Ações do enfermeiro do Programa de Saúde da Família (PSF) na deteção**. Disponível em <http://www.bases.bireme.br>. Acesso em: 20 nov. 2009.

PIRONI, Roberto. **Atlas Escolar, Histórico e Geográfico do município de Conselheiro Lafaiete**. Contagem: Del Rey, 2002. 56 p.

PREVENINDO o câncer de mama. Disponível em <http://www.reservaer.com.br/saude/cancerdemama.html>. Acesso em: 28 set. 2009.

PROGRAMA Nacional de controle do câncer do colo do útero e de mama. Disponível em http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=140. Acesso em: 03 set. 2009.

RONZANI, Telmo Mota; SILVA, Cristiane de Mesquita. **O Programa Saúde da Família segundo profissionais de saúde, gestores e usuários**. In: Ciência e Saúde Coletiva. Rio de Janeiro. n. 1. vol. 13. fev. 2008. Disponível em http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000100007. Acesso em: 18 nov. 2009.

RIO é o primeiro no ranking de incidência de câncer de mama. Disponível em <http://www.noticias.terra.com.br/ciencia/noticias.html>. Acesso em: 10 nov. 2009.

SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO E CULTURA. **Conselheiro Lafaiete**. Conselheiro Lafaiete: Central Gráfica, 2002. 40 p.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONSELHEIRO LAFAIETE. **Programa Saúde da Família - PSF**. Conselheiro Lafaiete: 4 p.

SILVA, Adriana Scotti da *et al.* **Ocorrência de câncer de mama no Brasil**. Disponível em <http://www.portaldeginecologia.com.br/modules.php?name=News&file=article&sid>. Acesso em: 04 set. 2009.

SILVA, Priscilla Ferreira; SILVA, Rachel Ferreira. **Comunicação, enfermagem e saúde preventiva**. Disponível em <http://www.encipecom.metodista.br>. Acesso em: 15 dez. 2009.

SOBRE o câncer. Disponível em <http://www.oncoguia.com.br>. Acesso em: 01 out. 2009.

VASCONCELOS, Mara *et al.* **Módulo 4: práticas educativas em Atenção Básica à saúde. Tecnologias para abordagem ao indivíduo, família e comunidade**. Belo Horizonte: Editora UFMG; NESCON, 2009.

VIANA, Joelma de Matos. **Câncer de mama e mastectomia: cenário de atuação de enfermeiros**. Disponível em <http://www.webartigos.com/articles/18331/1/cancer-de-mama-e-mastectomia-cenario-de-atuacao-de-enfermeiros/pagina1.html>. Acesso em: 20 nov. 2009.