

CÂNCER DE MAMA: O DIAGNÓSTICO PRECOCE A UM TOQUE, O USO DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PARA OPERÁRIAS DE FÁBRICA DE CAMPINA GRANDE – PB ATRAVÉS DE PALESTRA PARA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.

Alanna Thereza de Farias Carvalho¹; Ramon Silva de Sousa²; Ana Carolina do Nascimento Chagas³; Ana Maria Vieira dos Santos⁴; Wezila Gonçalves do Nascimento⁵.

¹Acadêmica do curso de Enfermagem da Faculdade Uninassau, Campina Grande – PB, alannaumbelino@hotmail.com;

²Acadêmico em Enfermagem, Faculdade Uninassau, Campina Grande – PB, ramondark13@gmail.com;

³Acadêmica em Enfermagem, Faculdade Uninassau, Campina Grande – PB, nascimentocarolac@outlook.com;

⁴Acadêmica em Enfermagem, Faculdade Uninassau, Campina Grande – PB, anavieiraa20@outlook.com;

⁵Docente/Orientadora do Curso de Enfermagem, Faculdade Maurício de Nassau, Campina Grande – PB, wezila@hotmail.com.

Resumo

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação de células anormais da mama, que formam um tumor. Há vários tipos de câncer de mama. Alguns tipos têm desenvolvimento rápido enquanto outros são mais lentos. O autoexame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde. O Exame Clínico das Mamas deve ser realizado anualmente, para todas as mulheres com 40 anos ou mais. É parte fundamental da propedêutica para o diagnóstico de câncer da mama e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, constituindo a base para a solicitação dos exames complementares. O estudo a seguir é um relato de experiência dos autores deste trabalho acerca do ciclo de palestra voltado para operárias de uma fábrica de calçados da cidade de Campina Grande – PB, fruto de uma parceria da Faculdade Maurício de Nassau e a empresa, onde foram trocadas experiências e foi mostrada a forma de correta de realizar o autoexame. Com a palestra pôde-se descentralizar a assistência de saúde da estratégia de saúde da família e leva-la para população que como nos foi relatado não tem tempo para procurar os serviços de saúde.

Palavras-chave: Autoexame da Mama; Educação em Saúde; Promoção da Saúde; Saúde da Mulher.

INTRODUÇÃO

No Brasil, conforme demonstram as estatísticas nacionais, o câncer de mama é a neoplasia de maior incidência nas mulheres, excluindo o câncer de pele não melanoma. É também responsável pela maior taxa de mortalidade por câncer nas mulheres. O Instituto Nacional do Câncer tem demonstrado que o aumento da incidência tem sido acompanhado pelo aumento da mortalidade dessas pacientes, em virtude da presença de fatores que imponham o retardamento do diagnóstico e da instituição terapêutica adequada. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2004).

O câncer constitui um problema de saúde pública, cuja prevenção e controle deverão continuar a ser priorizados em todos os estados da União, mesmo naqueles onde, aparentemente, a população ainda apresenta um menor risco de adoecer dessa doença (KLIGERMAN, 2001).

No Brasil, o segundo tipo mais frequente de câncer é o de mama, sendo o mais comum entre as mulheres. Embora seja relativamente raro antes dos 35 anos, apresenta acima desta idade uma

incidência que cresce rápida e progressivamente, segundo o Instituto Nacional do Câncer do Ministério da Saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Em abril de 2011, foi lançado pelo Governo Federal o Plano de Fortalecimento da Rede de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer, com os vieses de controle do câncer de mama e ampliação e qualificação da assistência oncológica. Esse controle tem com objetivo garantir o acesso das pacientes com lesões palpáveis ao imediato esclarecimento diagnóstico e tratamento (diagnóstico precoce e política de alerta), além da ampliação na possibilidade de acesso à mamografia de rastreamento para as demais mulheres de 50 a 70 anos, qualificadas na rede de Atenção Básica. (BRASIL, 2011).

Os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal) estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do câncer de mama. Além desses, a idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2011).

Outro fator relevante, é a sua história familiar, que nos remete a um aumento da casuística normal em cerca de duas a três vezes o risco de desenvolver esse tipo de câncer. As alterações em alguns genes que são síntese de resultados, responsáveis pela regulação e pelo metabolismo hormonal e reparo de DNA, como, por exemplo, BRCA1, BRCA2 e p53, repercutem e aumentam o risco de desenvolver essa neoplasia. (ALMEIDA et al, 2011).

Apesar de ser considerado um câncer relativamente de bom prognóstico nos países desenvolvidos, por serem diagnosticados e tratados oportunamente, suas taxas de mortalidade continuam elevadas em nosso país, que luta ao se defrontar com entraves do ponto de vista técnico, como o número reduzido de centros para o diagnóstico, com a escassez de especialistas nos núcleos de atendimentos básicos de saúde, além dos óbices burocráticos causados pela demasiada demora na marcação de exames complementares e agendamento clínico-cirúrgicos dos casos já diagnosticados, assim como nos encaminhamentos aos centros de referências de problemas complexos, retardando ainda mais o tratamento dos pacientes, comprometendo estádios oncológicos das pacientes. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2012).

Na medida em que as ações de rastreamento do câncer de mama no Brasil forem expandidas para toda a população-alvo, espera-se que a identificação da doença seja na maior parte das vezes conseguida por meio das imagens e muito menos por sintomas, ampliando-se as possibilidades de intervenção conservadora e de prognóstico favorável. Destaca-se, no entanto, que mesmo nos países

com rastreamento organizado e uma boa cobertura da saúde, aproximadamente metade dos casos são detectados em fase sintomática, o que aponta a necessidade de valorização do diagnóstico precoce.

O que se opõe ao descuido e ao descaso é o cuidado. Cuidar é mais que um ato; é uma atitude. O cuidado se encontra na raiz primeira do ser humano, antes que ele faça qualquer coisa. Sem o cuidado, o homem deixa de ser humano (BOFF, 2000).

O acometimento como o câncer da mama é visto como potencialmente estressor e provoca uma série de transformações na vida, tanto da mulher acometida quanto de seus familiares, pois além do medo da morte que a doença suscita, há, também, a ameaça da mutilação da mama, que é um símbolo importante de feminilidade, sexualidade, erotismo, maternidade e outros (DUARTE; T.P et al, 2008).

O autoexame das mamas não deve substituir o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado para essa atividade. Entretanto, o exame das mamas pela própria mulher ajuda no conhecimento do corpo e deve estar contemplado nas ações de educação para a saúde (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2005).

A recomendação no Brasil, atualizada em 2015, é que mulheres entre 50 e 69 anos façam uma mamografia a cada dois anos. Essa é também a rotina adotada na maior parte dos países que implantaram o rastreamento do câncer de mama e tiveram impacto na redução da mortalidade por essa doença. Os benefícios da mamografia de rastreamento incluem a possibilidade de encontrar o câncer no início e ter um tratamento menos agressivo, assim como menor chance de morrer da doença, em função do tratamento oportuno.

A mamografia é indicada em duas situações distintas; para mulheres com achados clínicos que levam à suspeita de câncer da mama e para as assintomáticas como rastreamento do câncer da mama; e é nessa segunda situação que as mulheres ficam mais tranquilas, podendo fazer um diagnóstico mesmo antes dos sintomas aparecerem (GODINHO; E. R, KOCH; H, 2002).

Duarte e Andrade (2003) enfatizam que a mamografia é o método mais utilizado tanto como forma de prevenção como de diagnóstico, pois 50% das neoplasias se apresentam como microcalcificações radiopacas o que facilita o diagnóstico por esse método. A American Cancer Society (ACS) recomenda que como forma de prevenção, a mamografia seja realizada conforme a faixa etária: de 35 – 40 anos de idade. Repetindo o exame entre 40-49 anos para que sejam comparadas. A partir dos 50 anos, a mamografia deve ser realizada no intervalo de um ano.

Após o diagnóstico de câncer de mama, a mulher perpassa por momentos de imensa ansiedade, sofrimento e angústia com o frequente medo da morte. Adaptações no cotidiano destas mulheres fazem-se necessárias devido ao período de tratamento da doença, perdas e dos sinais e sintomas vivenciados pela paciente. Neste contexto a qualidade de vida torna-se essencial para o suporte básico de enfrentamento desta patologia, visto que o tratamento para o câncer de mama apresenta grande influência negativa na qualidade de vida dessas mulheres (LOTTI et al., 2008).

A quimioterapia antineoplásica, ou seja, a utilização de agentes químicos, isolados ou em combinação, com o objetivo de tratar os tumores malignos, tem-se tornado uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer. Sua indicação implica uma série de fatores que devem ser considerados no seu planejamento, como a idade do paciente, seu estado nutricional, as funções renais, hepáticas e pulmonar, presença de infecções, o tipo de tumor, a existência de metástase e sua extensão, além da performance status (condição de vida), o principal indicador de prognóstico do paciente oncológico. E, pode ser empregada com objetivos curativos ou paliativos (FONSECA; S. M, MACHADO; R. C. L, 2000).

Os registros mais antigos sobre as formas de tratamento do câncer de mama, assim como a sua descrição, foram encontrados por Edwin Smith em 1962, em papiros egípcios datados do ano 3000 AC (GOMES, 1987).

O avanço das técnicas de cirurgia plástica nos últimos anos tem proporcionado resultados satisfatórios para a expectativa estética e psicológica da mulher, ao reduzir o trauma causado pela mutilação. Desse modo, o surgimento e o desenvolvimento das técnicas coadjuvantes de radiologia e quimioterapia nos últimos quarenta anos, possibilitaram que o câncer de mama fosse tratado de forma multidisciplinar e integrada, alcançando maiores índices de sobrevivência e qualidade de vida das mulheres acometidas por essa doença (DUARTE; T. P et al, 2013).

Diante da expressiva importância das alterações causadas pela mastectomia, em 24/04/2013 foi sancionada a lei 12.802, que substitui lei anterior 9.797/99 onde previa que mulheres que sofressem mutilação total ou parcial de mama (mastectomia) teriam direito à cirurgia plástica reconstrutiva, mas sem especificar o prazo em que ela deveria ser feita. Já a nova lei obriga o Sistema Único de Saúde (SUS) a fazer a cirurgia plástica reparadora da mama logo em seguida à retirada do câncer, quando houver condições médicas. Caso a reconstrução não seja possível, a realização da reconstrução imediata, a paciente deve ser encaminhada para acompanhamento clínico, proporcionando uma maior qualidade de vida às mulheres que retiraram a mama devido o acometimento pelo câncer (SENADO FEDERAL, 2013).

A reconstrução mamária imediata é benéfica para aspectos psicológicos da qualidade de vida, sem afetar a funcionalidade física da mulher, diminuindo assim a possibilidade da redução de Qualidade de Vida, visto que segundo os autores supracitados a mama representa um importante aspecto na feminilidade (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2012).

O acompanhamento com a equipe multiprofissional de saúde é indispensável no intra e pós-operatório, pois nesse momento a paciente encontra-se vulnerável e prestes a passar por um procedimento que mudará sua vida pra sempre.

METODOLOGIA

Trata-se de um relato de experiência dos autores acerca da palestra intitulada, **CÂNCER DE MAMA: O DIAGNÓSTICO PRECOCE A UM TOQUE**, fruto de uma parceria de uma indústria de calçados da cidade de Campina Grande – PB com a Faculdade Maurício de Nassau, unidade Estação Velha, que ocorreu na primeira semana de março em alusão a semana da mulher, o ciclo de palestra foi supervisionado pela enfermeira da clínica escola da Faculdade Maurício de Nassau, bem como a enfermeira da indústria, e foi voltada para as operárias da indústria ao longo do dia, onde foi abordado o tema da prevenção do câncer de mama com o auxílio do autoexame para detecção precoce, além de serem mostrados os exames que ajudam no diagnóstico, os tipos de cânceres mais comuns no Brasil, os tipos de cirurgias que existem, a Lei 12.802/2013 e encerramos com a prática correta do autoexame da mama.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Ao começo da palestra foram aferidos os níveis pressóricos das espectadoras, onde todas estavam com seus níveis normais, com uma média de 120X80, considerada normal pela Sociedade Brasileira de Cardiologia, com o início da palestra foi perguntado acerca da palavra câncer o que elas entendiam a respeito da doença, as respostas foram várias, desde: “É uma coisa muito ruim que dá em quem não se cuida”, até “É uma doença que toma conta do corpo todo e que não tem cura”, a partir das respostas começamos de fato a palestra, esclarecendo as duas respostas que mais nos chamaram a atenção, mostramos o que realmente era o câncer principalmente o de mama, em seguida foi mostrado os quatro tipos de cânceres que mais afetavam os brasileiros de acordo com o Instituto Nacional do Câncer, as formas malignas (invasivas) e benignas (in situ), seguimos com a apresentação dos exames que servem para diagnosticar o aparecimento da neoplasia, quando foram perguntadas quais, a resposta foi unânime, MAMOGRAFIA!, elas não tinham o entendimento de

que a mamografia em si não tem o poder de detecção, mas que precisa de auxílio de outros exames de imagem como: a ressonância magnética, a cintilografia da mama, o raio X, a ultrassonografia mamária, além de exames de sangue e a punção para analisar se o tumor é benigno ou maligno, neste caso elas sabiam do procedimento, tornamos com as perguntas, desta vez o que fazer após o diagnóstico do câncer, uma delas nos relatou que a mãe teve câncer e que no momento da descoberta ela entrou em choque e só pensava em se matar, mostramos que o diagnóstico de neoplasia nem sempre quer dizer luto, mas quer dizer que é preciso lutar, apresentamos as mastectomias (total e parcial) e quadrantectomia (mastectomia em quadrantes), além da retirada da rede axilar, apresentamos fotos de mulheres mastectomizadas (fotos de domínio público) e uma delas com 8 meses de gestação, e elas nos perguntaram se era possível aquela mulher amamentar, foi mostrado que sim, que de acordo com o Ministério da Saúde ela poderia amamentar sim, desde que ela estivesse a no mínimo 3 semanas sem uso de quimioterapia e que esse leite passasse por análise para ver se realmente está livre de quimioterápicos para não comprometer a imunidade do bebê, a seguir foi apresentada a Lei 12.802/2013, a lei da mastectomia que possibilita as mulheres que sofrerão mastectomia seja ela total ou não, o implante de próteses mamárias no ato da cirurgia, nenhuma delas estava ciente da existência dessa lei, nos relataram que sabia que aqui em Campina Grande – PB existia uma Organização Não Governamental (ONG) que cuidava de quem tinha câncer, após a explicação sobre a lei, mostramos a importância da equipe multiprofissional durante todo o processo, desde a descoberta até o pós-operatório, mostramos a dificuldade enfrentada pela maioria das pessoas que se submetem ao tratamento, pois muitas delas abandona-o por não ter o apoio devido da família e dos amigos, além dos órgãos públicos, finalizamos a palestra com a prática correta do autoexame da mama, muitas disseram que não tinham tempo pra realiza-lo pois trabalhava demais, mostramos e provamos que todo o procedimento durava 15 minutos , que até mesmo na hora do banho elas poderiam estar realizando, após o termino do autoexame respondemos algumas perguntas particulares delas, e quando saíram nos garantiram que a partir dali começariam a se cuidar e a olhar mais pra saúde delas, segundo elas adoecer é ruim demais! Saímos de lá com o dever cumprido, pois levamos saúde para pessoas que mesmo com acesso a planos de saúde disponibilizados pela empresa, não tinham tempo de procurar o serviço de saúde, além das experiências trocadas que foram gratificantes.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A promoção a saúde faz-se muito importante para a população no que diz respeito ao câncer de mama, para tanto deve ser levada aonde a população esteja, visto que uma boa parte da população não procura o serviço de saúde por medo de descobrir alguma doença, por vergonha de alguma patologia instalada ou por receio do que vão falar dele, além de uma parcela da população que não tem acesso ou não tem tempo de procurar a estratégia de saúde da família.

A educação em saúde mostra-se como um instrumento eficaz nessa promoção e prevenção, pois com estratégias em grupo, rodas de conversas, ciclo de palestras e salas de espera, atingimos muito mais usuários do que apenas com visitas e campanhas, levamos a população saúde de uma maneira diferente, promovendo o autocuidado e o conhecimento sobre o processo saúde doença que queremos abordar.

No nosso trabalho foram abordados temas relacionados ao câncer de mama, como fazer a prevenção corretamente, os tipos de cirurgias curativas ou paliativas, a lei da mastectomia que disponibiliza a cirurgia reparadora a paciente que passou por um procedimento de mastectomia e teve sua mama mutilada, com isso esperamos que as mulheres que participaram da palestra sejam multiplicadoras do saber e passem adiante todas as técnicas e aprendizados adquiridos durante o ciclo de palestras, sendo de importância deixar aqui registrado a importância da educação em saúde para população que não pode e não tem acesso aos serviços de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Cavalcante, S. A. M; et al. **AÇÕES DO ENFERMEIRO NO RASTREAMENTO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA NO BRASIL.** Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 459-466. Disponível no link: http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/17-revisao_literatura-acoes-enfermeiro-rastreamento-diagnostico-cancer-mama-brasil.pdf. Acessado em: 25/03/2018.

Duarte, Tânia Pires e Colaboradores. **ENFRENTANDO A MASTECTOMIA: ANÁLISE DOS RELATOS DE MULHERES MASTECTOMIZADAS SOBRE QUESTÕES LIGADAS À SEXUALIDADE.** Estudos de Psicologia 2003, 8(1), 155-166, Universidade Federal do Espírito Santo. Disponível no Link: <http://www.scielo.br/pdf/%0D/epsic/v8n1/17245.pdf>. Acessado em: 31/03/2018.

Ferreira, Maria de Lourdes Marques e Oliveira, Cristiane. **CONHECIMENTO E SIGNIFICADO PARA FUNCIONÁRIAS DE INDÚSTRIAS TÊXTEIS SOBRE PREVENÇÃO DO CÂNCER**

DO COLO-UTERINO E DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DA MAMA. Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52(1): 5-15. Disponível no link: http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/artigo1.pdf. Acessado em: 31/03/2018.

Freire, Ricardo Aguiar Villanova. **CÂNCER DE MAMA: UMA ABORDAGEM DIAGNÓSTICA PRECOCE COMO ESTRATÉGIA DE UM TRATAMENTO EFICAZ DESSE IMPORTANTE PROBLEMA DE SAÚDE PÚBLICA.** MSc Ricardo Aguiar Villanova Freire, Rio de Janeiro: ESG, 2013. Disponível no link: <http://www.esg.br/images/Monografias/2013/FREIRE.pdf>. Acessado em: 25/03/2018.

Melo, Fabiana Barbosa Barreto e colaboradores. **AÇÕES DO ENFERMEIRO NA DETECÇÃO PRECOCE DO CÂNCER DE MAMA.** Rev. Bras. Enferm. vol.70 no.6 Brasília nov./dez. 2017. Disponível no link: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601119&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt. Acessado em: 26/03/2018.

Silva, Camila Bento e Colaboradores. **QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES PORTADORAS DE NEOPLASIA MAMÁRIA SUBMETIDAS A TRATAMENTOS QUIMIOTERÁPICOS.** Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(2): 227-236. Disponível no link: http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_neoplasia_maria.pdf. Acessado em: 31/03/2018.

Silva, Rayane Isabela Tavares. **QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS: UMA REVISÃO BIBLIOGRÁFICA.** Faculdade de Ciências da Educação e Saúde- FACES Curso de Enfermagem. Disponível no link: http://repositorio.uniceub.br/bitstream/235/4529/1/TCC_final_%20imprimir%20formatado%20%28Salvo%20Automaticamente%29.pdf. Acessado em: 31/03/2018.