PANORAMA DO CÂNCER MAMÁRIO EM UMA MICRO-REGIÃO SUL MATOGROSSENSE

Regina Queiroz Gonçalves[1]; Regis Queiroz Gonçalves[2], Henio De Andrade Marques Vida[3]; Priscila Moreno Rocha[3]; Savio Paula De Freitas Oliveira[3]; Iara Barbosa Ramos[4] .

1 Enfermeira. Professora Mestre do Curso de Enfermagem da Universidade da Universidade de Cuiabá- Tangará da Serra/MT.
2 Matemático. Professor Mestre. Docente do Curso de Enfermagem da Universidade do Estado do Mato Grosso-Tangará da Serra-MT.
3 Enfermeiro. Graduado em Enfermagem. Associação de Ensino de Mato Grosso do Sul.
4 Enfermeira. Mestre em Enfermagem. Professora do Curso de Enfermagem da Anhanguera Uniderp - Campo Grande-MS.

RESUMO

A cada ano, aproximadamente 1,3 milhão de mulheres são acometidas pelo câncer de mama no mundo, sendo esta malignidade a mais frequente no sexo feminino. Alguns fatores de risco estão relacionados ao câncer de mama. O aumento da idade da mulher é um desses fatores, sendo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa. O objetivo do presente estudo foi caracterizar o câncer de mama nas mulheres município de Três Lagoas/ MS e cidades vizinhas- que fazem tratamento lá. A pesquisa foi transversal, quantitativa, de cunho descritivo, através do levantamento de dados da unidade de oncologia do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (HNSA). De acordo com dados coletados no referido setor, revelou o aumento do número de casos de câncer de mama no município. A taxa de mortalidade decorrente às complicações do câncer de mama oscilam ao longo dos meses, variando de 1, 65% em dezembro a 7,87% em maio de 2014. Portanto, quanto mais tardio o diagnóstico e o início do tratamento, pior será o prognóstico e a sobrevida dessas mulheres e, não obstante, onerando gastos para a Saúde Pública.

Palavras-chave: Câncer de mama. Caracterização. Incidência. Morte.

ABSTRACT

Each year, approximately 1.3 million women are affected by breast cancer in the world, which is the most common malignancy in women. Some risk factors are related to breast cancer. The increase in women's age is one of those factors, and the incidence doubles every ten years longer lived until menopause. The aim of this study was to characterize breast cancer in Three county Três Lagoas/MS and neighboring cities- that treat there. The survey was cross-sectional, quantitative, descriptive nature, by surveying oncology unit data Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (HNSA). According to data collected in that sector, said the increase in the number of breast cancer cases in the city. The mortality rate due to complications of breast cancer fluctuate over the months, ranging from 1, 65% in December to 7.87% in May 2014. So, the later the diagnosis and initiation of treatment, the worse the prognosis and survival of these women, and yet, burdening spending for public health.

Keywords: Breast Cancer. Characterization. Incidence. Death.

INTRODUÇÃO

No Brasil, o câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres, desde a década de 70. A tendência da mortalidade tem sido uma importante faceta para mensurar o progresso da atenção oncológica, pois ela absorve os efeitos da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento adequado (HEWITT; SIMONE, 1999).

O padrão do câncer de mama no Brasil tem mudado nos últimos anos, sendo que no ano de 2012 foram esperados 52.680 novos casos, com um risco de 52 casos para cada grupo de 100.000 mulheres. Porém esse número revela que a taxa de mortalidade pelo câncer de mama, apesar de apresentar estabilização no Brasil, ainda se mantem elevada (BRASIL, 2012).

A cada ano, aproximadamente 1,3 milhões de mulheres são acometidas pelo câncer de mama no mundo, sendo esta malignidade a mais frequente no sexo feminino. Alguns fatores de risco estão relacionados ao câncer de mama. O aumento da idade da mulher é um desses fatores, sendo que a incidência dobra a cada dez anos há mais vividos até a menopausa (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000).

A variação geográfica, a etnia e a raça também são influenciadoras. No Ocidente, o número de casos de câncer de mama é maior que no Oriente. A menarca precoce e a menopausa tardia aumentam o risco para o câncer de mama, bem como a nuliparidade e o primeiro parto em idade avançada (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000).

Nas regiões Norte, Nordeste e Centro-Oeste, as taxas de mortalidade ainda são baixas, porém em ascensão, e a sobrevida das mulheres está diretamente ligada com a detecção do tumor em estádios avançados. Por outro lado, a maioria das pacientes com câncer de mama em estádio I e II são candidatas ao tratamento com conservação mamária, permitindo uma ressecção cirúrgica mais limitada, resultado estético mais satisfatório e a mesma possibilidade de sobrevida em longo tempo que as mulheres submetidas à mastectomia (SCHNEIDER; D'ORSI, 2009).

Tumores maiores costumam cursar com metástases para a axila e para outros órgãos à distância, sendo que o comprometimento axilar é o fator prognóstico mais importante para a sobrevida das pacientes em cinco anos (GUERRA et al., 2011).

As doenças de mama benignas também são outros indicativos para câncer na mama. Por exemplo, as mulheres com hiperplasia epitelial atípica têm risco de desenvolver o câncer de mama quatro a cinco vezes maior que as mulheres que não apresentam alterações proliferativas em sua mama risco (MENDONÇA; SILVA; CAULA, 2004).

A exposição à radiação ionizante, principalmente durante o período de desenvolvimento mamário, duplica o risco. A dieta rica em gorduras não parece ser um indicativo realmente forte para o câncer de mama. O sobrepeso, no entanto, é associado ao aumento do risco na pós-menopausa e a ingesta de álcool contribui como fator de risco (MENDONÇA; SILVA; CAULA, 2004).

O tabagismo não influencia diretamente no surgimento da doença, porém, durante o período do uso de contraceptivos orais e após dez anos do seu desuso, há um pequeno aumento do risco relativo de desenvolver o câncer de mama. Já para as usuárias das terapias de reposição hormonal há o aumento do risco, principalmente se houver a combinação de progesterona e estrogênio. Muitos destes fatores não podem ser prevenidos (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000).

Aliás, pouco se sabe hoje sobre os fatores que podem prevenir a incidência do câncer de mama. Dessa forma, o rastreamento precoce ainda constitui a melhor forma de controlar a doença e configura uma das estratégias para elevar a sobrevida das mulheres (MCPHERSON; STEEL; DIXON, 2000).

O câncer de mama representa um desafio ao Sistema Único de Saúde Brasileiro (SUS) pela necessidade de serviços assistenciais cada vez mais caros e complexos, pela grande pressão por incorporação de novas tecnologias e pelo desconhecimento da qualidade dos serviços prestados (HEWITT; SIMONE, 1999).

Como a mortalidade por câncer é influenciada não somente pelos fatores clínicos e socioeconômicos, mas também pela disponibilidade e qualidade do cuidado provido, espera-se que estudos de avaliação da assistência possam subsidiar a melhoria dos indicadores nessa área. Nesse sentido, a sobrevida é uma medida frequentemente utilizada, pois reflete o estádio da doença (influenciado pelos métodos de detecção precoce), a disponibilidade de acesso e a efetividade do tratamento, entre outros aspectos (WORLD HEALTH ORGANIZATION-WHO, 2002).

METODOLOGIA

Trata-se de pesquisa transversal, quantitativa, de cunho descritivo, através do levantamento de dados da unidade de oncologia do Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (HNSA), do município de Três Lagoas/MS.

Os estudos transversais são adequados para descrever uma situação, o estado do fenômeno, ou as relações entre os fenômenos em um ponto fixo, envolvendo a coleta de dados em um ponto do tempo (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Caracteriza-se então pesquisa quantitativa como aquela que trabalha com variáveis expressas sob a forma de dados numéricos e emprega rígidos recursos e técnicas estatísticas para classificá-los e analisá-los, tais como a porcentagem, a média, o desvio padrão, o coeficiente de correlação e as regressões, entre outros (SILVA, 2004).

Já o estudo descritivo visa apenas a observar, registrar e descrever as características de um determinado fenômeno ocorrido em uma amostra ou população, sem, no entanto, analisar o mérito de seu conteúdo (MARCONI; LAKATOS, 2005).

A amostra corresponde a 507 fichas de mulheres com câncer de mama, estratificadas em:

- 2013: 94 casos;
- 2014: 171 casos;
- 2015 (janeiro-abril): 242.

Ressalta-se que a mostra totalizou as mulheres diagnosticadas com câncer mamário no período de janeiro de 2013 a abril de 2015. Dados mais retrospectivos não foram possíveis, devido ao processo de implantação do sistema Tasy, acarretar à falta de informações de anos anteriores a 2013.

Na seleção dos participantes tivemos como critério de inclusão estar em tratamento do câncer mamário. Como critério de exclusão, descartou as mulheres diagnosticadas, porém que evadiram do tratamento.

O processo de pesquisa realizou-se mediante prévio conhecimento do responsável do setor da oncologia, sendo informado sobre o teor do estudo e a questão do sigilo.

O contato inicial com os dados obtidos foi realizado pessoalmente através da observação, a qual separou-se a inclusão e exclusão, determinando se as mulheres com a patologia neoplásica eram aptas ou não para o estudo.

A seguir, em planilha de Excel, foram transcritos os números correspondentes a:

a) Casos novos de câncer de mama no ano de 2013;
b) Casos novos de câncer de mama no ano de 2014;
c) Casos novos de câncer de mama de janeiro a abril de 2015;
d) Número de APCA;
e) A porcentagem de mortalidade devido à neoplasia, no ano de 2014.

Foram consultados livros, Manual do Ministério da Saúde, além de artigos científicos através da base de dados virtuais LILACS (Literatura Latino Americana e do Caribe em Ciências da Saúde) e Scielo (Scientific Electronic Library Online). As palavras-chaves selecionadas descritas no resumo nortearam as buscas dos artigos, a qual ocorreu em períodos distintos do ano de 2015.

REVISÃO DA LITERATURA

Anatomia e Fisiologia da Mama

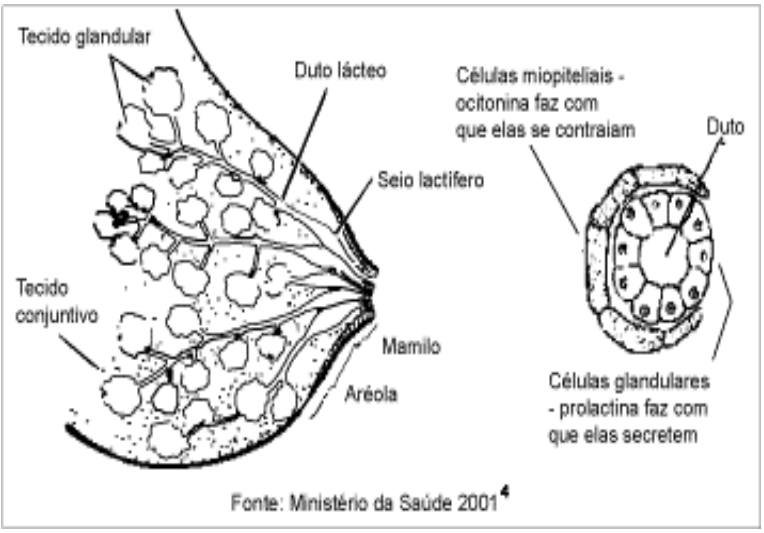
São estruturas proeminentes na parece anterior do tórax, situados anteriormente ao músculo peitoral maior e peitoral menor, composta por tecido adiposo e glandular. As superfícies das mamas são achatadas e suas boras são bem definidas. As mamas por sua vez, são formadas por um conjunto de glândulas, que tem uma função principal: produção de leite (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Pinho (2011) ressalta que na fase da puberdade as mamas começam a se desenvolver com o estímulo do estrogênio nos ciclos menstruais das mulheres. O hormônio estrogênio estimula o crescimento da glândula mamária e o acumulo de gordura, dando a forma das mamas.

Durante a gestação, a quantidade de estrogênio secretado pela placenta, promove o desenvolvimento das mamas, aumentando a deposição de gordura e a ramificação do sistema de ductos. Os hormônios do crescimento, a prolactina, os glicocorticoides, adrenais e a insulina também estão envolvidos no desenvolvimento dos sistemas de ductos (PINHO, 2011).

A progesterona age simultaneamente com todos os hormônios que formaram os ductos, provocando o crescimento dos lóbulos e dos alvéolos (NALMA, 1998).

Figura 1- Anatomia da mama



Fonte: BRASIL (2009, sp).

Câncer de Mama

O câncer de mama caracteriza-se por constituição celular heterogênea, o que lhe faculta a possibilidade de respostas diferentes à quimioterapia nos diferentes clones celulares dentro do mesmo tumor. Essa heterogeneidade pode ser apontada como uma das razões da resposta negativa à terapia endócrina em pacientes com receptor de estrogênio positivo (DEPES et al.,2003).

O diagnóstico do câncer de mama, assim como todo o percurso da doença, é permeado por muitas inquietações relacionadas à morte, às mutilações e à dor, constituindo-se num período marcado por muita angústia, sofrimento e ansiedade (VENÂNCIO, 2004).

O tratamento se dá, principalmente, através de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, e cerca de 50% das mulheres sobreviverão por pelo menos 15 anos. Sobreviver a esse acontecimento significa ajustar-se à nova condição, permeada por sequelas de âmbito físico e psicossocial, com repercussões negativas na sexualidade e na função sexual (DUARTE; ANDRADE, 2003).

A mutilação decorrente do procedimento cirúrgico causa inibição, durante a relação sexual, e gera sentimentos de vergonha, angústia e constrangimento. A mastectomia pode ser descrita como um assalto dramático no corpo, situação que, sem dúvida, afeta a concepção da mulher enquanto ser sexual (SHEPPARD; ELY, 2008).

A Incidência do Câncer de Mama no Brasil

O câncer de mama é o tumor mais frequente nas mulheres, com uma incidência aproximada de 1.000.000 de novos casos a cada ano no mundo. É um grave problema de

saúde pública, responsável por um número significativo de óbitos entre as mulheres adultas (VERONESI; GOLDHIRSCH; YARNOLD, 1995). No Brasil existem grandes diferenças regionais, sendo que as maiores incidências são encontradas nos estados das regiões Sul e Sudeste. Também é a principal causa de óbito relacionado ao câncer no sexo feminino no nosso país. A estimativa para 1996 foi de 31.210 novos casos, sendo 8.310 somente na região Sul (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA, 1995).

O câncer de mama tem sido um dos maiores problemas de saúde pública em todo o mundo, sendo provavelmente o mais temido pelas mulheres devido a sua alta frequência e pelos seus efeitos psicológicos. O aumento da idade da mulher é um desses fatores, sendo que a incidência dobra a cada dez anos há mais vividos até a menopausa. A variação geográfica, a etnia e a raça também são influenciadoras. No Ocidente, o número de casos de câncer de mama é maior que no Oriente. A menarca precoce e a menopausa tardia aumentam o risco para o câncer de mama, bem como a nuliparidade e o primeiro parto em idade avançada (BRASIL, 2010).

Considerado tumor de maior incidência em vários países, percebe-se que o número de casos novos aumenta cada vez mais e que a projeção desta incidência é ainda maior nos países em desenvolvimento (CASCAES et al., 2002).

Segundo as estimativas do INCA (2002), para o ano 2002, 36100 brasileiras receberão o diagnóstico de câncer de mama. No Brasil, ele é responsável por 14,2% do total de 15,1% de mortes por neoplasias em mulheres. De acordo com dados do Ministério da Saúde, o câncer de mama ocupa o segundo lugar em casos na região Norte e a terceira colocação no percentual de mortes por câncer no Estado do Pará.

A incidência do câncer de mama em pacientes abaixo dos 40 anos é incomum, constituindo aproximadamente 7% de todos os casos diagnosticados (WINCHESTER, 1996). De acordo com dados epidemiológicos, referente a Europa e Estados Unidos, nos últimos 20 anos, esse grupo de pacientes tem obtido um grande interesse por estar associado a um ruim prognóstico quando comparado com casos diagnosticados acima dos 40 anos (YEOLE *et al.*, 2004).

Sundquist et al. (2002) observou que em Singapura os pacientes com câncer de mama abaixo dos 35 anos tiveram um prognóstico melhor que pacientes acima desta idade, já na dinamarquesa mostrou apenas diferença prognóstica em pacientes jovens com câncer de mama em estágio inicial.

Prevenção do Câncer de Mama

Estratégias de prevenção primária, secundária e terciária têm sido utilizadas com o objetivo de prevenir enfermidades, diagnosticá-las e tratá-las precocemente e minimizar seus efeitos na população, assegurando, a cada indivíduo, um padrão de vida adequado à manutenção da sua saúde (LEVEL; CLARK apud THULER, 2003).

As ações de prevenção primária objetivam diminuir a incidência de uma doença numa população, reduzindo o risco de surgimento de casos novos, ao prevenir a exposição aos fatores que levam ao seu desenvolvimento, interromper seus efeitos ou alterar as respostas do hospedeiro a essa exposição, impedindo que ocorra seu início biológico. Alguns exemplos dessas estratégias podem ser encontrados em programas que promovem práticas sexuais seguras, ajudam pessoas a deixar de fumar e realizam vacinação em massa, respectivamente. Partindo-se da lógica de que características que aumentam a probabilidade de desenvolver

uma condição mórbida representem fatores de risco, seu controle, por intermédio de intervenções clínico-epidemiológicas, permitirá evitar ou minimizar os agravos à saúde (GRUNDY apud THULER, 2003).

A prevenção secundária tem por finalidade alterar o curso da doença, uma vez que seu início biológico já aconteceu, por meio de intervenções que permitam sua detecção precoce e seu tratamento oportuno. Para isso, deve haver clara evidência de que a doença em questão possa ser identificada em uma fase precoce, quando ainda não está clinicamente aparente, e que permita uma abordagem terapêutica eficaz, alterando seu curso ou minimizando os riscos associados com a terapêutica clínica.

Além disso, a queda resultante em morbidade ou mortalidade deve ser alcançada sem um grande fardo de efeitos adversos gerados pela estratégia adotada. A detecção precoce de uma doença é possível por meio de educação para o diagnóstico precoce em pessoas sintomáticas ou do rastreamento (triagem) em populações assintomáticas (WHO, 2002).

É essencial educar a população e os profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas precoces do câncer, contribuindo para sua detecção em estágios menos avançados e aumentando as chances de sucesso do tratamento preconizado. Isto pode ser obtido por meio de campanhas educativas e capacitação de agentes de saúde (WHO, 2002).

A Importância do Autoexame da Mama para a Prevenção

As formas mais eficazes para detecção precoce do câncer de mama são o autoexame das mamas (AEM), o exame clínico e a mamografia. A mamografia e ultra-sonografia identificam tumores não palpáveis, apresentam alto custo e não fornecem resultados operacionais para serem aplicados em grandes massas populacionais, consagrando-se o AEM mensal como estratégia de escolha, uma vez que se caracteriza como prevenção secundária, sem custos e segura (GONÇALVES; DIAS, 1999).

O impacto significativo do AEM na detecção precoce do câncer de mama registra-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevida. Estudos mostram que a sobrevida em cinco anos tem sido de 75% entre as praticantes do AEM contra 57% entre as não praticantes (LUDWICK, 1988).

Figura 2- Autoexame da mama.

Fonte: BRASIL (s.a).

A Assistência de Enfermagem Frente ao Paciente com Câncer de Mama

Para lidar om o câncer de mama, a atuação do enfermeiro ocorre na atenção primária, secundária e hospitalar. Na atenção básica a saúde em relação ao câncer de mama, deve ser feita de forma indisciplinar, além de ajudar as mulheres com câncer de mama, através da orientação de horários, formas de administração dos medicamentos e até mesmo no controle de exames periódicos relacionados ao seu tratamento (ANDRADE, 2005).

Para melhor atender o paciente, o enfermeiro precisa estar capacitado para auxiliar na orientação sobre as opções de tratamento e sintomas, realização dos curativos, auxiliar no manuseio dos drenos, entre outros (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

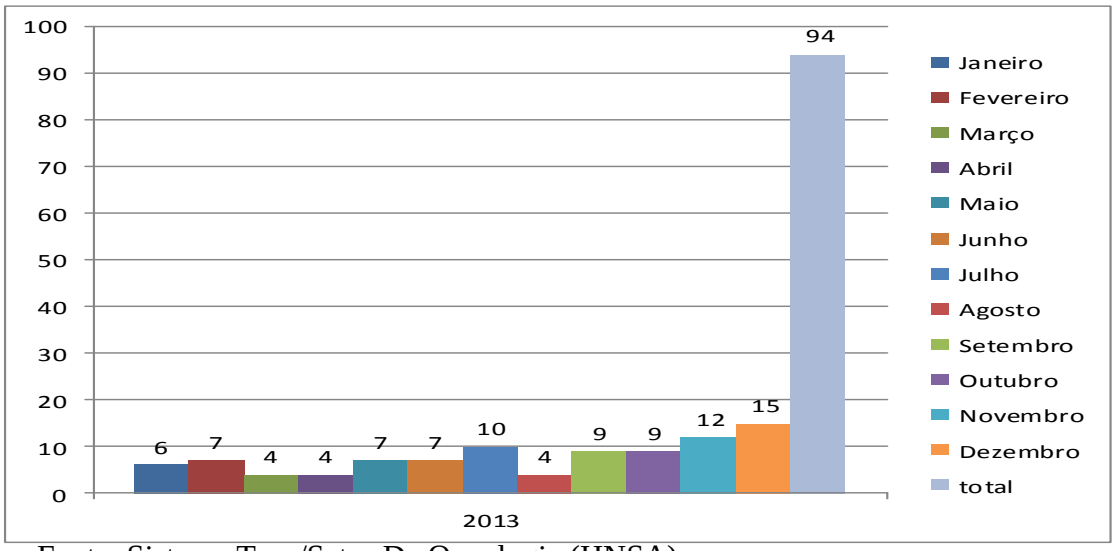
Segundo dados do INCA, o plano dos cuidados de enfermagem, deve-se considerar o acolhimento como uma postura ética, integrando o paciente como o principal precursor do seu tratamento, porém sempre levando em consideração, sua cultura, saber e sua capacidade de avaliar seu próprio risco (BRASIL, 2006).

No entanto todas as ações voltadas para o atendimento em humanização podem ser realizadas durante a consulta de enfermagem, na qual consiste em uma pratica assistencial moderna. Não se esquecendo do envolvimento com os familiares, cuidadores e outras pessoas que estão envolvidas com esse paciente, para as devias orientações dos cuidados e apoio (CAMARGO; SOUZA, 2003).

RESULTADOS

De acordo com dados coletados no Instituto do Câncer de Três Lagoas, setor vinculado ao Hospital Nossa Senhora Auxiliadora, alguns números revelam o aumento do numero de casos de câncer de mama no município.
No gráfico primeiro gráfico, evidencia-se a incidência da doença no ano de 2013.

Gráfico 1- Casos novos em tratamento em 2013. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015.

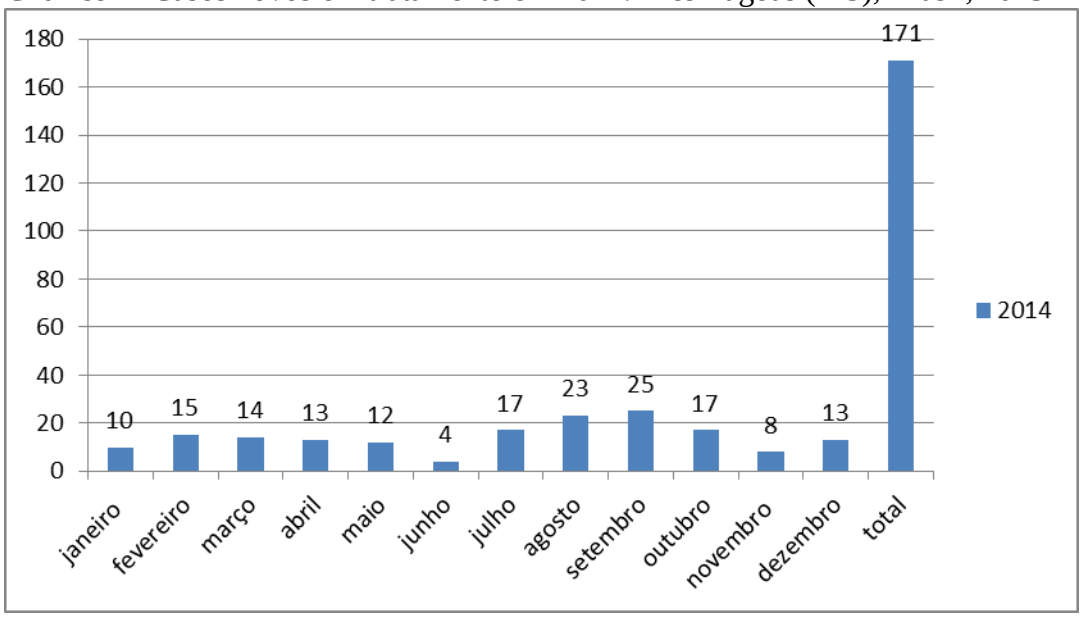


Fonte: Sistema Tasy/Setor De Oncologia (HNSA)

Neste ano, o município registrou 94 casos novos de câncer de mama, com pico no mês de dezembro, seguido de novembro, com 15 e 12 casos, respectivamente. Em contrapartida, março, abril e agosto registraram apenas quatro novos casos, cada mês.

No ano seguinte (2014), estes registros aumentaram, totalizando 171 novos casos. Curiosamente, setembro foi o mês de maior descoberta com 25, seguido de agosto com 23.

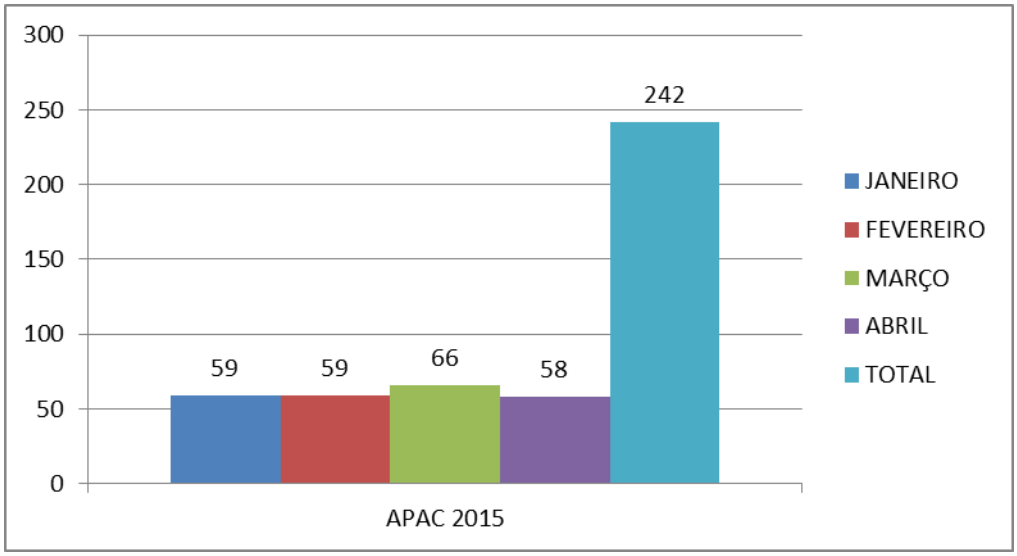
Gráfico 2- Casos novos em tratamento em 2014. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015



Fonte: Sistema Tasy/Setor De Oncologia (HNSA)

Essa patologia vem aumentando exorbitantemente, de acordo com o que mostra o gráfico 3, o qual mostra o crescimento exponencial dos novos casos de câncer de mama, haja vista que até abril de 2015, época de coleta dos dados, esta triste realidade foi de 242 vítimas.

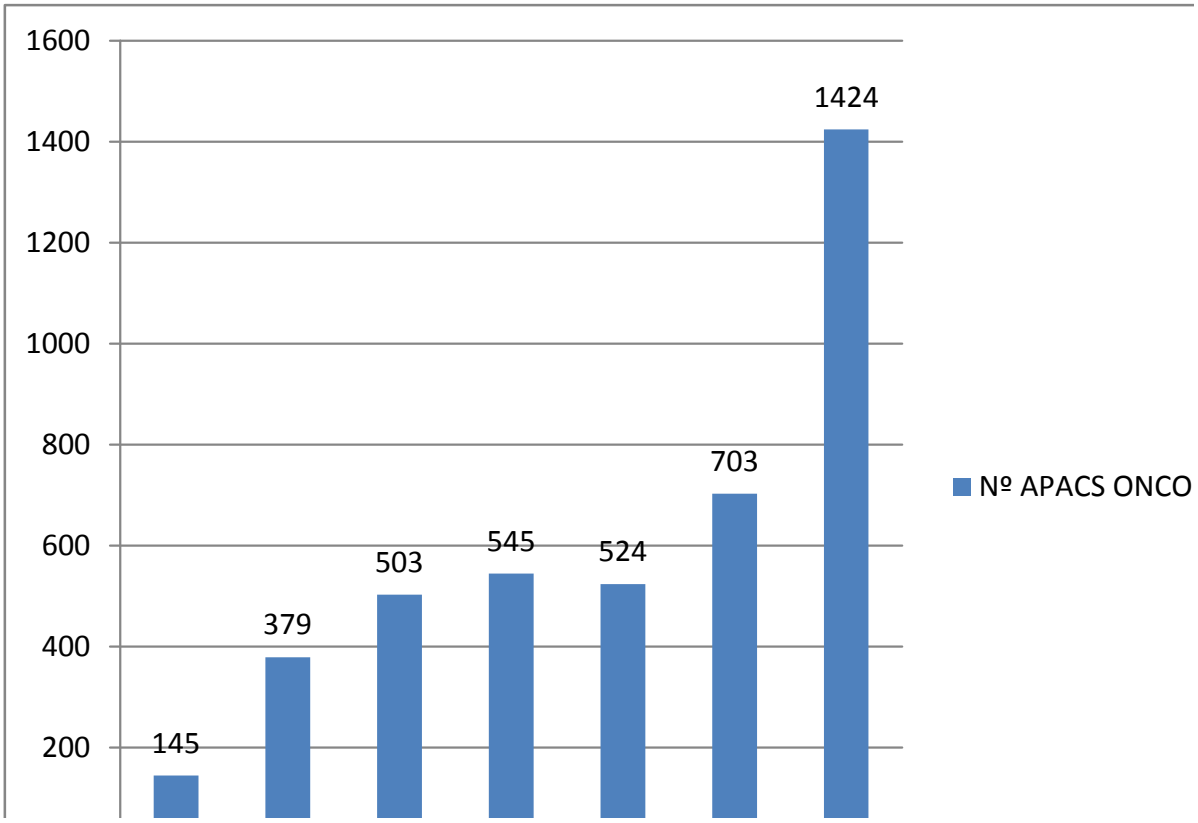
Gráfico 3- Casos novos de em tratamento em 2015. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015.



Fonte: Sistema Tasy/Setor De Oncologia (HNSA)

As Autorizações de Procedimento de Alta Complexidade- APAC, consonantemente com as elevações das incidências, também foram aumentando anualmente. Nos anos de 2013 passou de 703 para 1424 em 2014; alta de mais de 100%. Ainda, com relação a este aspecto foi possível a observação, através de registros de anos anteriores a 2013, iniciando em 2008, o que demonstrou o aumento vertiginoso da necessidade de procedimentos complexos, devido a variados tipos de neoplasia maligna.

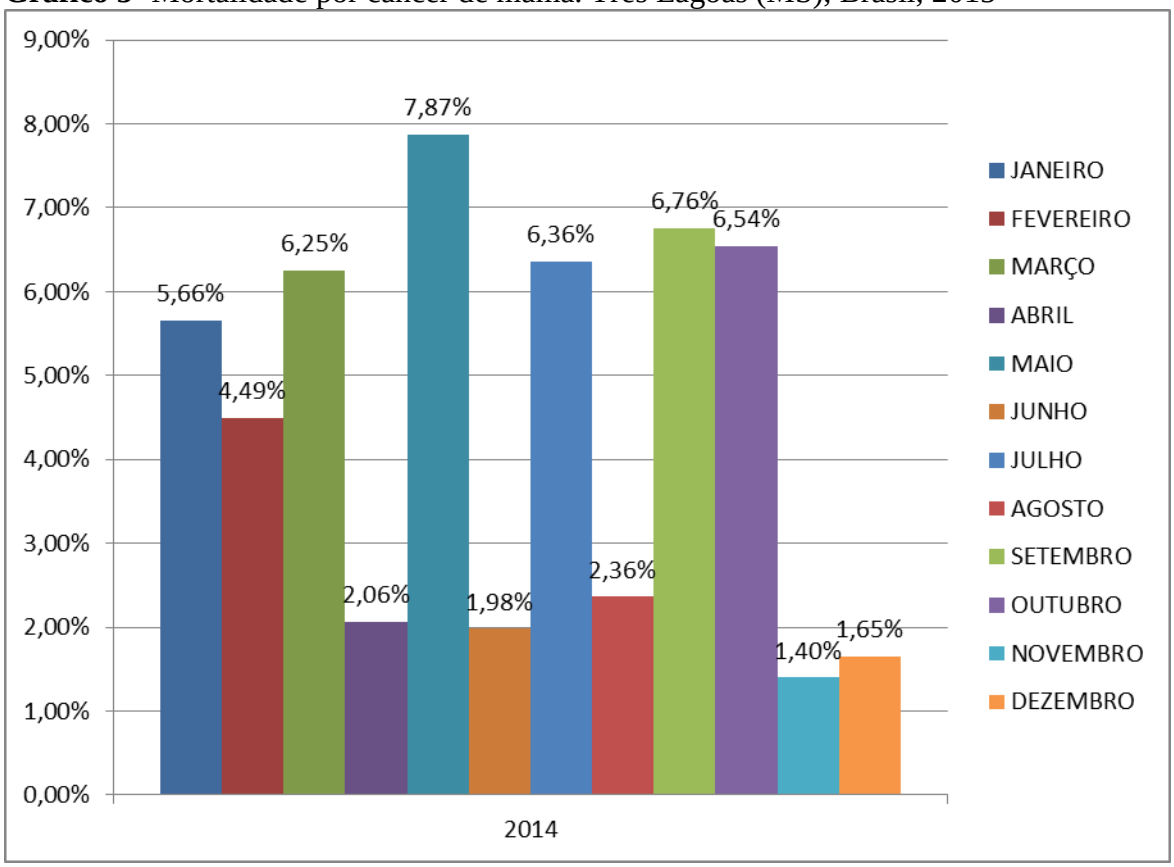
Gráfico 4 - Número de APAC oncológicas. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015



*Para a APAC, havia registros de anos anteriores a 2013.
†APAC de todos os tipos de neoplasia maligna.
Fonte: Sistema Tasy/Setor De Oncologia (HNSA)

A taxa de mortalidade decorrente das complicações do câncer de mama oscila ao longo dos meses, variando de 1, 65% em dezembro a 7,87% em maio de 2014.
Por fim, o último gráfico, a seguir, demonstra a taxa de mortalidade no ano de 2014.

Gráfico 5- Mortalidade por câncer de mama. Três Lagoas (MS), Brasil, 2015



*Dados apenas de 2014.
Fonte: Sistema Tasy/Setor de Oncologia (HNSA)

DISCUSSÃO

Os gráficos um, dois e três, demonstram a elevação da incidência do câncer mamário nos anos de 2013, 2014 e até abril de 2015, respectivamente. No ano de 2013 os casos novos foram 94, em 2014; 171, ou seja, aumento de 82%. Para o ano de 2015, até o mês de abril, registrou-se 242 diagnósticos.

Contudo, programas de rastreamento para a detecção precoce do câncer de mama, além do aumento da escolaridade, da condição socioeconômica, sinalizam fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevida, bem como para o diagnóstico precoce da patologia (ROSA; RADÜNZ, 2012).

Uma pesquisa demonstrou que Porto Alegre possui as maiores taxas de incidência (17,9/100mil na faixa de 15-39 anos e 165,5/100 mil para as mulheres de 40 -49 anos) (SANTOS et. al., 2013). Isto pode-se estar relacionado com a etnia de cor branca e, similarmente, embora na presente pesquisa não havia acesso à raça, idade e demais variáveis, à partir dos três primeiros gráficos, é notório a crescente incidência do câncer mamário feminino. Ainda, em consonância à crescente incidência, relata outro estudo (CINTRA et. al., 2012).

O número de APAC, de acordo com o gráfico, de 2008 a 2014 foi de 145 para 1424. Triste realidade, fruto das morbidades da patologia avançada, com metástases e comprometimentos de demais órgãos, levando à hospitalização e onerando gastos ao Estado (SANTOS et. al., 2013).

Todos os meses de 2014, mulheres morreram devido complicações da neoplasia primária mamária. A taxa de morte em outras publicações também foram alarmantes, sendo que a primeira informa Belo Horizonte como a capital de maior óbito; em segundo Porto Alegre (SANTOS *et. al*., 2013). Segundo alguns autores, as mulheres brancas são as mais vitimadas pela enfermidade (CINTRA et. al., 2012).

Como a mortalidade por câncer é influenciada não somente pelos fatores clínicos e socioeconômicos, mas também pela disponibilidade e qualidade do cuidado provido, espera-se que estudos de avaliação da assistência possam subsidiar a melhoria dos indicadores nessa área. Nesse sentido, a sobrevida é uma medida frequentemente utilizada, pois reflete o estádio da doença (influenciado pelos métodos de detecção precoce), a disponibilidade de acesso e a efetividade do tratamento, entre outros aspectos (WHO, 2002).

A mortalidade pelo câncer de mama vem diminuindo em vários países desenvolvidos, devido à melhora no diagnóstico precoce e tratamento de ponta. No Brasil, na última década, o rastreamento oportunístico permitiu o aumento da detecção de um maior número de casos iniciais, entretanto, até 2009, esta modificação ainda não havia gerado redução da mortalidade devido à neoplasia (VIEIRA et. al., 2010).

Apesar desta não contemplar, devido contratempos anteriormente explicados, as idades e/ou faixa etária das mulheres acometidas pela doença, ressalta-se que independentemente da taxa de sobrevida e do estadiamento, as implicações físicas e psicossociais decorrentes do adoecimento geralmente estão presentes, o que exige da equipe de saúde e de enfermagem um planejamento de cuidados contemplando o auxílio ao enfrentamento e à humanização, objetivando a reintegração social e a qualidade de vida (SILVA; SANTOS, 2008).

De acordo com alguns autores, as ações que favoreçam diagnósticos e tratamento precoce, abordagem multiprofissional, oferta de psicoterapia, incentivo ao suporte social e coordenação do cuidado para o subgrupo de mulheres de maior risco de abandono são práticas já recomendadas, mas que devem ser reforçadas no tratamento do câncer de mama, podendo aumentar a sobrevida (RUDDY; MAYER; PARTRIDGE, 2009).

CONCLUSÃO

Entraves impossibilitaram encontrar determinados dados e, consequentemente, a confecção de gráficos e tabelas, a fim de enriquecer a pesquisa, permitindo a reflexão e discussão destes à luz das literaturas prévias. Contudo, o setor de Oncologia e o atual

processo de implantação e “alimentação” do sistema Tasy são ganhos positivos para a população de Três Lagoas e região.

O aumento da incidência de câncer de mama corrobora com demais pesquisas, refletindo o aumento de expectativa de vida, contraposto aos estilos de vida deletérios comuns nesta era da tecnologia, produtos sintéticos e estresse.

A equipe multiprofissional, em especial, os profissionais de Enfermagem enaltecem o tratamento, pois atuam junto a essas mulheres, que vivenciam diariamente a luta pela vida.

Faz-se mister o acompanhamento e acolhimento do enfermeiro e de toda equipe, assegurando um atendimento humano e informativo sobre sua situação e prognóstico, ou em casos sem prognóstico, ou mesmo em fase terminal, minimizado o sofrimento.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, C. R. Apoio social e autoexame das mamas no estudo pró-saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n.2, 2005.

BERGAMASCO, M. A. R. S.; ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnostico é experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. V.47, n.3, 2001.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Falando sobre câncer de mama**. s.a. Disponível em: <2http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2015.

_____. Instituto Nacional do Câncer-INCA. **Ações de prevenção primaria e secundária para o controle do câncer**. Brasília: INCA, 2006.

_____. **Saúde na criança:** nutrição infantil, aleitamento materno e alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. **Câncer de mama**. Rio de Janeiro: Instituto Nacional do Câncer, 2010.

_____. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2012.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E.O. Atenção a mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer. **Revista Latino Americana de Enfermagem**. v.11, n.5, 2003.

CASCAES, A. P.R et al. As principais causas da não realização do autoexame das mamas na Unidade Básica de Saúde da Pedreira. **Anais...** 3º Encontro Regional dos Estudantes de Medicina. Belém, p.5, 2002.

CINTRA, J. R. D et al. Perfil imuno-histoquímico e variáveis clinicopatológicas no câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, *58*(2), 178-187. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302012000200013&lng=en&tlng=pt>. Acesso em: 10 jun. 2015.

DEPES, D.B et al. Alterações na expressão do antígeno nuclear de proliferação celular e dos receptores de estrogênio e de progesterona provocadas pela quimioterapia primária no carcinoma de mama**. Rev Bras Ginecol Obst**. n. 25, v.8, p.545-52, 2003.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estud Psicol**. v. 8 n.1, p.155-63, 2003.

GONÇALVES, S. M. C. M.; DIAS, M. R. A prática do autoexame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estud Psicol**. v.4, p. 141-59, 1999.

GUERRA, M.R. et al. Early discontinuation and nonadherence to adjuvant hormonal therapy are associated with increased mortaity in women with breast cancer. **Breast Cancer Res Treat**. v.126, n. 2 p. 529-37, 2011.

HEWITT, M.; SIMONE, J.V**. Ensuring quality to cancer care**. Washington, DC: National Academy Press, 1999.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER- INCA. **O problema do câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer, 1995.

_____. **Estimativa de incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em: <http:// www.inca.gov.br/cancer/epidemiologia/ estimativa2002/estimativas.html>. Acesso em: 18 jun. 2015.

LUDWICK, R. Breast examination in the older adult. **Cancer Nurs** v.11, p.99-102, 1988.

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de metodologia científica**. 6. ed. São Paulo, SP: Atlas, 2005.

MCPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. **BMJ.** v. 321, n.7261, p. 624-8, 2000.

MENDONÇA, G. A. S.; SILVA, A. M.; CAULA, W. M. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 20, n. 5, p.1232-9, 2004.

NALMA. Núcleo Materno da EERP-USP. **Manual de Procedimentos:** Prevenção e Tratamento das Intercorrências Mamárias na Amamentação. São Paulo: USP, 1998.

PINHO, A.L.N. **Prevenção e tratamento das fissuras mamárias baseadas em evidências científicas:** uma revisão integrativa da literatura. 2011. 48f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família)- Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva. Conselheiro Lafaiete, Minas Gerais, 2011.

POLLIT, D. F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem:** métodos, avaliação e utilização. 5. ed. Porto Alegre: Artemed: 2004.

ROSA, L. M.; RADÜNZ, V. Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto contexto enferm**, Florianópolis, v.21, n.4, p. 980- 9, 2012.

RUDDY, K.; MAYER, E.; PARTRIDGE, A. Patient adherence and persistence with oral anticancer treatment. **CA Cancer J Clin**. v.59,n.1, v.56-66, 2009.

SANTOS, S.S et al. Incidência e mortalidade por câncer de mama em mulheres de 50 anos no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.29, n.11, p.1-9, 2013.

SCHNEIDER, I. J.C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Casa, Brasil. **Cad Saúde Pública**. n. 25, v. 6, p. 1285-96, 2009.

SHEPPARD, L. A.; ELY, S. Breast cancer and sexuality. **Breast J**. v.14, n.2, p.176-81, 2008.

SILVA, C. R. O. **Metodologia e organização do projeto de pesquisa:** guia prático. Fortaleza, CE: Editora da UFC, 2004.

SILVA, G., SANTOS, M. A. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enferm**. v. 17,n. 3, p.561-8, 2008.

SUNDQUIST, M. et al. Incidence and prognosis in early onset breast cancer**.** ***Breast***. n.11,v.1, p.30-5, 2002.

THULER, L. C. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p. 227-238, 2003.
VENÂNCIO, J. L. Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Cancerol**. v. 50, n.1, p.55-63, 2004.

VERONESI, U.; GOLDHIRSCH, A.; YARNOLD, J. ´Breast Cancer. *In:* PECKHAM, M.; PINEDO, H.; VERONESI, U. (EDS)- **Oxford textbook of oncology**. New York: Oxford University Press Inc., p. 1243-1289, 1995.

VIEIRA, R. A. C. et al. Rastreamento mamográfico: começo-meio-fim. **Rev Bras Mastol**. v.20, n.2, p.92-7, 2010.

WINCHESTER, D.P. Breast cancer in young women. **Surg Clin North Am.** n.76, v.2, p. 279-87, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National Cancer Control Programmes:** polices and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: WHO, 2002.

YEOLE, B.B et al. Population based survival from cancers of breast, cervix and ovary in women in Mumbai, India. **Asian Pac J Cancer Prev**. n. 5, v.3, p.308-15, 2004.