

REBES REVISTA BRASILEIRA DE EDUCAÇÃO E SAÚDE



GVA - GRUPO VERDE DE AGROECOLOGIA E ABELHAS - POMBAL - PB
REVISÃO DE LITERATURA

O câncer de mama: Uma revisão de literatura

Maria do Socorro Bezerra Queiroz de Araújo

Psicóloga, especialista em Saúde Mental (IBPEX) e em Psico-Oncologia, pela Faculdade de Ciências Médicas de Minas Gerais (FCMMG)

Email: socorrobqpsi@hotmail.com

Resumo: Trata-se de um estudo de natureza bibliográfica, no qual procurou-se mostrar como se desenvolve o câncer de mama, como se apresenta sua incidência no Brasil e no mundo, seu estadiamento quais os impactos produzidos pela mastectomia na feminilidade e na sexualidade da mulher. Demonstrou-se o câncer de mama apresenta uma etiologia multifatorial e que embora esse tipo de câncer seja um grande problema de saúde pública, o Brasil não possui ainda uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, capaz de garantir atenção integral àqueles acometidos por tal patologia. Foi possível também demonstrar que para muitas mulheres, o diagnóstico de câncer de mama torna-se vergonhoso, representando um sentimento antecipado, pelo fato está associado a retirada do seio. E que ao perder uma de suas mamas, a mulher tem afetado tão profundamente o seu íntimo que constrói de si uma imagem, criando também uma nova identidade tanto no aspecto social quanto no sexual. Ademais, a mulher que é submetida a uma mastectomia, além de sofrer uma significativa perda e de ter alterada a sua imagem corporal, é obrigada a conviver com o medo e a possibilidade do surgimento de metástases, denunciando o fim de sua existência.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Impactos na vida da mulher. Discussão Necessária.

Breast cancer: A literature review

Abstract: This is a study of bibliographic nature, which sought to show how to develop breast cancer, as it stands its incidence in Brazil and worldwide, his staging which impacts produced by mastectomy in femininity and female sexuality. It was demonstrated breast cancer has a multifactorial etiology and although this type of cancer is a major public health problem, Brazil does not yet have a network of regionalized and hierarchical, capable of comprehensive care to those affected by this pathology. It was also possible to demonstrate that for many women, the diagnosis of breast cancer becomes shameful, representing a sense anticipated, the fact is associated with the removal of the breast. And that to lose one of her breasts, the woman has so deeply affected his heart that builds a picture of himself, creating the new identity in both social and in sex. Moreover, the woman undergoes a mastectomy, as well as suffer a significant loss and have changed their body image, is obliged to live with the fear and the possibility of the emergence of metastases, denouncing the end of its existence.

Keywords: Breast Cancer. Impacts on women's lives. Talk Needed.

1 Introdução

No Brasil, o câncer de mama é uma doença grave de alta incidência. Seu diagnóstico precoce é a melhor arma no combate a esse mal, pois possibilita uma terapia mais eficaz e menos agressiva, podendo resultar num prolongamento da sobrevida das pacientes acometidas.

Linard et al. (2003) mostra que esse tipo de câncer constitui um problema de saúde pública merecedor de atenção especial das autoridades de saúde. Pois, é muito comum entre as mulheres, sendo responsável por 28% de todas as neoplasias que acometem o sexo feminino.

É importante ressaltar que as mulheres com maior predisposição ao desenvolvimento do câncer de

mama são as que possuem idade acima de 35 anos, história pessoal ou familiar de câncer de mama, menarca precoce, nuliparidade, idade materna tardia no primeiro nascimento, menopausa tardia e obesidade (MARINHO et al. 2007).

No entanto, é conveniente afirmar que a realização do autoexame das mamas é aconselhável para todas as mulheres, incluindo aquelas que se encontram na menopausa e até mesmo as gestantes.

Um estudo realizado por Tavares et al. (2007) mostra que o diagnóstico do câncer de mama ainda tem sido quase acidental e na maioria dos casos tem sido identificado em fases avançadas da doença.

Assim, a principal terapêutica para o câncer de mama é a mastectomia ou amputação da mama, o que

remete à mutilação do corpo feminino, visto a mama representar feminilidade, sexualidade e maternidade.

Nos últimos anos, o tratamento foi complementado com várias formas de terapias sistematizadas de acordo com o estágio da doença, como a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

O presente trabalho tem por objetivo mostrar como ocorre o desenvolvimento do câncer de mama,

2 Revisão de Literatura

2.1 Câncer

Por câncer entende-se um conjunto de mais de 100 doenças, caracterizadas pelo crescimento desordenado (maligno) de células, responsáveis pela invasão de tecidos e órgãos, podendo, inclusive, espalhar-se por outras partes do corpo, formando o que se denomina de metástase (GODOY et al., 2009).

Borges et al. (2006) afirmam que esse grupo de doenças caracterizada como câncer, apresenta multiplicidade de causas, formas de tratamento e prognósticos.

O câncer é considerado como resultado de múltiplos erros e mudanças genéticas que se acumulam nas células levando à sua degeneração. Pois, a sua origem multifatorial torna o controle mais difícil do que em outras doenças. Essa enfermidade atinge indivíduos de qualquer idade, sendo, no entanto, mais comum em pessoas adultas (TAVARES et al., 2007).

Complementando esse pensamento, Simonton (2009) acrescenta que muitas das hipóteses levantadas a cerca das causas do câncer caíram no descrédito da ciência, embora muitas ainda sejam discutidas. No entanto, existe um consenso de que, se a doença é combatida cedo, pode-se aumentar a sobrevivência de um indivíduo canceroso, obtendo-se, em alguns casos, a cura.

A palavra câncer vem vocábulo grego 'karkínos', que significa 'caranguejo', tendo sido utilizada primeira vez por Hipócrates (460-377 A.C.), médico grego, considerado como o 'pai da medicina'. Desta forma, percebe-se que "o câncer não é uma doença nova. E o fato de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo" (BRASIL, 2012, p. 17).

Ao longo da história da humanidade, o câncer vem sendo visto como uma doença incurável, que fatalmente leva o ser humano à morte.

Destacam Borges et al. (2006), que os avanços tecnológicos e o desenvolvimento da medicina, registrados nos últimos anos, têm proporcionado um melhor tratamento para o câncer, incluindo novos procedimentos cirúrgicos e farmacológicos. No entanto, tais avanços não são suficientes para retirarem do câncer o estigma de doença fatal.

É importante ressaltar que o câncer é responsável direto por cerca de 13% de todas as mortes registradas no mundo. Dados da International *Union Against Cancer* - UICC, divulgados no Brasil pelo INCA, mostram que mais de 7 milhões de pessoas morrem anualmente vitimadas pelo câncer. Por essa razão, ele se constitui num grande problema de saúde pública para o mundo todo, independentemente do grau de desenvolvido dos países (BRASIL, 2009).

Especificamente, no Brasil, registra-se uma distribuição dos diferentes tipos de câncer. Esta realidade demonstra que no país existe uma transição epidemiológica em andamento. Por outro lado, avaliando a incidência de câncer no Brasil, um estudo divulgado pelo INCA, afirma que:

A incidência do câncer cresce no Brasil, como em todo o mundo, num ritmo que acompanha o envelhecimento populacional decorrente do aumento da expectativa de vida [...]. E o resultado direto das grandes transformações globais das últimas décadas, que alteraram a situação de saúde dos povos pela urbanização acelerada, dos novos modos de vida e novos padrões de consumo (BRASIL, 2009, p. 5).

Na forma demonstrada, a incidência do câncer não é um problema que somente preocupa o Brasil. Tal problema atinge o mundo, ceifando muitas vidas e mostrando a fragilidade dos serviços públicos de saúde, que se mostram inertes diante de tão grave incidência epidemiológica.

O câncer ocorre quando mutações nos genes de uma única célula tornam esta capaz de proliferar rapidamente, formando, assim, uma massa tumoral. É a medida em as várias transformações vão ocorrendo nessa mesma célula, ela adquire um caráter de malignidade (BORGES et al., 2006).

Explica o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2012, p. 18) que:

O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais. Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular - as células se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo - acarretando transtornos funcionais. O câncer é um desses transtornos.

É importante destacar que dependendo do caso, a proliferação celular pode ser controlada. Noutros, não. Neste último caso, além de se dividirem rapidamente, as células apresentam um comportamento agressivo, espalhando por outras partes do corpo, produzindo desequilíbrio funcional.

Assim, quando esse crescimento foge do controle, surge-se uma massa anormal de tecido, mantendo um crescimento quase autônomo, que persiste, embora os estímulos que o provocaram cheguem a cessar, gerando o que se chama de neoplasias, que pode ser entendida como sendo "uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o homem" (BRASIL, 2012, p. 19).

É importante destacar que essas neoplasias podem ser classificadas como benignas ou malignas. O

Quadro 1 apresenta os tipos de neoplasias e seus respectivos conceitos.

Quadro 1. Tipos de Neoplasias

TIPOS	DESCRIÇÃO
Neoplasias Benignas ou Tumores Benignos	Têm seu crescimento de forma organizada, geralmente lento, expansivo e apresentam limites bem nítidos. Apesar de não invadirem os tecidos vizinhos, podem comprimir os órgãos e tecidos adjacentes.
Neoplasias Malignas ou Tumores Malignos	Manifestam um maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento e causar a morte do hospedeiro.

FONTE: BRASIL (2012, p. 19), adaptado.

Com base nas definições apresentadas no Quadro 1, o câncer nada mais é do que uma neoplasia maligna. Os tumores benignos podem se apresentarem de três tipos: adenoma (surge nas glândulas), lipoma (que tem origem no tecido gorduroso) e mioma (originário no tecido muscular liso). Alguns aspectos permite estabelecer uma diferenciação entre um câncer e um tumor benigno.

O Quadro 2 apresenta as principais diferenças entre tumores benignos e malignos.

Quadro 2. Principais diferenças entre tumores benignos e malignos

TUMOR BENIGNO	TUMOR MALIGNO
Formado por células bem diferenciadas (semelhantes às do tecido normal); estrutura típica do tecido de origem	Formado por células anaplásicas (diferentes das do tecido normal); atípico; falta diferenciação
Crescimento progressivo; pode regredir; mitoses normais e raras.	Crescimento rápido; mitoses anormais e numerosas
Massa bem delimitada, expansiva; não invade nem infiltra tecidos adjacentes	Massa pouco delimitada, localmente invasivo; infiltra tecidos adjacentes
Não ocorre metástase	Metástase frequentemente presente

FONTE: BRASIL (2012, p. 20).

Analisando o Quadro 2, percebe-se que significativas são as diferenças entre os tumores considerados benignos e aqueles ditos malignos.

Nota-se que nos tumores benignos, as células são semelhantes ao tecido normal. Embora tenha uma proliferação, este processo não alterou a estrutura do tecido que passou a formar o tumor.

Quanto ao tumor maligno, este possui crescimento rápido, suas células são diferentes do tecido

normal, caracterizando-se, por apresentar, com grande frequência, metástase.

Desde o surgimento das primeiras células cancerosas até a ocorrência de metástase, o quadro clínico apresenta uma evolução que pode ser lenta, dependendo da parte do corpo atingida. No entanto, em outros casos, essa evolução é rápida, acarretando na morte do ser humano (SMELTZER; BARE, 2009).

É importante registrar que o câncer pode aparecer em qualquer parte do corpo do ser humano. Isto porque "as células cancerosas apresentam capacidade de invadir o tecido normal e de se disseminar para locais distantes" (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008, p. 507).

No entanto, existem alguns órgãos que são mais afetados do que outros, de forma que a localização do câncer pode determinar grade de sua agressividade. Assim, com base na localização do tumor, o câncer pode ser classificado como sendo: mamário, pulmonar, cérvico-uterino, etc.

O Quadro 3 apresenta os principais tipos de câncer, quanto à localização, e, suas respectivas descrições.

Quadro 3. Principais tipos de câncer, quanto à localização

TIPOS	DESCRIÇÃO
Câncer da cavidade oral (boca)	É o câncer que afeta os lábios e o interior da cavidade oral (gengivas, bochechas, palato duro, língua, assoalho da língua e amígdalas).
Câncer de cólon e reto (intestino)	abrange tumores que acometem um segmento do intestino grosso (o cólon) e o reto, sendo curável, quando detectado precocemente.
Câncer de esôfago	O mais frequente é o carcinoma de células escamosas (carcinoma escamoso, carcinoma epidermoide), responsável por 96% dos casos.
Câncer de estômago (câncer gástrico)	Podem ser histológicos (adenocarcinoma, o mais frequente), e leiomiossarcoma (iniciado em tecidos que dão origem aos músculos e aos ossos).
Câncer de mama	Segundo tipo mais frequente no mundo, o câncer de mama é o mais comum entre as mulheres.
Câncer de pele do tipo melanoma	É um tipo de câncer de pele que tem origem nos melanócitos (células produtoras de melanina) e tem predominância em adultos brancos.
Câncer de próstata	É considerado um câncer da terceira idade, já que cerca de três quartos dos casos no mundo ocorrem a partir dos 65 anos.
Câncer de pulmão	É o mais comum de todos os tumores malignos, apresentando aumento de 2% ao ano na incidência mundial.
	O câncer do colo do útero,

Câncer do colo do útero	também chamado de câncer cervical, demora muitos anos para se desenvolver.
Leucemias	Doença maligna dos glóbulos brancos, cuja principal característica é o acúmulo de células jovens anormais na medula óssea, que substituem as células sanguíneas normais.

FONTE: BRASIL (2012, p. 30-34), adaptado.

Além dos tipos de câncer apresentados no Quadro 3, considerados como sendo os principais, pelas altas incidências, existem vários outros, cuja incidência também vem aumentando nos últimos, principalmente, devidos aos hábitos alimentares e à utilização de substâncias nocivas à saúde do ser humano.

Esclarecem Moura et al. (2012, p. 43-44) que:

O câncer possui causas variadas, podendo ser externas ou internas ao organismo. As causas externas referem-se ao meio ambiente e aos hábitos ou costumes do indivíduo. As causas internas são, na maioria das vezes, geneticamente pré-determinadas, e estão ligadas à capacidade do organismo de se defender das agressões externas.

Como possui variadas causas, a prevenção do câncer é algo que nem sempre é possível. Aos diferentes tipos de tumores encontram-se relacionados variados fatores de risco. Por outro lado, como pode afetar diferentes órgãos do corpo, alguns são mais afetados do que outros, passando a apresentar tumores mais agressivos do que outros.

De acordo com o INCA (BRASIL, 2013), tanto a elevada incidência quanto a alta mortalidade, por CA da mama no país, justificam a implantação de estratégias efetivas de controle, que incluem:

- a) ações de promoção à saúde;
- b) ações de prevenção e detecção precoce;
- c) ações de tratamento e de cuidados paliativos

(quando necessários).

Embora o câncer seja um grande problema de saúde pública, o Brasil não possui ainda uma rede de serviços regionalizada e hierarquizada, capaz de garantir atenção integral àqueles acometidos por tal patologia.

2.2 Câncer de mama

Dentre os vários tipos de câncer, destaca-se o carcinoma mamário, que, segundo Martinho et al. (2007), ainda é uma das grandes preocupações da medicina atual. Pois, quando não é detectado precocemente, dissemina-se para o fígado, pulmões, ossos e cérebro, dificultando e onerando seus tratamento, bem como reduzindo as chances de cura para a paciente.

Ao contrário do que se pensa, o câncer de mama também pode ocorrer em homens. No entanto, é mais frequente em mulheres, havendo a possibilidade de uma cada nove mulheres desenvolver esse tipo de câncer (BRASIL, 2010).

Informam Hoffmann; Müller e Rubin (2006) que "o câncer de mama se caracteriza pela anormalidade das células e sua divisão excessiva", sua etiologia é multifatorial, ou seja, é necessário um conjunto de fatores (genético, nutricional, ambiental, entre outros) para que a doença se desenvolva. Dentro dessa perspectiva, muitos pesquisadores, já há algum tempo, vêm constatando que os estados emocionais estão envolvidos nos processos de câncer.

Pirhardt e Mercês (2009, p. 103) afirmam que "o câncer de mama ocorre tanto em mulheres, quanto em homens na proporção de 100/1, ou seja, em 100 casos de câncer de mama feminino há um caso de câncer de mama masculino".

É importante ressaltar que o câncer de mama é uma doença curável, desde que diagnosticado ainda em sua fase inicial, quando limita-se a pequenos tumores restritos à mama.

Jammal; Machado e Rodrigues (2008) definem o câncer de mama como sendo uma patologia complexa e heterogênea, que pode apresentar uma evolução lenta ou rapidamente progressiva. E, que tal doença encontra-se relacionada a vários fatores, dentre os quais destacam-se os seguintes:

- a) hereditariedade;
- b) menarca precoce;
- c) menopausa tardia;
- d) obesidade;
- e) paridade tardia.

O câncer de mama é classificado de acordo com área afetada, podendo, segundo Godoy et al. (2009, p. 48), apresentar os seguintes tipos:

[...] carcinoma *in situ*, limitado nos ductos ou lóbulos, não atingindo tecidos próximos nem órgãos; carcinoma ductal invasivo, que se inicia no ducto, atravessando suas paredes, atingindo o tecido adiposo e se espalhando por todo o corpo; carcinoma ductal *in situ*, confinado aos ductos, não ocorrendo a sua disseminação através das paredes dos ductos; carcinoma lobular *in situ*, que se origina nos lóbulos, permanecendo restrito a eles, não se expandindo através de suas paredes; carcinoma lobular invasivo, que começa nos lóbulos, podendo espalhar-se por todo o corpo.

Definido como sendo uma doença crônica grave, o câncer de mama apresenta, ainda de acordo com Godoy et al. (2009, p. 48), os seguintes fatores de risco:

[...] presença de mãe, irmã ou filha que já tiveram essa doença; mulheres que menstruaram antes dos 12 anos e que entraram na menopausa após os 55 anos; que apresentem consumo de álcool, tabagismo e excesso de peso; que sofreram exposição à radiação entre a puberdade e os 30 anos.

As mulheres que apresentam os fatores acima relacionados, necessariamente não irão desenvolver o câncer. Contudo, apresentam uma maior probabilidade.

O câncer de mama apresenta uma etiologia multifatorial. Segundo Anjos; Alayala e Höfelmann (2012) vários estudos têm demonstrado que a incidência e a sobrevivência desse tipo de câncer são fortemente influenciadas por:

- a) contínuas mudanças no tempo e espaço;
- b) estilos de vida;
- c) exposições de risco para câncer;
- d) fatores demográficos;
- e) fatores socioeconômicos
- f) padrões culturais.

Em síntese, etiologia desse tipo de mama é multifatorial, destacando-se como fatores de risco os acima enumerados, além de certos aspectos ambientais (RUBIN et al., 2010).

Destacam ainda Anjos; Alayala e Höfelmann (2012) que a idade ainda continua sendo um dos fatores mais importantes do câncer de mama. E, que a incidência desse tipo de câncer aumenta rapidamente até os 50 anos, passando a ser registrado de forma mais lenta após essa idade.

No entanto, um estudo divulgado pelo Instituto Nacional do Câncer - INCA (BRASIL, 2011), mostra que raramente, o câncer de mama, na mulher, ocorre antes de seus 35 anos. E que acima desta idade, sua incidência cresce mais rápida e progressivamente.

É importante ressaltar que outros fatores de risco também são associados a esse tipo de câncer. Abordando tais fatores, o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2011), destaca os seguintes:

- a) exposição a altas doses de radiação ionizante;
- b) história familiar de primeiro grau e pessoal de câncer de mama;
- c) obesidade;
- d) pós-menopausa.

A dieta vem sendo apresentada como um dos fatores de risco mais significativo para o desenvolvimento do câncer, principalmente, quando rica em açúcares, produtos industrializados, colesterol, ácidos graxos trans e saturados. E, quando pobre em fibras.

Significativa também é a contribuição dada para o surgimento do câncer pelos alimentos considerados como fontes de compostos antioxidantes e fitoestrógenos. Entretanto, deve-se também registrar que o consumo excessivo de bebidas alcoólicas e a obesidade (principalmente abdominal), também são citados pela literatura especializada como fatores que aumentam o risco de desenvolvimento do câncer (ANJOS; ALAYALA; HÖFELMANN, 2012).

Um estudo realizado por Rubin et al. (2010) mostra que pode existir uma relação entre a composição corporal e o câncer de mama. E mais, que existem evidências de que a obesidade nas mulheres na pós-menopausa pode ser considerada com um fator de risco para esse tipo de câncer.

Em todo o mundo, o câncer de mama apresenta elevada incidência e mortalidade, sendo, por isso, considerado um importante problema de saúde pública. Entretanto, "se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom" (MOURA et al., 2012, p. 43).

Completando esse pensamento, Moura et al. (2012, p. 43) afirmam que "na saúde pública, o câncer de

mama feminino emerge como uma doença de importância cada vez maior em todas as partes do mundo. Isso ocorre, principalmente, devido à sua frequência elevada e à dimensão do problema".

Na última década, registrou-se um crescimento contínuo na incidência de câncer de mama feminina. Tem-se notado, que apesar dos grandes avanços terapêuticos, esse tipo de câncer continua sendo responsável pelo maior número de mortes entre as mulheres no mundo, representando um grande problema de saúde pública, não somente por sua incidência como também por sua letalidade (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006).

No Brasil, o câncer de mama é responsável pelo maior número entre os óbitos por câncer na população feminina, principalmente, entre as mulheres que possuem idades entre 40 e 69 anos, ao mesmo tempo em que ocupa o primeiro lugar nas intervenções cirúrgicas, que anualmente são realizadas no país (JAMMAL; MACHADO; RODRIGUES, 2008).

Destacam Rubin et al. (2010) que esse tipo de câncer é o segundo com maior frequência no mundo e o mais comum entre as mulheres. E, que no Brasil, 22% dos novos casos de câncer registrados em mulheres, são de mama.

Acrescentam Moura et al. (2012, p. 43), que "o elevado índice se deve ao diagnóstico tardio de casos em estádios avançados da doença". E, que especificamente no Brasil, "o câncer de mama acomete anualmente um número elevado de mulheres, apresentando alto índice de mortalidade na população feminina".

No Brasil, a morte por essa doença atinge quase 50% das mulheres diagnosticadas. No entanto, nos Estados Unidos, graças a campanhas de conscientização e facilitação do acesso ao diagnóstico e tratamento, mais de 90% dos casos diagnosticados são curáveis (CALEFFI, 2008).

Informam Moura et al. (2012, p. 43), que "no Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados", acrescentando que "na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61%".

Um estudo recente, publicado por Anjos; Alayala e Höfelmann (2012), mostra que o câncer de mama é o mais incidente no sul do Brasil, entre as mulheres, apresentando um risco estimado de 38 casos novos a cada 100 mil. Excluindo os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama também é o mais frequente entre as mulheres nas demais regiões brasileiras, exceto a região Norte.

Por outro lado, Godoy et al. (2009) destacam que "os principais sinais de câncer de mama são nódulos ou tumores, acompanhados ou não de dor mamária, podendo ser detectados por meio do autoexame, exame clínico das mamas, mamografia, etc."

Afirma Caleffi (2008), que os principais sintomas do câncer de mama são:

- a) Dor mamária intensa cíclica que modifica os hábitos de vida, com duração de 7 a 10 dias no mês por pelo menos 6 meses;
- b) Dor mamária severa não cíclica, que não cede com medidas gerais e uso de anti-inflamatório;

- c) Espessamento, retração ou infiltração de pele (aspecto de casca de laranja);
- d) Inversão do mamilo;
- e) Prurido areolar ou lesões areolares que custam a cicatrizar;
- f) Descarga mamilar sanguinolenta ou em “água de rocha”;
- g) Gânglios axilares pouco móveis, duros únicos ou múltiplos.

Na confirmação da presença de qualquer dos sintomas ou sinais acima listados, a paciente deverá ser encaminhada para consulta especializada em centro de referência em mastologia.

Anjos; Alayala e Höfelmann (2012), afirmam que dentre as enfermidades ginecológicas, esse tipo de câncer possui grande importância, não só pela incidência elevada, mas, principalmente, pelos fatores emocionais, sociais, psicológicos e estéticos nele envolvidos.

É importante destacar que "as pacientes com câncer de mama vivenciam experiências de dor física e psicológica durante diferentes estágios da doença", constituindo-se numa experiência desagradável, que traz incômodos de diferentes ordens (PASQUOTE et al., 2007, p. 312).

Na concepção de Macchetti (2007), o diagnóstico do câncer de mama em estado inicial, pode ser relacionado a várias variáveis, dentre quais destacam-se a posição socioeconômica, o acesso aos serviços de saúde.

Com grande frequência, mulheres de baixo poder aquisitivo, enfrentam dificuldades no acesso aos serviços de saúde. E, geralmente, têm seus tumores diagnosticados em um estado mais avançado em relação às mulheres que melhores condições econômicas.

Um estudo desenvolvido pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2010) mostra que o diagnóstico do câncer mamário pode ser realizado por meio do autoexame das mamas, exame clínico das mamas, histopatológica (biópsia), mamografia, ressonância magnética e da própria ultrassonografia.

No entanto, Brasil, ainda não se dispõe de uma estrutura que garanta a mamografia sistemática a todas as mulheres de baixa renda, nas faixas etárias de maior risco. Outro fator que também contribui para o diagnóstico tardio desse tipo de câncer a é má distribuição da rede de assistência oncológica do país, que também tem se mostrado insuficiente e inadequada (MARTINHO et al. 2007).

2.3 Estadiamento do CA de mama

O estadiamento do CA de mama diz respeito à classificação dessa patologia, quanto à sua extensão. É, como base nele, que a equipe de saúde consegue identificar e recomendar o tratamento mais adequado.

Ele também contribui para o prognóstico e possibilita a comparação de resultados obtidos em outros esquemas de tratamento (SMELTZER; BARE, 2009).

Para a determinação do estadiamento da doença, com grande frequência, é utilizada a radiografia de tórax, com imagens ósseas e provas de função hepática. Entretanto, quando se trata do estadiamento clínico, este necessita de um cálculo, que tem por objetivo determinar

o tamanho tumor de mama. Através do exame físico e da mamografia, pode-se indicar a progressão da doença.

O Quadro 4 apresenta os níveis de estadiamento do CA de mama por tumor, linfonodos e metástase.

Quadro 4. Estadiamento do CA de mama por tumor, linfonodos e metástase

Estágio	Tumor	Linfonodos	Metástase
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIA	T0	N1	0
	T!	N1	M0
IIB	T2	N0	M0
	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
	T0	N2	M0
IIIB	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: SMELTZER e BARE (2009, p. 1216).

O entendimento do Quadro 4 somente é possível, através da utilização do conteúdo apresentado no Quadro abaixo.

Quadro 5. Legendas aplicadas estadiamento do CA de mama por tumor, linfonodos e metástase

Legenda	Descrição
T	TUMOR PRIMÁRIO
T0	Nenhuma evidência de tumor primário
Tis	Carcinoma <i>in situ</i> : carcinoma introductal, carcinoma lobular <i>in situ</i> ou doença de Paget do mamilo sem tumor
T!	Tumor ≤ 2 cm na maior dimensão
T2	Tumor > 2 cm, mas não > 5 cm na maior dimensão
T3	Tumor > 5 cm na maior dimensão
T4	Tumor de qualquer tamanho com extensão direta para a parede torácica ou pele
(N)	LINFONODOS REGIONAIS
N0	Nenhuma metástase para linfonodo regional
N1	Metástase para linfonodo(s) axilar (es) ipsilateral(is) móvel(is)
N2	Metástase para linfonodo axilar ipsilateral fixo a um outro ou a outras estruturas
N3	Metástase para linfonodo mamário interno ipsilateral
(M0)	METÁSTASE A DISTÂNCIA
M0	Nenhuma metástase a distância
M1	Metástase a distância (inclui metástases para linfonodos supraclaviculares ipsilaterais)

Fonte: SMELTZER e BARE (2009), adaptado

Conhecido o estadiamento da doença é possível estabelecer o tipo de tratamento que poderá proporcionar uma maior sobrevida à paciente. O Quadro 6 apresenta uma série de orientações que devem ser observada para o tratamento do Câncer de Mama por estadiamento no diagnóstico

Quadro 6. Orientações para o tratamento do Câncer de Mama por estadiamento no diagnóstico

Estágio	Tumor	Cirurgia	Quimioterapia	Radiação
0	DCIS	MT ou lumpectomia	Desnecessária	Para lumpectomia
I	0-2	TCM ou MRM	Para tamanho tumoral > 1 cm	Para TCM
II		TCM ou MRM	O esquema depende do tamanho do tumor e do estado dos linfonodos	Para TCM
III		MRM	Pós-operatória e, possivelmente pré-operatória	Para a parede torácica e, possivelmente axila depois da MRN
IV	Doença Metastática	Possível lumpectomia ou MRM	Para controlar a progressão e/ou alívio	Para controlar a progressão e/ou alívio

Fonte: Smeltzer e Bare (2009).

2.4 Tratamento do CA de mama

Quanto mais cedo o CA de mama for diagnosticado, mais serão as chances de sobrevida da paciente. No Brasil, especificamente, o estágio avançado em que essa doença é descoberta, constitui o principal fator que dificulta o tratamento, isto porque "a maioria dos casos de câncer de mama [...] é diagnosticada em estágios avançados, diminuindo as chances de sobrevida das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento" (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006, p. 143).

O câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar visando o tratamento integral da paciente.

De acordo com Brasil (2010), as modalidades terapêuticas disponíveis atualmente para esse tipo de câncer são:

a) Cirurgia: mastectomia (simples ou total, com preservação de um ou dois músculos peitorais, com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar, reconstrução imediata ou poupadora de pele;

b) Radioterapia: é utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia;

c) Quimioterapia e hormonioterapia: recomendadas no caso de risco de recorrência.

O tratamento do câncer de mama pode ser feito através da utilização de uma ou várias modalidades combinadas. No entanto, a principal delas é a cirurgia, que, por sua vez, pode ser empregada em conjunto com radioterapia, quimioterapia ou transplante de medula óssea (BRASIL, 2009).

Informam Jammal; Machado e Rodrigues (2008, p. 507) que:

A cirurgia de câncer de mama tem por objetivo promover o controle local, com a remoção mecânica de todas as células malignas presentes junto ao câncer primário, proporcionar maior sobrevida, orientar a terapia sistêmica, definir o estadiamento cirúrgico da doença e identificar grupo de maior risco de metástase à distância.

No entanto, a cirurgia de câncer de mama não traz de imediato a certeza de que o problema passou. Mesmo com a mastectomia, que é a retirada dos nodos linfáticos axilares adjacentes, a paciente ainda corre o risco de desenvolver linfedema de membro superior, bem como passar a apresentar uma redução ou perda total da mobilidade no ombro, o que, conseqüentemente, impõe limitação ao funcionamento do braço e da mão.

De acordo com Brasil (2004), é estadiamento clínico e o tipo histológico, que determinam o tipo de cirurgia que deverá ser realizada na portadora do CA de mama. Assim, dependendo desses fatores, poderá ser indicado um dos seguintes tipos de mastectomia:

a) Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada);

b) Mastectomia com reconstrução imediata;

c) Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical);

d) Mastectomia poupadora de pele;

e) Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo aréolo papilar).

Deve-se registrar que a mastectomia simples é considerada como sendo um tratamento curativo para cerca de 98% dos casos. No entanto, para grande parte dos casos, trata-se de um procedimento excessivamente mutilante.

Por outro lado, quando o CA de mama representa um tumor com diâmetro inferior a dois centímetros, desde que possua margens cirúrgicas livres de comprometimento, recomenda-se, num primeiro momento, o tratamento com ressecção segmentar. E, num segundo momento, a radioterapia, que, segundo Brasil (2011, p. 15):

É utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico.

Na quimioterapia no câncer de mama, são utilizados vários compostos químicos (quimioterápicos), podendo ser antineoplásica ou quimioterapia antilásica. Nessa última área, tem-se verificado significativos avanços nos últimos anos, que vêm possibilitando um maior número de curas.

Por outro lado, afirma o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2004), que a radioterapia é indicada após a mastectomia, desde que um dos fatores a seguir seja observado:

- a) dissecação inadequada da axila;
- b) margem comprometida (menor do que 1 cm);
- c) pele comprometida pelo tumor;
- d) quatro ou mais linfonodos comprometidos;
- e) tumores com diâmetro igual ou maior que cinco centímetros.

No que diz respeito à quimioterapia, esta é indicada após as chamadas cirurgias radicais ou conservadoras. Com a quimioterapia, protela-se o início da radioterapia.

Afirmam Folgueira et al. (2011), que a quimioterapia adjuvante reduz a mortalidade por câncer de mama, podendo ser indicação dependendo das características do paciente e do aspecto do tumor.

É importante destacar que quando se refere às características do paciente e do tumor, Folgueira et al. (2011) estão se referindo:

- a) à idade;
- b) ao comprometimento linfonodal;
- c) ao estado menopausal
- d) ao grau de diferenciação;
- e) ao tamanho do tumor.

Destacam Moura et al. (2012), que o tratamento quimioterápico pode resultar em complicações para os pacientes, que se configuram como cefaleia, mal estar e vômito.

Estas complicações podem ser entendidas de forma errônea tanto pelo paciente como por sua família, gerando insegurança. Por essa razão, a necessidade de se esclarecer o paciente e seus familiares sobre o tratamento quimioterápico, de modo a não gerar dúvidas.

Um estudo publicado por Inumarú; Silveira e Naves (2011) mostra que a melhor forma de prevenção primária do câncer de mama é a amamentação. À esta prática, os referidos autores acrescentam os seguintes cuidados:

- a) adoção de um estilo de vida saudável;
- b) consumo moderado ou ausente de álcool;
- c) manutenção de peso corporal adequado;
- d) prática regular de atividade física.

É importante destacar que tanto na pré-menopausa quanto na pós-menopausa, a lactação e prática de atividade física, constituem fatores de proteção ao câncer de mama.

Por outro lado, destacam Lima et al. (2011), que apesar de poucas mulheres realizem o autoexame das mamas, esta prática é a mais utilizada na prevenção do câncer de mama.

Nesse sentido, esclarecem Moura et al. (2012, p. 43) que:

A inspeção e palpação das mamas, além da mamografia, são procedimentos utilizados para o

diagnóstico precoce do câncer. A palpação das mamas pode ser executada pela própria mulher ou por um profissional treinado da área médica. Quando executado pela paciente, conhecido como autoexame, é recomendado que esse exame seja realizado no sétimo dia do ciclo menstrual. Em mulheres menopausadas a palpação deve ser feita sempre em um mesmo dia de cada mês. O sucesso desse procedimento, quando realizado em alta escala populacional, requer forte motivação e o reconhecimento de que o câncer de mama é um perigo em potencial.

Assim sendo, percebe-se o quanto é importante o desenvolvimento de campanhas educativas voltadas para esclarecer a mulher quanto à prevenção do câncer de mama, não somente em relação ao autoexame, como também em relação aos demais métodos.

2.5 Impactos produzidos pela mastectomia na feminilidade e na sexualidade da mulher

A mastectomia pode ser vista como sendo um procedimento invasivo e mutilador, que sempre vem acompanhado de consequências traumatizantes.

Comentam Godoy et al. (2009, p. 49), que após a mastectomia, "a mulher inicia um percurso de sofrimento, de profundo mal-estar e de muita tristeza, em decorrência da representatividade da mama em sua vida".

Por ser um ato que mutila o corpo da mulher, a mastectomia desencadeia o surgimento de uma série de reações psicológicas específicas, produzindo mudanças na mulher, no que diz respeito, principalmente, aos seus aspectos íntimos de feminilidade, refletindo também sobre sua imagem corporal, maternidade e sexualidade.

Afirma Silva (2008, p. 236) que:

O câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher. Compreender a mulher doente nesta teia de significados é importante para que o tratamento se oriente para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade.

O diagnóstico de câncer, principalmente, o de mama, é recebido pela maioria das mulheres como algo de não possui cura, pelo fato de ser o câncer uma doença historicamente temida pelo ser humano. Para muitas mulheres, o diagnóstico de CA de mama torna-se vergonhoso, representando um sentimento antecipado, pelo fato está associado a retirada do seio.

A mastectomia altera a imagem corporal da mulher. Por imagem corporal pode ser entendida a "figuração de nosso corpo formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós", na forma descrita por Schilder *apud* Amâncio e Costa (2011, p. 43).

Ao perder uma de suas mamas, a mulher tem afetado tão profundamente o seu íntimo que constrói de si uma imagem, criando também uma nova identidade tanto no aspecto social quanto no sexual.

Dissertando ainda sobre o perfil adquirido pela mulher após a mastectomia, Amâncio e Costa (2011, p. 43) afirma que:

[...] socialmente, a mulher sente-se discriminada pela sociedade, pois, a depender do tratamento, ela pode ficar impedida de desempenhar papéis que anteriormente desempenhava; sexualmente, julga-se incompleta, mutilada, já que o órgão tem função relevante no ato sexual.

Toda mulher que passa por uma mastectomia não somente perde uma mama. Ela também sofre no organismo os efeitos de um tratamento agressivo, produzindo profundas transformações em seu estilo de vida, ao ponto de influenciar negativamente em seu comportamento. Tamanhos são os impactos negativos produzidos pela quimioterapia, que chegam a alterar o autoconceito e a autoestima, despertando, assim, sentimentos de desvalorização pessoal.

Por mais forte que a mulher se considere, após uma mastectomia algumas repercussões, ocasionando, segundo Tavares et al. (2007):

- a) distúrbios psicóticos;
- b) quadro de depressão nos diversos graus;
- c) transtornos de personalidade.

Além dos problemas acima relacionados, a mulher mastectomizada também é obrigada a conviver com o risco de metástases ou recidivas da neoplasia, situações que em muito afetam o seu psicológico. No entanto, os problemas psicológicos se ampliam à medida que começam há aparecer os sintomas que denunciam a finitude da vida.

3 Considerações Finais

O câncer de mama é bastante temido pela sua alta frequência e, sobretudo, pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal.

O câncer de mama e seu tratamento constituem-se em traumas psicológicos para a maioria das mulheres. A danificação da mama, símbolo do corpo carregado de sensualidade, altera a autoimagem feminina, gerando sentimentos de inferioridade e rejeição.

Muitas mulheres sentem-se envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas, o que interfere em sua vida afetiva e sexual. Além disso, os tratamentos complementares como a radioterapia e a quimioterapia também provocam distúrbios na identidade feminina, pois podem acarretar em aumento de peso e calvície, entre outros sintomas.

Após a mastectomia a mulher pode adquirir uma nova identidade tanto social como sexual, sentindo-se discriminada pela sociedade e julgando-se sexualmente incompleta.

Pode-se constatar que a mulher que é submetida a uma mastectomia, além de sofrer uma significativa perda e de ter alterada a sua imagem corporal, é obrigada a conviver com o medo e a possibilidade do surgimento de uma metástases, denunciando o fim de sua existência

4 Referências

AMÂNCIO, V. M.; COSTA, N. S. e S. Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 41-53, jan/abr 2007.

ANJOS, J. C. dos; ALAYALA, A.; HÖFELMANN, D. A. Fatores associados ao câncer de mama em mulheres de uma cidade do Sul do Brasil: estudo caso-controle. **Cad. Saúde Colet.**, v. 20, n. 3, p. 341-50, 2012.

BORGES, A. D. V. S. et al. **Percepção da morte pelo paciente oncológico ao longo do desenvolvimento**. Psicologia em Estudo, Maringá, v. 11, n. 2, p. 361-369, mai./ago. 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama**: Documento de consenso. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. Instituto Nacional do Câncer (INCA). **As ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 4. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **A incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2010.

_____. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Estimativa do controle do câncer de mama**. Rio de Janeiro: Ministério da Saude, 2011.

_____. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Educação. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. Rio de Janeiro: Inca, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

CALEFFI, Maira. Diagnóstico e tratamento do câncer de mama. **Rev. Med. UCPel**, Pelotas, v. 1, n. 1, jul./dez. 2008.

FOLGUEIRA, M. A. A. K. et al. Perfil transcricional e resposta a quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama. **Revista Associação Médico Brasileira**, v. 57, n. 3, p. 353-358, mai./jun., 2011.

GODOY, A. B. M. Assistência do enfermeiro diante das dificuldades apresentadas por mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Ciências da Saúde**, ano VII, n. 20, p. 46-51, abr/jun 2009.

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

INUMARU, L. E.; SILVEIRA, E. A.; NAVES, M. M. V. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma

- revisão sistemática. **Caderno de Saude Publica**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1259-1270, jul. 2011.
- JAMMAL, M. P.; MACHADO, A. R. M.; RODRIGUES, L. R. Fisioterapia na reabilitação de mulheres operadas por câncer de mama. **O Mundo da Saúde**, v. 32, n. 4, p. 506-510, 2008.
- LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Caderno de Saude Publica**, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011.
- LINARD, A. G. Detecção precoce do câncer de mama na cidade do Crato-CE. **RBPS**, v. 16, v. 1-2, p. 3-9, 2003.
- MACCHETTI, A. H. Estadiamento do câncer de mama diagnosticado no sistema público de saúde de São Carlos. **Medicina**, Ribeirão Preto, v. 40, n. 3, p. 394-402, jul./set., 2007.
- MARTINHO, A. M. et al. Câncer de mama e autoexame: uma análise do conhecimento de gestantes. **Cogitare Enferm**, v. 12, n. 4, p. 478-86, out.-dez., 2007.
- MOURA, S. R. B. et al. Fatores de risco e de proteção para o câncer de mama: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAP**, Teresina. v. 5, n. 3, p. 42-45, jul-set., 2012.
- PASQUOTE, C. et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev Esc Enferm USP**, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.
- PIRHARDT, C. R.; MERCÊS, N. N. A. Fatores de risco para câncer de mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade. **Rev. Enferm. UERJ**, v. 17, n. 1, p. 102-6, jan,-mar., 2009.
- RUBIN, B. de A. et al. Perfil antropométrico e conhecimento nutricional de mulheres sobreviventes de câncer de mama do sul do Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 56, n. 3, 303-309, 2010.
- SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr., 2008.
- SIMONTON, O. C. **Com a vida de novo**: uma abordagem de autoajuda para pacientes com câncer. São Paulo: Summus, 2004.
- SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 10 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.
- TAVARES, M. C. G. C. F. (Org.). **O dinamismo da imagem corporal**. São Paulo: Phorte, 2007.

Recebido em 10/04/2013
Aceito em 15/05/2013