



## Cuidados de Enfermagem nos Níveis de Prevenção da História Natural do Câncer de Mama

Prevention Levels of Natural History of Breast Cancer

Míriam Rêgo de Castro Leão \*  
Ana Caroline de Oliveira Pinto \*\*  
Débora Barbosa Braga \*\*\*

### Resumo

O câncer de mama é a segunda maior causa de morte entre mulheres no Brasil, representando um desafio para a saúde pública. OBJETIVO - Descrever os cuidados de enfermagem nos três níveis de prevenção da história natural do câncer de mama. METODOLOGIA – A partir dos descritores “Câncer de Mama”, “Enfermagem”, “Prevenção” e “Atenção Primária de Saúde”, foram identificados 42 artigos na base de dados da Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde e selecionados 18 a partir da leitura criteriosa dos resumos. Foram excluídos os artigos publicados antes de 1999 e os que não atendiam ao objetivo da revisão. Não houve exclusão segundo critério de idioma. Para complementar, revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane e publicações do Ministério da Saúde foram consultadas. RESULTADOS – Na prevenção primária, os cuidados estão voltados para reduzir a exposição aos fatores de risco, identificar as mulheres com elevado risco de desenvolver a doença, assim como orientar sobre a realização do autoexame das mamas. Na prevenção secundária, deve-se realizar o exame clínico minucioso das mamas, encaminhar as mulheres com exames alterados para avaliação médica e orientar sobre os riscos e benefícios da mamografia. Na prevenção terciária deve-se acompanhar o tratamento quimioterápico ou cirúrgico das mulheres com diagnóstico da doença e prestar apoio à mulher e sua família. CONSIDERAÇÕES FINAIS – São necessárias ações que capacitem os enfermeiros para intervir na redução a exposição aos fatores de risco e implementação das ações de rastreamento, pois esses são os cuidados mais desafiadores para esses profissionais.

**Palavras Chave:** Câncer de mama. Cuidados de enfermagem. Atenção primária de saúde. Prevenção.

### Abstract

Breast cancer is the second leading cause of death among women in Brazil, representing a challenge to public health. OBJECTIVE - Describe the nursing care in the three levels of prevention of the natural history of breast cancer. METHODOLOGY - from the descriptors "breast cancer", "nursing", "prevention" and "primary health care" were identified 42 articles in the database of the Latin American and Caribbean Center on health sciences and selected 18 from the careful reading of the summaries. Were deleted articles published before 1999 and those who do not meet the purpose of the review. There was no deletion criterion of language. To complement, systematic reviews from the Cochrane Library and publications of the Ministry of health have been consulted. RESULTS - In primary prevention, care are geared to reduce exposure to risk factors, identify women with a high risk of developing the disease, as well as guidance on the completion of the self-examination of the breasts. In secondary prevention should perform thorough clinical examination of the breasts, forward women with examinations changed to medical assessment and advise on the risks and benefits of mammography. In tertiary prevention should follow the chemotherapy or surgical treatment of women with a diagnosis of the disease and provide support to the woman and her family. FINAL - Are necessary actions that enable nurses to intervene in reducing exposure to risk factors and implementation of trace actions, because these are the most challenging care for these professionals.

**Keywords:** Breast cancer. Nursing care. Primary health care. Prevention.

---

Artigo Recebido em 02/09/2011 Aprovado em 24/08/2012

\*Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Minas Gerais. Professora Assistente III do curso de Enfermagem da PUC - Minas. Contato: miriamrego65@gmail.com

\*\* Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Contato: [anacarolineop@yahoo.com.br](mailto:anacarolineop@yahoo.com.br)

\*\*\* Graduação em Enfermagem pela Pontifícia Universidade Católica de Minas Gerais, Belo Horizonte. Contato: [debybarbosabraga@hotmail.com](mailto:debybarbosabraga@hotmail.com)

## Introdução

O controle do câncer, no Brasil, é considerado um dos grandes desafios para a saúde pública, uma vez que representa a segunda causa de mortalidade no país (BATISTA *et al.*, 2005). Esse controle foi aprimorado a partir da construção da Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) no final de 2005, por meio da portaria 2439/GM que estabeleceu as diretrizes para o controle do câncer no Brasil, desde a promoção da saúde até os cuidados paliativos, seguindo os princípios da universalidade, integralidade e humanização (ABREU *et al.*, 2008).

O câncer de mama responde por 22% dos casos novos de neoplasia a cada ano. No Brasil, as taxas de mortalidade por esse câncer continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%. Entre as 10 principais causas de morte por câncer em mulheres, o de mama representa a primeira causa de óbito (BRASIL, 2007; BRASIL, 2011).

Esta doença é relativamente rara antes dos 35 anos, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos quanto nos em desenvolvimento. Segundo dados da Organização Mundial da Saúde, citados pelo Ministério da Saúde, nas décadas de 60 e 70 registrou-se um aumento de 10 vezes nas taxas de incidência ajustadas por idade nos registros de câncer de base populacional de diversos continentes (BRASIL, 2011).

Entre os principais determinantes desta realidade estão a urbanização, o processo de industrialização, cultura, hábitos de vida e questões sócio-políticas, como programas pouco efetivos destinados a saúde da mulher (DIAS e GONÇALVES, 1999).

A idade precoce da menarca, a nuliparidade, a idade tardia da primeira gravidez, a não amamentação e a idade tardia da menopausa são características reprodutivas que contribuem para o risco de desenvolver a doença (CARRILLO *et al.*, 2009). Além dessas, Coutinho e Pinho (2007) ressaltam que o antecedente familiar em primeiro grau e o antecedente pessoal da doença são os principais fatores de risco associados à doença.

Quanto aos sinais e sintomas, podem surgir alterações na pele que recobre a mama, como abaulamentos ou retrações, inclusive no mamilo e secreção papilar. O sintoma do câncer palpável é o nódulo (caroço) no seio, acompanhado ou não de dor mamária. Podem ocorrer também nódulos palpáveis na região axilar (BRASIL, 2011).

Um dos meios para reduzir a mortalidade por essa doença é o rastreamento, que tem como objetivo o diagnóstico precoce. É importante a realização do autoexame das mamas pela mulher, juntamente com o exame clínico e a mamografia que são de responsabilidade do profissional de saúde (BATISTA *et al.*, 2005; ABUD *et al.*, 2009). Apesar de não reduzir significativamente a mortalidade, a realização do autoexame das mamas é mais viável em países como o Brasil, onde os recursos para saúde pública são menores e o acesso a métodos diagnósticos apresenta várias barreiras (CECATTI *et al.*, 2003). Quando diagnosticado precocemente, o câncer de mama tem um alto índice de cura (BENÍTEZ, DUBÉ e FORTE, 2001).

Quanto ao tratamento, o câncer de mama traz mudanças nos sentimentos das mulheres em relação à autoimagem, sexualidade e nos relacionamentos sociais. É preciso buscar alternativas para lidar com os efeitos colaterais e limitações que o tratamento impõe, para chegar a um resultado satisfatório (FABBRO, MONTRONE e SANTOS, 2008).

Brito *et al.* (2009) destacam a atenção primária com o objetivo de modificar ou eliminar fatores de risco para essa neoplasia. A Unidade Básica de Saúde (UBS) deve estar organizada para receber e realizar o exame clínico das mamas das mulheres, solicitar exames mamográficos, receber resultados e encaminhar aquelas cujos exames indiquem necessidade de maior investigação (BRASIL, 2006).

“Na linha de cuidados do câncer, a atenção primária à saúde tem responsabilidade quanto às ações de promoção, prevenção, detecção precoce e cuidados paliativos, ou seja, em todos os níveis de prevenção da história natural da doença” (ABREU *et al.*, 2008. p. 202).

A atenção primária à saúde está pautada nos princípios da universalidade, acessibilidade (ao sistema), continuidade, integralidade, responsabilização, humanização, vínculo, equidade e participação social, preconizados pelo Sistema Único de Saúde - SUS (BRASIL, 2006). Nesse contexto, o enfermeiro, como integrante da equipe de saúde da família, assume um papel de co-responsabilidade pela saúde da população adstrita, incluindo, nas suas atividades, a orientação quanto aos fatores de

risco, autoexame, solicitação de mamografia e realização do exame clínico das mamas (MOURA e NOGUEIRA, 2001).

Considerando esta realidade torna-se importante conhecer como o enfermeiro que atua no serviço de atenção primária à saúde pode contribuir para a prevenção do câncer de mama. Portanto, o objetivo desse trabalho é descrever a atuação do enfermeiro nos níveis de prevenção da história natural do câncer de mama.

## **Metodologia**

Para descrever os cuidados de enfermagem nos níveis de prevenção da história natural do câncer de mama realizou-se uma revisão bibliográfica na Biblioteca Virtual em Saúde, a partir dos descritores Câncer de Mama/ Enfermagem/ Prevenção/ Atenção Primária de Saúde/ Cuidados de Enfermagem. Pesquisou-se na base de dados Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) artigos que tratavam dos cuidados primários de enfermagem nos três níveis de prevenção da história natural dessa doença. Foram adotados os seguintes critérios de seleção dos artigos: leitura do título e resumo e análise se o mesmo atendia ao objetivo da revisão. Foram selecionados artigos dos anos de 1999 a 2010, nos idiomas português, inglês e espanhol, relacionados com a atuação do enfermeiro.

Em setembro de 2010, um total de 42 artigos foram identificados na base de dados LILACS. Destes, 19 foram selecionados a partir da leitura dos resumos, mas somente 10 foram utilizados para compor a estrutura teórica da revisão bibliográfica, por atenderem ao objetivo da revisão.

Em uma nova busca realizada em abril de 2011, utilizando os mesmos critérios descritos anteriormente e os descritores Câncer de Mama e Prevenção, foram selecionados mais oito artigos, totalizando 18 publicações. Para enriquecer as discussões sobre as ações de prevenção, foram utilizadas revisões sistemáticas da Biblioteca Cochrane que tratavam dessas ações, considerando que nessa biblioteca constam revisões sistemáticas de estudos controlados e randomizados, que caracterizam a melhor evidência científica disponível na literatura. Foram também consultadas publicações oficiais do Ministério da Saúde, a fim de apresentar ao leitor as ações recomendadas pelo principal órgão formulador de políticas públicas de saúde do país, a

saber: Caderno de Atenção Básica de Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama (2006), Painel de Indicadores do SUS Temático Saúde da Mulher (2007), além de informações contidas na página eletrônica do Instituto Nacional do Câncer.

## **Atuação do Enfermeiro nos Níveis de Prevenção da História Natural do Câncer de Mama**

### **Atuação do Enfermeiro em Prevenção Primária**

O controle do câncer depende essencialmente de ações nas áreas da promoção da saúde, proteção específica e do diagnóstico precoce da doença (CARVALHO e TONANI, 2008).

A saúde necessita de estratégias de comunicação que consigam atingir o público alvo por meio de uma mensagem persuasiva, considerando que esta depende de abordagens e apelos diferenciados quanto aos objetivos, linguagem e público receptor (CARVALHO e TONANI, 2008). A atenção primária tem responsabilidade quanto às ações de prevenção que disponibiliza informações à população sobre os fatores de risco e estratégias para diminuir exposição aos mesmos (ABREU *et al.*, 2008).

O câncer de mama é um dos tumores mais estudados no mundo inteiro, mas ainda existem muitas questões e controvérsias sobre os seus determinantes. A maioria dos estudos enfatiza a questão das variáveis associadas em grupos que já desenvolveram a doença, e muito pouco se sabe sobre a prevalência destes fatores em mulheres assintomáticas, que formam a população alvo de programas de detecção precoce (COUTINHO e PINHO, 2007).

Dados científicos sobre a prevenção do câncer de mama ainda não estão claros, devido à variedade de fatores de risco e das características genéticas que envolvem essa neoplasia. Ações de promoção da saúde, como prática de exercícios físicos e alimentação saudável são indicadas, pois previnem a obesidade, que tem sido associada ao câncer de mama em diversos estudos (INCA, 2009).

Segundo Carrillo *et al* (2009), os fatores de risco para o câncer de mama compreendem a idade precoce da menarca, a nuliparidade e a idade tardia na primeira gravidez. A não amamentação e a menopausa tardia (após 55 anos) são características reprodutivas que também contribuem para o risco de desenvolver a doença.

Esses fatores de risco também foram descritos no inquérito epidemiológico realizado por Coutinho e Pinho (2007), no Município de Teresópolis do Estado do Rio de Janeiro. Os dados foram obtidos por meio de entrevista estruturada, utilizando questionário simples com respostas objetivas e curtas. O estudo consistiu em uma amostra de 29% das mulheres residentes no município e cadastradas na Estratégia Saúde da Família (ESF). Dentre os fatores de risco descritos pelos autores, destacam-se a história de um ou mais abortos espontâneos e/ou provocados; uso de contraceptivos orais por cinco anos ou mais; sedentarismo; obesidade; ingestão excessiva de alimentos gordurosos; ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo. Quase 50% das entrevistadas tiveram o primeiro filho antes dos 20 anos de idade; 30% eram menopausadas e 8% hysterectomizadas. Dentre as mulheres que praticavam exercícios físicos, caminhada foi à atividade mais freqüente. Quanto ao estado nutricional, pouco mais de um terço das mulheres tinham sobrepeso e 30% tinham obesidade. Esses achados ressaltaram a necessidade de reduzir a prevalência dos fatores comportamentais e ambientais que aumentam o risco desta neoplasia, por meio do incentivo do consumo de frutas e verduras e da prática permanente de atividade física (CARRILLO *et al.*, 2009).

Segundo o Ministério da Saúde, os profissionais de saúde, em especial, os enfermeiros que integram a ESF devem estar atentos às mulheres com risco elevado de desenvolver a doença, a saber:

- História familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade;
- História familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária;
- História familiar de câncer de mama masculino;
- Diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2006).

No passado, mulheres com qualquer história familiar de câncer de mama, seios dolorosos, fobia de câncer e história de biópsias da mama (com ou sem doença proliferativa) foram submetidas à mastectomia profilática. Recentemente, a consideração para esse procedimento tende a se concentrar em mulheres de alto risco, conforme determinado pela presença de mutações genéticas do gene BRCA1 ou BRCA 2, as quais estão associadas com risco aumentado de câncer de mama e de câncer de ovário (LOSTUMBO, CARBINE, WALLACE, 2010).

No Brasil, o autoexame das mamas ainda é significativo para identificação dos tumores mamários. Os centros de saúde são as principais fontes de informação para a realização deste exame (CECCATI *et al.*, 2003).

As principais vantagens do autoexame das mamas são a disponibilidade, o baixo custo financeiro, a oportunidade da mulher conhecer o próprio corpo, além de detectar 55% de tumores em estágio I, estimando-se que cerca de 70% dos tumores de mama possam ser descobertos pela própria paciente. Quando este método é empregado no rastreamento do câncer de mama, algumas limitações são relatadas por muitas mulheres, como a dificuldade do aprendizado para a realização do autoexame, que sem dúvida, requer orientação e treinamento (BARRA *et al.*, 2004).

Batista *et al.* (2005) realizaram um estudo exploratório de abordagem qualitativa em uma Unidade Básica de Saúde do Município de João Pessoa/PB, com 20 mulheres assistidas no projeto de extensão “Prevenindo o câncer de mama e de colo de útero em uma Unidade Básica de Saúde”. As mulheres tinham idade entre 20 e 44 anos e de um a quatro filhos. Os resultados demonstraram que há mulheres que fazem o autoexame da mama corretamente, algumas têm dúvidas acerca de sua realização e outras ainda não o realizaram ou o fazem de forma incorreta. Diante desses resultados verificou-se a necessidade do profissional de enfermagem, ao atender a mulher, enfatizar as instruções sobre o período da realização do autoexame e ensinar a técnica utilizada para essa prática.

Em outro estudo observacional descritivo tipo inquérito, Conhecimento, Atitude e Prática (CAP), sobre autoexame das mamas, Cecatti *et al.* (2003) entrevistaram 663 mulheres com idade igual ou superior a 40 anos, que utilizaram a rede pública municipal de saúde de Campinas/SP. Dentre as entrevistadas, 9% referiu à presença de antecedente familiar de câncer de mama, a maioria das usuárias dos centros de saúde conhecia o autoexame das mamas (95,3%) e mais da metade obteve este conhecimento por intermédio da própria unidade (56,2%). Mas somente um pequeno número manifestou ter conhecimento adequado (7,4%) para realizar esse procedimento.

Barros, Freitas e Gerk (2000), desenvolveram um projeto de extensão junto à comunidade do Centro Regional de Saúde Universitário da cidade de Campo Grande /MS. O objetivo do projeto foi reduzir os índices de morbimortalidade de mulheres, por meio de ações preventivas como prática da consulta de enfermagem, palestras e visitas domiciliares. As autoras coletaram dados através de entrevista, exame físico geral e

específico, em que se realizava o exame clínico das mamas com orientação para o autoexame e exame ginecológico com coleta de material para prevenção do câncer de colo uterino. Foram realizadas 19 visitas domiciliares (incluindo mais de uma visita à mesma mulher), para enfatizar a importância do retorno ao Centro de Saúde para entrega dos resultados dos exames e consulta médica para iniciar tratamento adequado. Esse projeto trouxe para a enfermagem uma grande contribuição na área assistencial e nas áreas de ensino e pesquisa.

Em estudo descritivo sobre o autocuidado na prevenção do câncer ginecológico realizado por Bercini, Murata e Schirmer (2000), com 174 mulheres identificou que dentre as participantes, (56,9%) estavam na faixa etária entre 20 e 39 anos e (43,1%) na faixa etária entre 40 a 60 anos. Entre as mulheres com 20 a 39 anos, (51,5%) praticavam o autoexame das mamas e (48,5%) não. Entre as mulheres com idade entre 40 a 60 anos, 52% não realizavam o autoexame e 48% realizavam. Observou-se menor preocupação com o autoexame entre as mulheres de 40 a 60 anos do que entre as de 20 a 39 anos, que revelam estar atentas à beleza física e estética, mostrando relação simbólica das mamas com o próprio corpo. As autoras ressaltaram a importância do enfermeiro atuar na orientação e educação para prática de medidas preventivas do câncer de mama e colo de útero.

As dificuldades relatadas por Barra *et al* (2004) e Cecatti *et al* (2003) podem contribuir para compreender os resultados da revisão sistemática de dois estudos randomizados controlados de base populacional com 388.535 mulheres disponível na biblioteca Cochrane. Os revisores analisaram a realização rotineira do autoexame das mamas com a não realização e identificaram que não houve diferença na mortalidade por câncer entre os dois grupos. No grupo que realizou rotineiramente o autoexame ocorreu o dobro de biópsias das mamas com resultados benignos. Um grande estudo de base populacional que associou o autoexame e o exame clínico das mamas foi descontinuado, não sendo possível concluir se esta combinação é benéfica ou não. Os revisores concluíram que, segundo dados atuais, a realização rotineira do autoexame está associada a mais dano do que benefício, considerando o aumento do número de biópsias de lesões benignas (KOSTERS e GOTZSCHE, 2003).

Considerando esses resultados, o Ministério da Saúde recomenda que o autoexame das mamas não seja utilizado como uma estratégia de rastreamento, mas que seja incluído nas ações de educação em saúde, para a mulher conhecer seu próprio corpo (BRASIL, 2006).

## **Atuação do enfermeiro na Prevenção Secundária**

A prevenção secundária fornece o diagnóstico precoce utilizando o exame clínico das mamas e mamografia. A prioridade do Sistema Único de Saúde (SUS) é realizar o exame de mama na prática clínica e a mamografia quando identificado alterações no exame clínico (LOURENÇO, 2010). Porém, desde 2004, o Ministério da Saúde (2006) incorporou o exame de mamografia após os 50 anos como parte do rastreamento, independente de achados clínicos predisponentes à doença, por ser capaz de reduzir a mortalidade. Para mulheres de grupos de risco elevado para o câncer de mama é indicada a realização do exame clínico das mamas e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (BRASIL, 2006).

Uma revisão sistemática de oito estudos controlados randomizados com 600.000 mulheres analisou os riscos e benefícios associados à mamografia como estratégia de rastreamento do câncer de mama. Os autores identificaram três estudos com randomização adequada que não evidenciaram redução significativa da mortalidade por câncer de mama em 13 anos de seguimento com mamografia; quatro estudos com randomização pouco adequada que evidenciaram redução de 25% na mortalidade. Na combinação destes sete estudos, a realização de mamografia para rastreamento reduziu em 19% o risco de morte por câncer de mama. Os revisores concluíram que apesar do rastreamento por mamografia reduzir em o risco de mortalidade por câncer de mama, aumentou o risco de sobrediagnóstico e sobretratamento, ou seja, para cada 2000 mulheres convidadas a realizar o rastreamento por um período de 10 anos, uma terá sua vida prolongada e 10 receberão tratamento desnecessário. Além disso, mais de 200 mulheres sofrerão danos psíquicos por meses devido ao diagnóstico falso positivo. Assim, afirmam que não está claro se os benefícios superam os riscos de submeter-se ao rastreamento do câncer de mama por meio da mamografia (GOTZSCHE e NIELSEN, 2011).

Apesar da incerteza quanto aos riscos e benefícios da mamografia, ela é universalmente empregada como a principal ferramenta no rastreamento, devido ao seu benefício na redução da mortalidade por câncer de mama. O Colégio Brasileiro de Radiologia, a Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia e a Sociedade Brasileira de Mastologia vêm desenvolvendo estratégias para estimular a

realização do rastreamento mamográfico, entretanto só pequena parcela da população, cerca de 10% tem acesso ao exame. Esta realidade determina o quanto é necessário desenvolver ações políticas eficazes para a instalação de um programa oficial de rastreamento do câncer de mama no Brasil (BARRA *et al.*, 2004).

Devem-se assegurar programas de rastreamento e protocolos de tratamentos baseados em evidências que estejam acessíveis, particularmente às populações menos assistidas pelos serviços de saúde (CARVALHO e TONANI, 2008).

O exame clínico e a mamografia avaliam características diferentes do tecido mamário e fornecem informações diferenciadas. Programas de rastreamento do câncer de mama recomendam o exame clínico das mamas, anualmente, a partir dos 40 anos de idade, contribuindo para a detecção precoce da doença (BARRA *et al.*, 2004). O exame clínico é realizado por meio da inspeção visual estática e dinâmica e da palpação. A inspeção visual pretende identificar sinais de câncer de mama como abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas. Também é necessário observar assimetrias, diferenças na cor da pele, textura, temperatura e padrão de circulação venosa. Na palpação, examina-se todo o tecido mamário e linfonodos. Com a mulher sentada deve-se examinar a região supraclavicular e axilar. Com a mulher deitada e com os braços levantados sobre a cabeça, examinam-se todas as áreas do tecido mamário (BRASIL, 2006).

Lourenço (2010) realizou um estudo qualitativo, por meio de entrevistas semi-estruturadas individuais no Instituto de Oncologia (ISPON) em Ponta Grossa/PR, com uma amostra de 33 mulheres em tratamento de câncer de mama, a fim de conhecer as barreiras para prevenção e as condições que impedem a procura de cuidados médicos. O autor evidenciou que o problema inicia na prevenção do câncer, pelas mulheres não estarem familiarizadas com o conceito de prevenção, apesar da existência de campanhas educativas e programas preventivos. Todas as pacientes entrevistadas afirmaram conhecer as campanhas de prevenção, mas só perceberam a gravidade e importância desta quando tiveram que enfrentar a doença.

Abud *et al.* (2009) realizaram um estudo quantitativo de caráter descritivo e exploratório, desenvolvido na Clínica Oncohematos/Cirurgia localizado em Aracajú/SE. A amostra foi composta por 58 mulheres com diagnóstico de câncer de mama e as informações foram levantadas por meio de entrevista estruturada durante a consulta de Enfermagem. Obtiveram como resultados que o autoexame das mamas foi o mais realizado em 55,2% mulheres, seguido da mamografia por 41,2% e exame clínico das

mamas por 39,7%. Quando questionadas sobre o conhecimento da doença, 42% não possuíam informações adequadas. Em relação ao tratamento cirúrgico, 30 mulheres foram submetidas à mastectomia, sendo que 21 delas já se encontravam em estágio avançado. Esses dados reforçam a falha da detecção precoce, o que diminui a sobrevivência, a qualidade de vida e aumenta o impacto psicológico devido à mutilação. É necessário que o serviço de atenção primária trabalhe efetivamente com o rastreamento precoce, encaminhando a mulher para o nível de atenção da média complexidade propiciando acesso a um especialista (mastologista).

Também é preciso ampliar o alcance do rastreamento, mediante acesso a estratégias educacionais participativas até a organização da rede para seguimento adequado das mulheres com exames alterados. Infelizmente a detecção precoce e a realização do exame clínico das mamas ainda não foi plenamente incorporado pela atenção primária (ABREU *et al*, 2008).

Um estudo descritivo e analítico realizado por Borges *et al* (2009), em uma Unidade Básica de Saúde do distrito de Morada das Vinhas em Jundiaí/SP, verificou dados de 46 prontuários de mulheres que tinham recebido a carta-convite para participar de um programa de busca ativa para rastreamento do câncer de mama e colo de útero, e de 42 registros de mulheres rotineiramente consultadas por médicos da Unidade Básica de Saúde. A idade mediana das participantes foi de 35,9 anos, 2,7% tiveram uma história pessoal positiva para o câncer de mama e 10,7% tiveram uma história familiar positiva. Um total de 18 pacientes com idade superior a 40 anos convidadas a participar do programa foram submetidas à mamografia, enquanto no grupo atendido por médicos, de 16 pacientes com idade superior a 40 anos, 13 realizaram a mamografia no mesmo período. Os autores concluíram que a implementação de um programa de rastreamento, que visa a busca ativa de pacientes excluídos das ações de saúde e/ou que não recebem informações adequadas, contribuiu para o diagnóstico precoce e melhor prognóstico do câncer de mama.

Por fim, destacam-se as seguintes ações de prevenção primária e secundária como imprescindíveis para o controle do câncer de mama, segundo o Ministério da Saúde:

- Realização de reuniões educativas visando à mobilização e conscientização para o cuidado com a própria saúde; à importância da prevenção, do rastreamento e do diagnóstico precoce; à quebra dos preconceitos; à diminuição do medo da

doença e à importância de todas as etapas do processo de rastreamento e detecção precoce; não deixar de enfatizar o retorno para busca dos resultados de exame e tratamentos necessários;

- Realização de busca ativa na população alvo, das mulheres que nunca realizaram o exame clínico das mamas e a mamografia;
- Encaminhamento para a Unidade de Referência os casos com exame clínico das mamas e mamografias alteradas;
- Encaminhamento para a Unidade de Referência os casos clínicos suspeitos de câncer de mama;
- Realização de busca ativa das mulheres que foram encaminhadas a Unidade de Referência e não compareceram para o tratamento;
- Realização de busca ativa das mulheres que apresentaram laudo mamográfico suspeito para malignidade e não retornaram para buscar o resultado (BRASIL, 2006).

### **Atuação do enfermeiro na Prevenção Terciária**

Fabro, Montrone e Santos (2008) realizaram um estudo descritivo com abordagem qualitativa, no Centro Oncológico da Secretaria Municipal de Saúde de São Carlos/SP. Tiveram uma amostra de sete mulheres com idade de 39 a 78 anos, em que duas apresentavam história de câncer de mama em parentes, todas tinham sido submetidas à mastectomia (três estavam em tratamento de quimioterapia ou radioterapia e as demais já tinham terminado o tratamento). Os resultados revelaram que a notícia da doença trouxe uma série de sentimentos dolorosos que se refletiram no cotidiano das mulheres. Os depoimentos colhidos revelaram que essas mulheres passaram por diferentes períodos de adaptação psicobiológicas até aceitarem a doença. O projeto tornou-se um espaço onde se dava e se recebia carinho, o que fortaleceu a auto-estima e a vontade de viver.

Outra pesquisa de natureza descritiva e abordagem quantitativa, realizada por Almeida *et al* (2009), no ambulatório de quimioterapia de um hospital filantrópico, centro de referência em atendimento ao paciente oncológico no município de Fortaleza/CE, identificou as relações familiares de mulheres em tratamento de câncer de mama. A população do estudo foi todas as familiares acompanhantes das pacientes

mastectomizadas, em tratamento quimioterápico ambulatorial na referida instituição. Para a inclusão das mulheres na amostra, consideraram-se os seguintes critérios: ser parente em 1º grau de mastectomizada (mãe, filha ou irmã); estar acompanhando uma paciente em tratamento quimioterápico ambulatorial; ter idade igual ou superior a 18 anos. Foi utilizado como instrumento de coleta de dados, um questionário semi-estruturado. Na amostra formada por filhas, total de 56, encontrou-se em sua maioria, fatores de risco como idade da primeira menstruação inferior ou igual a 12 anos (46,5%), nuliparidade (39,2%) e uso de anticoncepcional oral por tempo elevado (mais de cinco anos) (62,5%). Na parcela das irmãs das mulheres mastectomizadas, identificou-se como fatores de risco para o desenvolvimento da neoplasia mamária a idade (38% têm idade entre 49 e 59 anos), ocorrência de abortos (80% sofreram um aborto) e uso de anticoncepcional oral (66,6%). O estudo demonstrou que as mulheres têm o hábito de realizar o autoexame das mamas, exame clínico e mamografia, apesar de algumas não realizá-los com a frequência preconizada. Os autores concluíram que a enfermagem tem papel fundamental, principalmente na educação dessas mulheres com enfoque nas ações de prevenção e menos nas ações curativas com vistas a atender as necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais em uma perspectiva pessoal e coletiva. Acompanhar o familiar saudável também é importante para modificar a realidade de morbimortalidade por câncer de mama, já que a prevenção e detecção precoce só serão possíveis se essa camada da população também for contemplada por estratégias dos serviços de saúde.

É preciso compreender os sentimentos da mulher em tratamento do câncer de mama, intervindo com ações educativas, estabelecendo uma relação empática e evitando exposições desnecessárias de seu corpo (FERREIRA, 2007). A mastectomia traz mudanças na autoimagem das mulheres, no relacionamento com seu corpo, sexualidade e relações sociais. É preciso buscar alternativas para obter melhor resultado frente aos efeitos colaterais que o tratamento impõe. Para a família, o diagnóstico de câncer traz sentimentos de desespero, pois a mulher é o alicerce e provedora do bem-estar familiar. No estudo qualitativo realizado por Fabro, Montrone e Santos (2008), as mulheres revelaram que elas também têm sentimentos negativos e passam por diferentes períodos de adaptações psicobiológicas até aceitarem a doença.

O câncer de mama constitui um problema de saúde pública e é a primeira causa de incidência e mortalidade por câncer na mulher adulta em âmbito mundial. Casos

detectados em fase tardia têm probabilidade de sobrevivência muito baixa e os tratamentos requeridos são mais caros e invasivos. A implementação de programas integrais de prevenção, detecção e tratamento, apesar de ocorrer em acordo com as possibilidades e necessidades de cada país, são de grande importância para o efetivo controle da doença (CARRILLO *et al.*, 2009).

Observa-se a necessidade de que as mulheres sejam orientadas por profissionais de saúde habilitados para realizar ações de educação em saúde. É importante envolver uma equipe multidimensional que trabalhe considerando os aspectos físico, espiritual, psicológico, social e afetivo, tanto no estágio avançado quanto na fase inicial da doença (BATISTA *et al.*, 2005 e ABREU *et al.* 2008).

## **Conclusão**

A partir da revisão bibliográfica realizada foi possível descrever as principais ações do enfermeiro nos níveis de prevenção da história natural do câncer, porém identificou-se que é notória a deficiência dos serviços de saúde em relação à essas ações. Os estudos enfatizaram que o rastreamento não é a forma mais eficaz para redução da morbimortalidade da doença, mas por outro lado, as ações de prevenção primária, ou seja, a intervenção nos fatores de risco e a diminuição da exposição aos mesmos têm um potencial significativo para essa redução, sendo um dos maiores desafios para o enfermeiro que atua em unidades básicas de saúde.

Capacitar enfermeiros e trabalhar com uma equipe multidisciplinar é uma forma de enfrentar esse desafio, além de humanizar e melhorar o atendimento à mulher. É necessário que durante a consulta de enfermagem esse profissional transmita informações adequadas sobre a importância da alimentação saudável e da prática de atividade física, do autoexame para conhecimento do corpo e do exame clínico com periodicidade. Em relação a principal ação de prevenção secundária, os estudos evidenciaram que o enfermeiro tem que ficar atento quanto à idade preconizada para realização da mamografia, assim como a periodicidade recomendada para o rastreamento, mesmo sem achados clínicos significativos.

Considerando que o diagnóstico de câncer de mama traz diversos sentimentos a mulher e seus familiares e a importância da prevenção terciária, o enfermeiro tem a função de minimizar os efeitos que o tratamento dessa doença impõe, intervindo nas

questões psicobiológicas, espirituais, sociais e cuidados paliativos, especialmente os que atuam nas Unidades Básicas de Saúde.

## Referências

ABUD, A. C. F. *et al.* Mulheres portadoras de câncer de mama: conhecimentos e acesso às medidas de detecção precoce. *Revista de Enfermagem UFRJ*. V. 17(3):36, p. 362-367, Rio de Janeiro, jul/set 2009.

ABREU, M. F; *et al.* A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. *Revista APS*, v. 11(2), p. 199-206, abr/jun 2008.

BARRA, A. L. *et al.* Controvérsias no Rastreamento do Câncer de Mama. *Femina*. Vol. 32(9), pág. 751-757, outubro, 2004.

BARROS, S. M. O; FREITAS, S. L. F; GERK, M. A. S. Consulta de Enfermagem com ênfase na prevenção do câncer cérvico uterino e de mama: projeto de extensão desenvolvido em Campo Grande (MS). *Acta Paulista de Enfermagem*. v.13, parte II, 2000.

BATISTA, P. S. S; *et al.* Auto-exame das mamas: vivência de mulheres atendidas em uma unidade básica de saúde. *Revista Nursing*. V. 91(8), p. 583-587, dezembro 2005.

BENÍTEZ, P. F.; DUBÉ, D. E.; FORTE, A. A. Comportamiento del câncer de mama em El município Consolación del Sur. *Revista Cubana de Enfermagem*. V. 17(2), p. 116-121, 2001.

BERCINI, L. O; MURATA, I. M. H; SCHIRMER, J. Auto-cuidado na prevenção do câncer de colo de útero e câncer de mama: comparação entre mulheres não climatéricas e climatéricas. *Acta Paulista de Enfermagem*. V. 13, parte II, 2000.

BORGES, J. B. R. *et al.* Active search of women as an efficacy factor for a breast and cervical cancer screening program in the city of Jundiaí, São Paulo, Brazil. *Einstein*. V. 8(1 Pt 1), p. 34- 39, dezembro, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Cadernos de Atenção Básica. Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama. Série A, nº 13, 1ª Edição. Brasília, 2006.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão Estratégia e Participativa. Painel de Indicadores do SUS Temático Saúde da Mulher. Ano 1, nº 1. Agosto, 2007.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama. 1996-2011. Disponível em: [BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Sintomas do câncer de mama. 2011.](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama+, acesso em: 15 de março de 2011.</a></p></div><div data-bbox=)

Disponível em: [BRITO, C. M. S. \*et al.\* Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. \*Revista Brasileira de Enfermagem\*. V. 62\(4\), p. 579-582, Brasília, jul/ago 2009.](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/sintomas, acesso em: 15 de março de 2011.</a></p></div><div data-bbox=)

CARRILLO, L. L. *et al.* Câncer de mama: un reto para la sociedad y los sistemas de salud. *Salud Pública de México*. Vol. 51, suplemento 2, 2009.

CARVALHO, E. C.; TONANI, M. Cancer risk and preventive behavior: persuasion as an intervention strategy. *Revista Latino Americana Enfermagem*. V. 16(5), p. 864-870, set/out, 2008.

CECATTI, J. G. *et al.* Conhecimento, atitude e prática do auto exame das mamas em centros de saúde. *Revista de Saúde Pública*. V. 37(5), p. 576-582, Campinas, 2003.

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

DIAS, M. R.; GONÇALVES, S. C. M. A prática do auto-exame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. *Estudos de Psicologia*. V. 4(1), p. 141-159, 1999.

FABBRO, M. R. C; MONTRONE, A.V. G; SANTOS, S. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama. *Revista de Enfermagem UERJ*. V. 16(4), p.532-537, Rio de Janeiro, out/dez 2008.

FERREIRA, M. L. S. M. Análise da percepção de mulheres de uma unidade básica de saúde sobre o exame de papanicolau e de mama. *Revista Ciências Médicas*. V.16(1), p.5-13, Campinas, jan/fev, 2007.

GOTZSCHE P C, NIELSEN M. Screening for breast cancer with mammography. Cochrane Database of Systematic Reviews. In: *The Cochrane Library*, 2011, Issue 04, Art. No. CD001877. DOI: 10.1002/14651858.CD001877.pub4

INCA. Rede Câncer. O Desafio Feminino do Câncer. Novembro, 2009.

KOSTERS JP, GOTZSCHE PC. Regular self-examination or clinical examination for early detection of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2003, Issue 2. Art. No.: CD003373. DOI: 10.1002/14651858.CD003373.

LOSTUMBO L, CARBINE NE, WALLACE J. Prophylactic mastectomy for the prevention of breast cancer. Cochrane Database of Systematic Reviews 2010, Issue 11. Art. No.: CD002748. DOI: 10.1002/14651858.CD002748.

LOURENÇO, A. V. Women cancer prevention and pharmaceutical contribution. *Brazilian Journal of Pharmaceutical Sciences*. V.(46), nº 1, p. 45-51, jan/mar, 2010.

MOURA, E. R.; NOGUEIRA, R. A. Atuação de enfermeiras nas ações de controle do câncer de mama em oito unidades de saúde do Ceará, Brasil. *Revista brasileira de saúde materno-infantil*. V. 1(3). P. 269-274, Recife, set/dez 2001.