Giuseppe Butera

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPO GRANDE, MS

Campo Grande, MS
Universidade Católica Dom Bosco
2004

Giuseppe Butera

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS NO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE CAMPO GRANDE, MS

Dissertação apresentada ao Curso de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Católica Dom Bosco, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia.

Orientadora: Professora Doutora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Campo Grande, MS
Universidade Católica Dom Bosco
2004

FICHA CATALOGRÁFICA

Butera, Giuseppe
Características clínicas de pacientes com câncer de mama atendidas no Hospital Universitário de Campo Grande, MS / Giuseppe Butera; orientadora Liliana Andolpho Magalhães Guimarães.
Campo Grande, 2004.
183 p.

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica Dom Bosco. Programa de Mestrado em Psicologia
Orientadora: Liliana Andolpho Magalhães Guimarães
Bibliografia: p. 155-169

1. Oncologia. 2. Psicooncologia. 3. Saúde Mental. 4. Câncer de Mama. 5. Mastectomizada. 6. Hospital Universitário.I. Título II. Guimarães, Liliana Andolpho Magalhães

CDD - 616.992

Clélia T. Nakahata Bezerra
Bibliotecária CRB n. 1/757

BANCA EXAMINADORA

Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães

Prof. Dr. Dorgival Caetano

Profª Drª Sonia Grubits

Este trabalho é dedicado às cientistas de casa:

*Mestra **Conceição**, matemática e educadora desta UCDB e nossas três filhas:*
*Mestra **Anna Paola**, farmacêutica doutoranda em Ciências pela UFMG,*
*Médica **Anna Claudia**, "laureanda" pela Università di TORINO – Itália e*
*Acadêmica **Alessandra**, formanda Cirurgiã-Dentista, pela UFMS.*

Agradecimentos

Aos professores e colegas da 1ª turma do curso de mestrado em Psicologia - Saúde mental e Sociedade, da UCDB, pela dedicação e pela simpatia com que me rodearam, em meus tardos embates acadêmico-científicos.

Aos meus orientadores, Prof. Dr. Luís Salvador de Miranda Sá Jr. e Prof. Dr. Reinier Johannes Antonius Rozestraten, que me acompanharam em várias fases da caminhada e Profª Drª Liliana Andolpho Magalhães Guimarães, que conseguiu conduzir-me à meta.

Às autoridades acadêmicas da UCDB, que tornaram possível este curso de Pós-Graduação e incentivaram meu ingresso em seu importante processo formativo.

Às autoridades da UFMS, que permitiram conciliar minha atividade de funcionário médico com a realização da pesquisa objeto deste trabalho.

Aos pacientes do Hospital Universitário, alvos privilegiados de quaisquer ações de diagnóstico e tratamento realizadas neste indispensável centro de saúde e protagonistas principais desta pesquisa.

Ao Prof. Mestre Jeferson Pistori, colaborador principal na elaboração do Questionário On-line sobre Mastectomia.

Aos alunos do curso de Psicologia da UCDB que freqüentaram minhas aulas de Neuromorfofisiologia nos últimos dez anos, destinatários e incentivadores de minha diuturna atividade didática e investigativa.

"La nueva verdad hallada es a menudo el fruto de paciente y tenaz observación, la consecuencia de haber aplicado al tema más tiempo, más constancia y mejores métodos que nuestros predecesores"

SANTIAGO RAMÓN Y CAJAL (1898)

SUMÁRIO

Lista de Quadros
Lista de Tabelas
Lista de Gráficos
Lista de Anexos
GLOSSÁRIO
RESUMO
ABSTRACT
RÉSUMÉ
APRESENTAÇÃO.....20
I – INTRODUÇÃO.....25
CAPÍTULO 1: ESTADO DA ARTE SOBRE AS PESQUISAS EM CÂNCER DE MAMA.....26
1 – A incidência do Câncer de Mama no Brasil.....27
2 – Aspectos Etiopatogênicos do Câncer de Mama.....29
3 – Classificação, Risco e Prognóstico.....32
4 – Métodos Diagnósticos.....35
5 – Métodos Terapêuticos.....40
CAPÍTULO 2: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E EMOCIONAIS DA DOENÇA DA MAMA.....48
1 – Considerações sobre a condição humana na Saúde/Doença.....49
2 – A resposta psicológica e emocional ao câncer.....57
3 – Repercussões psicológicas da mastectomia.....68
II – A PESQUISA.....81
1 – Contexto no qual se viabilizou a pesquisa.....82
2 – Objetivos.....84
3 – Casuística e Método.....84
4 – Procedimentos.....85
5 – Instrumentos utilizados.....86
6 – Recursos Humanos e Materiais.....101
7 – Análise e Processamento de Dados.....101

III – RESULTADOS 102
A – DADOS RELATIVOS À PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA.....103
B – DADOS RELATIVOS À SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA.....111
IV – DISCUSSÃO.....125
V – CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÕES.....147
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 155
ANEXOS 170

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Classificação de Ackerman, das Neoplasias Mamárias (1940) 32

Quadro 2 – Sistema TNM de Classificação das Neoplasias Mamárias (1959) 33

Quadro 3 – Classificação de Le Gal, das Microcalcificações.....36

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Distribuição de grupos etários de pacientes com doenças de mama, com primeira consulta entre julho de 1995 e junho de 1988, NHU-UFMS 103

Tabela 2 – Amostra Sistemática selecionada.....104

Tabela 3 – Amostra Sistemática, com subdivisão da Faixa Etária VI.....105

Tabela 4 – Distribuição dos tipos de Doença da Amostra Sistemática 106

Tabela 5 – Distribuição dos tipos de Doença de Mama da Amostra Sistemática 107

Tabela 6 – Métodos Diagnósticos usados na Amostra Sistemática.....108

Tabela 7 – Distribuição pelo Tratamento Cirúrgico.....108

Tabela 8 – Distribuição pelo Tratamento Coadjuvante 109

Tabela 9 – Mastectomia Radical x Tratamento Coadjuvante x Faixa Etária.....110

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 – Idade de pacientes com doenças da mama registradas por primeira vez entre julho de 1995 e junho de 1998, no HU-UFMS.....106

Gráfico 2 – Dados pessoais: Idade.....111

Gráfico 3 – Dados pessoais: Sexo.....112

Gráfico 4 – Dados pessoais: Escolaridade.....112

Gráfico 5 – Você auto-examina suas mamas?.....113

Gráfico 6 – Foi-lhe diagnosticado câncer de mama?.....114

Gráfico 7 – Que estágio? 115

Gráfico 8 – Qual foi sua reação à notícia do diagnóstico de câncer de mama?.....116

Gráfico 9 – Está sendo (ou já foi) submetido(a) a alguma terapia?.....117

Gráfico 10 – Que tipo?.....118

Gráfico 11 – Foi mastectomizado(a)?.....119

Gráfico 12 – Mama.....119

Gráfico 13 – Se estiver fazendo alguma terapia, está sendo constante?.....120

Gráfico 14 – Não? Como? 120

Gráfico 15 – Está satisfeito(a) com os resultados de seu tratamento?.....121

Gráfico 16 – Por quê? 121

Gráfico 17 – Recebeu esclarecimentos satisfatórios quanto o significado de sua doença? 122

Gráfico 18 – Acha que teria alguma vantagem, de maiores informações sobre sua doença? 122

Gráfico 19 – Como se sente atualmente, com relação à sua doença? 123

Gráfico 20 – O que gostaria de evitar, se pudesse voltar atrás? 124

LISTA DE ANEXOS

Anexo A – Declaração das Autoridades do NHU-UFMS 171

Anexo B – Amostra Sistemática de casos de Câncer de Mama 172

Anexo D – Questionário (QOM) 182

Anexo E – Cartilha do Auto Exame de Mama 183

GLOSSÁRIO

Adrenalectomia = retirada cirúrgica de glândula supra-renal.

Alopecia = queda de cabelos.

Amostragem Sistemática = seleção dos elementos que constituirão a amostra, feita por um sistema imposto pelo pesquisador.

Autólogo = tecido retirado do próprio paciente.

Câncer ductal = lesão cancerosa presente no ducto galactóforo da mama.

Câncer lobular = lesão cancerosa presente em um lóbulo mamário.

Câncer papilar = lesão cancerosa presente no mamilo.

Célula-filha = o produto de uma divisão celular.

Células linfóides "*natural killers*" (NK) = linfócitos que destroem células neoplásicas ou infectadas por vírus.

Citologia aspirativa = estudo dos tecidos retirados com agulha, do centro de um tumor.

Citostática = substância que susta o crescimento de células (cancerosas).

Citotóxica = substância que destrói células (cancerosas).

Climatério = o período de irregularidade menstrual e de distúrbios que antecede a menopausa.

Color-doppler-fluxometria = a técnica ultra-sonográfica que permite representar em cores e quantitativamente o fluxo sangüíneo.

Corticóides = substâncias similares às produzidas pelo córtex da glândula supra-renal.

Displasia = presença de alterações estruturais não cancerosas, no tecido mamário.

Duplicação gênica = o produto gênico da divisão celular.

Embolização = deslocamento de estruturas sólidas ao longo de um vaso.

Endemia = presença permanente de uma doença em uma população.

Enzimas = proteínas que mediam as reações bioquímicas.

Epitélio do dúctulo terminal intralobular = o que reveste cada ramo do ducto galactóforo, ainda dentro do lóbulo mamário.

Estereotaxia = uma técnica que permite localizar um ponto exato em estruturas tridimensionais.

Estroma = tecido conjuntivo básico de um órgão.

Etiopatogenia = o processo de instalação de uma doença.

Gene supressor = um gene que bloqueia a ocorrência de células cancerosas.

Ginecomastia = presença de tecido mamário aumentado, em mama masculina.

Halsted mastectomy (mastectomia à Halsted) = retirada cirúrgica da mama pela técnica de Halsted.

Hipofisectomia = retirada cirúrgica de glândula pituitária.

Histopatológico = se refere a uma doença diagnosticada pelo exame de um tecido.

Iatrogenia = indução de uma patologia, por parte de um ato terapêutico.

Imunocompetência = capacidade do organismo em neutralizar os antígenos.

Incidência = ocorrência de novos casos em uma população, durante um determinado período de tempo.

Interstício = espaço existente entre as células dos tecidos.

Intraductal = uma neoplasia que se forma dentro do ducto galactóforo.

Linfoma = um tumor maligno de células linfáticas.

Mastectomia radical = retirada de toda a mama e de sua cadeia linfática.

Mastectomizada = a mulher que sofreu uma retirada cirúrgica de mama.

Mastite = inflamação da mama.

Melanoma = um tumor maligno de células cutâneas fortemente pigmentadas.

Membrana basal = estrutura que separa as células epiteliais, dos tecidos em baixo.

Menopausa = parada do período de fertilidade feminina.

Metástase = um tecido que se instalou longe de sua origem.

Microcalcificações = pequenas alterações pré-cancerosas visíveis à mamografia.

Neoplásicas = relativas a câncer.

Nuliparidade = ausência de gestações.

Oncogene = gene envolvido no processo de origem de câncer.

Ooforectomia = retirada cirúrgica do ovário.

Osteoclastos = células ósseas que estão constantemente corroendo o osso. Nas metástases ósseas do câncer de mama, a atividade osteoclástica está exaltada.

Patognomônico = um dado característico que fecha o diagnóstico de uma doença.

Prognose = previsão do desfecho de uma doença.

Quadrantectomia = retirada cirúrgica da parte da mama onde está localizado o tumor

Quimioterapia = tratamento por substâncias químicas que freiam ou bloqueiam a proliferação das células cancerosas

Radioterapia = tratamento anticanceroso, mediante irradiação.

Reação desmoplásica = adesão aumentada entre as células do tecido conjuntivo.

Sarcoma = um tumor maligno de células musculares.

Tilectomia = retirada cirúrgica exclusiva do tumor.

Transfusão autóloga = realizada com sangue do próprio paciente.

Via linfática = vaso destinado à drenagem do espaço existente entre a células dos tecidos.

RESUMO

O presente trabalho objetivou caracterizar, do ponto de vista clínico, a população de pacientes com patologias mamárias, atendida pelo Hospital Universitário de Campo Grande, MS. Paralelamente, uma *enquête* de opinião *on-line* sobre o impacto psicossocial da neoplasia mamária foi aplicada à população geral. ***Casuística e Método*.** De todos os casos de doenças de mama atendidos (N= 871) no período compreendido entre julho de 1995 e junho de 1998, estudou-se uma Amostra Sistemática (N= 134) com o objetivo de caracterização do perfil clínico. A seguir, construiu-se o Questionário sobre Opiniões acerca da Mastectomia (QOM) o qual foi colocado *on-line* para realização da *enquête*, visando identificar o impacto psicossocial da neoplasia mamária. ***Resultados*.** Mulheres com mais de 51 anos e até 70 anos apresentam a maior prevalência (53,7%) de doenças de mama. A lesão maligna da mama mais prevalente na amostra foi o carcinoma ductal (45,5%). Os métodos diagnósticos utilizados, além do exame clínico (100,0%), foram: a mamografia (91,1%), a ultrassonografia de mama (66,6%), a cintilografia óssea (37,2%), a punção biópsia aspirativa (91,1%) e a biópsia de peças cirúrgicas (89,2%). A mastectomia radical foi o tratamento cirúrgico mais utilizado (89,7%), sendo menos freqüentes a quadrantecomia e o tratamento conservador. O tratamento coadjuvante mais comumente usado foi a associação de radioterapia com quimioterapia (86,7%). A fisioterapia e o tratamento psicológico, em especial a psicoterapia, não aparecem em nenhuma circunstância. Responderam à *enquête on-line* 517 pessoas (F=465; M=52), com predomínio de escolaridade do 2º grau (259) e 3º grau (174) e faixa etária de 31 a 40 e após 51 anos, sendo que 176 eram portadoras de neoplasia mamária. Após a notícia do diagnóstico de câncer, a principal reação emocional relatada sobre mastectomia foi a depressão (47,2%), havendo também reações de fuga (26,1%) e de revolta (14,8%). A terapia coadjuvante mais freqüente foi a quimioterapia (77,8%) Menos freqüentes foram a radioterapia (63,6%) a fisioterapia (71,3%) e a psicoterapia (40,9%). A maioria manifestou-se aderida às terapias (92,6%), e satisfeita com as mesmas (78,9%). ***Conclusões*.** O serviço de Oncologia do NHU-UFMS/MS, possui padrões de atendimento adequados às necessidades da população do estado, no que se refere ao tratamento de pacientes com câncer de mama. No público que respondeu à *enquête* há um interesse difuso sobre o tema. Os resultados sugerem a urgência de uma divulgação mais incisiva do auto-exame e de uma maior atuação do campo da psicoterapia como coadjuvante, especialmente para as mastectomizadas.

Descritores: 1. Oncologia. 2. Psicooncologia. 3. Saúde Mental. 4. Câncer de Mama. 5. Mastectomizada. 6. Hospital Universitário.

ABSTRACT

This work was done to characterize, under the clinical point of view, the statistical population of the patients with breast diseases in care at the Campo Grande University Hospital, MS, Brazil. At the same time, an online simplified opinion survey about the psychosocial impact of the breast cancer was applied to the public. ***Methods.*** From all the cases of breast diseases in care at the Campo Grande University Hospital from July 1995 to June1998 (N= 871), a systematic sample (N= 134) was selected, aiming to characterize the clinical profile. After that, an online questionnaire (QOM) was elaborated to collect the opinions of the public about breast cancer, aiming to identify its psychosocial impact. ***Results.*** Women aged 51-70 present the greater prevalence (53.7%) of breast disease. The malignant disease most frequently found in the systematic sample was the ductal carcinoma (45.5%). The diagnostic methods often used, beyond the clinical examination (100.0%), were: mammography (91.1%), breast sonography (66.6%), osseous scintillation scanning (37.2%), needle biopsy (91.1%) and the surgical specimens biopsy (89.2%). The radical mastectomy was the surgical treatment for the breast cancer most frequently used (89.7%), being less usual the quadrantectomy and the conservatory treatment. The adjuvant treatment most commonly used was the radiotherapy associated with the chemotherapy (86.7%). The physiotherapy and the psychological treatment, especially the psychotherapy do not appear at any circumstance. The responses given to the Questionnaire were 517 (F=465; M=52), predominantly of High level school people (259) and university level people (174), aged 31-40 and older than 51, being 176 with breast disease. After being noticed the cancer diagnostic the main emotional reaction about breast cancer was depression 47,2%), but there was also the reaction of escape (26,1%) and revolt(14,8%). The most frequent adjuvant therapy was the chemotherapy (77,8%). The radiotherapy (63,6%), the physiotherapy (71,3%) and the psychotherapy (40,9%) were usual too. The majority of the respondents was regular in the therapies (92,6%), and they declared themselves satisfied with the explanations received about the meaning of the disease (78,9%). ***Conclusions.*** The Oncology Department of the UFMS/MS University Hospital owns standards of care toward the people from the State of Mato Grosso do Sul adjusted with the needs of the breast cancer patients. The public who answered the systematic survey shows a generalized interest about the subject. The results suggest the urgency of incisive spreading about the breast self-survey and a most effective effort from the field of the adjuvant psychotherapy.

Descriptors: 1. Oncology. 2. Psychooncology. 3. Mental Health. 4. Breast Cancer. 5. Mastectomized. 6. University Hospital.

RÉSUMÉ

Ce travail veut characteriser sous l'aspect clinique la population des malades avec des pathologies du sein, d'accès aux soins du Service d'Oncologie de l'Hôpital Universitaire (NHU-UFMS) de Campo Grande, MS, Brésil. En même temps, un'enquête d'opinion *on line* a été dirigée au public, a respect de l'impact psychosocial du cancer du sein. ***Méthodes.*** Des cas des maladies du sein aux soins de l'Hôpital Universitaire de Campo Grande (N= 871), juillet 1995 à juin 1998, a été étudié un échantillon systématique (N= 134), avec l'objectif de caractériser leur profil clinique. Une enquête d'Opinion *on line* (QOM) a été élaboré pour collecter les opinions de la population à respect du cancer du sein, avec l'intention d'identifier son impact psychosocial. ***Résultats.*** Les femmes de 51 à 70 ans présentent la plus grande prédominance (53,7%) de maladies du sein. La maladie maligne la plus prédominante fût le carcinome ductal (45,5%). Les méthodes de diagnostique utilisées, au-delá de l'auto-examen du sein (100,0%), fûrent : la senographie (91,1%), l'écographie du sein (66,6%), la cintigraphie de os (37,2%), la ponction-biopsie à l'aiguille fine (91,1%) et la biopsie des spécimens chirurgicales (89,2%). Le traitement chirurgical plus fréquemment utilisé (89,7%) était la mastectomie radicale, la quadrantectomie et le traitement conservateur étant utilisés seulement dans un petit nombre de cas. Le traitement adjuvant plus commun a été une association de radiotherapie avec chimiotherapie (86,7%). La physiothérapie e les soins psychologiques, principalemente la psychothérapie n'ont jamais apparu. À l'enquête *on line* il eût 517 réponses (F=465; M=52), de gents avec un'instruction superieure (259) et universitaire (174) et age entre 31 et 51 ans, entre eux 176 étant atteintes d'une maladie du sein. La principale réaction devant le diagnostic, selon l'enquête *on-line* (QOM), fût de dépression (47,2%), mais les réactions de fugue (26,1%) et de rêvolte (14,8%)%) ont été, aussi bien présentes. Le principal genre de therapie adjuvante utilisée (77,8%). La radiothérapie (63,6%), la physiothérapie (71,3%) et la psychothérapie (40,9%) ont été aussi bien employées. Une grande part de ceux qui ont répondu était fidèles aux thérapies (92,6%), et se déclarait satisfaite (78,9%). ***Conclusions.*** Le Service d'Oncologie de l'NHU-UFMS a des normes standardisées et établies pour l'attention à la population de l'État, compatibles avec les soins à être destinés aux femmes avec un cancer du sein. Les réponses du public à l'enquête *on-line* révèle un intérêt diffus sur le thème. Ces résultats suggérent l'urgence d'une divulgation plus incisive de l'auto examen et d'un effort plus grand de la psychothérapie adjuvante, surtout chez les mastectomisées.

Descripteurs: 1. Oncologie. 2. Psychooncologie. 3. Santé Mentale. 4. Cancer du Sein. 5. Mastectomizée. 6. Hôpital Universitaire.

APRESENTAÇÃO

O interesse do pesquisador pela saúde mental da mulher mastectomizada[1] motivou a pesquisa clínica da população de pacientes com patologia mamária atendidos no Hospital Universitário de Campo Grande (NHU-UFMS), que fundamenta esta dissertação de Mestrado.

Ao mesmo tempo, a elaboração de um Roteiro Simplificado (QOM) visou à realização de uma *enquête* de opinião *on-line* aplicada à população com acesso à *Internet*, sobre o impacto psicossocial da neoplasia mamária e da mastectomia.

A saúde mental é, de fato, tão importante quanto a saúde física, particularmente na mulher mastectomizada, devido à constelação de intensas vivências em que a mesma se encontra. Um rastro de agravos psico-emocionais tais como depressão e ansiedade, entre outros, gera, freqüentemente, importantes conflitos devidos à mutilação e à perplexidade induzida por um evento tão devastador, os quais se podem tornar crônicos, caso não sejam implementadas medidas de ordem preventiva e interventiva.

Apesar dos recentes avanços no tratamento cirúrgico do câncer de mama, nos hospitais e clínicas médicas do mundo inteiro, os problemas psicológicos concomitantes ou originários de doenças neoplásicas[2] continuam sendo um tipo de complicação que agrava os quadros somáticos, atrasa e encarece os tratamentos convencionais e se torna um desafio a mais, por si mesmo, para quaisquer projetos de saúde pública.

Goleman (1996, p.183) percebeu claramente esta situação em sua análise da reação emocional das pacientes com câncer de mama:

---

[1] De mastectomia, retirada cirúrgica da mama.
[2] De neoplasia, massa de células que surgem no organismo, fora da programação genética intrínseca ao DNA da espécie.

> Descobriu-se que pessoas que sofriam de ansiedade crônica, longos períodos de tristeza e pessimismo, incessante tensão ou hostilidade, implacável ceticismo ou desconfiança corriam duplo risco de doença. A depressão era um fator de morte mais forte que qualquer sinal médico. Falta de diagnóstico e tratamento pode aumentar o risco de morte nas doenças sérias. Mulheres com avançado câncer no seio que iam a reuniões regulares com outras, sobreviviam duas vezes mais que as com a mesma doença que enfrentavam sozinha.

No passado, no Brasil minimizou-se a própria incidência do câncer de mama, frente às inúmeras e graves outras doenças neoplásicas que assolam, de forma endêmica[3], a população feminina, como, e em primeiro lugar, o câncer de colo de útero. Em contrapartida, estatísticas nacionais mais recentes, e menos imprecisas, mostradas a seguir, vêm confirmando, também em nosso meio, incidência semelhantes às que eram tradicionalmente atribuídas à Europa e Estados Unidos.

Shapiro *et al.* (1986) relatavam que, para o período entre 1975 e 2000, nas regiões desenvolvidas, havia sido estimado um aumento de 14,5% no número de casos de neoplasia mamária. Para os países em desenvolvimento, o aumento previsto era da ordem de 63,5%

Segundo as informações publicadas na página de *Internet* da Bibliomed (2003), entretanto, a Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou que, em 2001, o câncer de mama foi diagnosticado em cerca de 1 milhão de mulheres em todo o mundo, representando 100% de aumento nos casos da doença, em apenas 25 anos. Nos Estados Unidos, os dados mostram que uma em cada oito mulheres tem ou terá a doença.

O Instituto Nacional de Câncer do Brasil (2001) estimou 32.695 casos novos de câncer de mama, colocando o Brasil entre os países com maior incidência de câncer de mama em todo o mundo.

---

[3] Endêmica é uma doença que aflige permanentemente uma população.

Segundo Hegg e Pinotti (1995), a elevadíssima taxa de mortalidade justifica-se, em nosso meio, principalmente pelo diagnóstico tardio, uma vez que, na maioria das pacientes, a doença é reconhecida nos estádios clínicos III e IV (Vide Tabela 2).

Isso explica, talvez, o fato de campanhas contra o câncer de mama terem surgido em tempos bastante recentes em nosso meio, mesmo numa época em que o avanço tecnológico permitiria um diagnóstico extremamente precoce, além de seguro e universalizado, propiciando, por conseqüência, métodos terapêuticos menos mutilantes e com prognoses igualmente ou até mais alentadoras.

Com estudos realizados, desde os anos sessenta, no *Istituto dei Tumori* de Milão, Veronesi (2002), um dos cirurgiões que antigamente mais defendiam a mastectomia 'supra-radical', demonstrou, que a quadrantectomia[4], com dissecção axilar dos gânglios linfáticos e radioterapia e até mesmo sem radioterapia, apresenta resultados equivalentes aos da mastectomia radical em pacientes com tumores até 2 cm. O mesmo autor relata ter conduzido, durante 20 anos, uma triagem randomizada para comparar a eficácia da mastectomia radical (de Halsted) com a cirurgia conservadora. Concluiu que a taxa de sobrevivência a longo prazo, entre mulheres submetidas à cirurgia conservadora, é a mesma das submetidas à cirurgia radical, sendo a cirurgia conservadora o tratamento de escolha para mulheres com câncer de mama relativamente pequeno.

O aprimoramento e a diferenciação das medidas terapêuticas, como a participação do cirurgião plástico no tratamento cirúrgico do câncer de mama, com a possibilidade, inclusive, de uma reconstrução mamária imediata, já demonstrada

[4] Cirurgia que retira apenas a parte da mama onde está situado o tumor.

possível por Pinotti (1984), permitem a um número sempre maior de mulheres olhar com menos ansiedade a descoberta da doença e seu inevitável e doloroso tratamento.

Esta dissertação de mestrado, através da pesquisa objetiva nos arquivos do Serviço de Oncologia citado, busca identificar e reconhecer os esforços até hoje expendidos pela comunidade científica local, em favor dos pacientes afetados pela neoplasia mamária.

Como base para compreensão da vasta temática envolvida, uma revisão do estado da arte a respeito de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama antecede a apresentação das pesquisas realizadas. Nela são abordados os aspectos médico-psicológicos, com suas implicações sociais, e também os de ordem cognitiva.

Leva-se em conta, ainda, as instâncias da saúde pública, visando principalmente à maneira em que as mulheres vítimas do câncer se posicionam diante do fenômeno e evidenciando possíveis caminhos para ajudá-las na solução dos problemas psicológicos por ele acarretados.

I – INTRODUÇÃO

CAPÍTULO 1

ESTADO DA ARTE SOBRE AS PESQUISAS EM CÂNCER DE MAMA

1 – A incidência do câncer de mama no Brasil

Sclowitz (2003) refere que o câncer de mama é o tumor maligno feminino, de maior incidência e mortalidade, no Brasil. O Rio Grande do Sul é o estado brasileiro onde estes índices são mais elevados, superando as médias nacionais. Nos últimos 20 anos, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer, Pro-Onco/INCA (BRASIL, 2002) a mortalidade por câncer de mama cresceu cerca de 60%.

Ainda segundo a fonte acima citada, a taxa de incidência do câncer de mama no Brasil, para 2002, foi estimada em 40,7 casos para cada 100.000 mulheres. Para o mesmo período, a taxa de mortalidade estimada foi de 10,3 óbitos por câncer de mama para cada 100.000 mulheres brasileiras. Portanto, o câncer de mama constitui um importante problema de saúde pública no Brasil. Em nível mundial, países como os Estados Unidos, Reino Unido, Suécia, Itália e Uruguai apresentam taxas de incidência de câncer de mama superiores a 100 casos para cada 100.000 mulheres por ano. Conseqüentemente, suas taxas de mortalidade também são bastante elevadas, ficando ao redor de 40 óbitos para cada 100.000 mulheres por ano. As mulheres na faixa etária entre 45 e 65 anos são as mais atingidas pelo câncer de mama, entretanto, a doença vem aumentando de freqüência em mulheres mais jovens.

Até o momento, ainda segundo o Pro-Onco/INCA (BRASIL, 2002), não existem meios que previnam, efetivamente, que as mulheres desenvolvam o câncer

de mama, mas sim, condutas que favoreçam a realização do diagnóstico da doença precocemente.

O diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial possibilita um tratamento precoce, mais efetivo, menos agressivo, com melhores resultados estéticos e eventos adversos reduzidos. Vieira (1998) relatava estimativas dos Estados Unidos, segundo as quais 12,2% das mulheres americanas teriam câncer de mama ao longo da vida. Destas, 3,5% iriam morrer vítimas da doença.

O Pro-Onco/INCA (BRASIL, 2002) refere também um aumento considerável da taxa de mortalidade por câncer de mama entre mulheres brasileiras, de 1979 a 1999, passando de 5,77/100.000 a 9,75/100.000. Os números de óbitos (9.115) e de casos novos (36.090) esperados para o ano 2002, na população feminina, correspondiam a taxas brutas de mortalidade e incidência de 10,25/100.000 e 40,66/100.000, respectivamente. O câncer de mama tornou-se, assim, a primeira causa de mortalidade por câncer nas mulheres brasileiras.

Resultados do Pro-Onco/INCA (BRASIL, 2002) indicam, ainda, que os fatores de risco que podem explicar este aumento das taxas de mortalidade são aqueles associados à crescente urbanização da população: idade mais tardia à primeira gravidez, uso de estrogênio como terapia de substituição após a menopausa, e outros ligados à reprodução. Outros fatores de risco, como obesidade em mulheres após a menopausa, álcool e fumo, parecem ser universais.

2 – Aspectos etiopatogenéticos[5] do câncer de mama

A carcinogênese mamária, segundo Barros e Pinotti (1998) é resultante de fenômenos celulares que produzem a perda do equilíbrio entre oncogenes[6] e genes supressores[7]. Isto acarreta a multiplicação anormal de uma célula, cuja capacidade reprodutora alterada é transmitida indefinidamente às células-filhas[8], além da capacidade de invadir os tecidos adjacentes, embolizar[9] por via linfática[10] ou venosa, alojar-se e multiplicar-se em outro órgão a distância, sobreviver e reproduzir-se em meios laboratoriais de cultura.

Page e Dupont (1992) descrevem a transformação de uma célula alterada que passa, inicialmente, por uma fase pré-maligna, formando, a seguir, o tumor primário e, finalmente, a metástase[11]. O carcinoma, antes de se tornar invasor, origina-se em tecido epitelial mamário normal. Após etapas intermediárias (hiperplasia típica e hiperplasia atípica), transforma-se em carcinoma intraductal[12] *in situ*[13] e, posteriormente, invade a membrana basal[14]. Todas as etapas são reguladas por fatores estimulantes (fatores genéticos, hormônios, enzimas[15], fatores de crescimento) e inibidores (genes supressores, gestações, imunocompetência[16]). A hiperplasia é caracterizada pela presença de mais do que quatro camadas de

[5] Etiopatogenia é o processo de instalação de uma doença.
[6] Oncogene é um gene envolvido no processo de origem de câncer.
[7] Gene supressor é um gene que bloqueia a ocorrência de células cancerosas.
[8] Célula-filha é o produto de uma divisão celular.
[9] Embolização é o deslocamento de estruturas sólidas ao longo de um vaso.
[10] Via linfática é um vaso destinado à drenagem do espaço existente entre as células dos tecidos.
[11] Metástase é um tecido que se instalou longe de sua origem.
[12] Intraductal é uma neoplasia mamária que se forma dentro do ducto galactóforo (que ejeta o leite).
[13] *In situ* é o processo neoplásico que não invadiu ainda as partes profundas ou outros órgãos.
[14] Membrana basal é uma estrutura que separa as células epiteliais, dos tecidos abaixo do epitélio.
[15] Enzimas são proteínas que mediam reações bioquímicas.
[16] Imunocompetência é a capacidade do organismo em neutralizar os antígenos.

revestimento do epitélio do dúctulo terminal intralobular[17] (‘unidade dúctulo-lobular’). Dixon e Page (2000) descrevem as formas típicas da hiperplasia que preservam a estrutura lobular do tecido mamário. Isso não ocorre, segundo os mesmos autores, na hiperplasia atípica. As hiperplasias não são consideradas, propriamente, formas precursoras, mas marcadores de alto risco do câncer de mama. O carcinoma *in situ* não se transforma necessariamente em carcinoma invasor, mas deve ser considerado e tratado realmente como lesão pré-invasiva.

Clinicamente, para Franks e Teich (1990), a carcinogênese distingue-se em:

1. Fase de Iniciação: é provável que ‘indutores’ genéticos desencadeiem a carcinogênese em uma única célula, não se sabe se em tecido normal ou pré-neoplásico. Estes fatores são: erros de duplicação gênica[18], agentes químicos, vírus e radiações. Em todos os casos, haverá fatores genéticos envolvidos: entre os 50 oncogenes[19] atualmente conhecidos, destaca-se o HER-2 (ou c-erbB2), que carrega valor prognóstico em um grande número de tumores da mama e do ovário. Encontra-se amplificado ou ‘superexpressado’ em cânceres de mama primários (20-25% dos tumores), sugerindo um prognóstico clínico desfavorável. No sentido oposto, operam os fatores supressores, dos quais conhecemos o BRCA-1, o BRCA-2 e o p53. Segundo os mesmos autores, o gene BRCA-1, que sofreu mutação, exerce um papel importante no câncer de mama familiar (5-10% de todos os casos de câncer de mama).

2. Fase de Promoção: as células modificadas, submetidas a alterações genéticas iniciadoras, podem ser estimuladas por fatores ‘promotores’ ou por

[17] Epitélio do dúctulo terminal intralobular reveste cada ramo do ducto galactóforo, ainda dentro do lóbulo mamário.
[18] Duplicação gênica é o produto gênico da divisão celular.
[19] Oncogenes são genes que predispõem à formação de neoplasias.

'inibidores'. As alterações devidas aos estímulos promotores são lentas, exigindo décadas para manifestar-se. Os hormônios esteróides são alguns desses fatores promotores que, na mama, dependem do amadurecimento e da diferenciação da unidade ductolobular. Segundo a hipótese de Korenman (1980), ainda geralmente aceita, existem duas 'janelas de risco', dois períodos críticos, em que pode ocorrer uma promoção do câncer de mama: o período do desenvolvimento mamário e a menopausa. Um efeito hormonal não-equilibrado poderia, nessas épocas, romper o equilíbrio dinâmico da mama, estimulando a atividade proliferativa e promovendo o crescimento tumoral. As gestações e a ooforectomia bilateral, antes dos 25 anos, possuem um efeito protetor praticamente definitivo contra o câncer de mama. Fatores de risco são, ao contrário, a menarca precoce, a menopausa tardia e a nuliparidade[20].

3. Fase de Progressão: já se formou o tumor inicial e manifestam-se duas propriedades das células malignas: a capacidade invasiva e a metastática. As células atravessam a membrana basal e o interstício[21] para atingir os vasos linfáticos e sangüíneos. Enzimas como a Cathepsina D favorecem a invasão da membrana basal e liberam fatores de formação de novos vasos sangüíneos (CAVAILLES *et al.*, 1988). Existem, entretanto, mecanismos de defesa contra o avanço tumoral: são células linfóides *natural killers* (NK)[22], capazes de lisar células neoplásicas, ou biomoduladores tumorais como o TGF-beta, fator de crescimento produzido no estroma[23], que inibe as células malignas e estimula a reação desmoplásica[24]. A disseminação metastática, segundo Hanna *et al.* (1985), ocorre principalmente para o

[20] Nuliparidade é a ausência de gestações.
[21] Interstício é o espaço existente entre as células dos tecidos.
[22] Células linfóides "*natural killers*" (NK) são linfócitos cuja função consiste em destruir células neoplásicas ou outros agentes patógenos.
[23] Estroma é o tecido conjuntivo básico de um órgão.
[24] Reação desmoplásica consiste na adesão aumentada entre as células do tecido conjuntivo.

esqueleto, os pulmões e o fígado. "Um campo muito amplo da pesquisa atual para prevenção desta fase do câncer visa à inibição da angiogênese, mediante substâncias sintéticas" (BUTERA, 2002, p. 32).

3 – Classificação, Risco e Prognóstico

Há várias classificações das neoplasias mamárias, sendo uma das mais antigas, ainda em uso, de Ackerman, baseada no "Sistema de Manchester", de 1940 e relatada a seguir:

Quadro 1 – Classificação de Ackerman, das Neoplasias Mamárias (1940)

Tipo	Prognose	Denominação
I	Não metastatizante (não invasivo)	Carcinoma intraductal (comedão) sem invasão estromal (o tumor está limitado ao seio)
II	Raramente metastatizante (sempre invasivo)	Carcinomas extracelulares puros mucinosos ou colóides Carcinomas medulares com infiltração linfocítica Adenocarcinomas bem diferenciados (o tumor está limitado ao seio, porém existem gânglios linfáticos palpáveis e móveis na axila)
III	Moderadamente metastatizante (sempre invasivo)	Adenocarcinoma Carcinoma intraductal com invasão estromal Carcinomas não classificados especificamente em outro lugar (o tumor se estende além do parênquima mamário, conforme demonstrado por): **IIIa** Invasão ou fixação da pele sobre uma área grande em relação ao tamanho do seio ou da ulceração cutânea **IIIb** Fixação do tumor ao músculo ou à fáscia subjacente; os gânglios axilares, quando presentes, são móveis)
IV	Altamente metastatizante (sempre invasivo)	Carcinomas indiferenciados. Qualquer tumor que invada claramente os vasos sangüíneos (o tumor se estende além da área mamária, conforme demonstrado pela fixação ou superposição dos gânglios axilares, pela completa fixação do tumor à parede torácica, por depósitos nos gânglios supraclaviculares ou no seio oposto, pelos nódulos-satélites ou pelas metástases distantes)

Fonte: Sabiston (1979)

"Classificações baseadas na maneira em que o câncer aparece ao exame clínico e/ou laboratorial permitem a identificação dos estádios de desenvolvimento do câncer de mama, úteis no dia a dia da prática médica" (NEWMAN *et al.*, 1999, p. 320). Todas elas levam em conta os tipos de células que constituem o câncer de mama, mas apenas algumas podem afetar a prognose ou a seleção da terapia mais adequada.

Segundo Sabiston (1979), o Colégio Americano de Cirurgiões, em 1959, adotou e universalizou uma classificação denominada Sistema TNM, baseada em observações clínicas relacionadas com o tumor (T), com os gânglios linfáticos regionais (N, de *nodes*) e com as metástases (M).

Quadro 2 – Sistema TNM de Classificação das Neoplasias Mamárias (1959)

T (Tumor primário)	
T1	Tumor com 2 cm ou menos; pele não atingida ou atingida localmente, na doença de Paget
T2	Tumor com 2 a 5 cm de tamanho
T3	Tumor com mais de 5 cm de tamanho
T4	Tumor com qualquer tamanho e com qualquer um dos sinais que se seguem: infiltração cutânea, ulceração, pele casca de laranja, edema cutâneo, aderência aos músculos peitorais ou à parede torácica.
N (Gânglios Linfáticos Regionais – *Nodes*)	
N0	Ausência de gânglios linfáticos axilares clinicamente palpáveis
N1	Gânglios axilares clinicamente palpáveis, porém móveis **N1a** Sem suspeita de metástases **N1b** Suspeita de metástases
N2	Gânglios axilares clinicamente palpáveis e fixos (suspeita de metástases)
N3	Gânglios supra ou infraclaviculares homolaterais considerados como contendo metástase; edema do braço
M (Metástases Distantes)	
M0	Ausência de Metástases Distantes
M1	Evidência clínica e radiográfica de metástases, exceto aquelas para os gânglios linfáticos axilares ou infraclaviculares homolaterais

Fonte: Sabiston (1979)

Segundo Penel *et al.* (2003), a mama pode ser afetada, pouco freqüentemente, por outros tumores como o melanoma[25] ou, como relatam Philpotts *et al.* (2000), também por linfoma[26] e o sarcoma[27].

De forma geral, segundo Eisenberg *et al.* (2001), a prognose e a escolha terapêutica, em particular a mastectomia, são determinadas pela idade da paciente, pela etapa em que se encontra a doença, pelas características patológicas do tumor primário, inclusive a presença de necrose tumoral, pelos níveis de receptor de estrogênio (ER) e de progesterona (PR) do tecido tumoral e pelas medidas de sua capacidade proliferativa, além do climatério e do estado geral da paciente

Gail *et al.* (1989) afirmam que familiares de pacientes com câncer de mama podem correr um risco maior de sofrer a doença. Existem, de fato, estimativas de risco por faixas etárias para ajudar no aconselhamento destas mulheres e para propor-lhes estratégias de detecção da doença. Os autores estimam que, aproximadamente, 5% de todas as mulheres com câncer de mama podem apresentar mutações das células da linha germinativa do gene BRCA1, localizado no cromossomo 17q21. Familiares que carregarem a mutação deste gene podem apresentar um aumento do risco de contrair câncer de mama antes dos 50 anos. Em determinados grupos étnicos, segundo Offit *et al.* (1996), algumas mutações específicas do BRCA1 podem ser mais comuns sendo também elevado, nestas pacientes, como relatam Miki *et al.*, 1994, o risco de câncer ovariano.

O gene BRCA2, localizado no cromossomo 13q12-13, acarreta, segundo Wooster *et al.* (1994), um alto risco de câncer da mama, e, em grau menor, do câncer ovariano.

---

[25] Melanoma é um tumor maligno de células fortemente pigmentadas.
[26] Linfoma é um tumor maligno de células linfáticas.
[27] Sarcoma é um tumor maligno de células musculares.

À medida que forem se desenvolvendo e convalidando os ensaios práticos, estas anomalias genéticas detectáveis poderão ser usadas para avaliar os membros de famílias de alto risco.

Grant *et al.* (2000) refere que o *Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer* (1996) associou os contraceptivos hormonais a um ligeiro aumento do risco de câncer de mama, numa análise geral de 54 estudos epidemiológicos. O risco relativo varia de acordo com o tempo transcorrido desde a última vez que o contraceptivo foi usado; as usuárias atuais apresentam risco relativo de 1,24. Para as mulheres que não tenham tomado anticoncepcional nos últimos 1 a 4 anos o risco é de 1,16 e para aquelas que não o tenham usado em 5-9 anos, o risco diminui para 1,07. Não parece haver um aumento no risco de câncer de mama para as mulheres que não tenham tomado anticoncepcionais nos últimos 10 anos.

4 – Métodos diagnósticos

Paulinelli *et al.*, (2003) afirmam que a biologia molecular está se impondo no campo do conhecimento do câncer de mama, enquanto vem sendo estudada a utilidade da Ressonância Magnética e se faz uso sempre mais intenso da Ultra-Sonografia (principalmente como recurso da color-doppler-fluxometria[28]), como apoio diagnóstico não invasivo e diferencial, principalmente para os nódulos císticos Na prática diária, todavia, os três principais métodos de rastreamento do câncer de mama são: o Auto-Exame das Mamas, o Exame Clínico das Mamas e o Exame Mamográfico.

[28] Color-doppler-fluxometria é a técnica ultra-sonográfica que permite representar em cores e quantitativamente o fluxo sangüíneo.

De Luna *et al.* (1998), consideram a Mamografia o recurso diagnóstico mais importante, graças à visualização sempre mais apurada das microcalcificações[29].

Como exposto abaixo no Quadro 3, a maioria das microcalcificações encontradas nas mamografias são benignas. Só 20% a 30% são malignas, exigindo, portanto, uma análise rotineira obrigatória das mesmas. Hoje, utilizam-se mamógrafos de alta resolução e processamento adequado. Estes depósitos teciduais de cálcio, à espectrometria[30], apresentam-se sob várias formas.

Quadro 3 – Classificação das Microcalcificações, de Le Gal.

Tipo	**Aspecto**	**Gravidade**
I	Anulares, redondas, discóides, com centro radiolúcido.	Todas benignas
II	Tamanho uniforme, redondas.	10% a 20% malignas
III	Punctiformes, pouco precisas, de difícil visualização, tipo "poeira".	20% a 40% malignas
IV	Irregulares, poliédricas, tipo "grão de sal".	70% malignas
V	Vermiculares, finas, curvilíneas, ramificadas, lineares, em forma de "letra" (Y, T, L, V, correspondendo às formas moldadas nos ductos).	Todas malignas

Fonte: De Luna *et al.* (1998)

Segundo Jensen *et al.*, (2000), o manejo da paciente após a suspeita inicial de câncer de mama inclui, geralmente, a confirmação do diagnóstico, a avaliação da fase da doença e a escolha terapêutica. Fischer *et al.* (1986), sugeriam, como métodos para esta confirmação, a Citologia Aspirativa[31] e a Biópsia Central com Agulha Fina, com uma técnica estereotáxica[32] ou ultrassonográfica para lesões não

[29] Microcalcificações são pequenas alterações pré-cancerosas visíveis à mamografia.
[30] Espectrometria é a técnica que diferencia graficamente a composição de uma molécula.
[31] Citologia aspirativa é o estudo de tecidos retirados com agulha, do centro de um tumor.
[32] Estereotaxia é uma técnica que permite localizar um ponto exato em estruturas tridimensionais.

palpáveis, ou mediante uma Biopsia Incisional ou Excisional. No momento da remoção cirúrgica, parte do tecido tumoral deverá ser examinado, para determinar os níveis do receptor de estrogênio (ER) e do receptor de progesterona (PR). Podem ser realizados imunoensaios enzimáticos, ensaios imunocitoquímicos[33], enzimáticos ou de carbono.

Embora o estudo anatômico (tamanho do tumor primário, estado do gânglio axilar) continue sendo, segundo Fisher *et al.* (1990), um fator importante de prognose outras características histológicas e biológicas, como, segundo Tandon *et al.* (1990), o nível de Catepsina D, podem ter valor preditivo.

Estudos do NSABP (*National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project*) e do IBCSG (*International Breast Cancer Study Group*), relatados por Gilchrist *et al.* (1993), mostraram que o grau nuclear e o grau histológico do tumor são indicadores importantes do resultado da terapia coadjuvante para o câncer de mama. A necrose do tumor, determinada morfologicamente, pode constituir uma variável da prognose de recidiva precoce. Hasebe *et al.* (1997) confirmam que os focos fibróticos do carcinoma ductal da mama constituem um fator prognóstico histopatológico de recidiva e de morte por câncer, no período de três anos após a cirurgia inicial.

Não está claro, todavia, o significado destes fatores patológicos, fora dos citados grupos de estudo. Além disso, o IBCSG informou que a secção em serie dos gânglios linfáticos axilares do mesmo lado da mama afetada, que se acreditava estivessem livres de doença, após o exame histológico de rotina, revela micrometástases em 9% das pacientes com câncer de mama e pode identificar uma população com ‘gânglios negativos’ que possua um risco maior, o que confirma as

[33] Imunocitoquímica é o estudo dos anticorpos.

informações de Friedman *et al.* (1988). Existem provas substanciais, segundo Sigurdsson *et al.* (1990), de que o estado do receptor de estrogênio e as medidas de capacidade proliferativa do tumor primário podem ter, em forma independente, um importante valor preditivo.

Quando a doença se encontra na etapa II, segundo Clark *et al.* (1983), o estado do receptor de progesterona pode ter maior valor prognóstico que o estado do receptor de estrogênio. A densidade microvascular do tumor, a expressão dos oncogenes p53, c-erbB-2, c-myc e a invasão dos vasos linfáticos peritumorais podem ser também indicadores preditivos nos pacientes com câncer de mama com gânglios negativos.

Veronesi *et al.* (2002) em estudo retrospectivo demonstram uma sobrevida livre de doença significativamente melhor para mulheres em pré-menopausa com câncer de mama e gânglios linfáticos axilares operadas durante a fase luteínica (15-36 dias) do ciclo menstrual, em comparação com aquelas operadas durante a fase folicular (0-14 dias).

Patologicamente, segundo De la Rochefordière *et al.* (1994), o câncer de mama costuma ser uma doença multifocal, mas não é comum diagnosticar clinicamente dois ou mais tumores primários na mesma mama.

Da mesma forma, não é comum encontrar um câncer de mama bilateral, de uma só vez. É mais fácil de ser encontrado em pacientes com carcinoma lobular infiltrante. As pacientes que apresentam câncer de mama, segundo Orel *et al.* (1992), devem fazer uma mamografia bilateral no momento do diagnóstico para descartar doenças sincrônicas. Devem, ao mesmo tempo, continuar fazendo exames clínicos e mamografias regulares para detectar a presença de doença assincrônica na mama já

afetada, as pacientes tratadas com cirurgia conservadora e com radioterapia ou para detectar um segundo câncer primário na mama contralateral.

Gustafsson *et al.* (1994) consideram significativo o risco de desenvolver um câncer primário na mama contralateral, sendo aproximadamente 1% ao ano. Segundo Kollias *et al.* (2001), a sobrevida das mulheres com câncer de mama bilateral sincrônico ou com câncer metacrônico diagnosticado dentro de dois anos desde o câncer primário original era pior que no unilateral. O tempo de duração do câncer de mama contralateral metacrônico, entretanto, não obteve significado prognóstico em um modelo multivariado comparado com o perfil prognóstico do primário original.

Segundo Broet (1995), a idade da paciente, com menos de 55 anos ao momento do diagnóstico ou da histologia de tumor lobular, aumentaria esse risco de cerca de 1,5% e Healey *et al.* (1993) associam o desenvolvimento de um câncer da mama contralateral a um maior risco de recidiva a distância

Mesmo quando a terapia padrão for ineficaz, as pacientes com câncer de mama são consideradas candidatas a testes clínicos direcionados a melhorar os resultados terapêuticos e diminuir a morbidade do tratamento.

Del Turco *et al.* (1999) relatam ensaios aleatórios em que o seguimento periódico com tomografia dos ossos, ultra-sonografia do fígado, radiografia do tórax e análise de sangue para avaliar a função hepática não melhoram a qualidade de vida nem a sobrevida, se comparadas com os exames médicos de rotina. Mesmo quando estes exames permitirem a detecção precoce de recidivas, a sobrevida da paciente não será alterada.

Aberizk *et al.* (1986) acreditam que o seguimento aceitável para pacientes assintomáticas após completar seu tratamento para o câncer de mama em etapas I-III,

pode ser limitado a exames físicos junto com a mamografia anual. Nas pacientes tratadas com radiação e tilectomia[34], a detecção de uma recidiva, mediante exame clínico e/ou mamografia pode levar a uma mastectomia curativa.

Numa série de 30 pacientes com recidiva local após tilectomia e radioterapia já submetidas a uma mastectomia restaurativa, não foi observada nenhuma outra recidiva em 6 anos de acompanhamento, após uma recidiva local inicial, e a sobrevida livre da doença após a mastectomia restaurativa foi de 58% após 5 anos e 50% após 10 anos. A intensidade do acompanhamento e a utilidade dos testes de avaliação após o tratamento primário do câncer de mama, nas etapas I-III, continua sendo um tema controvertido.

Uma importante técnica desenvolvida por Veronesi *et al.* (2002, p. 1227) para monitorar o comportamento metastático dos tumores malignos da mama é a do 'gânglio sentinela'. Assim o autor a descreve:

> A técnica consiste em uma injeção de quantidade mínima de albumina colóide rotulada 99Tc ao redor do carcinoma primário, que será capturada por via linfática pelo primeiro gânglio axilar ('gânglio sentinela'), que drena o líquido intersticial desta área. Em uma série de 163 pacientes, descobrimos que o valor preditivo da histologia do gânglio sentinela é muito alto, superior a 95%. Quando o gânglio sentinela for negativo para metástases, as chances dos outros gânglios linfáticos axilares estarem infiltrados por células do câncer metastático são muito baixas.

5 – Métodos terapêuticos

Veronesi (2002) relata que, em seu serviço, de 1973 a 1980, 701 mulheres com câncer de mama de não mais que 2 cm de diâmetro, foram encaminhadas à mastectomia radical (349 pacientes) ou à cirurgia conservadora (quadrantectomia) seguida de radioterapia, para o tecido mamário do mesmo lado (352 pacientes). Após 1976, as pacientes dos dois grupos que tinham tido gânglios axilares positivos

[34] Tilectomia é a retirada cirúrgica exclusiva do tumor.

receberam também quimioterapia coadjuvante, com ciclofosfamida, metotrexate e fluorouracil. Trinta mulheres do grupo submetido à terapia conservadora sofreram recidiva do tumor na mesma mama, enquanto apenas oito mulheres do grupo da mastectomia radical tiveram recidiva local. Após 20 anos, as incidências cumulativas brutas destes eventos foram, respectivamente, 8,8% e 2,3%. Não houve, entretanto, uma diferença significativa entre os dois grupos, no que diz respeito à taxa de carcinomas da mama contralateral, de metástases distantes ou de um segundo carcinoma primário. A taxa de mortalidade pela totalidade das causas, após o acompanhamento de 20 anos, foi de 41,7% para o grupo submetido à cirurgia conservadora e de 41,2% para o grupo da mastectomia radical. As respectivas taxas de mortalidade por câncer de mama foram de 26,1% e 24,3%.

Além do tratamento cirúrgico, segundo Piccart *et al*. (2003), o câncer de mama é suscetível a radioterapia, quimioterapia e terapia hormonal.

A prognose e a escolha da terapia, segundo Barros et al. (2001), dependem, de fato, da idade da paciente, da etapa em que se encontra a doença, as características patológicas do tumor primário, inclusive a presença de necrose tumoral, dos níveis de receptores de estrogênio (ER) e progesterona (PR) do tecido tumoral e das medidas de sua capacidade proliferativa, além do climatério e do estado geral da paciente.

5.1. – Tratamento cirúrgico

A abordagem cirúrgica do câncer de mama encontrou uma solução ainda mais inovadora nas medidas implementadas pelo próprio Veronesi (2002). Trata-se de

uma experiência que comparou a quadrantectomia clássica com dissecção axilar e radioterapia (QUART), com um tratamento cirúrgico mais reduzido, que consistia em uma tumorectomia ('lumpectomia' ou 'tilectomia') com uma dissecção axilar, seguida de uma radioterapia externa e um reforço de 1.921 rads[35] (*Tylectomy Adjuvant Radiotherapy* –TART).

Veronesi (2002, p. 1228), o criador da cirurgia, refere que :

> A tumorectomia consiste na retirada do tumor primário com uma margem de 1 cm de tecido mamário normal, sem incluir a pele que o reveste, exceto uma porção bem pequena para confirmação histológica. A dissecção axilar é sempre total, realizada por incisão própria. A radioterapia é tanto externa quanto intersticial. A irradiação externa inicia quatro semanas após a cirurgia e a técnica é a mesma usada após a quadrantectomia, com a diferença que a dose total é alcançada em cinco semanas. Após 2 a 3 semanas, fios de 192Ir são implantados no interstício, diretamente no leito tumoral. A irradiação não será nunca aplicada nas regiões axilares ou supraclaviculares.

Foram admitidas à experiência acima citada, 705 pacientes, das quais 360 receberam o tratamento pela QUART e 365 pela TART, todas com o mesmo tratamento coadjuvante. Eventuais lesões cutâneas, subcutâneas ou parenquimatosas que aparecessem até três ou quatro centímetros da ferida cirúrgica da quadrantectomia/lumpectomia eram consideradas verdadeiras recidivas locais. De fato, houve 15 recidivas no grupo da QUART e 34 no da TART. A sobrevida foi equivalente nos dois grupos.

Um grupo de estudo do câncer de mama de Uppsala-Orebro, Suécia, segundo Liljegren *et al.* (1994), mostrou que as mulheres submetidas à cirurgia mais econômica sem radioterapia apresentavam uma incidência mais significativa de recidiva do que as que usaram a radioterapia.

[35] Rad é a unidade de dose de radiação ionizante absorvida, equivalente a 0,01 J/kg.

A mastectomia contralateral como método profilático no câncer de mama, segundo Kardinal (1995) foi objeto de controvérsia, do ponto de vista científico, estético e ético e não foi demonstrada sua eficiência em prevenir o câncer.

Com o advento da terapia hormonal, a adrenalectomia[36] e a hipofisectomia[37], segundo Creasman (1993), tornaram-se obsoletas e de interesse puramente histórico.

A ooforectomia bilateral, segundo Kardinal (1995), demonstrou-se eficaz como tratamento de primeira ou de segunda instância, em 55% das mulheres em menopausa com receptores positivos. Sua resposta aumenta até 78% se os receptores são positivos, tanto ao estrogênio (ER), como à progesterona (PR). Também não é útil em pacientes com receptores negativos.

Com o uso do tamoxifeno (TAM), segundo Rebbeck *et al.* (2002), a ooforectomia permaneceria como tratamento de segunda escolha, para pacientes que não responderem ao uso deste medicamento

Os progressos na técnica cirúrgica e nos conhecimentos da biologia do câncer de mama tornaram, ainda, a reconstrução mamária imediata uma opção viável para a maioria das pacientes com este tipo de câncer.

Morrow *et al.* (2001), consultaram o Banco Nacional de Dados sobre o Câncer (CNDB) dos Estados Unidos, selecionando 155.463 mulheres mastectomizadas entre 1985 e 1990, e 68.348 entre 1994 e 1995. Das pacientes mastectomizadas do primeiro grupo, 3,4% receberam uma reconstrução mamária imediata, enquanto as do segundo grupo foram 8,3%. Globalmente, a idade das pacientes, a localização geográfica, o tipo de hospital e o estado do tumor influenciaram o uso da reconstrução primária. A conclusão à qual se chegou neste estudo, como naquele de

[36] Adrenalectomia é a retirada cirúrgica de glândula suprarrenal.
[37] Hipofisectomia é a retirada cirúrgica de glândula pituitária.

Racano *et al.* (2002), foi que a reconstrução mamária imediata é uma opção sub-utilizada no tratamento do câncer mamário, a análise dos fatores prognósticos não reflete contra-indicações a este procedimento e precisa uma atividade maior de esclarecimento sobre esse tema, tanto para as pacientes como para os médicos.

5.2. – Tratamento Clínico (Coadjuvante)

5.2.1. – Radioterapia (RxT)

A RxT não é usada nas formas pré-invasoras do câncer de mama, como, tampouco, a quimioterapia. Segundo Hegg e Pinotti (1995), no tratamento conservador do câncer invasivo de mama a RxT complementar é indicada em todos os casos, mesmo sendo a intensidade da dose de RxT, inversamente proporcional à qualidade do resultado cosmético. Nas formas avançadas de câncer de mama, a RxT possui efeito analgésico em 50% a 80%, diante da dor apresentada na metástase óssea, e deve ser usada junto com o tratamento sistêmico, químico e hormonal. Nas metástases encefálicas, a RxT deve ser acompanhada por doses elevadas de corticóides[38].

Bartelink (2003) observa que o papel da radioterapia, no tratamento do câncer de mama, mudou consideravelmente nas últimas décadas. Tornou-se, de fato, uma parte do procedimento padronizado do tratamento conservador da mama e também do tratamento coadjuvante da mastectomia com tumores T3+ e/ou 4 ou mais gânglios axilares positivos.

[38] Corticóides são substâncias similares às produzidas pelo córtex da glândula supra-renal.

Wallner *et al.* (2004) mostra ainda, que a incidência de câncer na mama ipsilateral sofre uma relevante redução se a irradiação total da mama for realizada logo após a tumorectomia, com uma melhora também na sobrevida das pacientes.

5.2.2. – Quimioterapia (Qt)

O esquema de primeira linha inclui o FAC (fluorouracil, adriamicina e ciclofosfamida), administrado a cada 4 semanas, por via endovenosa (Moneer *et al.*, 1999). Os agentes químicos bifosfonados, como o alendronato, o pamidronato e o diclorometilen difosfonato, diminuem a ação osteoclástica[39] nas metástases ósseas, possuindo, por isso, um grande poder analgésico.

Pico *et al.*. (2004) implementaram um estudo clínico randomizado para verificar se a associação concomitante ou seqüencial de tamoxifeno com a quimioterapia aumenta os benefícios clínicos no tratamento coadjuvante do câncer de mama de pacientes em menopausa. Concluíram que o uso concomitante não produz vantagens significativas, mas o acréscimo seqüencial de tamoxifeno a epirubicina + ciclofosfamida favorece bastante o tratamento.

5.2.3. – Hormonioterapia (HM)

Cada vez mais a Terapia Hormonal Substitutiva (HRT) vem sendo prescrita a muitas mulheres em menopausa, seja para diminuir seus sintomas, seja para favorecer a saúde a longo prazo. Um estudo realizado por Grodstein *et al.* (1997)

[39] Osteoclastos são as células ósseas que estão constantemente corroendo o osso. Nas metástases ósseas do câncer de mama, a atividade osteoclástica está exaltada.

com 121.000 enfermeiras mostrou que a terapia hormonal usada durante 5 anos se associa com a redução do risco de morte por doença coronariana, como também de morte por câncer. Após 10 anos desta terapia, a magnitude destes benefícios aparenta uma certa atenuação.

Geralmente, todavia, não se usa a terapia hormonal substitutiva em mulheres com câncer de mama (Vide http://gballone.sites.uol.com.br/mulher/menopausa.html), mas o prognóstico para as que usam a terapia hormonal substitutiva, antes de contrair câncer de mama, parece melhor do que o das que não passaram por tal exposição. Segundo Bonnier *et al.* (1995), este poderia ser o resultado de uma maior vigilância que leve à detecção dos tumores em etapa mais precoce e não o resultado da própria HRT.

A HM, no câncer de mama, contempla, principalmente, os antiestrogênios puros, como os inibidores da aromatase (aminoglutetimida, fadrozole, dietil-etil-bestrol) e o tamoxifeno (Fountzilas *et al.*, 2004). Este último elemento, após tratamento de tumores invasores diminui a incidência de câncer na mama oposta, mas não tem sido utilizada no tratamento de neoplasia *in situ*. Sua ação é tumorestática (diferente dos tumoricidas). Duplicando a quantidade de globulina transportadora de hormônios sexuais (SHBG), o tamoxifeno bloqueia, no núcleo, o receptor protéico estrogênico (ERP) G1, diminui a produção de proteínas estimuladoras do crescimento, estimula o sistema imunológico e diminui os fatores similares à insulina, a nível hepático. A quimioterapia associada ao tamoxifeno reduz, além disso, o risco de recorrência de câncer de mama.

Segundo Garvin *et al.* (2003), o fator de crescimento do endotélio vascular (VEGF) é considerado a chave mediadora da angiogênese tumoral, inclusive da

neovascularização no câncer da mama humana. Altos níveis de VEGF parecem estar relacionados com uma prognose pobre e diminuem a sobrevida total em pacientes com câncer de mama linfonodo-positivo e linfonodo-negativo. O tamoxifeno, agonista parcial dos receptores de estrogênio, aumenta o RNAm[40] nas células tumorais da mama. Estes resultados pareceriam contradizer a eficácia do tamoxifeno como coadjuvante em câncer de mama estrogênio-dependente, enquanto dados clínicos mostram que o tamoxifeno previne metástases e aumenta a sobrevida total. No estudo de Garvin *et al.* (2003) é mostrado, pela primeira vez, que o tamoxifeno diminui o VEGF extracelular *in vivo*, em tumores sólidos de gatos. Os resultados foram confirmados *in vitro*, com a diminuição de VEGF extracelular em células significativamente diminuídas pelo tamoxifeno, em meio de cultura.

Outros hormônios freqüentemente usados são progestágenos, como o acetato de megestrol, o acetato de medroxiprogesterona; androgênios, como o propionato de testosterona, a fluoxinesterona e o stanozol; corticóides, como a dexametasona, a metilprednisolona e novas alternativas como a calcitonina e o paratormônio.

5.2.4. – Medidas profiláticas

Potter (1997) faz uma revisão sobre os cuidados para minimizar a incidência de câncer de mama, e recomenda: evitar o aumento de peso, o álcool, o cigarro e xantinas como o cafeína, incrementando o uso de soja e de cálcio. Patterson *et al.* (1997) recomendam ainda o uso das vitaminas A, D e E.

[40] RNAm è o ácido ribonucléico mensageiro.

CAPÍTULO 2

ASPECTOS PSICOSSOCIAIS E EMOCIONAIS DA DOENÇA DA MAMA

1 – Considerações sobre a condição humana na Saúde/Doença

As seguintes considerações sobre aspectos psicossociais das doenças mamárias, em particular das neoplasias e das mulheres mastectomizadas, estão destinadas a uma melhor compreensão dos achados deste trabalho.

Elas prorrompem da preocupação com os construtos psíquicos ocasionados na paciente vítima de câncer de mama, nos vários momentos da doença, atual ou potencial, como também nos vários graus de sua severidade.

Estão focalizados, em particular, os casos de tratamento radical, que escaparam às medidas de profilaxia e de diagnóstico precoce, provocando uma intervenção tão ou mais traumatizante e irreversível que a própria doença.

A contribuição de qualquer pesquisa neste campo deve possuir uma função de ajuda, ao lado das intenções de descoberta que qualquer estudo se propõe.

A representação do estado patológico pode ser adequadamente reconstruída para que se torne um fator de enriquecimento da própria experiência vital, em lugar de apenas mais um motivo de alienação social e mental.

1.1. – O conceito de Saúde e do processo Saúde-Doença

A definição de saúde da Organização Mundial da Saúde (1947; 1948 p. 1), "A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade", expressa um modelo social de

saúde. Embora criticada como utópica, é útil enquanto modelo de compreensão e de trabalho mais amplo sobre a Saúde (BOWLING, 2001). A opinião das pessoas e suas "Teorias" (concepções leigas, de senso-comum) sobre a Saúde/Doença ajudam a compreender a percepção que elas possuem acerca de sua própria saúde e permitem determinar também: o padrão de comparecimento às consultas e aos serviços de Saúde; se os exames solicitados serão efetivamente realizados; a adesão a medicamentos e terapias prescritos; a forma de controle e resposta da pessoa sobre sintomas específicos.

Segundo Guimarães (2003, p. 53) "as medidas atuais sobre o estado de saúde comportam um conceito multifacetado; a definição do estado de saúde é tradicionalmente focalizada na morbidade física e na saúde mental, e é negativa em sua operacionalização; sobrepõe-se a um conceito mais amplo de Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS). O estado de saúde é um dos domínios da QVRS"

O Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), ligado ao Ministério da Saúde do Brasil (2003, p. 1), em seu projeto Saúde & Cidadania, analisa, para os gestores municipais de serviços de saúde, alguns aspectos do conceito de saúde que podem ser úteis, qualquer que seja o perfil sob o qual ele possa ser considerado:

> A saúde não é um 'bem de troca', mas um 'bem comum', um bem e um direito social, em que cada um e todos possam ter assegurados o exercício e a prática do direito à saúde, a partir da aplicação e utilização de toda a riqueza disponível, conhecimentos e tecnologia desenvolvidos pela sociedade nesse campo, adequados às suas necessidades, abrangendo promoção e proteção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento e reabilitação de doenças. Esse bem e esse direito são componente e exercício da cidadania, um referencial e um valor básico a ser assimilado pelo poder público para o balizamento e orientação de sua conduta, decisões, estratégias e ações.

Outros aspectos, epistemológicos e históricos, são abordados pelo Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS), como ideal a ser atingido: 1) o conhecimento científico das diversas manifestações das doenças ganhou um grande

desenvolvimento a partir de Pasteur, com a descoberta dos micróbios como agentes etiológicos, a qual favoreceu a teoria da unicausalidade; 2) os avanços da epidemiologia complementaram esta teoria, pois demonstraram a presença de mais agentes causadores das várias doenças; 3) a epidemiologia social, nos meados do século XX veio, ainda, a esclarecer melhor a ocorrência das doenças: saúde e doença passam a ser consideradas como estados de um mesmo processo, composto por fatores biológicos, econômicos, culturais e sociais; 4) mais recentemente, os avanços no campo da Engenharia Genética e da Biologia Molecular, permitiram vários modelos de explicação e compreensão da saúde, da doença e do processo saúde-doença, como o modelo epidemiológico baseado nos três componentes considerados causas: agente, hospedeiro e meio, 5) a partir dele, evoluiu-se para modelos mais abrangentes, como o do campo de saúde, com o envolvimento do ambiente, não apenas físico, do estilo de vida, da biologia humana e dos sistema–serviços de saúde, em uma permanente inter-relação e interdependência (PÁDUA, 1998).

Saúde e doença, portanto, não são estados estanques, isolados, de causação aleatória. Há uma determinação permanente, um processo causal, que se identifica com o modo de organização da sociedade. Daí se dizer que há uma 'produção social da saúde e/ou da doença'.

Outro nível de compreensão em relação ao processo saúde/doença é o conceito do que é 'ser ou estar doente' ou o que é 'ser ou estar saudável'. Em toda população há indivíduos sujeitos a fatores de risco para adoecer com maior ou menor freqüência e com maior ou menor gravidade. Além do que, existem diferenças de possibilidades entre eles, de produzir condições para sua saúde e de ter acesso aos cuidados no estado de doença.

Para Vilela e Mendes (2003), apesar de avanços da ciência e do próprio positivismo científico na mídia, a saúde é uma das áreas que ainda sofrem um período de profunda fragmentação ou até de obscurantismo.

O conceito clássico da saúde como 'ausência de doença' induz ainda a acreditar que cuidar da saúde consista em cuidar apenas dos problemas médicos relacionados ao aparecimento de doenças.

Esta é dissociação típica do conhecimento que deixa em segundo plano os fatores responsáveis pela origem de doenças, a extensão daquilo que se chama doença, o conceito de saúde e os fatores não imediatamente relacionados com a manutenção da saúde.

Uma visão integrada ou holística de saúde em que se consideram os fatores globais responsáveis pelo bem-estar individual e coletivo, para os mesmos autores, começou a ser desenvolvida recentemente.

Vilela e Mendes (2003, p. 2) afirmam que:

> Muitos órgãos de decisão possuem ainda uma expectativa de que ações 'sanitaristas' seriam suficientes para promover a saúde da população. Educação, trabalho, lazer e higiene são, entretanto, fatores essenciais na promoção da saúde da população. As iniciativas médicas dos governos não podem permanecer dissociadas de políticas econômicas e educacionais.

Neste amplo conceito de doença insere-se a abordagem do presente trabalho, no que se refere à neoplasia mamária e à saúde mental da mastectomizada.

Suporte válido a qualquer reflexão sobre estes temas é a teoria psicossomática, cujos pressupostos e evolução são considerados a seguir.

1.2. – Psicossomática e Psicooncologia

A Psicossomática, segundo Mello Filho (1992), é uma ideologia sobre a saúde, o adoecer e sobre as práticas de saúde, é um campo de pesquisas sobre estes fatos e, ao mesmo tempo, a prática de uma Medicina integral. A Psicossomática abrange o ensino ou a prática de todo tipo de fenômenos de saúde e de interações entre pessoas, como as relações profissionais-pacientes, as relações humanas dentro de uma família ou de uma instituição de saúde, a questão das doenças agudas e crônicas, o papel das reações adaptativas ao adoecer, à invalidez, à morte, e aos recursos terapêuticos extraordinários.

A teoria psicossomática é uma forma de superar o dualismo psicofísico cartesiano, por se tratar de um paralelismo que, segundo Lepargneur (1994), respeita as competências especializadas, mas permanece mudo para explicar as irrecuperáveis interferências do fisiológico e da atividade mental.

Ainda hoje, é aceita a dualidade em um só ser, ou nossa unidade de duas realidades, diversas e coexistentes, ou até opostas, mas simbióticas, seja a mente hegemônica ou o corpo prévio. Reivindicam-se os valores orgânicos, cognitivos, imponderáveis, intervenientes, e, ao mesmo tempo a superioridade e a influência da mesma sobre o corpo, passivo, dependente, mensurável e seccionável.

Em particular a paciente submetida a mastectomia, eixo temático deste trabalho, não deve ser vista e abordada de maneira fragmentada, dado que seu estado específico de "doente" a envolve como um todo. Trata-se do humano com uma 'identidade' própria e inserido em um contexto social no qual exerce seu papel de 'cidadania'.

A ‘identidade’ é fruto de metamorfose, segundo o conceito elaborado originalmente por Ciampa (1995) e analisado por Baptista (2002): o significado da ‘identidade’ é constituído pela relação de processos de igualdade e de diferença. A memória da própria história é a condição para apreensão deste elemento de igualdade da identidade, que constitui o eixo da biografia pessoal. ‘Identidade’ portanto, refere-se sempre a uma totalidade em permanente transformação, fruto de processos complexos que se dão individualmente no nível biológico de cada um, na sua corporeidade, no nível intraindividual através da consciência e atividade, e no nível interindividual considerando as relações de indivíduos e grupos.

A complexidade destes processos envolve ainda a questão dos mesmos estarem em interação, através de composições e oposições, o que confere o caráter de semelhança e diferença, tanto em relação a si mesmo, como na relação de cada um com os outros que guardam pequenas ou grandes semelhanças ou diferenças entre si. Esta totalidade pode representar um indivíduo, um grupo de pessoas, um conjunto de idéias.

A categoria da ‘identidade’, enfatizada pela escola de Leontiev (1998), é altamente produtiva, para ilustrar a linha mestra deste estudo, pois a repercussão psicológica que a mulher com neoplasia maligna enfrenta, se não é produto da ação do ser humano ou da sociedade, é, com certeza e em grande parte, fruto da alienação que a categoria de Saúde/Doença engendra nos indivíduos, como resultado de sua interação com o ambiente social, em que se constrói a história de cada um. Na esteira deste pensamento, Finocchio (1998, p. 53) afirma:

> O processo identitário de um grupo ou mesmo de membros de um grupo, é constituído a partir dos referenciais sociais e culturalmente construídos, vale dizer, em torno de interesses tanto materiais como simbólicos e até mesmo em função de se reconhecer e ser reconhecido.

Nos hospitais, os problemas psicológicos originados ou concomitantes de doenças neoplásicas continuam sendo um tipo de complicação que agrava o quadro das doenças somáticas, atrasa e encarece os tratamentos convencionais e se torna um desafio a mais, por si mesmo, para quaisquer planos de saúde pública.

O conceito de 'cidadania', segundo Sawaia (1994), indica comumente a relação existente entre uma pessoa e o Estado, na qual a pessoa deve obediência e o Estado, proteção. Relação esta, qualificada pela homogeneização e pela heteronomia. A autora pretende, ao contrário, situar a 'individualidade', a 'autonomia' e a 'pluralidade' no centro da reflexão, para evitar a cristalização da 'cidadania' em categorias fetichizadas.

Neste sentido é priorizado o interesse pela 'cidadania' da mastectomizada, cujos sentimentos e cuja presença 'produtiva' dentro do contexto social foram, às vezes, colocados em segundo plano, diante da urgência de salvar-lhe a vida e/ou de resolver um problema de saúde pública, em que nem sempre o indivíduo é levado em conta em todas suas dimensões pessoais.

1.3. – Breves considerações sobre a 'representação social' e a neoplasia

Para dimensionar a condição da mastectomizada, utilizar-se-á o conceito de 'representação social', que Lane e Sawaia (1995) elaboram, passando a uma postura cognitivista. A 'representação social' adquire o significado de saber desenvolvido no cotidiano das relações sociais, sem levar em conta os aspectos afetivos e simbólicos.

Segundo as autoras acima citadas, as 'representações sociais' são estruturas cognitivo-afetivas elaboradas por sujeitos sociais sobre objetos socialmente

valorizados e que a revolução científica foi desconstruindo gradativamente, graças à epistemologia clássica, à sociologia do conhecimento e à ampliação do olhar: o senso comum é considerado conhecimento legítimo e motor das transformações sociais.

Exige-se uma reinterpretação contínua no processo de elaboração das representações, dentro do espaço psicossocial. Isso implica no desvendamento progressivo das 'teorias implícitas', superando a falsa dicotomia entre métodos qualitativos e quantitativos ou entre ciências sociais e naturais.

Diante da neoplasia, a associação de idéias, tanto na perspectiva individual como na dos grupos, permite trazer à luz o poder dos processos de significação e suas implicações para o posicionamento individual face à prevenção e o tratamento.

Lane e Sawaia (1995) apresentam, neste contexto, os resultados de uma pesquisa com 60 pacientes portadoras de câncer submetidas a tratamento radioterápico ou quimioterápico. Independentemente dos resultados analisados, as propostas elaboradas a partir da pesquisa permanecem válidas para qualquer estudo no campo da saúde: (1) discutir os resultados com médicos e enfermeiras, dando ênfase ao tópico 'comunicação do diagnóstico'; (2) promover discussões em nível interdisciplinar, salientando a idéia de que o controle da dor é tão importante como o trabalho interdisciplinar integrado para promover a qualidade de vida do paciente; (3) considerar as representações que os doentes fazem de sua doença, de seus corpos e de outros objetos sociais relevantes na programação da intervenção.

A hipótese de base transcende, portanto, os efeitos curativos da intervenção médica e procura uma eventual função terapêutica na própria 'representação' que a mastectomizada se forma de si mesma e de seu contexto social.

2 – A resposta psicológica e emocional ao câncer

2.1. – Variáveis que influenciam a resposta psicológica ao diagnóstico de câncer

Segundo Gutiérrez (1998), a resposta psicológica ao diagnóstico de um câncer é influenciada, não apenas por variáveis biológicas, mas também por um conjunto de fatores sociais, culturais e psicológicos, que afetam a forma de responder à doença por parte do sujeito, como: doenças pregressas, estado psicológico anterior ao diagnóstico, características da personalidade, conhecimento do diagnóstico, ambiente familiar, ambiente social, relação médico-paciente, efeitos secundários do tratamento e situação do ambiente hospitalar.

O diagnóstico ou a simples suspeita de câncer, o ajuste psicossocial à doença crônica e o medo do tratamento, do aparecimento de uma metástase ou da morte, influenciam as respostas psicológicas dos pacientes (LLOYD, 1990).

O paciente com câncer está, de fato, submetido a uma forte tensão social, mistura de temor e de sentimento de desamparo e Derogatis *et al.* (1979) referem-se em particular ao câncer de mama, quando consideram as repercussões psicológicas como fator que sempre deve ser levado em conta e que varia, em parte, devido ao conteúdo emocional que cada doença implica.

O impacto emocional provocado pelo diagnóstico e posterior tratamento das doenças oncológicas motiva a necessidade de investigar a reação psicológica do paciente, os problemas psicológicos que aparecem, a maneira como o paciente passa a definir a si mesmo e o próprio meio, a partir desse novo papel, e as estratégias que

utiliza para enfrentar a doença, o que irá determinar o seu processo adaptativo (YEO *et al.*, 2004).

As reações ao estresse produzido por um câncer são universais (ALAPETITE; BAILLET, 1988) embora fatores como o tipo de tumor, a facilidade ou a dificuldade de localizá-lo, a sua situação e as manifestações externas por ele acarretadas, podem influir na resposta psicológica, pois o diagnóstico de câncer envolve uma ruptura no estilo de vida do sujeito e uma série de mudanças que afetam, não apenas ele, como também a sua família, e que normalmente levam a uma situação de crise.

Neste processo, sucedem-se diversas fases com problemas que o paciente deve ir enfrentando, se quiser conseguir se adaptar à nova situação, como analisa Gutiérrez (1998). Estas etapas podem ser reduzidas a antes de conhecer o diagnóstico e à própria comunicação do diagnóstico.

2.2. – Fase anterior ao conhecimento do diagnóstico

É um período que pode variar, dependendo de variáveis sócio-demográficas, como idade, sexo, nível cultural, e psicológicas, principalmente o medo pela doença.

Segundo Blanco e Navia (1986), o conhecimento prévio que o sujeito possuir sobre os sintomas da doença e suas experiências pregressas, *e.g.*, um familiar a quem tiver sido diagnosticado algum tipo de câncer, poderá influir sobre seu comportamento, levando-o a negar os fatos e a dizer que ‘não é nada’ ou estimulando-o a correr para se submeter a um exame médico.

Mathews *et al.* (2002) avaliam prognosticadores alternativos baseados em simples classificações consideradas úteis com outros grupos de pacientes. As medidas identificadas na pesquisa como prognosticadoras da perturbação que se segue normalmente ao diagnóstico de câncer podem consumir tempo demais da rotina de *screening* clínico. Na prática, entretanto, os clínicos podem usar fatores como a gravidade da doença, para prever, aproximadamente, a angustia subseqüente.

Os autores acima citados colocam que mulheres atendidas em clínicas da mama foram entrevistadas sobre suas preocupações em três ocasiões: na clínica, imediatamente antes do diagnóstico e duas vezes após o diagnóstico, dois e quatro meses mais tarde. A severidade da doença foi estabelecida usando o *Nottingham Prognostic Index* (NPI). A gravidade da doença, avaliada pelo NPI não estava correlacionada em forma mais elevada com os problemas de saúde pós-diagnóstico. O fator mais altamente correlacionado com os problemas subseqüentes devidos ao câncer foi a freqüência do pensamento sobre a consulta clínica inicial durante a semana anterior. O NPI parece, portanto, oferecer um método útil e prático para os clínicos identificarem antecipadamente aqueles pacientes que viriam a sofrer excessivamente após o diagnóstico de câncer.

2.3. – Comunicação do diagnóstico e identificação com o papel de doente

A reação à notícia de se ter uma doença potencialmente fatal segue, segundo Kübler-Ross (1992), os seguintes estágios, após o choque inicial: Negação e Isolamento, Raiva, Barganha, Depressão, Aceitação.

1. A Negação e o Isolamento são mecanismos de defesas temporários do Ego contra a dor psíquica diante da morte. A intensidade e duração desses mecanismos de defesa dependem de como a própria pessoa que sofre e as outras pessoas ao seu redor são capazes de lidar com essa dor. Em geral, a Negação e o Isolamento não persistem por muito tempo.

2. Por causa da Raiva, que surge devido à impossibilidade do Ego manter a Negação e o Isolamento, os relacionamentos se tornam problemáticos e todo o ambiente é hostilizado pela revolta de quem sabe que vai morrer. Junto com a raiva, também surgem sentimentos de revolta, inveja e ressentimento. Nesta fase, a dor psíquica do enfrentamento da morte se manifesta por atitudes agressivas e de inconformismo; - porque comigo? A revolta pode assumir proporções quase paranóides; "com tanta gente ruim pra morrer porque eu, eu que sempre fiz o bem, sempre trabalhei e fui honesto". Transformar a dor psíquica em agressão é, mais ou menos, o que acontece em crianças com depressão. É importante, nesse estágio, haver compreensão dos demais sobre a angústia transformada em raiva na pessoa que sente interrompidas suas atividades de vida pela doença ou pela morte.

3. Havendo deixado de lado a Negação e o Isolamento, 'percebendo' que a raiva também não resolveu, a pessoa entra no terceiro estágio; a Barganha. A maioria dessas barganhas é feita com Deus e, normalmente, mantidas em segredo. Como dificilmente a pessoa tem alguma coisa a oferecer a Deus, além de sua vida, e como Este parece estar tomando-a, quer a pessoa queira ou não, as barganhas assumem mais as características de súplicas. A pessoa implora que Deus aceite sua "oferta" em troca da vida, como, *e.g.*, sua promessa de uma vida dedicada à igreja, aos pobres, à caridade. Na realidade, a barganha é uma tentativa de adiamento. Nessa

fase o paciente se mantém sereno, reflexivo e dócil (não se pode barganhar com Deus, ao mesmo tempo em que se hostiliza pessoas).

4. A Depressão aparece quando o paciente toma consciência de sua debilidade física, quando já não consegue negar suas condições de doente, quando as perspectivas da morte são claramente sentidas. Evidentemente, trata-se de uma atitude evolutiva; negar não adiantou, agredir e se revoltar também não, fazer barganhas não resolveu. Surge então um sentimento de grande perda. É o sofrimento e a dor psíquica de quem percebe a realidade 'nua e crua', como ela é realmente, é a consciência plena de que nascemos e morremos sozinhos. Aqui a depressão assume um quadro clínico mais típico e característico; desânimo, desinteresse, apatia, tristeza e choro.

5. No quinto estágio, da Aceitação, o paciente já não experimenta o desespero e nem nega sua realidade. Esse é um momento de repouso e serenidade antes da longa viagem. É claro que interessa, à psiquiatria e à medicina, melhorar a qualidade da morte (como sempre tentou fazer em relação à qualidade da vida), que o paciente alcance esse estágio de aceitação em paz, com dignidade e bem estar emocional. Assim ocorrendo, o processo até a morte pode ser experimentado em clima de serenidade por parte do paciente e, pelo lado 'dos que ficam', de conforto, compreensão e colaboração com ele. O paciente pode, então, aceitar ou rejeitar o papel de doente e negar o próprio diagnóstico. Na maioria dos casos produzirá ansiedade, conflito e desestruração da personalidade.

Kubler-Ross (1992) coloca ainda que, nestes momentos, o paciente pode pensar que vai morrer ou pode responder com incerteza sobre a evolução do processo. Ele passa facilmente de uma negação da variável tempo ('tem toda a vida

pela frente'), até reconhecer um limite ('a vida tem um limite') e, sucessivamente, a uma valorização do tempo ('viver intensamente o tempo que resta').

Conhecido o diagnóstico, segundo Moorey *et al.* (1991), precisa haver uma mudança que permita ao paciente aceitar os fatos, diminuindo a ansiedade inicial, inclusive com ajuda psicológica.

Ibañez e Andreu (1989) informam que é o termo 'qualidade de vida', aplicado ao paciente oncológico, que engloba as respostas emocionais produzidas como conseqüência do diagnóstico de um câncer e avalia as dificuldades psicológicas apresentadas ao longo de sua doença. Evita, inclusive, as conotações negativas do termo 'adaptação', que pode implicar na mera aceitação dos fatos, enquanto 'qualidade' implica sempre em bem-estar. O termo apresenta várias dimensões: física (relativa aos aspectos somáticos da doença); psíquica (relacionada com os problemas psicológicos que o câncer origina); social (que diz respeito à vida relacional do paciente) e profunda (aspectos mais individuais e subjetivos da vida).

Tross e Holland (1989) mostram que a resposta psicológica a uma doença que põe em perigo a vida se deve principalmente a dois mecanismos:

a) Resposta antecipatória à morte. Koocher e O'Malley (1981) definiram-na como 'síndrome de Dámocles' referindo-se à sensação de longevidade reduzida, que produz ansiedade, depressão, sensação de dano corporal e medo de recaída.

a) Resposta residual ao diagnóstico e ao tratamento. É a 'síndrome residual de estresse'. Neste caso, a resposta é denominada 'atitude existencial', associada à preocupação com a morte, sensação de vulnerabilidade e profunda angústia.

Os sintomas de morbidade psicológica podem ser identificados e tratados em fase de primeiro atendimento, como sugerem Allgar *et al.* (2003) pesquisando o

padrão das consultas de clínica geral feitas por sujeitos com câncer e outras doenças crônicas. A morbidade psicológica, entretanto, pode não ser reconhecida em alguns pacientes com câncer.

Os autores acima citados analisaram, para esta finalidade, as seguintes questões extraídas da *enquête* '1*999 Health Survey for England*': presença de relatos espontâneos de doenças de longa duração e de sua natureza; número de contatos com o Clínico Geral (GP) nas duas semanas anteriores; contato com um GP no ano anterior por ansiedade/depressão ou problemas mentais, nervosos ou emocionais, escores de GHQ12 (*General Health Questionnaire*).

O resultado do estudo acima foi que um terço dos que possuíam câncer tinham contatado um GP nas últimas duas semanas, em valores levemente mais elevados que os outros grupos de doenças, embora o padrão de atendimentos tenha sido semelhante entre os grupos. Um quarto dos pacientes com câncer havia relatado ansiedade/depressão ou problemas mentais, nervosos ou emocionais no último ano. Um terço dos portadores de câncer relataram altos escores GHQ12, mas os relatos espontâneos de 'doença mental/ansiedade/depressão' dos pacientes com doenças crônicas foram baixos (4%).

Schavelzon (1988) afirma que o paciente com câncer é uma pessoa normal que está submetida a uma circunstância profundamente perturbadora e estressante, diante da qual responderá de acordo com sua história pessoal e seu meio psico-sócio-cultural. O autor postula sobre os fatores que determinam a resposta psicológica do paciente, afirmando ser preciso diferenciar os determinantes primários dos secundários.

2.4. – Causas ou determinantes primários da resposta emocional

Schavelzon (1988) considera causas ou determinantes primários da resposta emocional, os seguintes aspectos:

(a) Os antecedentes pessoais: as enfermidades pregressas, físicas e psíquicas, tanto do paciente como de sua família, podem determinar sua resposta psicológica ao câncer.

(b) A personalidade preexistente: é fator etiológico determinante da expressão psicológica e influencia a prognose. Lloyd (1990) afirma que os pacientes com estados obsessivos encontram a doença particularmente estressante e estão cheios de dúvidas quanto ao diagnóstico, prognose e tratamento, procurando uma informação detalhada e específica junto ao seu médico. As personalidades dependentes aceitam muito bem a doença, pois ela lhes permite satisfazer suas próprias necessidades de dependência. Os pacientes com estados neuróticos possuem uma percepção maior da dor e os extrovertidos acomodam-se melhor a ela.

(c) O ambiente social do sujeito, no momento em que aparece a doença. A família e os amigos podem ser fonte de angústia ou de consolo (LLOYD, 1990). A deterioração psicológica do paciente está fortemente relacionada com a perda de suporte social, embora não seja clara a associação entre respostas disfóricas nos pacientes com câncer e a perda de apoio social (ROWLAND, 1989). O apoio social pode atuar potencializando as condutas de enfrentamento ativo na resolução de problemas, mediante o esforço e os modelos fornecidos pelas pessoas ao próprio redor, conseguindo que desenvolvam estratégias de enfrentamento adequadas. Da

mesma forma, pode facilitar a expressão de emoções, facilitando a manifestação de seu mal-estar, em situações de crise.

(d) Fatores orgânicos da doença: natureza específica da malignidade (LEVY; WISE, 1988). A dor, a dependência, as modificações corporais, entre outros, são fatores estressantes que influenciam a alteração psicológica do paciente.

2.5. – Causas ou determinantes secundários da resposta emocional

Estes fatores, segundo Gutiérrez (1997) são considerados secundários, não por serem menos importantes, mas por procederem dos próprios fatores primários e estão descritos a seguir:

1. Fatores não-orgânicos e circunstanciais: o diagnóstico em si, a relação médico-paciente e a estrutura assistencial e hospitalar. A comunicação que se estabelece entre o paciente e a equipe médica pode influenciar a forma de reagir à doença e de colaborar no tratamento.
2. Fatores orgânicos: a situação clínica e os efeitos do tratamento. Não é fácil separar as respostas emocionais à doença propriamente dita, daquelas devidas ao tratamento (LLOYD, 1990). Para ambos os sexos, a deterioração corporal produzida pelo tratamento e pela própria doença é traumatizante, mas Kaufman (1989) encontrou uma influencia negativa maior na mulher, embora, à medida que aumenta o nível social, estas diferenças diminuam. O próprio tratamento, destinado a preservar a vida e a saúde do paciente com câncer, torna-se, portanto, uma das causas principais de muitos dos distúrbios emocionais que o afetam (SCHAVELZON, 1988).

2.1. Quimioterapia: um tratamento quimioterápico não possui, por si só, expressão emocional própria, mas, através dos antecedentes e das circunstâncias pessoais de cada indivíduo, expressar-se-á em maneira diferente. A sintomatologia comportamental, tanto do paciente submetido a este tratamento, como de sua família, muitas vezes, é bastante confusa. Ainda Schavelzon (1988) afirma que a quimioterapia é o que mais deprime o paciente e é sentida como o tratamento mais perturbador, devido a seus efeitos secundários entre os quais se destacam as seguintes:

(a) Alopecia[41]: em muitos casos, é o efeito secundário que mais assusta os pacientes, condicionando claramente sua adaptação à vida quotidiana, pois os leva a evitar qualquer contato social, inclusive, porque nem sempre eles acreditam que a queda de cabelo seja transitória.

(b) Problemas sexuais. A lesão dos epitélios germinativos provoca, muito freqüentemente, amenorréia na mulher e azoospermia no homem.

(c) Náuseas e vômitos. É o efeito secundário que faz os pacientes se sentirem pior.

(d) Cansaço e/ou fraqueza. Fobair *et al.* (1986) registraram que 90% dos pacientes sentiam-se afetados em seu nível de energia e que os 37% deles, nove anos após o diagnóstico, não haviam voltado à normalidade.

(e) Mudanças no peso corporal: tanto a obesidade como a perda de peso, junto com a alopecia, podem produzir uma deterioração da aparência física, ocasionando perda de autoestima e autoconfiança (CELLA, 1986). Para conseguir que a quimioterapia e a radioterapia obtenham os menores efeitos

[41] Alopecia é a queda de cabelos.

secundários possíveis, não se deve falar dela na mesma sessão em que se comunica o diagnóstico. Deve-se indicar a importância da colaboração e disposição do paciente, durante o tratamento, sendo adequado que, na consulta médica, esteja presente uma pessoa próxima ao paciente. À medida que o tempo passa, os pacientes são mais conscientes da dificuldade do tratamento quimioterápico, dependendo do regime aplicado (SCHAVELZON, 1988).

2.2 Radioterapia. Os efeitos são similares aos da quimioterapia, embora, geralmente, menos acentuados.

2.3 Tratamento cirúrgico: transplante de medula óssea. Os problemas mais comuns que costumam aparecer no paciente são: excessiva dependência das pessoas que o rodeiam, condutas regressivas, manipulação do pessoal que cuida dele e da família e hostilidade para com o pessoal. Os transtornos mais freqüentes são: depressão e ansiedade, que podem gerar formas de suicídio passivo, como não tomar os medicamentos ou criar problemas com a comida (LESKO, 1989).

2.4 Isolamento. Estudos como os de Kellerman *et al.* (1977) demonstram que pacientes que se encontram nesta situação apresentam: depressão, ansiedade, sono irregular, regressão e, ocasionalmente, desorientação. Por outro lado, Holland (1989), não relata problemas psicológicos especiais nestas circunstâncias, embora, os pacientes aparentem ansiedade, diante de uma situação incomum destas.

2.5 Finalização do tratamento. A iminência da finalização do tratamento pode gerar problemas psicológicos, principalmente pelo medo de uma possível recaída. A isso se acrescenta o fato da finalização pressupor a passagem do *status* de enfermo para aquele de pessoa sã, com a conseqüente perda de benefícios que

isso pode acarretar. O paciente começa seu desligamento do hospital e dos médicos que o protegiam contra a doença. É a chamada "síndrome de Lázaro", que Dhomont (1988) define como o conjunto de problemas que os pacientes podem apresentar, quando passam para o período de remissão da doença e a possibilidade de encontrar problemas no processo de adaptação à nova situação. Os níveis de ansiedade e de depressão são mais graves no final do tratamento do que no princípio (SCHAVELZON, 1988).

2.6 Alterações psíquicas produzidas pelos diferentes agentes antineoplásicos. Eles podem produzir diversos quadros psicopatológicos, que incluem: transtornos afetivos, depressão, ansiedade, medo, alucinações visuais e auditivas.

3 – Repercussões psicológicas da mastectomia

Muitos elementos da Psicooncologia parecem ser comuns a quaisquer tipos de câncer, enquanto alguns são característicos das neoplasias mamárias e de sua intervenção terapêutica mais invasiva, a mastectomia radical.

Na mulher mastectomizada, questões psicológicas e psicossomáticas são eliciadas por todo o leque de estados patológicos ligados às neoplasias das glândulas mamárias e pelas várias medidas diagnósticas e terapêuticas atualmente postas à disposição dos profissionais da saúde.

A mama ocupa um lugar de destaque no universo de representações femininas, o que explica a multiplicidade de reações, frente à confirmação do diagnóstico e no tratamento do câncer de mama, tanto por parte da paciente como do seu círculo familiar. A mama é, de fato, o órgão associado à identidade feminina

(MESSA, 2004), abrangendo características de sexualidade, feminilidade e exercício da maternidade. Quando acometida pelo câncer de mama, a paciente teme pelos efeitos agressivos do tratamento, como queda de cabelo, comprometimento de imagem corporal, e perda do referencial anterior como mulher. Além do estigma da doença, a paciente sofre, portanto, o estigma do tratamento também.

3.1. – A mulher mastectomizada na sociedade

Viñar (1994) considera a relação da sociedade com o doente como uma resultante do etnocentrismo, forma de xenofobia existente em sociedades primitivas, que procura explicações instintivistas para o ódio e para a violência. Ele é um 'diferente', compelido atrás de rótulos, atrás do abandono ou, mesmo, de uma compaixão, às vezes, tão discriminadora quanto o desprezo. Viñar (1994, p. 11) supõe que: "Quando uma comunidade institui seus textos, seus mitos, seus valores éticos e estéticos, está gerando simultaneamente sua margem".

Kehl (1993) observa, por sua vez, que o lugar reservado às mulheres na cena social e sexual, desde o surgimento da psicanálise, foi sendo alterado e ampliado. As diferenças entre os sexos foram sendo, em certa maneira, 'apagadas'. Na dinâmica de encontro e desencontro entre os sexos, a intensa movimentação das mulheres, nos últimos trinta anos, parece ter deslocado significantes do masculino e do feminino a tal ponto que os homens "chegam a ficar com o papel de narcisos frígidos e as mulheres com o de desejantes sempre insatisfeitas" (KEHL, 1993, p. 23).

Paradoxalmente, a mastectomia, com a perda de caracteres que definem e isolam a mulher em sua função especificamente feminina, de um lado parece

trabalhar em favor desta tendência niveladora dos dois sexos, priva**,** entretanto, a mulher de símbolos essenciais para a definição de seu papel dentro da sociedade. Segue-se daí a importância da atenção a ser dispensada à paciente mastectomizada, a fim de preservar-lhe a auto-imagem e os papéis de mulher e mãe (STOLAR, 1997).

3.2. – A psicologia da mastectomizada na visão psicanalítica

Volich (1995) reconhece que a Psicanálise vê, na relação com o seio, a fonte das experiências do sujeito, mas se omite quanto à importância do mesmo para a organização da identidade feminina. O seio materno, muito além de ser fonte de alimento, é catalisador primordial de desejos, fantasmas e afetos. É uma referência capital e permanente, um elemento real e simbólico vital.

A Psicanálise, segundo o autor acima citado, permitiu a descoberta e a compreensão das dinâmicas libidinais e simbólicas ligadas à amamentação e às primeiras relações entre a criança e sua mãe, mas negligenciou sistematicamente a função dos seios na estruturação da experiência feminina. O seio também foi visto como zona erógena da mãe, mas a ênfase dada à sua presença como primeiro objeto da pulsão objetal, eclipsou, *e.g.*, sua função específica de instrumento primordial da dominação materna sobre a criança.

O mesmo autor acrescenta que, o aleitamento é uma fonte de prazer para as mulheres e se reveste de grande importância na estruturação da identidade da mulher enquanto mãe e mulher, bem como na determinação das relações entre a mãe e sua criança. Existe, todavia, um lugar reservado ao seio, como referência da identidade feminina, exatamente no momento em que a mulher se defronta com a neoplasia

mamária, pois ela suscita modificações marcantes nas dinâmicas psíquicas e relacionais femininas.

Spencer (1996) afirma que as patologias mamárias ressaltam, nas mulheres, a importância dos seios no agenciamento da vivência de sua feminilidade. Eles constituem, de fato, uma marca fundamental da identidade feminina e uma estrutura mediadora da experiência com os filhos.

Constituindo uma ameaça real ou imaginária à integridade dos seios, as patologias mamárias provocam uma intensificação do investimento dos seios como referência identificatória feminina. Desta forma, toda ameaça à integridade destas glândulas é sentida como uma ameaça direta à sua própria identidade feminina.

Para algumas mulheres, afirma Volich (1995), as patologias mamárias e seus riscos são uma ameaça à garantia de sua pertinência ao mundo adulto, representando assim um risco de regressão a uma época na qual elas foram privadas deste símbolo. Estes fantasmas exprimem-se, freqüentemente, através de sentimentos de insegurança e de incapacidade pessoal, produzindo um aumento da dependência com relação a seus próximos.

O autor acima citado acrescenta que, para outras mulheres, o risco representado pelas patologias mamárias ressalta principalmente o papel dos seios como um elemento essencial de sua relação com os filhos, bem como a importância de suas lembranças ligadas a tais experiências. Muitas vezes, as perturbações reais ou potenciais dos seios, mesmo se algumas vezes estritamente morfológicas, são sentidas como ameaça à própria capacidade de ser mãe, naquelas mulheres que consideravam a possibilidade de uma nova gravidez.

A superação dos limites da análise freudiana da feminilidade é uma condição essencial para perceber e compreender as repercussões e as conseqüências da existência de uma patologia mamária. (BOCOCK, 1983).

3.3. – Efeitos da mutilação na mastectomizada

Santos (1999), relata que um estudo realizado pela Sociedade de Psicanálise de Chicago aponta as seguintes características da personalidade, comuns a pacientes com câncer: incapacidade de expressar emoções; expressão facial de satisfação encobrindo confusão interna; caráter masoquista; inibição sexual; conflito hostil mal resolvido com a mãe; sacrifício no relacionamento com a família.

"No caso da ocorrência de cirurgia, surgem temores em relação à mutilação e perda da mama. As cicatrizes podem ser imperceptíveis no corpo físico, porém deixam marcas psicológicas que causam intenso sofrimento" (SANTOS 1999, p. 27). Após receber um diagnóstico de câncer de mama, a preocupação inicial é com a sobrevivência. Depois, as preocupações se relacionam com a tolerância aos tratamentos prescritos, questões econômicas e reintegração social da mulher mastectomizada.

O autor observa ainda que, nesta situação podem também surgir preocupações relacionadas com perda da feminilidade, desfiguração e prejuízo no atrativo sexual. O câncer desloca a mulher e a situa em uma condição de vítima, pois ela, não apenas 'contrai' a doença, mas a 'desenvolve'. Isso envolve a vasta gama de variáveis que contribuíram para o surgimento da doença e destituem a paciente da responsabilidade do controle da situação. A mastectomia intensifica esta condição.

As pacientes com neoplasia mamária, geralmente, encontram-se em um estado de fragilidade emocional (SANTOS, 1999), podendo alimentar fantasiosos sentimentos de culpa por não ter procurado ajuda antes, ou agigantando o medo de morte pelo câncer, junto com o sofrimento pela amputação, em caso de mastectomia, a expectativa de perda do parceiro, de comprometimento da sexualidade, prevendo uma diminuição em sua capacidade de atração e em sua feminilidade.

É natural recorrer a mecanismos de defesa, diante de situações de risco ou ameaça e sofrimento. Um otimismo até exagerado pode influenciar os planos de saúde da comunidade, promovendo a participação da mulher no diagnóstico precoce (BARNOY *et al.*, 2003).

Mas geralmente, como observam Dilhuydy *et al.* (1989), as reações dependem da história pessoal, da hierarquia dos próprios valores e crenças, em vistas da manutenção da integridade psíquica, sendo o mecanismo de defesa mais freqüentemente utilizado por ocasião de uma perda, a negação.

Como forma de se reconciliar com o corpo sem determinada parte ou função, a paciente pode se recusar a aceitar o auxílio necessário, agindo como se nada houvesse acontecido. Porém, para voltar a ter uma vida satisfatória após uma alteração nesse nível, é necessário que a pessoa passe a aceitar sua vida de acordo com tal perda. Essa adaptação para obter êxito dependerá da personalidade da paciente, da própria natureza da perda e do significado que esta tem em seu contexto pessoal (DILHUYDY *et al.*, 1989).

Acrescente-se que informações sobre como a paciente reagiu ao diagnóstico, qual a conduta adotada por ela durante as entrevistas, sua postura em relação ao médico pode ser essencial para a elaboração de um plano terapêutico. Além disso,

dados como esses indicam aspectos do funcionamento mental da paciente, da forma como estabelece relações e de como lida com questões afetivas.

A doença e suas seqüelas, além das deficiências devidas à mutilação, trazem modificações na vida da mastectomizada, tais como interrupções na carreira, limitações no cuidado da casa e dos filhos, condicionamentos nas relações sociais e impedimentos no relacionamento afetivo e sexual. Estas conseqüências podem ser vividas como morte, pois se trata de atividades anteriormente valoradas, que ficam prejudicadas transitória ou definitivamente (GIL *et al.*, 2003).

A doença, entretanto, como na vida de qualquer indivíduo, pode ainda trazer benefícios (LECHNER *et al.*, 2003). Quando doente, a pessoa deixa de lado responsabilidades, pressões de sua vida e, devido a certas limitações, passa a receber mais amor e atenção, satisfazendo necessidades que não puderam ser satisfeitas de forma consciente. Nestes casos, é importante alertar a paciente sobre a transitoriedade de tal suspensão e sobre o fato que os problemas e situações estressantes da vida estarão de volta, quando o indivíduo voltar à ativa.

Os recursos de cirurgia plástica estão disponíveis para amenizar os sentimentos pela alteração física provocada pela mastectomia. Porém a paciente deve estar informada sobre riscos e benefícios obtidos, além de participar e opinar no processo. A reconstrução de mama é algo que deve ser buscado por motivação pessoal e não por outrem, pois é a vida da paciente que está em jogo, seus anseios e satisfações, desejos e frustrações (HARCOURT; RUMSEY, 2004).

3.4. – A auto-imagem da mastectomizada

Santos (1999, p. 78) acrescenta que:

> A mutilação produz danos na imagem corporal da paciente, afetando, além dela, o próprio cônjuge também. A imagem corporal é a figuração mental que a pessoa se forma de seu próprio corpo, ou o modo pelo qual o corpo se apresenta para a pessoa. É um processo peculiar de cada ser humano e aponta à relação do indivíduo com o mundo, através de como o corpo é sentido e percebido. Trata-se de um processo dinâmico de constantes ajustes, que influencia as relações da pessoa consigo própria, com o ambiente e com seus semelhantes.

Tal configuração ocupa um lugar privilegiado frente a outras impressões, pois ela é a base do amor a si próprio, e é através dela que as relações com o ambiente são estabelecidas. Ela começa a se formar muito precocemente, na vida infantil, por meio da relação do bebê com a mãe, e vai sofrendo transformações no curso do desenvolvimento, e de acordo com as vivências subjetivas de cada um (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Nos primeiros momentos de vida do bebê, seu corpo e o da mãe formam uma unidade imaginária. A diferenciação e formação de uma imagem de corpo próprio vão ocorrendo gradativamente. Em diversas etapas do desenvolvimento, a imagem corporal vai se modificando e se tornando mais complexa (SCHILDER, 1994).

O'Brien (1980) observa que, desde o momento do diagnóstico, em mulheres submetidas à mastectomia devido ao câncer de mama ocorre um impacto na imagem corporal, pois se trata de uma parte do corpo muito valorizada socialmente, e de um signo de atratividade sexual e de maternidade. Acrescenta, no entanto, que foram identificadas diferenças individuais nas reações frente a tal situação, na medida em que, para cada uma, aquela perda vai ter um significado peculiar, de maior ou menor valoração.

Algumas mulheres ressentem-se muito com a alteração corporal, pois não conseguem, de início, olhar para o próprio corpo modificado e têm dificuldade em se expor ao parceiro, podendo tal reação se estender à restrição aos contatos sociais. Muitas mastectomizadas não querem se ver ao espelho e, às vezes, o eliminam de casa (O'BRIEN, 1980).

Outras mulheres não se isolam, considerando positivo o fato de terem enfrentado e superado a doença, enquanto que outro grupo volta sua atenção para os efeitos estéticos, de próteses, do vestuário, ou da reconstrução. Os avanços da medicina permitem, de fato, que seja realizada uma reconstrução cirúrgica da mama, e diversas pacientes relataram satisfação com os resultados, reconhecendo embora suas limitações (SHAKESPEARE, 2001).

Estas diferenças se relacionam com as vivências pessoais anteriores, inclusive quanto à forma de estruturação da imagem do corpo.

De toda forma, deve-se enfatizar que, em um momento delicado como este, é necessário possibilitar à paciente um acompanhamento psicológico, pois tal perda corporal, como afirmam Williams *et al.* (1988), repercute em seu psiquismo, em suas emoções, em suas relações afetivas e sociais de modo muito peculiar, e ainda, para que ela possa, se necessário, reconstruir simbolicamente sua vida

3.5. – Apoio psicológico às mastectomizadas

O apoio psicológico é essencial no enfrentamento das situações criadas pela mastectomia, contribuindo para um preparo psicossocial de informação e de fortalecimento emocional, no intuito de atenuar as reações do tratamento e

favorecendo a aderência ao mesmo. Por isso existem os grupos de familiares da paciente mastectomizada, organizados a fim de cuidar da saúde mental de seus membros dando-lhe suporte psicológico na tarefa de dar apoio à paciente e, junto com ela, enfrentar tal momento de dificuldade (FRIES; REINHARDT, 1996).

Existem ainda grupos para maridos, namorados ou parceiros da paciente, temas de sexualidade relacionados com a mastectomia. Tais grupos operam em clínicas especializadas em mastologia e mastectomia, realizando atividades de orientação e de apoio à paciente e aos próprios parentes e acompanhantes das pacientes, as quais, através de relatos, apóiam-se mutuamente, propõem modos de lidar melhor com os sofrimentos, se identificam entre si e relatam resultados alcançados (BAIDER, 1995).

Os resultados esperados são: um melhor desempenho sexual dos parceiros após conseguir relatar suas experiências e sensações no contato com a nova imagem da mulher mastectomizada; uma diminuição da dificuldade de conversar com a paciente sobre mastectomia, com um maior entendimento do seu quadro clínico; um mais expressivo envolvimento com a paciente, a qual adquire maior facilidade de conversar sobre o assunto e se sente mais acolhida por familiares e/ou parceiros envolvidos com sua situação; a paciente mastectomizada e seus familiares aprendem e ensinam a acolher e serem acolhidos; melhoram sua percepção do quadro clínico da mulher mastectomizada; confortam-se com a identificação com histórias semelhantes e desenvolvem uma estrutura capaz de dimensionar os problemas e de acolher os membros de toda a família. (HOLLAND; MASTROVITO, 1980).

De grande utilidade prática revela-se o serviço de produtos para mastectomizadas, direcionados à melhora da qualidade de vida, à correção de erros

de postura ou a dar suporte à sua auto-estima (HEALEY, 2003). Estas mulheres precisam de um atendimento mais personalizado. É muito importante, por isso, a relação que se cria entre quem ajuda e quem ajuda pede e é útil que a própria pessoa que atende seja uma mastectomizada. As seqüelas psicológicas, a readaptação ao corpo e à imagem, a reaprendizagem da sexualidade são questões bem mais difíceis de resolver.

3.6. – Protocolo de anuência à mastectomia conservadora

Um aspecto poucas vezes mencionado é a autonomia da paciente nas decisões no que diz respeito à sua integridade física.

É essencial que o médico tenha explicado à paciente a conveniência de se proceder ao tratamento cirúrgico. Quaisquer que sejam os modelos das declarações de anuência adotados para as diferentes intervenções cirúrgicas (MARTINEZ *et al.*, 2003), a ética impõe uma aceitação esclarecida por parte da interessada, expressamente declarada diante de testemunhas. No caso da mastectomia conservadora, em particular, é útil que a própria paciente declare:

1. Estar ciente que, mediante este procedimento, pretende-se a extirpação de sua lesão, para evitar que a mesma se estenda aos tecidos próximos ou distantes;
2. Saber que a realização do procedimento pode ser filmada, por fins científicos ou didáticos;
3. Ter sido avisada pelo médico, que o procedimento requer a administração de anestesia e que é possível, durante ou depois da intervenção, haver necessidade de

uma transfusão de sangue e/ou de hemoderivados, tendo sido informada também de seus riscos, pelos serviços de anestesia e de hematologia;

4. Saber que, mediante este procedimento, vai ser extirpada a lesão da mama, com uma margem suficiente de tecido são, junto com os gânglios da axila do mesmo lado. Durante a cirurgia, será realizado um estudo anatomopatológico, que pode indicar uma lesão nas margens de corte, de maneira que, se a extirpação do tumor não for completa, é possível que seja necessário retirar toda a mama, durante a mesma intervenção, ou sucessivamente, após o resultado de estudos posteriores;

5. Estar ciente da possibilidade de eventuais modificações do procedimento, durante a cirurgia, devido a achados intra-operatórios, a fim de proporcionar o tratamento mais adequado;

6. Saber que, a pesar da adequada escolha da técnica e de sua correta realização, podem ocorrer efeitos indesejáveis. Efeitos pouco graves e freqüentes são considerados: uma infecção ou sangramento da ferida cirúrgica, uma coleção líquida na ferida; uma flebite[42]; edema transitório do braço; cicatrizes retráteis; diminuição do volume da mama; dor prolongada na área da cirurgia. Efeitos pouco freqüentes e graves são: uma inflamação grave dos vasos linfáticos do braço; uma recidiva da doença; um sangramento importante; alterações locais dos nervos. Estas complicações se resolvem, habitualmente, com tratamento médico, mas podem exigir uma nova cirurgia, geralmente de urgência, incluindo um risco mínimo de mortalidade;

7. Ter sido avisada que, para esta técnica, pode haver necessidade de uma preparação prévia, em ocasiões peculiares, indicadas caso a caso;

[42] Flebite é uma inflamação de veias.

8. Ter sido também questionada sobre possíveis alergias medicamentosas, alterações da coagulação sangüínea, doenças cardiopulmonares, eventual existência de próteses, marcapassos, uso de medicamentos ou qualquer outra informação relacionada com a sua saúde;

9. Saber que, devido à seu estado atual de saúde (presença de diabetes, obesidade, hipertensão, anemia, idade avançada, etc.) pode aumentar a freqüência ou a gravidade de riscos e/ou complicações;

10. Saber que a melhor alternativa terapêutica, em seu caso, é a cirurgia, inclusive, com tratamento complementar e, em caso de rejeição à cirurgia, o tratamento pode incluir quimioterapia, radioterapia ou hormonioterapia;

11. Ter entendido as explicações, fornecidas em linguagem clara e simples, sendo-lhe possibilitado fazer quaisquer perguntas e observações, e sendo esclarecidas todas as dúvidas apresentadas;

12. Saber, outrossim, que, em qualquer momento, e sem necessidade de ulteriores explicações, ela pode revocar a anuência prestada.

II- A PESQUISA

1 – Contexto onde se viabilizou a pesquisa

A presente pesquisa, foi realizada em sua primeira etapa, junto ao Serviço de Oncologia da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS), que é uma repartição de seu Núcleo Hospital Universitário (NHU).

A UFMS teve origem em 1962, com a criação da Faculdade de Farmácia e Odontologia, em Campo Grande, embrião do ensino superior público no sul do então Estado de Mato Grosso. Em 26.07.1966, pela Lei Estadual nº 2.620, esses cursos foram absorvidos com a criação do Instituto de Ciências Biológicas de Campo Grande (ICBCG), que reformulou a estrutura anterior, instituiu departamentos e criou o curso de Medicina.

A Lei Estadual nº 2.947, de 16.09.1969, criou a Universidade Estadual de Mato Grosso (UEMT). Com a divisão do Estado de Mato Grosso, foi concretizada a federalização da instituição, que passou a denominar-se Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul pela Lei nº 6.674, de 05.07.1979.

O NHU, colaborando com as autoridades sanitárias, oferece o maior número possível de serviços prestados à população, independentemente de sua condição econômica e social.

O NHU mantém serviços completos de diagnóstico que possibilitem um bom padrão de atendimento e reduzam ao máximo a permanência dos pacientes no hospital. Proporciona serviços de internação que possibilite m a cura completa e no menor tempo possível, dos pacientes que o procuram. Coordena, orienta, acompanha e controla a execução dos serviços de assistência.

As atividades assistenciais do Núcleo são integradas com as atividades de ensino, estabelecendo prioridades na elaboração de programas e projetos voltados para a área de saúde e permitindo o desenvolvimento do ensino prático do curso de graduação e de residência em Medicina. Sob as diretrizes da Administração Superior da Universidade, são elaboradas as políticas hospitalares, visando às necessidades da comunidade em geral e são viabilizados os projetos, contratos e convênios relacionados com as atividades médicas e hospitalares da Universidade.

O NHU atua junto aos diversos serviços da Instituição, procurando educar, auxiliar e orientar na aplicação das medidas de controle de infecções hospitalares, elaborando o seu plano e orçamento anual, consolida os relatórios gerenciais, prevê, solicita e gere os recursos humanos, materiais e financeiros necessários à operacionalização de suas atividades.

O Serviço de Oncologia do NHU, desde sua constituição, é o centro de referência para todo o Estado e para Estados e nações limítrofes, prestando atendimento ambulatorial e de internação hospitalar a pacientes com quaisquer tipos de neoplasia e oferecendo a mais ampla gama de métodos diagnósticos, tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico, recomendados pela comunidade científica nacional e internacional.

Os casos de neoplasia mamária são encaminhados ao Serviço de Oncologia principalmente pela Clinica Geral, Pediatria e Ginecologia, sendo esta última a principal fonte de encaminhamentos de casos de neoplasia mamária.

Um setor inteiro é destinado ao atendimento ambulatorial e uma ala de enfermarias permite a internação dos casos que exigem intervenções cirúrgicas ou sessões de quimioterapia e radioterapia.

Cabe ressaltar que, a segunda etapa da pesquisa contempla uma *enquête on-line*, realizada através de questionário confeccionado especialmente para este estudo.

2 – Objetivos

2.1. – Objetivo Geral: Caracterizar, do ponto de vista clínico, a população de pacientes com patologia mamária, atendida pelo Serviço de Oncologia do Hospital Universitário de Campo Grande, MS, no período de julho de 1995 a junho de 1998.

2.2. – Objetivos Específicos:

- Construir um Roteiro simplificado (QOM) para realização de *enquête* de opinião *on-line* aplicada à população geral (acometida, cuidadores e pessoas que convivem com o acometido) sobre o impacto da neoplasia mamária e da mastectomia;
- Realizar *enquête* de opinião *on-line* sobre o impacto psicossocial da neoplasia mamária e da mastectomia em pacientes, cuidadores e pessoas de convivência.

3 – Casuística e Método

Trata-se de estudo exploratório-descritivo, realizado em 2 etapas:

1. Estudo documental – análise dos prontuários de atendimento;
2. Enquête de Opinião *on-line,* através do Questionário sobre Mastectomia (QOM).

4. Procedimentos

Em primeiro lugar, no ano de 1998, foram contatados: a direção do Hospital Universitário, para autorização da coleta de dados e, após autorização (vide Anexo 1), o Serviço de Estatística e Arquivos Médicos (SEAM). O trabalho de coleta e sistematização dos dados foi realizado pelo pesquisador, e teve a duração de aproximadamente 1 mês.

Em sua segunda etapa, no período de julho de 1998 a junho de 2000, foi realizada a enquête *on-line*, sendo aberta à população geral, em 3 idiomas: português, italiano e inglês. Foram registrados dados de identificação individual dos respondentes, os quais perderam-se devido à ocorrência de vírus no computador.

Serão, portanto, apresentados os dados contendo a soma das respostas dadas a cada item do questionário. Cabe destacar que o pesquisador assumiu, durante todo o tempo de permanência do *site on-line,* elucidar e esclarecer dúvidas eventuais dos respondentes, bem como proceder a atualizações e encaminhamentos necessários.

Não foi possível, entretanto, se obter assinaturas de termos de consentimento informado, mas o referido *site* expunha conteúdo explicativo sobre os objetivos e usos das informações fornecidas. Entendeu-se que, ao responder, o informante concordava com os termos.

O programa computacional *on-line* foi elaborado pelo Grupo de Desenvolvimento Web do Setor de Informações Tecnológicas (SIT), da Universidade Católica Dom Bosco (UCDB).

Em relação à primeira etapa foram identificados N= 871 prontuários do Hospital Universitário de Campo Grande, registrados como casos relacionados a

doenças da mama, entre julho de 1995 e junho de 1998, obtidos através de dados existentes no SEAM da instituição. Foram localizados e catalogados todos os casos de doenças mamárias referentes ao período estudado. Para a análise do grande volume de informações obtidas, procedeu-se à amostragem sistemática[43], a qual incluiu os seguintes critérios:

1. Representatividade das várias faixas etárias, sendo proporcionalmente maior a porcentagem dos casos existentes nas faixas etárias com menor densidade;
2. Quantidade suficiente de casos, em cada faixa etária, que oferecesse um significado estatístico fidedigno.

Com base nestes critérios, foram selecionados, para coleta dos dados, 15,4% da totalidade dos prontuários especificados, isto é, n=134 casos, subdivididos segundo ocorrência por faixa etária, segundo classificação do próprio SEAM (vide Tabela 1).

5 – Instrumentos Utilizados:

5.1. – Uma planilha (vide Anexo 2) foi construída com vistas à operacionalização do levantamento de dados dos arquivos ambulatoriais e de internação clínica ou cirúrgica no serviço de Oncologia do Hospital Universitário da UFMS, relativos aos anos de 1995 a 1998, a qual contempla os seguintes aspectos:

[43] "Amostragem Sistemática é a seleção dos elementos que constituirão a amostra, feita por um sistema imposto pelo pesquisador" (VIEIRA, 1989).

a. Número do prontuário,
b. Iniciais do nome do/a paciente;
c. Data de nascimento do/da paciente;
d. Sexo do/da paciente;
e. Data do primeiro atendimento;
f. Idade, no primeiro atendimento;
g. Grupo de casos divididos por faixa etária, pelo critério do SEAM-HU;
h. Tipo de lesão diagnosticada;
i. Método diagnóstico;
j. Tipo de tratamento empreendido;
k. Resultado do tratamento;
l. Tempo de sobrevida ou cura da doença.

5.2. – Um Questionário de Opinião sobre Mastectomia (QOM) contendo 10 questões foi elaborado para a realização da enquête *on-line*, visando facilitar o depoimento da população em geral e dos pacientes pesquisados, em particular. O questionário permaneceu exposto *on line*, na página pessoal do pesquisador, hospedada no *site* da UCDB (vide http://www2.ucdb.br/~butera/pesquisa.htm), durante o período de julho de 1998 a junho de 2000, sendo sucessivamente retirado. Foi recolocado *on-line*, somente no idioma português, em setembro de 2003, permanecendo apenas a cópia elaborada neste idioma.

5.2.1. – Sobre a construção do questionário: Como dito anteriormente, sua formulação pautou-se essencialmente pela experiência clínica do pesquisador, médico clínico geral há 20 anos, ultra-sonografista com curso de ultra-

sonografia mamária, pela *International Breast Ultrasound School* (com secretariado no *Kantonsspital Baden* de Baden, Suíça) e em dados da literatura nacional e internacional. O questionário contempla os seguintes dados de identificação: Nome (facultativo), Idade, Sexo e Escolaridade (1º, 2º e 3º graus). As 10 questões foram formuladas e articuladas, incluindo-se várias facetas do problema, estimulando, ao mesmo tempo, a reflexão sobre seus pontos principais:

5.2.2. – Serão enumerados e descritos, a seguir, cada questão e os pressupostos que orientaram a sua formulação:

1- Você auto-examina suas mamas?
☐ nunca
☐ raramente
☐ freqüentemente
☐ todos os dias

O auto-exame das mamas (AEM) é ainda o método diagnóstico mais simples e mais facilmente realizável pela própria população alvo da prevenção ao câncer de mama, pois permite uma descoberta bastante precoce de seus processos neoplásicos (vide Anexo 2). Cerca de 90% dos tumores de mama são, de fato, detectados pelas próprias mulheres (vide http://www.ada.com.br/unimed/noticias/autoexame.htm).

A dificuldade em se detectar nódulos de diâmetro inferior a 1 cm e a imprecisão em diferenciar tumores benignos, mais comuns, dos malignos, é compensada pela economia, praticidade e freqüência de execução viável, mas é

preciso um adequado treinamento para que o auto-exame seja realmente eficiente para fins diagnósticos (HISLOP, 1997).

É conveniente que o auto-exame seja feito uma vez por mês. O AEM feito diariamente ou semanalmente por mulheres com casos de câncer de mama na família possui um componente de ansiedade que pode prejudicá-lo. A prevalência do hábito de realizar o auto-exame de mamas encontrada em amostra brasileira estudada por Sclowitz (2003), foi de 83,5%, sendo que 80,4% realizavam auto-exame ao menos uma vez ao mês.

Os outros exames universalmente preconizados, o exame clínico das mamas, por parte do médico (PCM), sempre muito eficiente para fins diagnósticos (Hislop, 1997), e o exame mamográfico (MMC). Eles são indispensáveis para verificar, em graus sucessivos, a presença do tumor e sua tipificação, antes da classificação anátomo-patológica, permitida pelas várias técnicas diagnóstica, que vão da punção com agulha fina até a biópsia intra-operatória.

Em recentes pesquisas, Sommer *et al.* (2003) procuraram determinar se o uso mais freqüente da mamografia, desde 1980, influenciou o tamanho médio do tumor na época do primeiro diagnóstico e a sobrevida total. O tamanho médio do tumor na época do diagnóstico inicial diminuía progressivamente durante o período do estudo (correlação de Pearson: -0.179; $p<0,001$). A diminuição observada do tamanho médio do tumor, na época do diagnóstico preliminar do câncer de mama, segundo estes pesquisadores, pode ter sido favorecida por um uso mais freqüente da mamografia. Na linha com dados recentes, esta redução pequena no tamanho do tumor não se traduz necessariamente em uma prognose melhor.

A ultrassonografia mamária (USM) apenas auxilia a mamografia na diferenciação entre tumores císticos e sólidos, além de guiar a punção com agulha fina e os demais diagnósticos clínicos (GOJNIC *et al.*, 2003).

2- Foi-lhe diagnosticado câncer de mama?
☐ sim
☐ não

Que estágio?
☐ I
☐ II
☐ III
☐ IV
☐ não sei

O estadiamento tradicional, simplificado, das neoplasias mamárias, baseado na classificação de Ackerman (SABISTON, 1979), permite identificar o diagnóstico e a prognose em que o próprio interessado pode facilmente reconhecer o seu caso. Isso facilita a associação de reações emocionais previsíveis, aos estádios mais graves ou às patologia mais invasivas que tenham afetado o participante à pesquisa.

Além disso, o estágio da doença é um importante fator a ser considerado quando se investiga uma percepção positiva da doença em indivíduos com câncer, como deduzem Lechner *et al.* (2003), observando que o fato de estar com câncer não leva apenas a mudanças negativas, mas pode induzir a 'encontrar benefícios' (*benefit-finding* – BF), e.g., um melhor relacionamento, uma maior valorização da vida, um aumentado poder de recuperação e de autoconfiança.

Esses pesquisadores passaram a examinar, para tanto, as relações entre BF, dados sociodemograficos (e.g. sexo, idade, estado civil, educação, receita familiar) e

variáveis relacionadas à doença (*e.g.* gravidade da doença ou estádio do câncer, tempo transcorrido após o diagnóstico). A amostra foi composta por 83 homens e mulheres com vários tipos de câncer, sendo representados os 4 estádios de gravidade da doença. A maioria dos participantes era composta de brancos (90%), casados (66%) e de bom nível de escolaridade (68% de nível superior). A idade mais jovem estava associada a mais elevados escores BF. Conforme a hipótese ventilada, o BF diferenciava-se pelo estádio da doença, seguindo uma moda curvilínea. Os indivíduos com a doença no estádio II tinham escores BF significativamente mais altos daqueles de estádio IV ou estádio I de câncer. O tempo transcorrido desde o diagnóstico e a fase de tratamento (i.é, tratamento em curso, tratamento completado, tratamento não efetivado) não tinham relação com o BF.

3- Qual foi sua principal reação à notícia do diagnóstico de câncer de mama?
☐ depressão grave (ex.: fantasias suicidas)
☐ fuga (ex.: querer esquecer)
☐ revolta (ex.: pôr a culpa em alguém)
☐ outra:

Almeida e Nascimento (2003) focalizam a origem do medo da morte na história do próprio desenvolvimento humano, com as quatro dimensões que Kübler-Ross (1992) evidenciou. O medo irracional, impresso na dimensão física, estará registrado de forma visceral na memória celular, não elaborável intelectualmente, junto com o desenvolvimento completo do sistema nervoso, até os sete anos de vida.

Na dimensão emocional, voltada a estabelecer relacionamentos, a morte é sentida como rejeição ou abandono. Na dimensão intelectual, dirigida a enfrentar de forma lógica e racional as questões da vida, a morte é percebida como medo da

entrega. Na dimensão espiritual, cujo propósito é retornar à unidade e transcender a realidade concreta do ser, a morte é traduzida em medo de submeter-se ao desconhecido (KÜBLER-ROSS,1992).

4- Está sendo (ou já foi) submetido(a) a alguma terapia?
☐ sim
☐ não

Que tipo?
☐ quimioterapia
☐ radioterapia
☐ fisioterapia
☐ psicoterapia
☐ outra

Na época da elaboração deste QOM, a novidade, em matéria de quimioterapia era ainda o tamoxifeno, que vinha alcançando grande êxito, junto com as cirurgias mais econômicas e as dosagens de radioterapia sempre mais ajustadas à necessidade de cada paciente.

Atualmente, são experimentadas mais combinações medicamentosas, como que Thurlimann *et al.* (2003) aponta, comparando à eficácia do anastrozole seguido pelo tamoxifeno na primeira linha do tratamento do câncer de mama avançado, em mulheres pós-menopausa, com o tamoxifeno seguido pelo anastrozole (COBLEIGH *et al.*, 1994).

Van Der Hage *et al.* (2003) discute o impacto da cirurgia com radioterapia sobre o controle locorregional do câncer e no que diz respeito à sobrevida, combinando os dados de três organizações européias de pesquisa e tratamento do câncer, para um total de 3648 pacientes.

As pacientes com 1-3 gânglios positivos foram as mais beneficiadas pela radioterapia após a mastectomia. A terapia conservadora da mama estava associada com um fraco controle locorregional. Ela, todavia, não estava claramente associada a uma sobrevida menor. A radioterapia coadjuvante, portanto, em pacientes mastectomizadas, apresentou um significativo controle locorregional.

Irwin *et al.* (1999) realizaram um estudo destinado a desenvolver a encorajar e assistir os pacientes para que se envolvam na tomada de decisões, e a ajuda aos clínicos em instruir com objetividade os pacientes sobre os benefícios e riscos da quimioterapia para o câncer de mama. Um objetivo secundário era o de investigar os fatores que influenciam esse processo de tomada de decisões no tratamento de mulheres na escolha entre a quimioterapia com adriamicina e ciclofosfamida (AC) *versus* ciclofosfamida, metotrexate e 5-fluorouracil (CMF).

O autor acima citado reporta que um instrumento visual chamado Quadro de Decisões foi desenvolvido, consistindo em escritas e gráficos com informações gerais sobre quimioterapia e informações detalhadas sobre cada regime quimioterápico, incluindo horário e efeitos secundários, sendo apresentado aos pacientes através de explicações verbais, seguindo um roteiro padronizado. Trata-se de uma ferramenta educativa que habilita os pacientes a tornar-se bem informados e diretamente envolvidos na tomada de decisão a respeito do próprio tratamento. O instrumento foi avaliado em 46 mulheres pré-menopausa recém-diagnosticadas com nódulo positivo para câncer de mama.

Após a apresentação do Quadro, os pacientes levavam uma cópia pra casa e lhes era solicitado que retornassem e uma ou duas semanas com a decisão. Durante a segunda visita, pedia-se a cada paciente que respondesse a um questionário sobre

dados demográficos, aprendizagem e compreensão, preferências de tratamento e fatores que tinham influenciado sua decisão. Os resultados do retorno de informação foram aceitáveis (≥ 80%).

O Quadro de Decisão demonstrou-se útil para todos, mas o nível de dificuldade na tomada de decisão foi variável. Os fatores que mais afetaram a preferência de tratamento estiveram relacionados ao impacto na qualidade de vida, na duração da terapia e nos efeitos colaterais, em particular, vômito e alopecia. (IRWIN *et al.*, 1999)

5- Foi mastectomizado(a)?
☐ sim
☐ não

Mama:
☐ direita?
☐ esquerda?
☐ ambas?

As questões 4 e 5 estão dirigidas especificamente a quem teve a experiência da mastectomia e permite diferenciar uma subpopulação de pesquisados que poderá responder ao restante das questões, como protagonista e não apenas como interessado ao assunto.

6- Se estiver fazendo alguma terapia, está sendo constante?
☐ sim ☐ não

Como?
☐ abandono definitivo
☐ uso esporádico
☐ outro

A continuidade do tratamento é, de um lado, essencial para que se obtenham resultados esperados por um processo terapêutico de eficácia reconhecida e, de outro, demonstra a persistência de uma vontade de luta contra a doença, o que, por si mesmo, se constitui em um obstáculo poderoso contra o avanço do mal.

Vários métodos foram desenvolvido para investigar esta força de enfrentamento do câncer, entre os quais um dos mais recentes é o grupo de Moorey (2003) que desenvolveu um questionário breve sobre *coping* (enfrentamento) do câncer (*Cancer Coping Questionnaire* – CCQ) em 21 itens, uma escala de autoavaliação destinada a medir estratégias de *coping* ensinadas pela Psicoterapia de Ajuda (*Adjuvant Psychological Therapy* – APT), que foi aplicado sobre uma amostra de 201 pacientes com vários tipos de câncer. A validade e a confiabilidade do instrumento abrangem 3 grupos (um grupo misto de câncer, n=42; mulheres com câncer de mama, n=50; e um grupo de pacientes submetidos à ajuda psicológica, n=48). O CCQ mostrou alta confiabilidade interna e de teste-reteste.

Moorey *et al.* (2003) acrescentam que, como hipotetizado, os pacientes com câncer com maior morbidade psicológica apresentam escores mais baixos no CCQ e no CCQ correlacionado com medidas de enfrentamento ao câncer. Comparado com outro inventário de *coping* , o *Coping Responses Inventory- CRI,* a escala individual total do CCQ (itens 1-14) determinou áreas similares de enfrentamento, particularmente em relação com os focos CRI de enfrentamento.

Os autores acima citados referem ainda que o CCQ correlacionou os métodos de enfrentamento comportamental ativo (*Active Behavioural Coping*) com o CRI mas não demonstrou resultados suficientemente consistentes no que diz respeito à escala interpessoal (*Interpersonal Scale*) do CCQ. O estudo demonstrou, entretanto,

a confiabilidade e validade do CCQ, levando a crer que mudanças nos escores do CCQ com a terapia cognitiva indicam melhora nas estratégias de enfrentamento (*coping*).

O QOM, construído e utilizado nesta dissertação, não pretende ser um instrumento rigoroso de medida, mas objetiva igualmente, ajudar a entender como a pessoa vivencia a experiência da doença, em suas fases de diagnóstico, tratamento e prognose.

7- Está satisfeito(a) com os resultados de seu tratamento?
☐ sim
☐ não

Por quê?
☐ foi exagerado
☐ foi insuficiente
☐ não espero melhora
☐ outro

Cabe ressaltar que a satisfação com os resultados do tratamento do câncer é particularmente significativa para compreender a atitude da paciente e para fornecer elementos a uma prognose mais benigna. Neste intuito, foram desenvolvidas medidas quimioterápicas pré-cirúrgicas para facilitar a própria cirurgia conservadora.

Os resultados cosméticos da cirurgia, segundo Cocquyt *et al.* (2003) são, de fato, influenciados pelo tamanho do tumor residual em comparação ao tamanho da mama. Mas, após a mastectomia, a reconstrução imediata da mama com tecidos autólogos[44] providencia um excelente resultado cosmético e é comprovadamente

[44] Autólogo é um tecido retirado do próprio paciente.

seguro, em pacientes com câncer de mama. Além do alongamento da sobrevida total e livre de doença, também a Qualidade de Vida, o aspecto físico corpóreo e o resultado cosmético são importantes aspectos do pós-tratamento do câncer de mama. A maioria das participantes do estudo acima demonstrou satisfação com a aparência de suas mamas, embora os resultados cosméticos tenham sido mais significativos nas pacientes com reconstrução imediata da mama, se comparadas com cirurgia conservadora.

Hartl *et al.* (2003) estudaram o impacto de seis fatores médicos e demográficos sobre a qualidade de vida (a longo prazo) de pacientes com câncer de mama, destacando o aspecto físico de mulheres com câncer primário de mama. Os autores admitem que os atuais questionários de qualidade de vida não abordam suficientemente todos os aspectos a serem avaliados, sendo necessário complementá-los com itens específicos do câncer de mama, tais como, o aspecto físico e o medo de recidiva. Um questionário sobre qualidade de vida foi, de fato, aplicado a 274 pacientes com câncer de mama, com intervalo médio de 4,2 anos após o primeiro diagnóstico. Todas as mulheres haviam sido tratadas previamente de câncer de mama nos estádios I a III sem evidências de metástases à distância.

Os autores acima citados utilizaram o questionário QLQ-C30 Versão 2.0. Escalas suplementares incluíam, satisfação com o tratamento cirúrgico, com o resultado cosmético e com o medo de recidiva. Foram analisados: o impacto do estádio do tumor, do tratamento cirúrgico, da radioterapia coadjuvante, da terapia citotóxica coadjuvante, a idade e a duração do período de acompanhamento médico sobre os parâmetros dos resultados alcançados. Na hora do exame de acompanhamento, as pacientes demonstraram menor prejuízo para a qualidade de

vida e aspecto físico, mas aumento do medo de recidiva. Nenhum dos fatores estudados teve impacto significativo sobre a qualidade de vida total, de acordo com o questionário QLQ-C30.

Os autores acrescentam ainda que, com exceção dos fatores 'terapia citotóxica' e 'radioterapia', entretanto, todas as variáveis pesquisadas influenciaram ao menos uma das escalas psicológicas adicionais. O maior impacto foi da modalidade de tratamento cirúrgico primário. As pacientes tratadas conservadoramente obtiveram uma imagem corporal mais favorável, se comparadas com as tratadas com mastectomia, maior satisfação com o tratamento cirúrgico: obteve um resultado cosmético melhor, mas apresentou maior medo de recidiva.

8- Recebeu esclarecimentos satisfatórios quanto o significado de sua doença?
☐ sim
☐ não

Acha que teria alguma vantagem, obtendo de maiores informações sobre a doença?
☐ sim
☐ não

A equipe de Kissane (2003) conduziu um estudo randomizado de terapia de grupo cognitivo-existencial (CEGT) para mulheres com estádio precoce de câncer de mama submetidas à quimioterapia coadjuvante, no intuito de explorar o humor e a atitude mental frente ao câncer.

Do estudo acima participaram 491 candidatas, 303 (62%) participaram durante 3 anos. A angústia era alta antes da terapia: 10% apresentavam depressão grave, 27% depressão menor e 9% distúrbios de ansiedade. À análise da intenção de tratamento, nas que receberam a terapia de grupo, evidenciou-se uma disposição para

reduzir a ansiedade semelhante ao grupo de controle. As mulheres em terapia de grupo demonstraram também maior predisposição em aproveitar da ajuda familiar que o grupo de controle. Elas demonstraram ainda maior satisfação com a terapia, apreciando a ajuda e admitindo maior disposição para a luta, auto-afirmação e maior conhecimento a respeito do câncer e de seu tratamento.

O CEGT é portanto uma importante terapia psicológica coadjuvante para mulheres em fase precoce de câncer de mama.

9- Como se sente atualmente, com relação à sua doença?
☐ a vida acabou
☐ é uma doença como qualquer outra
☐ vale a pena viver, apesar da doença
☐ espero ainda vencê-la
☐ ajuda a entender melhor os outros ☐ outro

A equipe de Street (2003) estuda a depressão em pacientes com câncer, tendo como ponto de referência a teoria da proposição de metas condicionais (*Conditional Goal Setting* – CGS). Esta teoria supõe que o indivíduo deprimido acredite em uma felicidade pessoal condicionada pelo alcance de metas específicas (CGS pessoais). Outros indivíduos podem se propor metas importantes, acreditando que o alcance de metas é requisito para a aceitação e aprovação social (CGS sociais).

Os resultados do estudo acima citado indicam que a CGS, envolvendo uma mal direcionada busca da felicidade, está inicialmente associada à depressão, pois sucessivas experiências de depressão foram relatadas à mal direcionada busca de aceitação social. Foram discutidas em termos de compreensão das motivações das pacientes com câncer controlando a proposição de metas. Resta a sugestão que uma

psicoterapia bem sucedida para depressão em pacientes com câncer necessita de um exame das motivações que controlam a proposição de metas, além do processo de busca dos resultados.

10- O que gostaria de evitar, se pudesse voltar atrás?
☐ o contato com substâncias cancerígenas
☐ contar a alguém
☐ encarar o diagnóstico
☐ fazer as terapias
☐ submeter-se à mastectomia
☐ outro

Redman (2003) e sua equipe, baseados na experiência australiana, propõem algumas modificações nos sistemas de saúde, no intuito de melhorar as estratégias de suporte baseadas em evidências. É desejável a adoção de uma abordagem sistemática para melhorar o suporte psicológico a nível nacional, através de: desenvolvimento das pesquisas; preparação de diretrizes sobre cuidados de suporte; implementação de programas para fomentar a adoção de diretrizes através de modificação de políticas, entrega de serviços de saúde e de treinamento médico; programas de monitoração.

Se todas as mulheres com câncer de mama necessitam receber melhores suporte emocional, são necessárias abordagens que dirijam esforços para a pesquisa no campo da psicooncologia; desenvolvendo mais estratégias para gerar mudanças nas políticas de saúde, fomentando melhorias nos sistemas e parcerias para captação de recursos.

6 – Recursos Humanos e Materiais

Todas as etapas deste trabalho foram realizadas pelo pesquisador, contando-se, no entanto, com assessoria estatística e, na confecção do programa computacional da *enquête on-line*, com o apoio de um docente de Estatística da UCDB e matemático, mestre em computação, do Serviço de Computação da instituição.

O material de consumo utilizado foi mínimo, haja vista que constou de fichas para levantamento de dados, confeccionadas em papel e questionário *on-line*. Os dados foram armazenados em computador, o que viabilizou o adequado processamento e análise dos mesmos.

7 – Análise e Processamento de Dados

Os dados obtidos na primeira etapa deste estudo foram armazenados em planilhas eletrônicas Microsoft EXCEL 2000, cuja elaboração estatística foi realizada mediante o *software* BioEstat 2.0. O mesmo também foi utilizado para a análise dos dados da segunda etapa.

III –RESULTADOS

A – DADOS RELATIVOS À PRIMEIRA ETAPA DA PESQUISA

1 – Amostragem de doenças da mama registradas no Hospital Universitário de Campo Grande, MS, entre 1995 e 1998.

O universo da pesquisa foi o acervo dos 871 prontuários do Hospital Universitário de Campo Grande, registrados como casos relacionados a doenças de mama sob o nº 174.9/3 da Classificação Internacional de Doenças – 9ª Revisão / 1975 (CID-IX), entre 1995 e 1998. Um catálogo impresso destes prontuários foi fornecido pelo sistema computadorizado do SEAM-HU, constando de cada um deles: número de ordem, número de prontuário, nome do paciente, sua data de nascimento, data da primeira consulta, idade, faixa etária e número da CID-IX.

Estes dados foram tabulados segundo as faixas etárias do SEAM-HU, apresentando a seguinte distribuição de freqüência:

TABELA 1 – Distribuição de grupos etários de pacientes com doenças de mama, com primeira consulta entre julho de 1995 e junho de 1988, NHU-UFMS.

Faixa etária	Idade (anos)	Freqüência	Porcentagem
I	<11	10	1,1%
II	de 11 a 20	13	1,4%
III	de 21 a 30	28	3,2%
IV	de 31 a 40	131	15,0%
V	de 41 a 50	221	25,3%
VI	>50	468	53,7%
	Total	**871**	**100%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

2 – Distribuição por Faixas Etárias do total de casos registrados

Com a finalidade de pesquisar detalhadamente os casos de doenças mamárias referentes ao período estudado, localizados e catalogados no SEAM do NHU de Campo Grande, MS, procedeu-se a uma Amostragem Sistemática[45], que permitisse a análise do grande volume de informações obtidas, segundo os seguintes critérios:

1. Representatividade das várias faixas etárias, sendo proporcionalmente maior a porcentagem dos casos existentes nas faixas etárias com menor densidade;

2. Quantidade suficiente de casos, em cada faixa etária, que oferecesse um significado estatístico fidedigno.

Por isso foram selecionados, para coleta dos dados, 15,4% da totalidade dos prontuários especificados, isto é, n=134 casos, subdivididos pela ocorrência por Faixa Etária, segundo a mesma classificação do SEAM:

TABELA 2 – Amostra Sistemática selecionada

Faixa etária	Idade (anos)	Freqüência	% da FE	% da Amostra
I	< 11	10	100%	7,4%
II	de 11 a 20	10	75,0%	7,4%
III	de 21 a 30	14	50,0%	10,4%
IV	de 31 a 40	20	15,0%	14,9%
V	de 41 a 50	33	15,0%	24,6%
VI	> 50	47	10,0%	35,0%
	Total	**134**		**100%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

[45] Amostragem sistemática é a seleção dos elementos que constituirão a amostra, feita por um sistema imposto pelo pesquisador.

3 – A composição da Faixa Etária VI

Para uma melhor compreensão da situação real e tendo como base a análise das planilhas relativas à Amostra Sistemática (Vide Anexos 3 e 4), os casos que, segundo o SEAM do NHU-UFMS, pertencem à Faixa Etária VI, podem ser agrupados por década, em 4 subgrupos, como está exposto na seguinte tabela:

TABELA 3 – Amostra Sistemática, com subdivisão da Faixa Etária VI

Faixa etária	Idade (anos)	Frequência	% da Faixa Etária
I	<11	10	100%
II	de 11 a 20	10	75,0%
III	de 21 a 30	14	50,0%
IV	de 31 a 40	20	15,0%
V	de 41 a 50	33	15,0%
VI	**de 51 a 60**	**20**	**14.9%**
	de 61 a 70	**17**	**12,6%**
	de 71 a 80	**7**	**5,2%**
	> 80	**3**	**2,2%**
	Total	**134**	**100%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

Inclui-se a seguir, em **caráter ilustrativo,** o gráfico relativo à idade das pacientes com doenças da mama registradas por primeira vez entre julho de 1995 e junho de 1998, no NHU-UFMS (vide Tabela 3). A subdivisão das faixas etárias por lustros[46] permite, de fato, uma visualização mais apurada da distribuição uniformemente decrescente dos mais idosos, tornando-a mais aderente à 'curva normal de distribuição' (VIEIRA, 1989), que o SEAM-NHU reduz sumariamente à grande faixa etária VI.

[46] Lustro é um período de 5 anos.

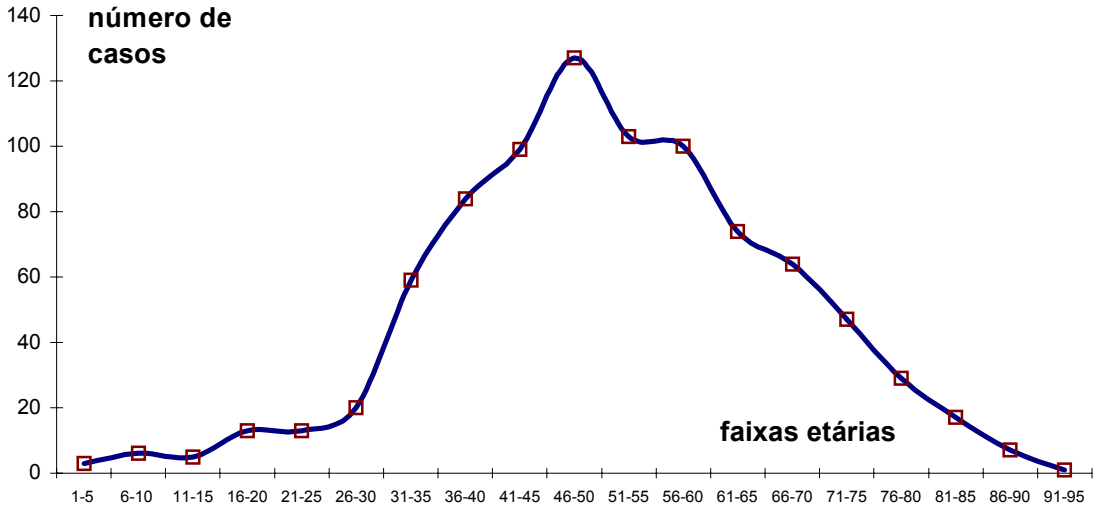

GRÁFICO 1 – Idade de pacientes com doenças da mama registradas por primeira vez entre julho de 1995 e junho de 1998, no NHU-UFMS.

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

4 – As patologias da Amostra Sistemática

Analisando cada prontuário da Amostra Sistemática, foram encontrados os seguintes grupos de patologias, algumas das quais não diretamente relacionadas com o câncer de mama:

TABELA 4 – Distribuição dos tipos de Doenças da Amostra Sistemática

Tipos	Freqüência	Porcentagem
Carcinoma ductal	61	45,5%
Carcinoma lobular	4	2,9%
Carcinoma papilar	3	2,2%
Displasias	24	17,9%
Mastite	5	3,7%
Ginecomastia	5	3,7%
Outras doenças	32	23,8%
Total	**134**	**100.00%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

5 – As doenças de mama da Amostra Sistemática

Excluindo as patologias não diretamente relacionadas com a mama, o total de casos da **Amostra reduziu-se a N=102,** correspondentes a 76,1% dos casos da Amostra Sistemática, sendo encontrado:

- 33,3% de patologias benignas, das quais 24 casos (23,5%) foram de displasias[47], 4 casos (4,9%) de mastites[48] e, também 4 casos (4,9%), de ginecomastia[49];
- 66,6% de neoplasias malignas, das quais 61 casos (59,8%) de carcinoma ductal[50], 4 casos (3,9%) de carcinoma lobular[51] e 3 casos (2,9%) de carcinoma papilar[52].

TABELA 5 – Distribuição dos tipos de doença de mama da Amostra Sistemática

Tipos	Freqüência	Porcentagem
Carcinoma ductal	61	59,8%
Carcinoma lobular	4	3,9%
Carcinoma papilar	3	2,9%
Displasias	24	23,5%
Mastite	5	4,9%
Ginecomastia	5	4,9%
Total	**102**	**100%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

[47] Displasia é uma alteração estrutural, não cancerosa, de células de um tecido.
[48] Mastite é uma inflamação da mama.
[49] Ginecomastia é o aumento do tecido mamário masculino.
[50] Carcinoma ductal é uma lesão cancerosa presente no ducto galactóforo.
[51] Carcinoma lobular é uma lesão cancerosa presente em um lóbulo mamário.
[52] Carcinoma papilar é uma lesão cancerosa presente no mamilo.

6 – Métodos Diagnósticos usados na Amostra Sistemática

Para os casos da Amostra Sistemática, foram utilizados os seguintes métodos diagnósticos para determinar a conduta terapêutica:

TABELA 6 – Métodos Diagnósticos usados na Amostra Sistemática

Tipos	Freqüência	Porcentagem
Exame clínico	102	100,00%
Mamografia	93	91,1%
Ultrassonografia de mama	68	66,6%
Cintigrafia	38	37,2%
Punção Biópsia Aspirativa	93	91,1%
Biópsia de Peça Cirúrgica	91	89,2%

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

7 – O Tratamento Cirúrgico das doenças de mama da Amostra Sistemática

O tratamento cirúrgico dos casos de neoplasias malignas encontrados na Amostra Sistemática (n= 68) foi de forma prevalente a Mastectomia Radical, como se evidencia na tabela seguinte:

TABELA 7 – Distribuição pelo tratamento cirúrgico

Tipos	Freqüência	Porcentagem
Mastectomia Radical	61	89,7%
Quadrantectomia	4	5,8%
Conservador	3	4,4%
Total	**68**	**100%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

8 – O Tratamento Coadjuvante das doenças de mama da Amostra Sistemática

Os tipos de Tratamento Coadjuvante que aparecem na Amostra são a Rxt e a Qt. A maioria dos casos foi submetida à Radioterapia e à Quimioterapia, enquanto um pequeno número de casos foi deixado sem Tratamento Coadjuvante ou a apenas um dos dois tipos de terapia. Os tratamentos fisioterápico e psicoterápico não aparecem em nenhum dos casos, embora existam os serviços de Fisioterapia e de Psicologia Clínica no NHU-UFMS.

TABELA 8 – Distribuição pelo Tratamento Coadjuvante

Tipos	Freqüência	Porcentagem
Qt + RxT	59	86,7%
sem Qt ou RxT	4	5,8%
Qt	2	2,9%
RxT	3	4,4%
Fisioterapia	0	0%
Psicoterapia	0	0%
Total	**68**	**100%**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

O parâmetro da distribuição etária apresenta uma correlação significativa com os dois grupos de Tratamento Cirúrgico utilizados na época em estudo, i.é, a mastectomia radical e a quadrantectomia.

Na tabela seguinte, a título de exemplo, é confrontada a mastectomia radical com a terapia coadjuvante, em uma distribuição por faixas etárias:

TABELA 9 – Mastectomia Radical x Tratamento Coadjuvante x Faixa Etária

Trat. Coadj.	<10 anos	11-20	21-30	31-40	41-50	51-60	61-70	71-80	81-90	>90 anos	Total
Qt + RxT	0	0	0	2	6	4	3	0	1	0	17
S/ Qt ou RxT	1	0	0	0	2	5	3	1	1	0	13
Qt	0	0	0	2	4	5	7	0	0	0	18
RxT	0	0	0	3	6	3	1	0	0	0	13
Psicoterapia	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Total	1	0	0	7	18	17	14	1	2	0	**61**

Fonte: SEAM do NHU-UFMS

B – DADOS RELATIVOS Á SEGUNDA ETAPA DA PESQUISA

1 – Dados Pessoais

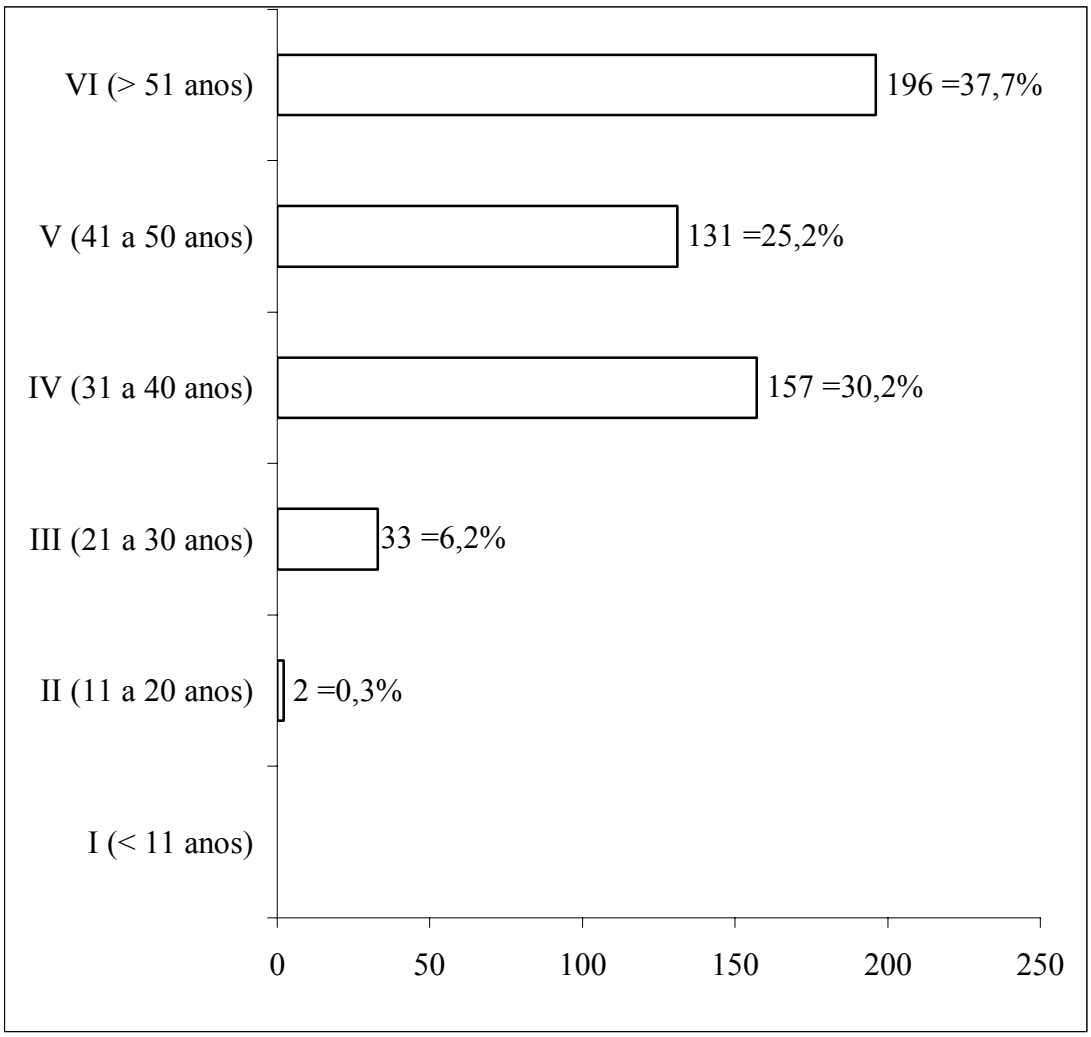

Gráfico 2 – Faixa Etária: Os dados pessoais dos que responderam revelam que, pessoas adultas com predominância a partir dos 31 anos e acentuadamente após os 51 demonstram maior interesse sobre o assunto. Muitas pessoas jovens, entretanto, participaram, mesmo não pertencendo à faixa etária diretamente mais atingida pela doença.

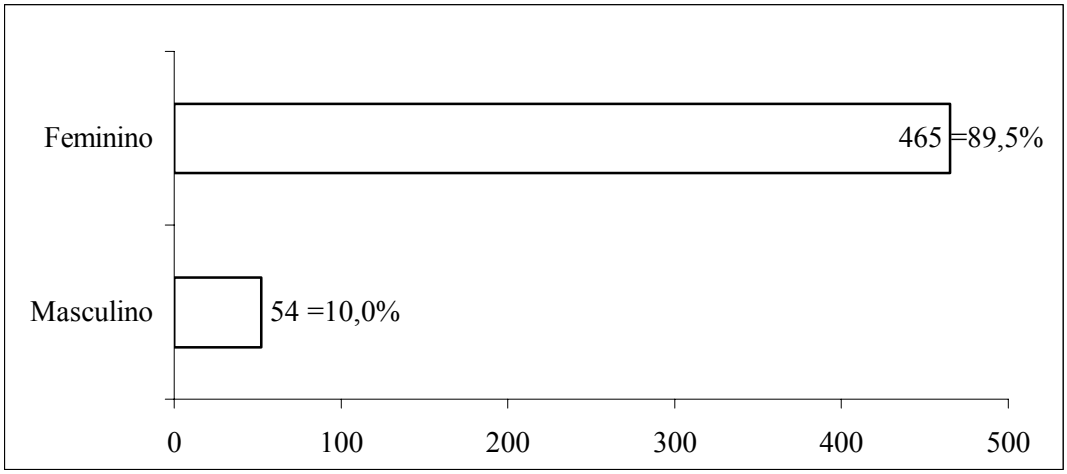

Gráfico 3 – Sexo: A maioria dos respondentes contituiu-se de mulheres, o que reflete o interesse pelo assunto, que atinge diretamente o sexo feminino. Os homens também se revelam interessados, em número bem mais representativo dos que os raros casos de câncer de mama que atinge o sexo masculino.

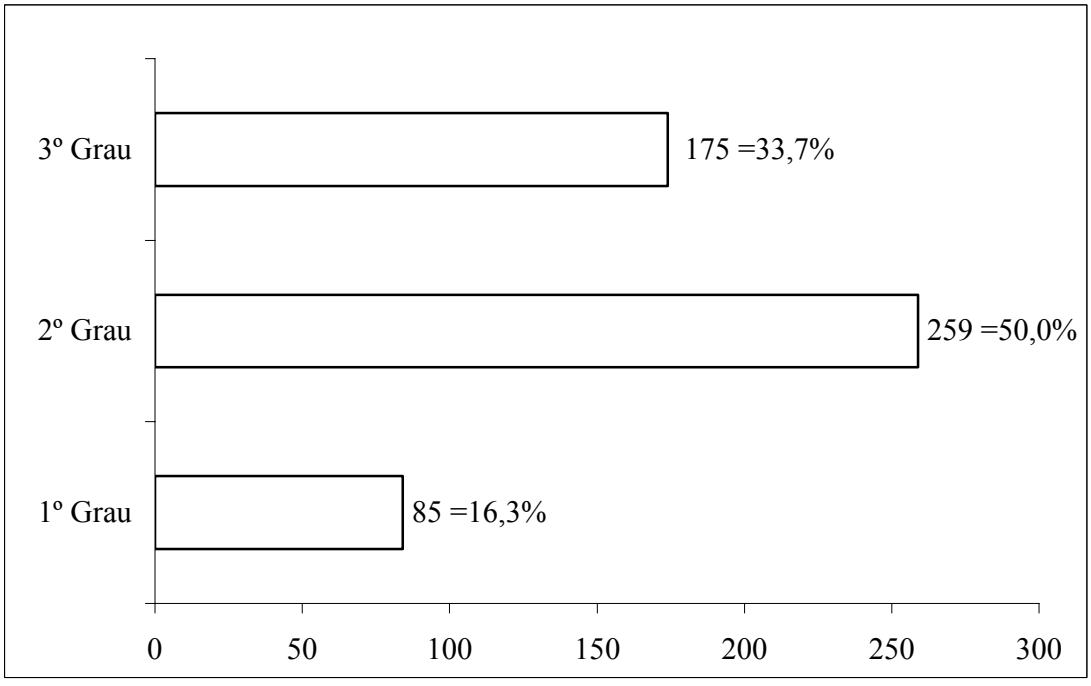

Gráfico 4 – Escolaridade: Predominam pessoas com melhor nível de escolaridade, possivelmente devido ao fato de não haver ainda um acesso mais generalizado ao uso dos computadores e da *Internet*.

2 – As 10 perguntas do questionário *on-line*

As questões encontram-se relacionadas em ordem crescente em cada gráfico a seguir:

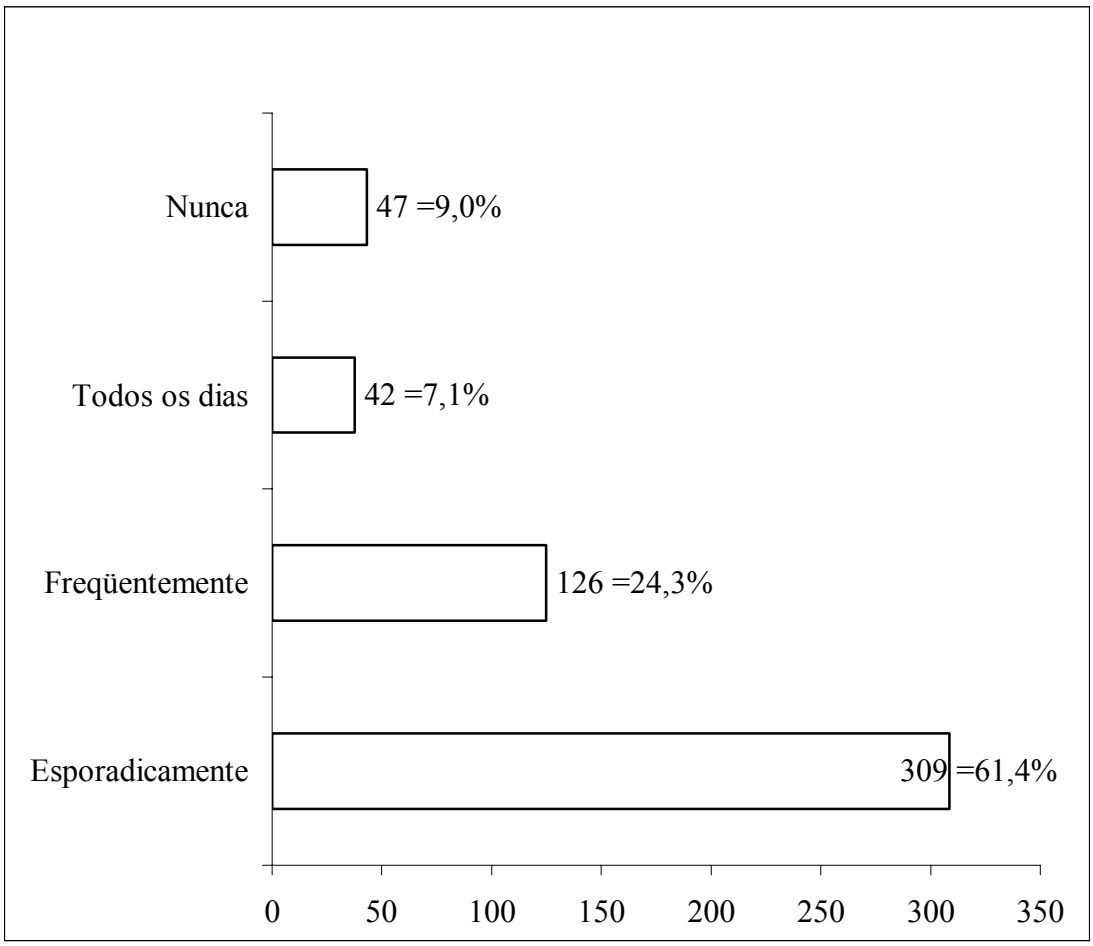

Gráfico 5 – Você auto-examina suas mamas?: A maioria das respostas demonstram a falta de hábito do auto-exame na população feminina: 309 (59,6%) esporadicamente, 47 (9,0%) nunca, mesmo das camadas mais escolarizadas.

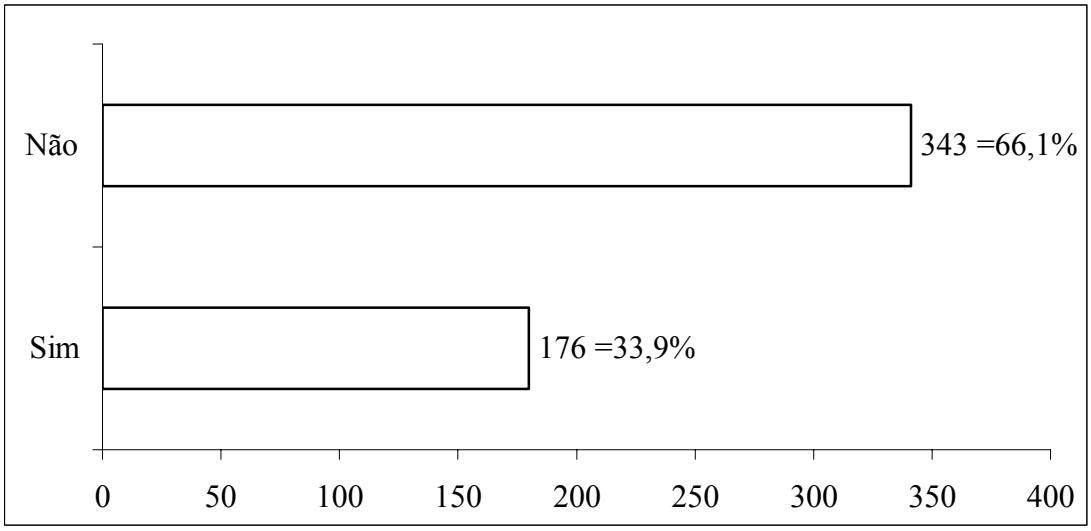

Gráfico 6 – Foi-lhe diagnosticado câncer de mama?: Um número relevante de respostas espontâneas (176 =33,9%) foi positivo quanto ao diagnóstico de neoplasia mamária. A experiência pessoal confere particular valor testemunhal às respostas seguintes.

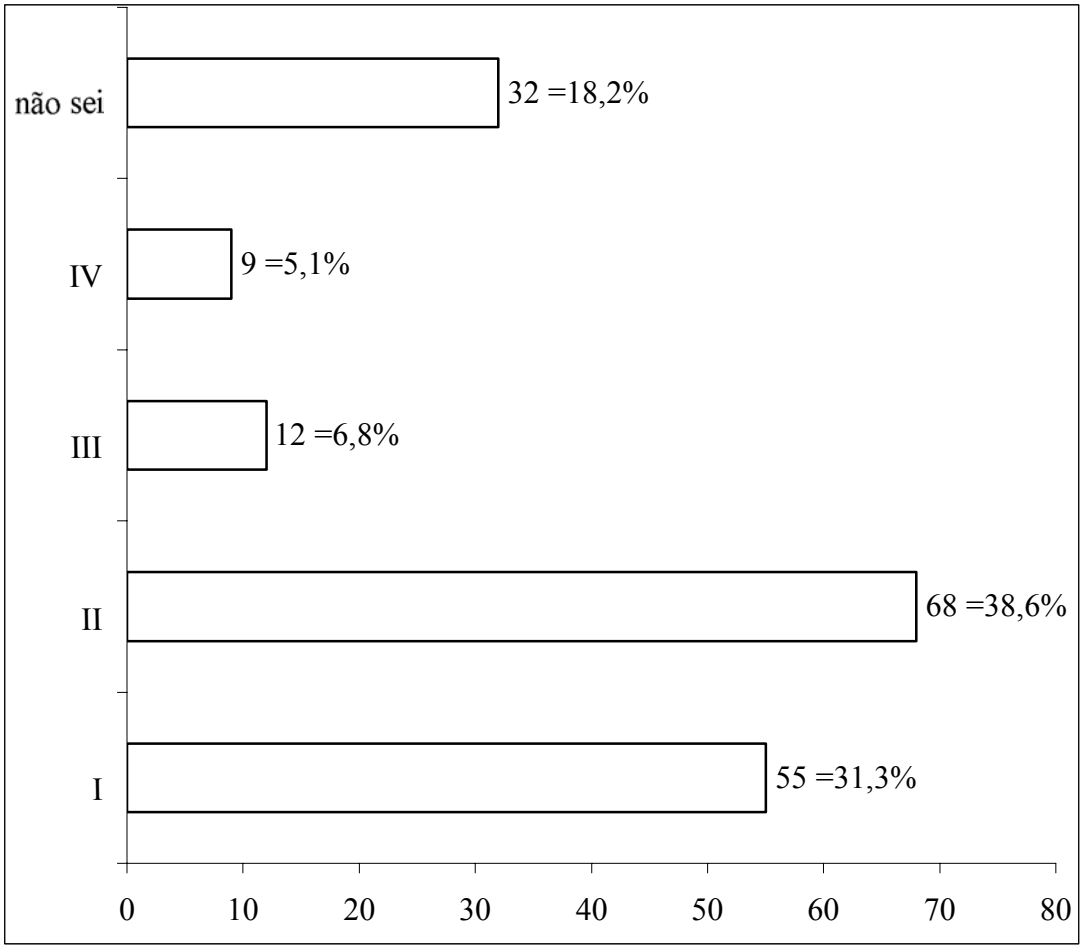

Gráfico 7 – Que estágio?: O estadiamento das neoplasias mamárias solicitado pelo questionário é aquele tradicional, de Ackerman (Vide Tabela 1). A grande maioria (144 sobre o total de 176) conhece o estádio de sua doença e apenas uma pequena parte é de casos de câncer em fase avançada.

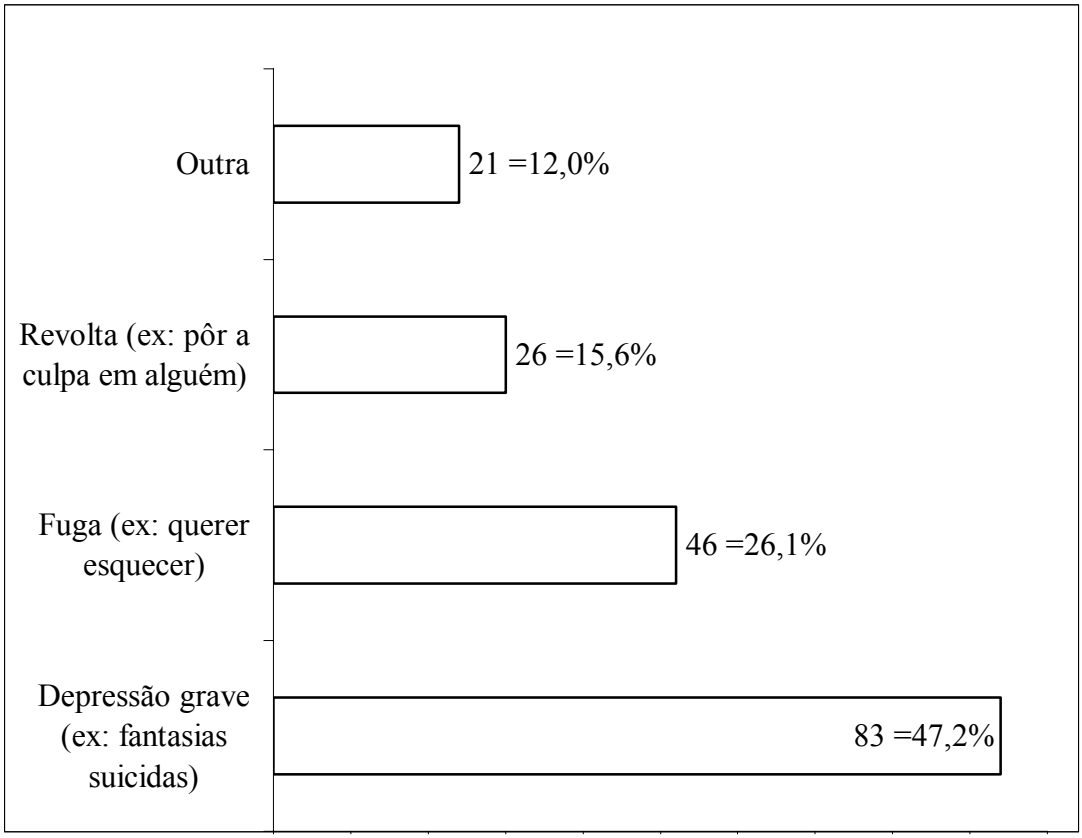

Gráfico 8 – Qual foi sua principal reação à noticia do diagnóstico de câncer de mama?: Entre as respostas emocionais após o diagnóstico, prevalece a reação depressiva (47,2%). Muito comum (26,1%) é a reação de fuga. E há quem responda com a reação de luta (14,6%). Os 12,0% restantes são respostas que se referem à percepção da responsabilidade para com a família e os filhos ou à confiança nos recursos terapêuticos da ciência ou mesmo da religião; ou à própria força e coragem pessoal.

.

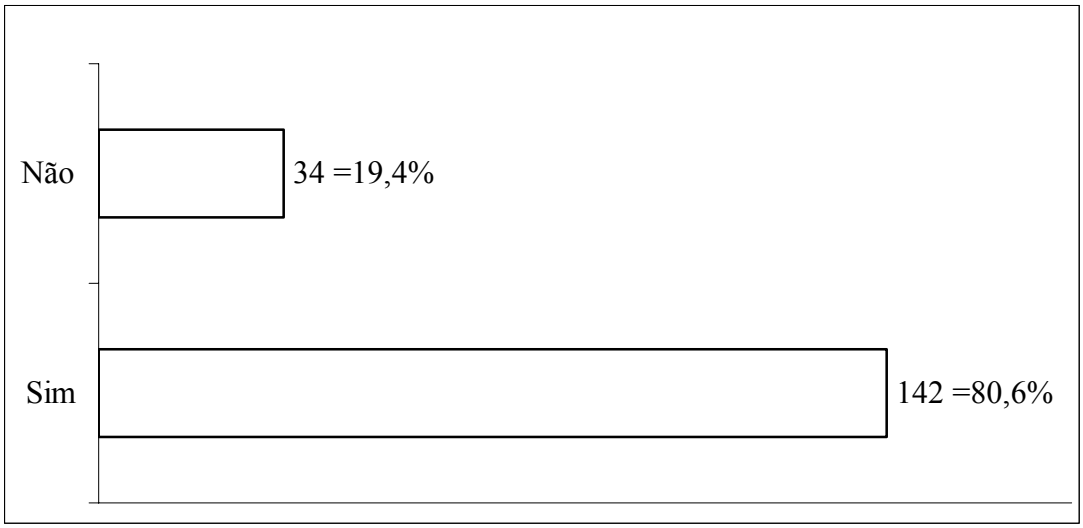

Gráfico 9 – Recebeu alguma terapia?: A grande maioria (80,6%) dos respondentes afirma ter recorrido a algum tipo de ajuda terapêutica e ter obtido benefícios com ela.

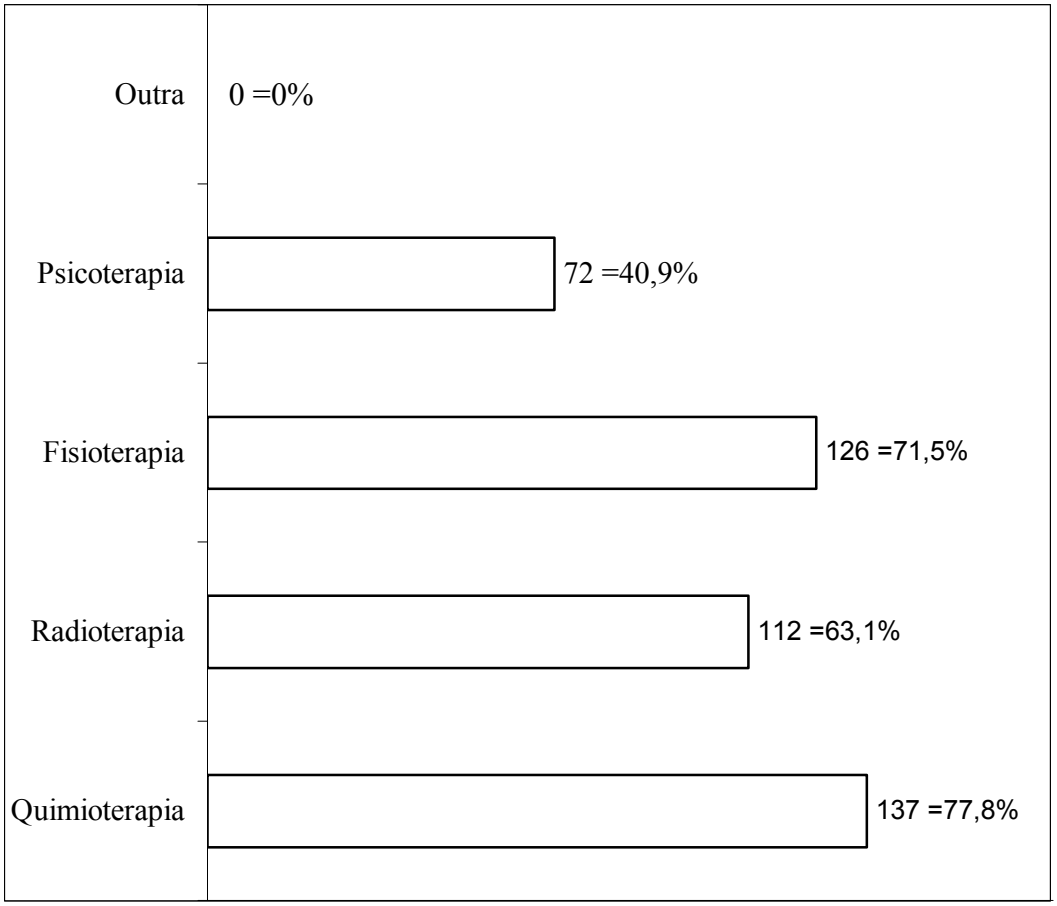

Gráfico 10 – Que tipo de terapia?: A terapia coadjuvante mais freqüente (77,8%) é a quimioterapia. Menos freqüente (63,6%) é a radioterapia. A fisioterapia complementa o tratamento cirúrgico em 71,5% das respostas. A psicoterapia faz-se presente em 40,9%.

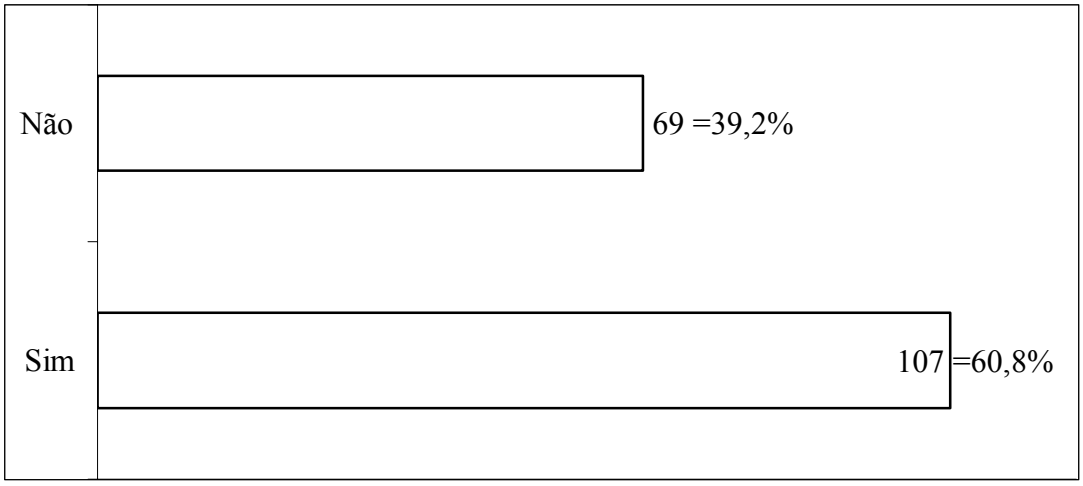

Gráfico 11 – Foi mastectomizado(a)?: A maioria das pacientes com câncer de mama foi mastectomizada (60,8%), mesmo entre aquelas cujo diagnóstico inicial, foi de estádio II.

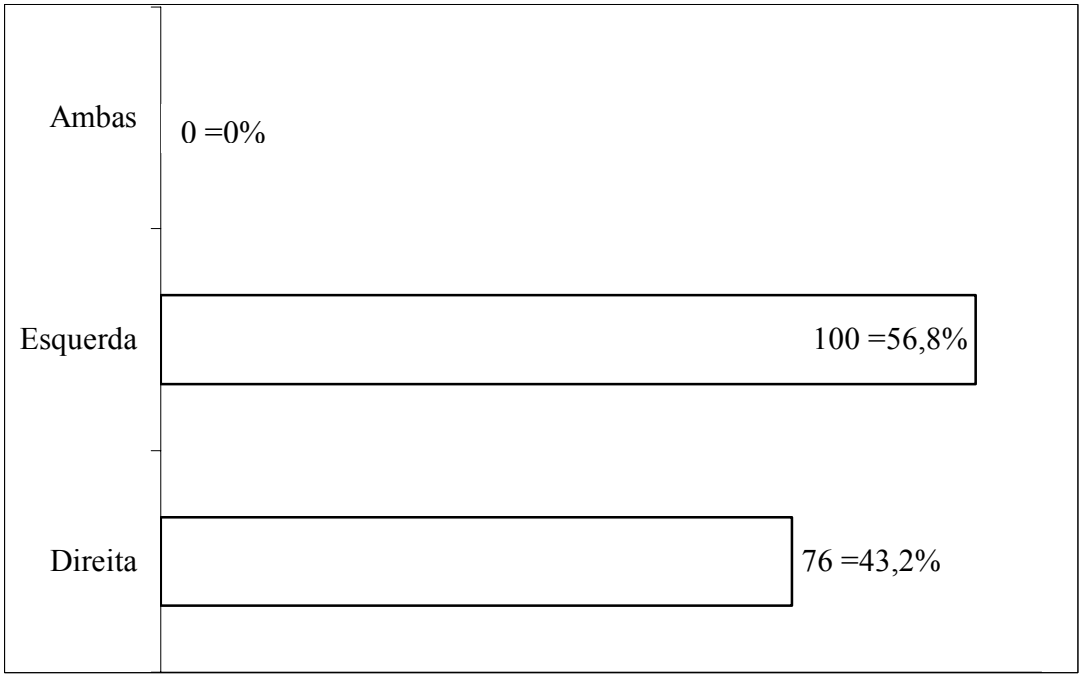

Gráfico 12 – Mama: A mastectomia esquerda foi a mais prevalente. Nenhum caso de mastectomia bilateral foi relatado.

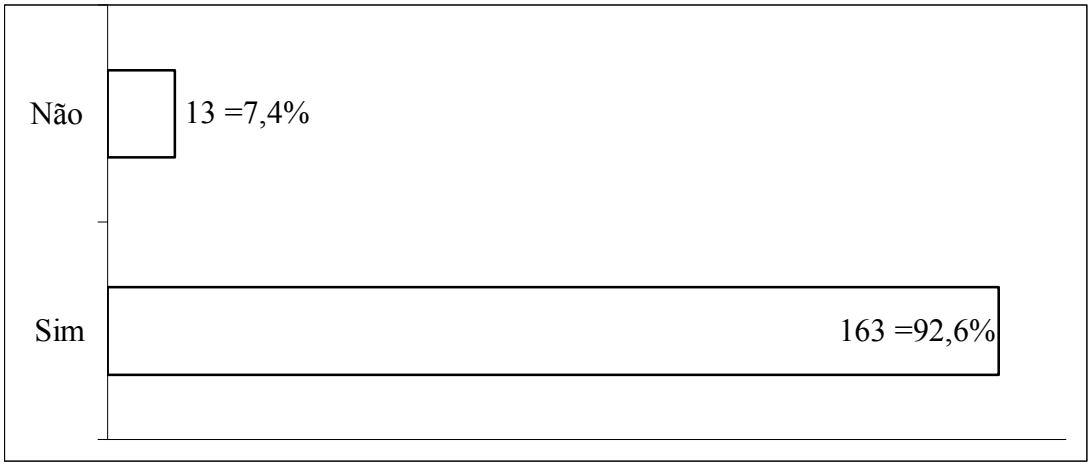

Gráfico 13 – Se estiver fazendo alguma terapia, está sendo constante?: Quase todas as pessoas submetidas a algum tipo de terapia (92,6%) declaram-se constantes no tratamento.

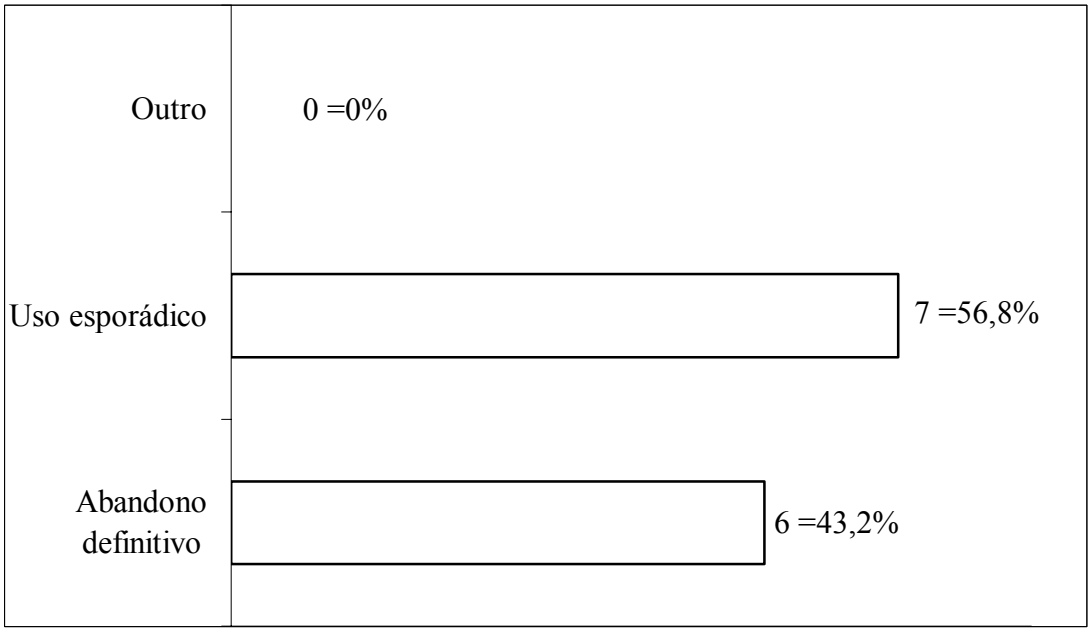

Gráfico 14 – Não? Como?: Dos 13 que admitem interrupção do tratamento, 6 (43,2%) declaram tê-lo abandonado definitivamente e 7 (56,8%) dizem submeter-se esporadicamente ao mesmo.

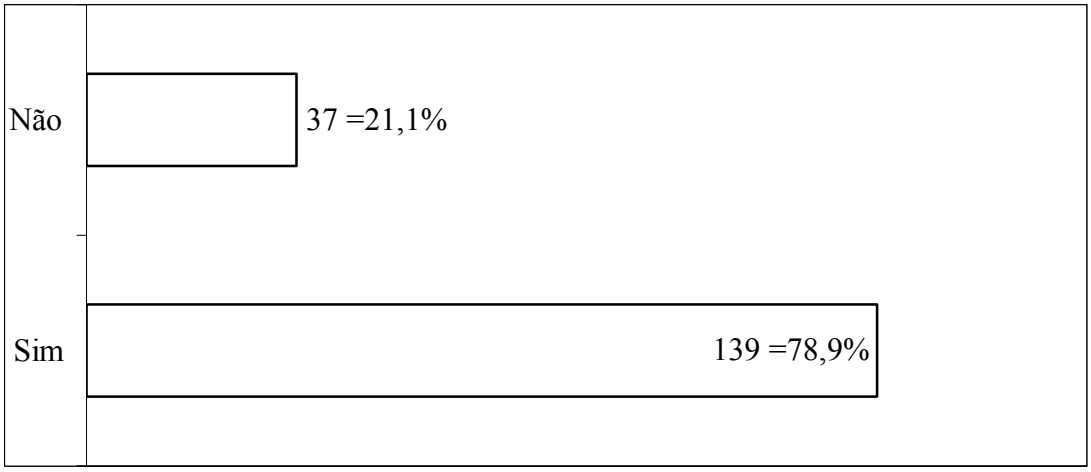

Gráfico 15 – Está satisfeito(a) com os resultados de seu tratamento?: A grande maioria (78,9%) manifesta satisfação com os vários tipos de tratamento recebido.

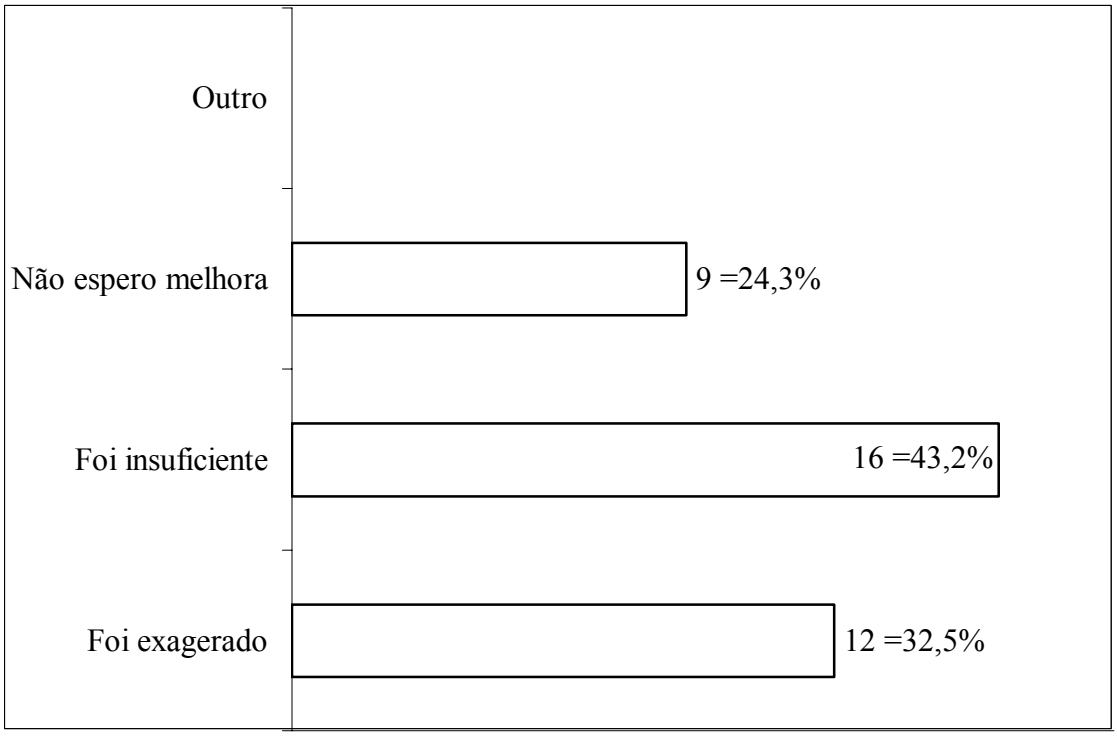

Gráfico 16 – Não? Por quê?: Das três alternativas sugeridas, entre os 37 que se demonstraram insatisfeitos com o tratamento, 16 (43,2%) consideraram-no insuficiente, 12 (32,5%) acharam-no excessivo e 9 (24,3%) declararam-se desesperançados em relação aos resultados.

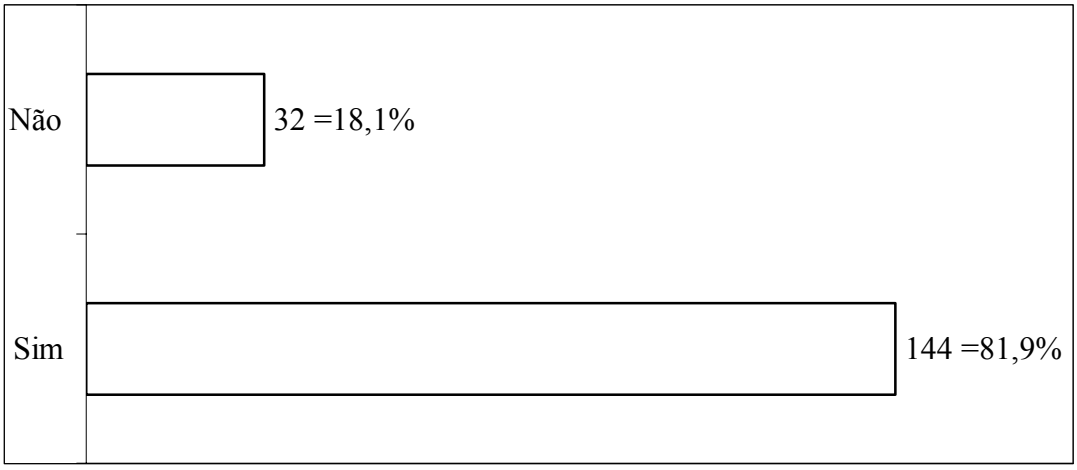

Gráfico 17 – Você teve esclarecimentos satisfatórios sobre o significado de sua doença?: A grande maioria das respostas dos que receberam tratamento de câncer de mama (81,9%) manifestam satisfação com os esclarecimentos recebidos sobre o significado da doença.

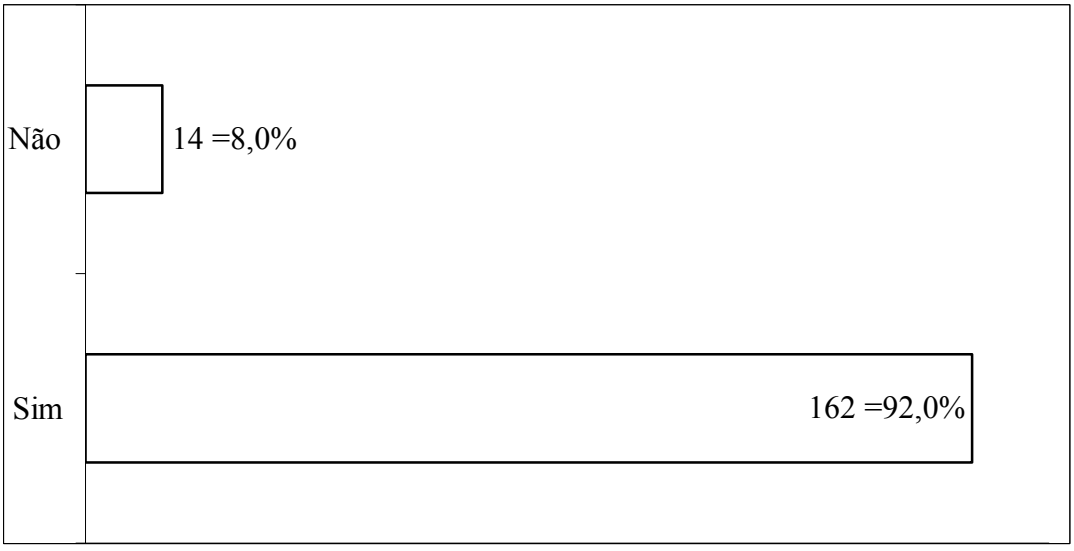

Gráfico 18 – Acha que teria alguma vantagem, de mais informações sobre sua doença?: Quase todos (92,0%) desejariam obter informações adicionais sobre o câncer de mama, sua prevenção e tratamento.

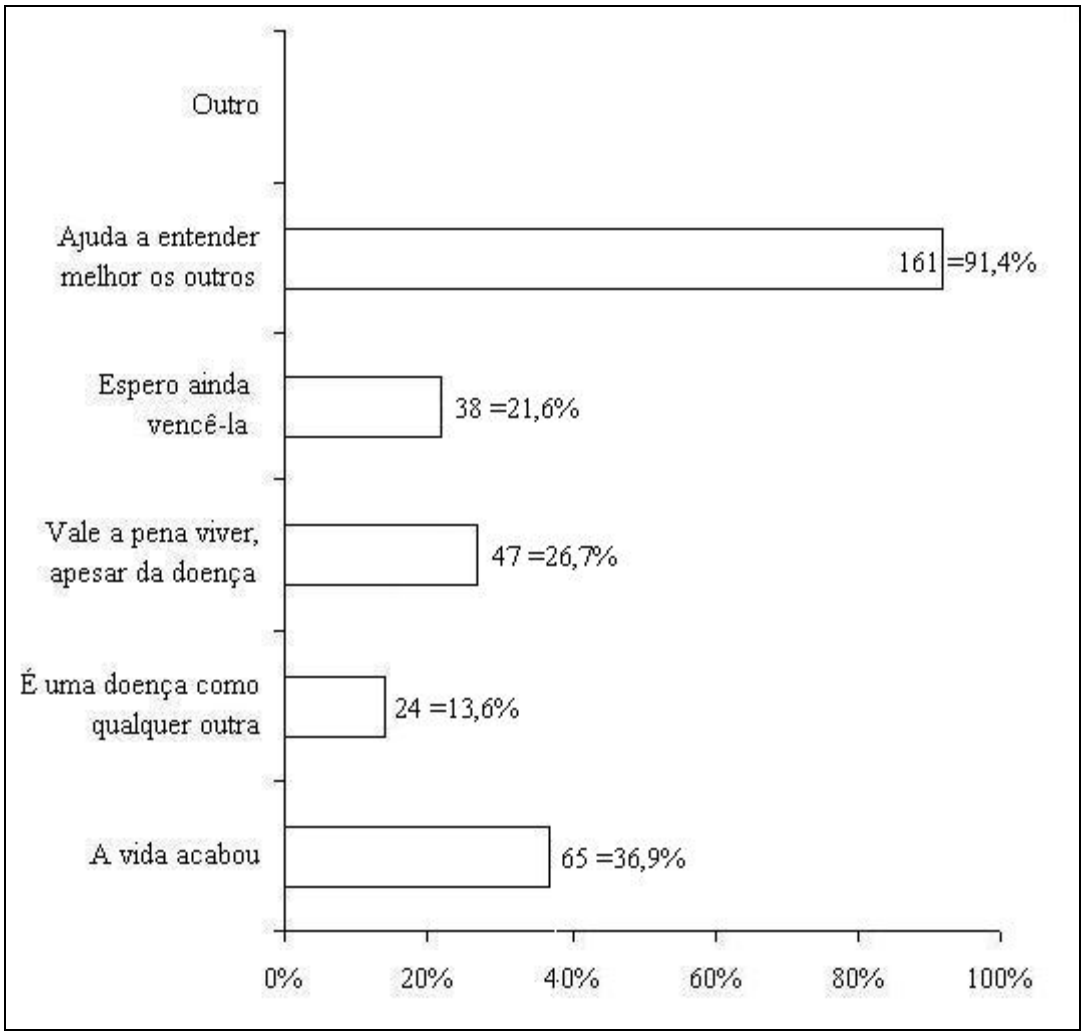

Gráfico 19 – Como se sente atualmente, com relação à sua doença?: A alternativa pessimista proposta a este quesito recebeu 36,9% das respostas. As alternativas positivas: 'é uma doença como qualquer outra', 13,6%; 'vale a pena viver, apesar da doença', 26,7%; 'espero ainda vencê-la', 21,6%.

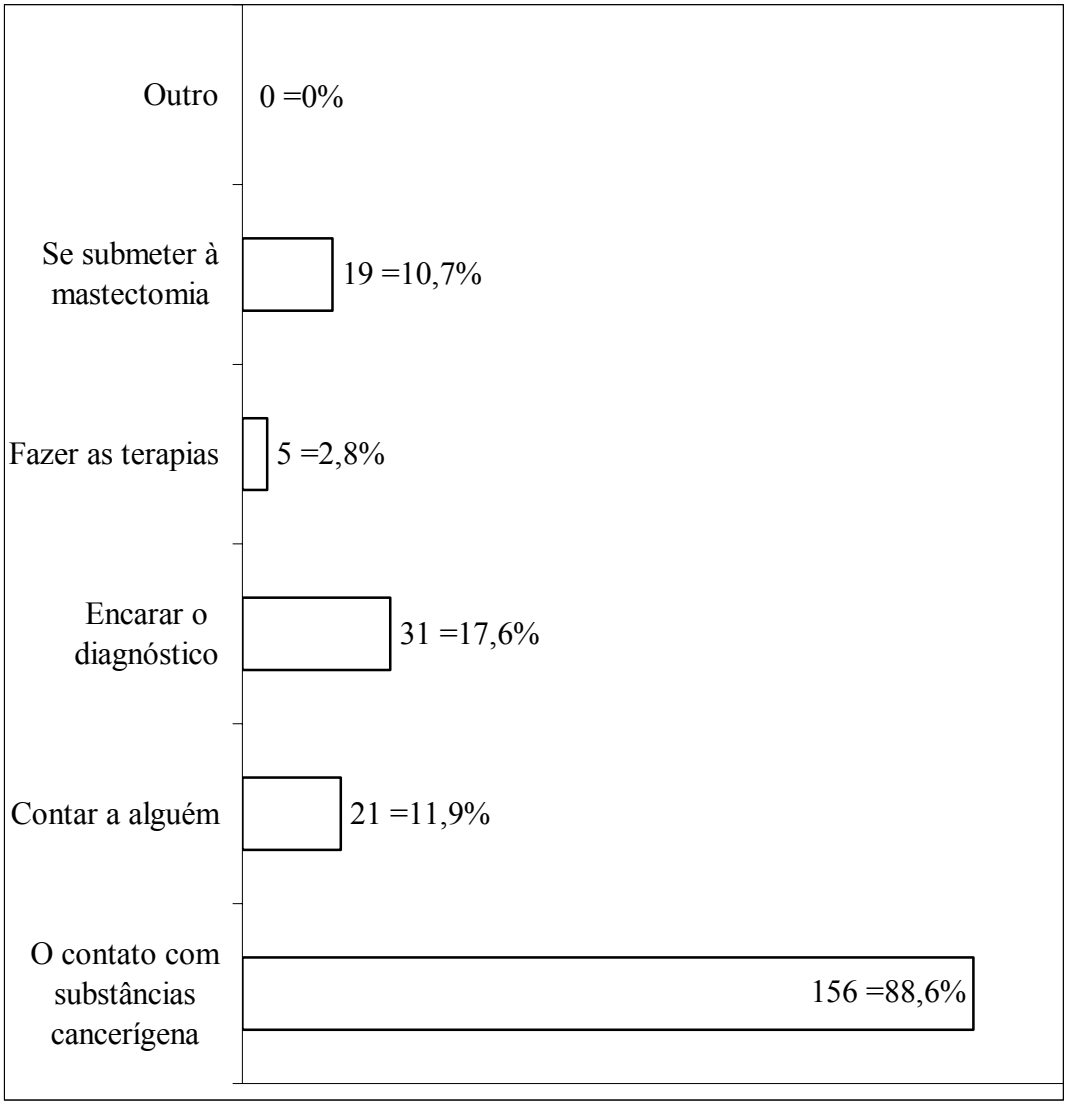

Gráfico 20 – O que gostaria de evitar, se pudesse voltar atrás?: A grande maioria (88,6%) reconheceu a necessidade de evitar as causas conhecidas do câncer. Poucas são as respostas negativas: 'contar a alguém', 11,9%; 'encarar o diagnóstico', 17,6%; 'fazer as terapias', 2,8%; 'se submeter à mastectomia', 10,7%.

IV - DISCUSSÃO

A – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA PRIMEIRA ETAPA

O acervo dos 871 prontuários do Hospital Universitário (NHU) de Campo Grande, registrados como casos relacionados com doenças da mama (CID-IX, nº 174.9/3), entre 1995 e 1998, inclui, de fato, um pequeno número de casos estranhos a esta categoria, revelados pela própria amostra sistemática selecionada, em que se encontra o seguinte:

- Os 10 casos da faixa etária I (<10 anos de idade) registrados como sendo de neoplasias mamárias, ao exame dos prontuários, revelaram-se pertencentes a vários tipos de patologia pediátrica, mesmo quando de tipo neoplásico, sem qualquer relação com o câncer de mama. As neoplasias mamárias são extremamente raras na infância, mas são observadas em várias partes do mundo, como foi o caso de uma criança de seis anos, apresentado pela equipe espanhola de Serrano (1980) ou o de uma menina de 10 anos, fotografado e descrito em pôster por uma equipe de oncologistas peruanos, em 1994, junto ao oitavo Congresso Internacional de Mastologia de Rio de Janeiro, ou o de uma outra criança de seis anos, publicado mais recentemente pela equipe canadense de Murphy (2000). Neste último, a criança apresentava uma massa de tecido mole que aumentava de tamanho, lateralmente à aréola mamária direita. A família tinha sido tranqüilizada por supostamente tratar-se de lesão benigna. O exame ultrassonográfico, entretanto, mostrou uma estrutura cística que, à biópsia, revelou tratar-se de um adenocarcinoma ductal secretante. Foi realizada uma mastectomia radical com dissecção de 11 gânglios axilares, todos negativos para metástases. Três anos após o diagnóstico, a criança apresentava-se ainda livre da

doença. Os receptores estrogênio-progesterona e o *screening* para BCR 1 e 2 estavam negativos. Trata-se do primeiro caso relatado de estudo citogenético com linha de células anormais apresentando uma translocação recíproca entre 12p e 15q.

- Entre os casos selecionados, das faixas II a VI (>11 anos de idade), 5% foram de ginecomastia[53], portanto de mama masculina, sem referência a neoplasias malignas. A ginecomastia está presente em um elevado número de casos (mais de 60%) em indivíduos com síndrome de Klinefelter, possuindo um risco de neoplasia mamaria 20 vezes superior ao da população normal. Em adultos, sem o defeito genético da síndrome de Kleinefelter, pode ocorrer a ginecomastia unilateral que constitui um sinal importante de neoplasia de origem não mamária e que portanto exige a mastectomia como parte do tratamento oncológico. Apesar da relevância das doenças da mama no gênero masculino, as mesmas não foram o enfoque principal deste trabalho. A ginecomastia e o câncer de mama masculino mereceriam um estudo mais detalhado, mesmo sob o perfil psicossocial, pela repercussão que acarretam na personalidade dos homens, da mesma maneira que ocorre com as mulheres. Sobre este assunto de grande interesse para a saúde comunitária, podem ser encontrados os estudos de duas equipes brasileiras, de Pádua Filho (1998) e de Araújo (2003).

Estes achados, embora não objetivados na presente pesquisa que é voltada prioritariamente às mulheres mastectomizadas vítimas de neoplasia mamária maligna, refletem a incidência esperada em uma amostra populacional de pacientes acompanhados ambulatorialmente por qualquer serviço de Oncologia. Parece

[53] Ginecomastia é a presença de tecido mamário aumentado, em mama masculina.

necessário, portanto, relatar o fato desta inclusão indevida e não esperada na amostra, cujas causas hipotéticas podem ser: a) tratar-se de pequenos pacientes encaminhados alguma vez ao ambulatório de Oncologia, por suspeitas não confirmadas de neoplasia; b) ou de pacientes aos cuidados de médicos particularmente atentos aos problemas do câncer; c) ou de prontuários separados por alguma finalidade prática de utilidade do serviço, sem ulteriores indícios para uma clara definição.

Como visto anteriormente, o SEAM-NHU agrupa, na faixa VI, todas as idades acima dos 50 anos, tornando pouco visível a real distribuição da freqüência das faixas etárias (vide Tabela 4): faixa etária VI, idade mais de 51 anos, freqüência 468 prontuários (53,73%).

No Gráfico 1, pode-se observar que a faixa etária VI do SEAM-NHU é formada, na realidade, por uma distribuição uniformemente decrescente das décadas dos mais idosos.

Cabe atribuir a devida importância à utilização desta subdivisão detalhada dos grupos etários, principalmente no momento das conclusões sobre as ações públicas de prevenção e de controle das doenças neoplásicas, em particular das neoplasias mamárias e de seus aspectos psicossociais, na região considerada.

A distribuição dos tipos de doenças encontradas na Amostra Sistemática selecionada, corresponde a 15,4% da população atendida. O critério de representatividade das várias faixas etárias foi de uma porcentagem proporcionalmente maior nos casos das faixas etárias com menor densidade, preservando uma quantidade suficiente de casos, em cada faixa etária, que oferecesse um significado estatístico fidedigno.

Dos n=134 casos selecionados com base nestes critérios, subdividindo por décadas a grande Faixa Etária VI da classificação do SEAM-NHU, foi derivada a Tabela 3. Nela, pode-se observar a progressiva diminuição dos mais idosos, conforme o andamento da curva 'normal' de freqüência dos fenômenos estatísticos (VIEIRA, 1989), que o Gráfico 1 permite visualizar de maneira mais detalhada, com a divisão das faixas etárias em períodos de cinco anos. Estes achados corroboram as opiniões de Fisher e Constantino (1998) sobre a preocupação das campanhas de prevenção e dos serviços de assistência, que visam principalmente ao público alvo das mulheres em fase de menopausa.

Os dados relativos a: Número do Prontuário (NP), Data de Nascimento do/da Paciente (NPP), Data do Primeiro Atendimento (DPA), Idade no Primeiro Atendimento (IPA) e Faixa Etária (FE), segundo o critério do SEAM-NHU, foram obtidos diretamente pela transcrição do catálogo computadorizado fornecido pelo próprio SEAM, enquanto as Iniciais do Nome (IN) foram extraídas da identificação completa trazida pelo catálogo e o Sexo do/da Paciente (SP) foi deduzido pelo nome e pelas características descritas nos prontuários selecionados para a Amostragem Sistemática (Vide Anexo B).

O Tipo de Lesão Diagnosticada (TLD), o Método Diagnóstico (MD), o Tipo de Tratamento Empreendido (TTE) e o Resultado do Tratamento foram anotados a partir dos prontuários selecionados para a mesma Amostragem Sistemática.

O registro do Tempo de Sobrevida ou Cura da doença (TSC), previsto no plano de trabalho original não foi viabilizado nesse estudo, haja vista a necessidade de um estudo de *follow-up* a ser realizado através de entrevistas pessoais de pacientes acometidos, cuidadores e/ou pessoas que convivem com os acometidos. Tal

necessidade de tempo mostrou-se inviável no momento, podendo ser viabilizada em estudo posterior. O período de cinco anos transcorrido desde a realização da primeira fase da pesquisa, de outro lado, resulta particularmente propício para tal avaliação *a posteriori*. Um período de sobrevida de cinco anos após o tratamento, de fato, é considerado cura clínica da doença maligna. Pesquisas como as da equipe de D'Ercole (2003) confirmam estes achados.

O tipo de doença mamária mais freqüente no estudo (61 casos- 59.80%; 89,70% de todas as neoplasias malignas de mama encontradas na amostra) é a patologia histologicamente definida como 'carcinoma ductal'. Estes dados confirmam os encontrados por Li (2003) através da realização de estudo epidemiológico descritivo relativo ao período de 1987 a 1999, o qual revela que a incidência do carcinoma lobular invasivo, nos Estados Unidos é normalmente muito menos freqüente que o carcinoma ductal, podendo aumentar com a terapia hormonal substitutiva combinada Estrogênio/Progesterona (CHRT), comumente recomendada no período da menopausa. Este aumento do câncer lobular invasivo pode representar, além do mais, um desafio clínico adicional, pela dificuldade de detectá-lo, tanto pelo exame físico como pela mamografia.

Dados similares aos acima citados foram também obtidos nos Estados Unidos, entre 1997 e 2000, pelo Centro Superior de Medicina (*Summit Medical Center* - SMC) e o Banco Nacional de Dados (*National Center Data Base* - NCDB) quanto à distribuição dos tipos histológicos do câncer de mama, sendo 66% de carcinoma ductal infiltrante, 11% de carcinoma ductal *in situ*, 10% de carcinoma lobular infiltrante, 8% misto, 1% carcinoma lobular *in situ* e 4% outros/desconhecidos (*SUMMIT BREAST CANCER REPORT*, 2000).

A mastectomia radical representa o tratamento de escolha na grande maioria dos casos de neoplasia mamária tratados pelo HU da UFMS de Campo Grande, no período de julho de 1995 a junho de 1998. Na ausência de um banco de dados mais aprimorado e informatizado, a subdivisão das neoplasias e dos tratamentos, adotada neste trabalho, refere-se a grupos mais abrangentes do que aqueles que se encontram no Relatório 2000 sobre Câncer de Mama do SCM dos Estados Unidos (*SUMMIT BREAST CANCER REPORT*, 2000).

Com respeito ao tratamento cirúrgico dispensado às pacientes de câncer de mama do HU da UFMS de Campo Grande, foram criadas, de fato, três categorias apenas: mastectomia radical, quadrantectomia e conservadora, onde estão englobadas todas a variantes de intervenções cirúrgicas, tradicionais e mais recentes, adotadas pelas escolas de cirurgia oncológica mamária.

Não foi possível levar em conta o estadiamento da doença, o qual foi, entretanto, realizado na fase propedêutica do diagnóstico e nos protocolos de tratamento, como pode ser constatado, esporadicamente, na planilha elaborada *ad hoc* para análise da Amostra Sistemática (Vide Anexo 3).

O tamanho da amostra analisada pelo Relatório do SCM (*SUMMIT BREAST CANCER REPORT*, 2000) é quantitativamente equivalente ao deste estudo, mas se vale de dados discriminados desde a fonte. Cabe, entretanto, uma comparação útil para a compreensão dos resultados, sendo ela mesma uma análise comparativa entre dois registros confiáveis, i.é, o SMC e o NCDB estado-unidenses, a qual pode ser vista abaixo:

a. Dos 102 casos de doenças de mama selecionados na Amostra Sistemática dos registros do SEAM do NHU-UFMS, entre 1995 e 1998, as neoplasias malignas

representam o 66,66% (Vide Tabela 4). O carcinoma ductal foi o tipo de câncer mamário mais freqüente (61 casos =59.80%). Dos 93 casos de câncer de mama encontrados em 2000 pelo SMC, setenta e um (71=76%) foram diagnosticados e tratados, enquanto vinte e um (21=23%) foram diagnosticados e encaminhados sucessivamente para tratamento. A porcentagem destes últimos vem aumentando a cada ano (*SUMMIT BREAST CANCER REPORT*, 2000).

b. A Amostra Sistemática dos registros do SEAM do NHU-UFMS, não tendo à disposição o estadiamento de todos os casos de câncer mamário, pôde quantificar apenas o total dos tratamentos cirúrgicos utilizados. A mastectomia radical corresponde a 89,70% de todas as cirurgias praticadas na Amostra (Vide Tabela 5). Entre 1997 e 2000, o tratamento cirúrgico do câncer de mama encontrado pelo SCM variou de uma simples biópsia a uma Mastectomia Radical Modificada (MRM), dependendo do estadiamento da doença.

c. O reduzido número de casos da Amostra do NHU-UFMS (4,41%) submetidos a Tratamento Conservador supõe-se que se deva à prevalência de estadiamentos mais avançados na grande maioria das pacientes que chegam ao Serviço de Oncologia de Campo Grande. Deduz-se isso da grande variedade de abordagens reservadas pelo próprio serviço às diversas formas e graus de gravidade em que o câncer de mama se apresenta.. Para o estádio 0 do câncer de mama, a tendência encontrada pelo SMC, entre 1999 e 2000, foi o Tratamento Conservador da Mama (BCT) em mais de três quartos das pacientes. Este dado é parecido com o 60% de BCT para o câncer de mama de estádio 0 encontrado nas estatísticas do NCDB de 1995. Para o estádio I, o tratamento cirúrgico do SCM é muito parecido com as percentagens das mulheres submetidas, em 1995, a BCT com ou sem Rxt, comparado com a MRM.

d. No Serviço de Oncologia do NHU-UFMS, os progressos da ciência e da tecnologia cirúrgica parece haver sido absorvidos em forma adequada (quadrantectomia em 5.88% dos casos), mas os estádios mais avançados em que se encontram as pacientes demonstram um provável atraso e/ou inépcia dos sistemas de triagem diagnóstica e de propagação dos princípios de prevenção entre a população, alvo de uma indispensável educação sanitária. Para o estádio II, o SCM observou uma dramática elevação do BCT em 2000. Nos três anos anteriores, 1997 a 1999, menos de um terço de pacientes em estádio II foram submetidas a BCT; mas esta proporção cresceu até mais de 60% em 2000. A porcentagem de pacientes em estádio II tratadas com BCT em 1995, segundo o NCDB era de 36%. Apesar dos números de pacientes com câncer de mama em estádio III e IV seja baixo (2 – 9 pacientes por estádio por ano), o tratamento cirúrgico pelo SCM espelha os dados do NCDB, com 75 – 100% das pacientes de estádio III do SCM submetidas a MRM em contraste com o estádio IV em que 25 – 50% das pacientes não obteve procedimentos cirúrgicos, refletindo ainda o NCDB.

Em todo o período pesquisado no Serviço de Oncologia do HU-UFMS de Campo Grande observa-se a presença do uso rotineiro da terapia hormonal e da quimioterapia como tratamento coadjuvante do câncer de mama, com ou sem tratamento cirúrgico prévio. Segundo o SCM, a porcentagem das pacientes com câncer de mama que recebe uma terapia sistêmica foi maior que aquela apresentada nos dados do NCDB, por cada estádio do câncer. A mais ampla diferença comparável está no estádio precoce do câncer de mama em que mais de 50% das pacientes SCM com estádio 0 ou 1 receberam terapia hormonal e/ou quimioterapia, em 2000. Cerca de três quartos dos casos de estádio II receberam tratamento

sistêmico em 2000. Isso equivale a 5,6% de pacientes com câncer de mama em estádio 0 e 34,7% de estádio I que receberam tratamento sistêmico, segundo os dados do NCDB (*SUMMIT BREAST CANCER REPORT*, 2000). Com o crescente uso do tamoxifeno, foi constatado um aumento drástico do número de pacientes com câncer de mama em estádio 0 que receberam tratamento sistêmico, de 1 sobre 23 pacientes (0,4%) no período de 1997 a 1999 até mais de metade das pacientes (7 sobre 13), em 2000.

O uso rotineiro do tamoxifeno é observável no Serviço de Oncologia do NHU-UFMS também. Falta, entretanto, a este trabalho, um *follow-up* adequado que autorize a tirar conclusões de valor semelhante às que o relatório americano permite deduzir.

Esquemas de quimioterapia e de terapia hormonal clássica e mesmo novos coquetéis sugeridos por experiências de resultados acreditados pela literatura científica, aparecem no período estudado. O Tamoxifeno é a substância oncostática mais usada, existindo, principalmente, no final dos anos oitenta e no início dos anos noventa, o coquetel de fármacos como ciclofosfamida, metotrexate, 5-fluorouracil, vincristina e prednisone (RIVKIN *et al.*, 2003).

Um trabalho futuro de acompanhamento, que inclua dados sobre a sobrevida e os relatos pessoais das pacientes estudadas no período objeto da pesquisa, permitirá completar o quadro sobre a qualidade dos serviços locais de saúde destinados a população potencialmente suscetível de neoplasias mamárias.

B – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS DA SEGUNDA ETAPA

As pessoas que responderam à *enquête on-line* são principalmente adultas, aumentando a partir dos 31 anos e mais ainda após os 51, principalmente mulheres, de instrução média e superior. Esta preponderância de pessoas mais instruídas e experientes pode oferecer uma visão, embora parcial, da opinião difusa na população em geral, pois não existe ainda um acesso mais generalizado ao uso dos computadores e da *Internet*. O uso da *Internet* na informação acerca da saúde não parece particularmente associada a um melhor enfrentamento psicológico por parte de pacientes com câncer de mama (FOGEL, 2004). Santoro (2003), entretanto, numa revisão da literatura e de *websites* de elevada qualidade que falam de câncer de mama, aponta para a utilidade de um fácil acesso a índices apropriados como o Cancerlit, o MedlinePlus, e o Cancerlinks.

As dez perguntas contidas no questionário QOM foram formuladas e articuladas, com o intuito de revelar o pensamento das pessoas sobre as várias facetas do problema, estimulando, ao mesmo tempo, sua reflexão.

Ao Quesito 1 do QOM ("Você faz o auto-exame das mamas?"), 156 pessoas responderam que fazem o auto-exame freqüentemente e 42, todos os dias. A maioria das respostas demonstra a falta de hábito do auto-exame na população feminina (319 esporadicamente, 57 nunca), mesmo das camadas mais escolarizadas. Sclowitz (2003), em uma amostragem brasileira, encontrou 83,5% de mulheres com o hábito do auto-exame de mamas. Este hábito, entretanto, aparece ainda pouco arraigado na população feminina da presente pesquisa, mesmo nas camadas mais escolarizadas. Este resultado sugere a urgência de um trabalho mais incisivo de divulgação deste

insubstituível método diagnóstico, o qual, além de universalizar a informação da população-alvo, permite um acesso mais barato e precoce aos demais métodos diagnósticos e à eventual terapia apropriada.

Nesta mesma direção, Brain *et al.* (1999) observaram uma fidelização maior à prática do auto-exame em mulheres com história familiar de câncer de mama, o que, entretanto, pode provocar uma grande incidência de distúrbios ansiosos.

Cabe ressaltar que muitos tumores de mama são detectados pelas próprias mulheres mas Hislop *et al.* (1997) alerta sobre a necessidade de um treinamento apropriado para que o auto-exame leve a um diagnóstico eficiente.

No Anexo D deste trabalho, foi reproduzido um folheto explicativo sobre a técnica do auto-exame (AEM), realização da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo. É uma maneira muito eficaz de orientar a população feminina sobre a prevenção das complicações letais das doenças de mama, iniciando precocemente o processo diagnóstico.

Um número relevante de respostas espontâneas (176) foi positivo quanto ao diagnóstico de neoplasia mamária (Quesito 2: "Foi diagnosticado câncer de mama em você? - Que tipo?").

O estadiamento das neoplasias mamárias solicitado pelo questionário é aquele tradicional, de Ackerman (Vide Tabela 1), a partir do qual foram desenvolvidos os demais estadiamentos, baseados sobre os achados histopatológicos (HOLMBERG *et al.*, 1988). Stenkvist *et al.* (1983) haviam analisado a classificação de Ackerman, comparando-a com aquelas sugeridas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) e pelo Instituto de Patologia das Forças Armadas dos Estados Unidos (AFIP), todas consideradas 'reduzidas'. Em nenhuma delas foi encontrado valor suficiente para

julgar a prognose do paciente na época do diagnóstico, sendo úteis apenas no acompanhamento de grupos de pacientes.

As respostas ao restante das questões revela que os que passaram por esta experiência possuem uma grande intimidade com o que se refere à doença e às respectivas terapias.

Embora pelas respostas ao Quesito 3 do QOM: "Qual foi sua principal reação à notícia do diagnóstico de câncer de mama?", não seja possível evidenciar a percepção positiva da doença em indivíduos com câncer encontrada por Lechner *et al.* (2003) e citada anteriormente, o interesse em revelar a experiência indesejável da neoplasia mamária e do conhecimento de suas implicações diagnóstico-terapêuticas sugere ser mesmo aceitável a hipótese de que esta experiência pode induzir a "encontrar benefícios ('*benefit-finding*' - BF), *e.g.* , um melhor relacionamento, uma maior valorização da vida, um aumentado poder de recuperação e de autoconfiança".

As principais reações emocionais, previsíveis, em tais circunstâncias, foram reduzidas a três, deixando à espontaneidade do pesquisado, eventuais outras alternativas.

Uma evidente primazia (46%) pertence à reação depressiva, com uma variedade de elementos auto-destrutivos. O diagnóstico de câncer aparece, no primeiro impacto com o instinto de conservação, como uma força capaz de marcar o fim da existência, sem a possibilidade de lhe resistir. A morte aparece como um desfecho inexorável e próximo, diante do qual a única via possível é a rendição. E, facilmente, a este fatalismo associa-se uma deletéria atração por pensamentos suicidas, como forma de acelerar o fim de atuais ou previsíveis sofrimentos.

Perry e Jacobsen (1986), observando pacientes com risco de vida, consideravam um aumento da depressão, ideação suicida, ansiedade, preocupações somáticas e abuso de substâncias, como característicos de um grave transtorno de ajustamento. Mas a compreensão deste processo pode auxiliar as pessoas de uma forma adequada à situação de crise. Muitos abordam estas situações apenas pelo seu lado ameaçador, pelo risco envolvido. Desde os antigos chineses, entretanto, a palavra crise também comporta uma interpretação de oportunidade, de uma chance de crescimento. Desta forma, uma má notícia pode ser também geradora de crescimento pessoal, às vezes associado a muito sofrimento, mas que pode ser suportado desde que entendido e elaborado adequadamente. Kübler-Ross (1992) afirmava: "As pessoas sempre me perguntam como é a morte. Digo-lhes que é sublime. É a coisa mais fácil que terão que fazer".

Outra reação emocional muito comum (26%) é a reação de fuga, como em qualquer situação de estresse, embora a presença do perigo seja visto claramente, não como uma ameaça hipotética, mas como algo tragicamente real e iminente. Entre a luta e a fuga, diversamente da reação depressiva, a qual corresponde a uma rendição, muitas pacientes são instintivamente levadas à fuga, como forma de escamotear a ameaça (JACOBSEN et al., 1995).

E há quem responda com a luta, embora em várias maneiras. A revolta é uma reação heróica, embora o inimigo seja preferencialmente identificado como um objeto diferente do verdadeiro. Procura-se culpados outros (15%), sobre os quais descarregar a energia do combate, em um claro processo de remoção, que permite desviar de si mesmo ou de uma impessoal entidade nosológica a função de agressor, contra quem seria lícito e obrigatório se revoltar. Segundo Lilja *et al.* (2003),

pacientes com tumores moderatamente o bem diferenciados (estádios I e II) parecem ser capazes de controlar a reação de estresse evocada pelo medo, mostrando um 'espírito de luta' maior que aquelas que têm uma prognose mais pobre.

Além disso, os pesquisadores acima citados encontraram uma surpreendente correlação direta entre uma proliferação mais lenta da célula tumoral e altos escores nos testes de sensibilidade. A eliminação ou inibição bem sucedida do estresse evocado pela agressão, combinada com uma atitude creativa e flexível, estava associada com uma melhor situação biológica do tumor.

Outras reações relatadas manifestam um objeto da revolta mais elaborado, que reflete, talvez, uma fase sucessiva na experiência emocional da paciente de neoplasia mamária. O espírito heróico apóia-se, neste caso, na reunião dos recursos da própria racionalidade e não apenas nas forças primordiais da emotividade. Provavelmente, será isso que permitirá se opor ao mal, diminuindo sua chance de irreparabilidade.

A variedade de respostas que constitui os 12% restantes se refere à percepção da responsabilidade para com a família e os filhos, a qual motivaria a luta contra a doença e não contra inimigos hipotéticos; ou à confiança, desde o momento do diagnóstico, nos recursos terapêuticos da ciência ou mesmo da religião; ou à própria força e coragem pessoal, fruto da experiência pregressa de vida ("eu sou forte e vencerei", "enquanto há vida, há esperança"). Kübler-Ross (1992) afirmava: "A vida é dura. A vida é luta. Viver é como ir à escola. Dão a você muitas lições a estudar. Quanto mais você aprende, mais difíceis ficam as lições. Quando aprendemos as lições, a dor se vai".

O sentimento de esperança também pode estar presente, paralelamente, a partir do estágio da "Raiva". Os profissionais de saúde podem auxiliar os pacientes e familiares a associar a esperança, com base na realidade, a todos os demais estágios.

Muitas vezes esta tarefa pode ser a de restituir ainda que seja uma "desesperada esperança", um oxímoro que traduz o paradoxo assumido como idéia inspiradora por Kübler-Ross (1992), a partir do poema LXXXVII da obra "Gitanjali", que valeu o prêmio Nobel a Rabindranath Tagore (1861-1941). As alternativas sugeridas nesta questão do QOM não pretendiam induzir alguma resposta em particular, nem reproduzir a sistematização de Kübler-Ross, respeitem-na embora, de certa forma, em suas instâncias mais comuns, mesmo deixando à experiência irreiterável de cada sujeito a liberdade de revelar sua maneira peculiar de reagir diante de tal situação.

Recentemente, Mohr *et al.* (2003) apresentaram um estudo não previamente controlado, sobre uma terapia de nove casais dos quais um parceiro recebera diagnóstico de doença terminal, com expectativa de 18 meses de vida. Dados de acompanhamento foram encontrados para seis casais. Duas pacientes faleceram durante o tratamento e uma terceira mudou-se da área antes de completar o acompanhamento. Foi observada uma significativa diminuição da angústia diante do morrer e a freqüência de preocupação do parceiro quanto ao morrer da parceira. Foram também observadas melhoras no relacionamento do casal.

Segundo Shilling *et al.* (2003), uma informação oferecida em modo claro e sensível pode melhorar a experiência de cuidados de saúde por parte de pacientes com câncer. Até a satisfação na consulta oncológica pode favorecer a satisfação com o tratamento em geral e a adaptação à doença.

A respeito das terapias (Quesito 4: "Recebeu alguma terapia? - Que tipo?") Neave *et al.* (2003), analisando os registros de 1204 casos de câncer de mama do banco de dados de Auckland, na Nova Zelândia, entre junho de 2000 e junho de 2002 relatam que 77% destas pacientes haviam sido submetidas à radioterapia, 33% a quimioterapia e 57% a hormonioterapia.

Quanto às terapias coadjuvantes, o tipo mais freqüente relatado nesta pesquisa (78%) é a quimioterapia, que engloba o uso de vários tipos de substâncias químicas, citotóxicas[54], citostáticas[55], hormonais, geralmente escolhidas em protocolos organizados pelos vários serviços de oncologia, com base em tratamentos preconizados pela comunidade científica e na experiência médica local. Dew *et al.* (1998) acrescentam que o tratamento de reposição hormonal para mulheres na menopausa não apresenta um risco maior de recidiva do câncer de mama.

A radioterapia é indicada em um número menos freqüente de casos, tanto de mastectomia radical, como de cirurgias mais ou totalmente conservadoras. Isso se reflete no resultado da enquete (64%). Em se tratando de alternativas cumulativas, observa-se que a fisioterapia (72% das respostas espontâneas) acompanha muitas outras terapias, como complemento do tratamento cirúrgico, visando a uma recuperação funcional dos movimentos e da vitalidade dos tecidos atingidos pela intervenção, em vários graus mutilante.

A psicoterapia faz-se presente em muitos depoimentos pessoais, levando a supor uma organização dos cuidados pré e pós-tratamento médico, que se integra perfeitamente no esquema de restauração da saúde integral e na sobrevida das pacientes. O número limitado, embora expressivo, dos casos abordados por

[54] Citotóxica é uma substância que destrói células (cancerosas).
[55] Citostáticas é uma substância que susta o crescimento de células (cancerosas).

profissionais da área de saúde mental, segundo estas manifestações espontâneas (41%), sugere um interesse mais escasso dos serviços de saúde, quanto ao apoio psicológico das vítimas do câncer de mama, nas várias fases de diagnóstico, abordagem médica e pós-tratamento cirúrgico**.** Acrescente-se que a psicoterapia de grupo, segundo Kissane *et Al.* (2003), em geral, produz efeitos poderosos sobre o 'grupo-como-um-todo', mas o treinamento e a experiência do terapêuta são determinantes para um resultado eficaz.

Na questão que diz respeito à mastectomia (Quesito 5: "Houve mastectomia? - Mama"), a discreta superioridade do número de mastectomias esquerdas (35% contra 26% mastectomias direiras) não deve possuir um significado especial, podendo ser atribuída apenas à amostra casual encontrada. A prevalência de mastectomias esquerdas é um achado puramente estatístico, sem valor clínico (HEALEY *et al.*, 1993). A ausência de casos de mastectomia bilateral, de outro lado, indica apenas a raridade, não a impossibilidade, de cirurgias desse tipo.

Rebbeck *et al.* (2004), estudando quatrocentos e oitenta e três casos de mulheres com mutações no gene BRCA1/2, concluíram que a mastectomia profilática bilateral reduz, efetivamente, o risco de câncer de mama em aproximadamente 90%. Pode-se dizer que a gravidade e a dificuldade de tratamento médico e psicológico desses casos, tornam-se proporcionalmente maiores.

A quase totalidade das respostas ao Quesito 6: "Está sendo constante na terapia? – Como?", revela que 93% manifesta-se fiel às terapias, demonstrando a importância dada ao tratamento. Entre as poucas pessoas que declaram não ter mantido tal constância, algumas teriam abandonado o tratamento, provavelmente por não ter visto alguma utilidade maior ou por desesperança, talvez.

Neste caso, é possível cogitar em formas de reação negativa, entre as anteriormente consideradas, que se reduziriam à categoria da fuga dos obstáculos, encontrados ao longo do processo terapêutico.

Métodos como o de Moorey *et al.* (2003), já citados, indicariam uma possibilidade de melhora no enfrentamento, e, por conseqüência, de fidelização ao tratamento, mediante a Terapia Cognitiva.

As pacientes que declaram um uso esporádico podem alegar motivos outros, como dificuldades de acesso aos serviços, deficiências dos próprios serviços, excesso de preocupações derivadas dos compromissos de família ou de trabalho. Não é dado, entretanto, apurar esta variedade de motivações, pelo estilo de questionamento desenvolvido.

Collins *et al.* (2004) escolheram 38, entre 4418 artigos sobre a melhor maneira de realizar os serviços de acompanhamento do câncer de mama. Constataram que não existe uma evidência empírica que permita traçar conclusões abrangentes sobre a melhor prática a ser seguida, no intuito de otimizar: (a) o envolvimento da paciente no tratamento, (b) a redução da morbidade, e (c) os custos para provisão do serviço.

Quanto à presente pesquisa, ao Quesito 7: “Gostou dos resultados de seu tratamento? - Por quê?”, pode-se dizer que a maior parte das pacientes (82%) submetidas a tratamento de câncer de mama se demonstrou satisfeita pela maneira em que o problema foi abordado pelos vários serviços de assistência à saúde. Isso faz presumir que haja confiança nos resultados ou, ao menos, conforto pelo apoio recebido.

A minoria insatisfeita dividiu-se entre quem considerou talvez exageradamente invasiva ou mesmo iatrogênica[56], a intervenção sobre seu corpo e/ou sua feminilidade; quem, ao contrário, a considerou insuficiente, o que justificaria eventuais recidivas ou agravamentos da doença ou por não ter obtido benefícios subjetivos de conforto e bem estar; e quem, por fim, demonstrou resignação diante da evolução negativa da doença, independentemente das tentativas de tratamento.

Bock *et al.* (2004) analisaram as necessidades e preferências de mulheres que participavam de um programa de acompanhamento de rotina, após tratamento de câncer de mama. O aspecto mais importante para as pacientes revelou-se a informação sobre os efeitos a longo prazo do tratamento e da prognose, a discussão sobre a prevenção do câncer de mama e os fatores hereditários e as mudanças na mama não tratada.

As respostas ao Quesito 8: "Você teve esclarecimentos satisfatórios sobre o significado de sua doença? Acha que teria alguma vantagem, obtendo maiores informações sobre sua doença?" revelam a importância da informação, no contexto da ação terapêutica. Uma das causas principais do medo produzido por uma ameaça é justamente o fato de seu desfecho ser desconhecido. Tornar previsível o comportamento da neoplasia de mama e os procedimentos para combatê-la, alivia bastante o estresse e oferece uma defesa psicológica consistente para enfrentar o futuro incerto (BLUMAN et al., 2003).

A amostra da enquete demonstrou, ainda, que os serviços existentes de combate ao câncer de mama parecem ser bastante eficientes no esclarecimento oferecido às pacientes e que isso as conforta em maneira relevante.

---

[56] Iatrogenia é a indução de uma patologia, por parte de um ato terapêutico.

O que chama a atenção, nas respostas ao Quesito 9: “Como se sente atualmente, com relação à sua doença?”, é a abertura para a alteridade, propiciada por uma experiência traumática eminentemente pessoal. A preocupação com a doença cria um movimento egocêntrico, com viés principalmente pessimista (“a vida acabou”, 37%) ou mesmo com pensamentos positivos (“é uma doença como qualquer outra”, 14%; “vale a pena viver, apesar da doença”, 27%; “espero ainda vencê-la”, 22%).

Nesta direção, Golden-Kreutz e Andersen (2004) relatam que, para mulheres com câncer de mama, a taxa de depressão é a terceira mais elevada entre todos os grupos com diagnóstico de câncer. O estresse está associado a sintomas de depressão. Mediante a Regressão Múltipla Hierárquica (HMR), três tipos de estresse foram examinados: a ocorrência, no ano anterior ao diagnóstico de câncer, de cinco eventos estressantes, a percepção do estresse global e a percepção de estresse traumático relacionado ao câncer. As percepções globais de estresse, acopladas à intrusão de pensamentos relacionados com o câncer e de preocupações financeiras, junto com uma tendência à negatividade (neurose) podem constribuir para a elevação do risco para sintomas depressivo das mulheres.

Ao lado da reação introspectiva, há um amadurecimento de juízo, talvez subseqüente a todo o processo terapêutico, que põe o indivíduo provado pelo infortúnio, diante da realidade ao seu redor, que atinge, de modo inequívoco , seus próprios familiares ou qualquer um dos seus semelhantes.

Ao Quesito 10: “O que gostaria de evitar, se pudesse voltar atrás?”, a grande maioria (89%) manifestou ter clara consciência do efeito deletério de certas

substâncias ou situações universalmente reconhecidas como nocivas à saúde, por serem cancerígenas (fumo, bebida, exposição a vírus sexualmente transmissíveis).

Posições negativas, diante da doença e de seu tratamento, estão presentes em respostas minoritárias (“contar a alguém”, 12%; “encarar o diagnóstico”, 18%; “fazer as terapias”, 3%; “se submeter à mastectomia”, 11%), denotando pessimismo residual com relação a determinadas fases do processo neoplásico, a saber, a descoberta do diagnóstico e seu tratamento, tanto cirúrgico como clínico e/ou psicológico.

Levando em conta múltiplas fontes de estresse, pode-se melhorar a habilidade dos psicoterapeutas em identificar as mulheres 'com risco' para sintomas depressivos e providenciar uma intervenção apropriada (GOLDEN-KREUTZ; ANDERSEN, 2004).

V – CONSIDERAÇÕES FINAIS E CONCLUSÃO

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental da mulher com patologia mamária, especialmente quando mastectomizada, constitui o interesse principal deste trabalho. A pesquisa sobre a caracterização clínica realizada no NHU-UFMS e a *enquête on-line* sobre mastectomia tiveram por objetivo, de um lado, conhecer como as mulheres são atendidas pelo principal Serviço de Oncologia local e, de outro, conhecer as opiniões da população geral sobre o tema. As reflexões sobre o 'estado da arte' da ciência e da prática médica no campo da oncologia mamária tiveram a finalidade de fundamentar as demais reflexões, especificamente psicooncológicas.

As observações sobre eventuais carências dos serviços públicos na abordagem terapêutica das mulheres com patologias mamárias, tanto no campo oncológico propriamente, quanto no psicológico, não pretendem ter um significado reivindicatório, mas apenas indicativo e de apoio ao esforço diuturno que vem sendo despendido, há anos, pelos profissionais da saúde e pelas instituições.

Como base de quaisquer considerações sobre a mulher mastectomizada, cabe situar o conceito de 'cidadania', pois se trata sempre de sujeitos, não apenas de deveres impostos pela presença produtiva dentro do contexto social, como também de direitos que emanam de suas dimensões pessoais. Mesmo diante da urgência de salvar sua vida ou de resolver um problema de saúde pública, os sentimentos das pacientes não podem ficar em segundo plano.

O trauma da mastectomia, de fato, é físico, leva, no entanto, a importantes repercussões psíquicas. A dor, o medo, a depressão são fenômenos que ocorrem em um ser que foi privado, inclusive, de sua própria identidade e integridade corpórea.

O interesse, no campo da psicologia, está portanto ligado às repercussões do dano à imagem corpórea e a todas as considerações feitas sobre neoplasia mamária, qualquer que seja a tipologia da causa.

A mortalidade pelo câncer de mama, segundo o relatório do SBC dos Estados Unidos (*Summit Breast Cancer Report*, 2000), está diminuindo, graças a um diagnóstico precoce sempre mais freqüente e universalizado.

Este resultado é atribuído, principalmente, às três maiores mudanças na abordagem cirúrgicas da paciente com câncer de mama, ocorridas nas últimas duas décadas, a saber, a mastectomia radical modificada para um tratamento conservador da mama; o diagnóstico pela biópsia com agulha fina guiada por imagem, no lugar da biópsia cirúrgica aberta feita em sala operatória e o estadiamento do câncer pela dissecção seletiva dos gânglios axilares, baseada na identificação histológica do gânglio 'sentinela', em lugar da dissecção de rotina.

Em Mato Grosso do Sul, entretanto, segundo estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA), haveria, no ano de 2003, 240 novos casos de câncer de mama e 50 óbitos, e, em todo o Brasil, estavam previstos 45.000 registros da doença e 9.000 óbitos. Trata-se ainda de um grave problema de saúde pública, portanto, que envolve aspectos psicossociais da maior envergadura (Governo de Mato Grosso do Sul, 2003) .

Uma menor eficiência na prevenção pode ser atribuída às características demográficas da população do estado e das regiões limítrofes. O acesso aos cuidados médicos para pacientes com neoplasia mamária é disponibilizado à população do estado e de regiões além-fronteira. A baixa densidade populacional favorece a

marginalização de moradores das áreas rurais mais afastadas e diminui o acesso à informação e educação em saúde, por parte de determinados grupos sociais.

As doenças benignas da mama e mesmo a displasia mamária, muitas vezes considerada uma lesão pré-cancerosa, devem ser levadas em conta por sua grande prevalência e incidência entre as mulheres. Estas patologias requerem entretanto, tratamento menos traumatizante, efeitos mais tênues do diagnóstico sobre a psicologia da mulher e acompanhamento multidisciplinar muito menos oneroso.

É provável, em qualquer caso, que a mastectomia radical seja sempre fruto da inépcia da prevenção. O diagnóstico precoce é um desafio para a diminuição da mortalidade por câncer de mama. Pode-se afirmar, de forma inequívoca, que a prevenção permite diminuir os efeitos do tratamento, melhorar a prognose, melhorando a resposta da paciente ao tratamento, e liberar a paciente para passar a si mesma a prerrogativa de se 'apropriar' de seu corpo, antes deixado exclusivamente 'nas mãos de Deus', ou do médico.

CONCLUSÕES

Neste estudo, mulheres com mais de 51 anos e até 70 anos apresentam a maior prevalência (53.7%) de doenças de mama e a doença de maior prevalência na amostra estudada é o carcinoma ductal (45,52%).

Os métodos diagnósticos utilizados, além do exame clínico (100,0%), foram (vide Anexo 3): a mamografia (91,1%), a ultrassonografia de mama (66,6%), a cintilografia óssea (37,2%), a punção biópsia aspirativa (91,1%) e a biópsia de peças cirúrgicas (89,2%) .

Observou-se também uma alta prevalência (89,7%) de tratamento cirúrgico radical do câncer de mama (mastectomia com retirada da cadeia ganglionar e radioterapia), sendo significativamente menos freqüentes a quadrantecomia e o tratamento conservador, o que demonstra que a profilaxia ainda mostra-se falha nos cuidados de saúde da população estudada. O serviço de Oncologia observado, entretanto, mostra-se atualizado quanto à metodologia diagnóstica e aos procedimentos terapêuticos adequados a cada caso, destacando a função terapêutica de um Hospital Geral, que visa à atividade curativa de pacientes acometidos por câncer de mama. Um diagnóstico tardio explica o número reduzido de tratamentos conservadores e pode indicar danos psicológicos maiores nas pacientes acometidas por neoplasia mamária, além de uma menor expectativa e de uma mais precária qualidade de vida.

O tratamento psicológico, em especial a psicoterapia, não aparece em nenhuma circunstância e o tratamento coadjuvante mais comumente usado foi a associação de quimioterapia com radioterapia (86.7%).

Responderam à *enquête on-line* 517 pessoas (F=465; M=52), com predomínio de escolaridade a partir do 2o grau (259) e 3º grau (174) e faixa etária de 31-40 e após 51 anos, sendo que 176 eram portadoras de neoplasia mamária. Após a notícia do diagnóstico de câncer, a principal reação emocional relatada sobre a mastectomia foi a depressão (46%), havendo também reações de fuga (26%) e de revolta (21%). A terapia coadjuvante mais freqüente foi a quimioterapia (78%) Menos freqüentes foram a radioterapia (64%) a fisioterapia (72%) e a psicoterapia (41%). A grande maioria manifestou-se aderida às terapias (92%), e declarou-se satisfeita com as mesmas (79%).

A existência de recursos de reconhecimento diagnóstico, clínico e laboratorial, preconizados pelo consenso científico geral (Vide supra: Introdução, Capítulo 1 e Anexo 3) permite diferenciar o estadiamento e a tipificação das várias formas de neoplasia mamária. A carência maior parece residir no apoio psicológico personalizado e prolongado, apesar da existência, no HU-UFMS, de um serviço de Psicologia e de Psiquiatria, de referência regional. Talvez pelo número limitado de profissionais da área, fica prejudicada uma presença mais visível deste tipo de apoio, nas várias fases de prevenção, diagnóstico, tratamento e acompanhamento subseqüente.

A existência, na cidade de Campo Grande, de associações e de outros serviços de prevenção ao câncer, e, inclusive, de um hospital destinado exclusivamente a pacientes de câncer, faz bem esperar que, no futuro, haja uma assistência médica e psicológica mais adequada às necessidades da comunidade.

As respostas do público geral à *enquête on-line* revelam um interesse difuso sobre o tema. Estes resultados sugerem a urgência de um trabalho de divulgação

mais incisiva do auto-exame, o qual permita um acesso mais barato e precoce aos demais métodos diagnósticos e à eventual terapia apropriada. A experiência da neoplasia mamária pode induzir, ainda, a ‘encontrar benefícios’ para a qualidade da sobrevida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ABERIZK, W. J.; SILVER, B.; HENDERSON, I. C.; CADY, B.; HARRIS, J. R. *The use of radiotherapy for treatment of isolated locoregional recurrence of breast carcinoma after mastectomy.* **Cancer,** v. 58, n. 6, p. 1214-1218. 1986.

ALAPETITE, C.; BAILLET, F. *Opposition pour le malade cancereux entre notion de guerison et surveillance prolonguée.* **Psychologie Medicale,** v. 20, n. 9, p. 1283-1284. 1988.

ALLGAR, V. L.; NEAL, R. D.; PASCOE, S. W. *Cancer patients consultation patterns in primary care and levels of psychological morbidity: findings from the Health Survey for England.* **Psychooncology,** v. 12, n. 7, p. 736-740. 2003.

ALMEIDA, C. F.; NASCIMENTO, M. F. *Origens do Medo da Morte.* Disponível em: <http://www.bapera.com.br/REVISTA/psico/origens_do_medo.htm>. Acesso em: 29 mar. 2004.

ARAÚJO, R. R. F.; FIGUEIRA FILHO, A. S. D. S.; COSTA, L. O.; DOS SANTOS, A. L. G.; GALVÃO, EB, SIMPLÍCIO, L. M. *Câncer de mama em homens: estudo de 13 casos.* **Revista Brasileira de Mastologia,** v. 13, n. 3, p. 2003.

BAIDER, L. *Psychological intervention with couples after mastectomy.* **Support Care Cancer,** v. 3, n. 4, p. 239-243. 1995.

BAPTISTA, M. T. D. da S. *O estudo de identidades individuais e coletivas na constituição da história da Psicologia.* **Memorandum,** n. 2, p. 31-38. 2002.

BARROS, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H.; ANELLI, A.; FIGUEIRA FILHO, A. S. S. DEL GIGLIO, A.; GUSMÃO, C. B.; PELIZON, C.; MARTELLA, E.; MOTTA, E.; FERNANDES, J. L.; PINOTTI, J. A.; RIBEIRO, L. C. B.; SANTOS, M. O.; ARAÚJO, M. B.; ABREU E LIMA, M. C.; MOURÃO NETO, M.; YAMAGUCHI, N. H.; CARMO, P. A. O.; MARQUES, R. *Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama.* Rio de Janeiro: Projeto Diretrizes (AMB/CFM), 2001.

BARROS, A. C. S. D.; PINOTTI, J. A. *Bases da carcinogênese mamária.* In: DIAS, E. N.; SILVA, H. M. S.; BARROS, A. C. S. D.; FIGUEIRA FILHO, A. S. S. *Controvérsias em mastologia.* Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

BARTELINK, H. *Radiotherapy to the conserved breast, chest wall, and regional nodes: is there a standard?* **Breast,** v. 12, n. 6, p. 475-482. 2003.

BIBLIOMED. Biblioteca Virtual. Notícia disponível via *Internet*. <http://www.bibliomed.com.br/>. Acesso em: 23 set. 2003.

BLANCO, M. S.; NAVIA, V. A. *Factores psicosociales y cancer: uma visión crítica.* **Estudios de Psicologia,** n. 25, p. 5-35. 1986.

BLUMAN, L. G.; RIMER, B. K.; REGAN STERBA, K.; LANCASTER, J.; CLARK, S.; BORSTELMANN, N.; IGLEHART, J. D.; WINER, E. P. *Attitudes, knowledge, risk perceptions and decision-making among women with breast and/or ovarian cancer considering testing for BRCA1 and BRCA2 and their spouses.* **Psychooncology,** v. 12, n. 5, p. 410-427. 2003.

BOCK, G. H.; BONNEMA, J.; ZWAAN, R. E.; VAN DE VELDE, C. J.; KIEVIT, J.; STIGGELBOUT, A. M. *Patient's needs and preferences in routine follow-up after treatment for breast cancer.* **Br J Cancer,** v. 90, n. 6, p.1144-1150. 2004.

BOCOCK, R. *Freud, pensador social.* **Intern. Review of Psycho-Analysis,** n. 10, p. 476-482. 1983.

BONNIER, P.; ROMAIN, S.; GIACALONE, P. L.; LAFFARGUE, F.; MARTIN, P. M.; PIANA, L. *Clinical and biologic prognostic factors in breast cancer diagnosed during postmenopausal hormone replacement therapy.* **Obstetrics and Gynecology,** v. 85, n. 1, p. 11-17. 1995.

BOWLING, A. *Measuring Disease. A review of disease specific quality of life measurement scales.* London: Open University Press, 2001.

BRAIN, K.; NORMAN P.; GRAY, J.; MANSEL, R. *Anxiety and Adherence to Breast Self-Examination in Women With a Family History of Breast Cancer.* **Psychosom Méd,** n. 61, p. 181-187. 1999.

BRASIL. Governo do Estado de Mato Grosso do Sul. Campo Grande MS 2003. Disponível em: <www.saude.ms.gov.br/Saude/Noticias/2003/Setembro/>. Acesso: em: 29 set. de 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Disponível em: <http://www.inca.gov.br/cancer/mama/>. Acesso em: 20 mar. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto para o Desenvolvimento da Saúde (IDS) <http://ids-saude.uol.com.br/>. Acesso em: 20 mar. de 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Universidade de São Paulo. Centro da Organização Mundial da Saúde (OMS/WHO) para Classificação de Doenças em Português, 1975. *Classificação Internacional de Doenças - 9ª Revisão* (3ª ed.). São Paulo: OMS/USP, 1975.

BROET, P.; DE LA ROCHEFORDIÈRE, A.; SCHOLL, S. M.; FOURQUET, A.; MOSSERI, V.; DURAND, J. C.; POUILLART, P.; ASSELAIN, B. *Contralateral breast cancer: annual incidence and risk parameters.* **J Clin Oncol,** v. 13, n. 7, p. 1578-1583. 1995.

BUTERA, A. P. *Análise conformacional e síntese de precursores de peptídeomiméticos da seqüência tripeptídica RGD, inibidores potenciais de angiogênese.* 2002. 149 f. Dissertação (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG.

CAVAILLES, V.; AUGEREAU, P.; ROCHEFORT, H. *Cathepsin D Gene is Controlled by a Mixed Promoter, and Estrogens Stimulate Only TATA-Dependent Transcription in Breast Cancer Cells.* **Proc Natl Acad Sci U S A,** v. 90, n. 1, p. 203–207. 1993.

CELLA, D. F.; PRATT, A.; HOLLAND, J. C. *Persistent anticipatory nausea, vomiting and anxiety in cured Hodgkin's disease patients after completion of chemotherapy.* **Am J Psychiatry,** n. 143, p. 641-643. 1986.

CIAMPA, A. de C. ***A Estória do Severino e a História da Severina, um ensaio de psicologia social.*** São Paulo: Brasiliense, 1995.

CLARK, G. M.; MCGUIRE, W. L.; HUBAY, C. A.; PEARSON, O. H.; MARSHALL, J. S. *Progesterone receptors as a prognostic factor in stage II breast cancer.* **N Engl J Med,** v. 309, n. 22, p. 1343-1347. 1983.

COBLEIGH, M. A.; BERRIS, R. F.; BUSH, T.; DAVIDSON, N. E.; ROBERT, N. J.; SPARANO, J. A.; TORMEY, D. C.; WOOD, W. C. *Estrogen replacement therapy in breast cancer survivors - a time for change: Breast Cancer Committees of the Eastern Cooperative Oncology Group.* **JAMA,** v. 272, n. 7, p. 540-545. 1994.

COCQUYT, V. F.; BLONDEEL, P. N.; DEPYPERE, H. T.; VAN DE SIJPE, K. A.; DAEMS, K. K.; MONSTREY, S. J.; VAN BELLE, S. J. *Better cosmetic results and comparable quality of life after skin-sparing mastectomy and immediate autologous breast reconstruction compared to breast conservative treatment.* **Br J Plast Surg,** v. 56, n. 5, p. 462-470. 2003.

COLLABORATIVE GROUP ON HORMONAL FACTORS IN BREAST CANCER. *Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53,297 women with breast cancer and 100,239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies.* **Lancet,** v. 347, n. 9017, p. 1713-1727. 1996.

COLLINS, R. F.; BEKKER, H. L.; DODWELL, D. J. *Follow-up care of patients treated for breast cancer: a structured review.* **Cancer Treat Rev,** v. 30, n. 1, p. 19-35. 2004.

CREASMAN, W. T. *Hormone replacement therapy following ginecologic cancer.* **Lancet,** n. 342, p. 1232. 1993.

DE LA ROCHEFORDIERE, A.; ASSELAIN, B.; SCHOLL, S.; CAMPANA, F.; UCLA, L.; VILCOQ, J. R.; DURAND, J. C.; POUILLART, P.; FOURQUET, A. *Simultaneous bilateral breast carcinomas: a retrospective review of 149 cases.*

International Journal of Radiation Oncology, Biology, Physics, v. 30, n. 1, p. 35-41. 1994.

DE LUNA, M. M. *Significado das microcalcificações em mamografia.* In: DIAS, E. N.; SILVA, H. M. S.; BARROS, A. C. S. D.; FIGUEIRA FILHO, A. S. S. *Controvérsias em mastologia.* Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

DEL TURCO, M. R. *Breast cancer update: encouraging trends.... many new questions.* **CA Cancer J Clin,** v. 49 n. 3, p. 135-137. 1999.

D'ERCOLE. C.; VENDETTUOLI, D.; FORNARI, S.; DI ROCCO, G.; VENDETTUOLI, M.; GRILLI, P. *Correlation between surgical intervention, adjuvant therapy, and long-term survival in patients operated on for breast neoplasia.* **Tumori,** n. 89, n. 4, p. 194-196. 2003.

DEROGATIS, L. R.; ABELOFF, M. D.; MELISARATIS, N. *Psychological coping and survival time in metastatic breast cancer.* **JAMA,** n. 242, p. 1504-1508. 1979.

DEW, J.; EDEN, J.; BELLER, E.; MAGAREY, C.; SCHWARTZ, P.; CREA, P.; WREN, B. *A cohort study of hormone replacement therapy given to women previously treated for breast cancer.* **Climacteric,** v. 1, n. 2, p. 137-142. 1998.

DHOMONT, T. *A propôs du syndrome de Lazare.* **Psychologie Medicale,** v. 20, n. 9, p. 1286. 1988.

DILHUYDY, J. M.; DILHUYDY, M. H.; TARIS, M.; CARRICABURU, M.; THAZARD, D. *Psychologic reactions of patients at the announcement of a treatment plan for cancer of the breast. Apropos of 6 exemplary case reports***. J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris),** v. 18, n. 8, p. 1017-1023. 1989.

DIXON, J. M.; PAGE, D. L. *Ductal carcinoma in situ revisited.* **Breast**, v. 9, n. 4, p. 175-176. 2000.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, N. A. *Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.* **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p. 155-163. 2003.

EISENBERG, A. L. A.; KOIFMAN, S.; DE REZENDE, L. M. M. C. *Receptores hormonais: associação com fatores prognósticos para câncer de mama.* **Revista Brasileira de Cancerologia,** v. 47, n. 1, p. 49-58. 2001.

ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA. Summit Medical Center (SMC). Summit Breast Cancer (SBC). *Breast Cancer Site Report 2002.* Disponível em: <www.sarahcannon.com/CPM/SummitBreastCancerReport2000.pdf>. Acesso em: 29 set. 2004.

FINOCCHIO, A. L. F. *O processo de constituição da identidade: as apreensões e mediações sociais e o ato educativo – Um estudo do homem do Paiaguás no*

*Pantanal Mato-grossense***.** 1998. 198 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul. Campo Grande, MS.

FISCHER, B.; OSBORNE, C.; MARGOLOSE, R. *Tumor nuclear grade, estrogen receptor, and progesterone receptor: their value alone or in combination as indicators of outcome following adjuvant therapy for breast cancer.* **Breast Cancer Research and Treatment,** v. 7, n. 3, p. 147-160. 1986.

FISHER, B.; COSTANTINO, J. P.; *Tamoxifen for Prevention of Breast Cancer: Report of the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Project P-1 Study.* **Journal of the National Cancer Institute,** n. 90, p. 1371-1388. 1998.

FISHER, E. R.; REDMOND, C.; FISHER, B.; BASS, G. *Pathologic findings from the National Surgical Adjuvant Breast and Bowel Projects (NSABP). Prognostic discriminants for 8-year survival for node-negative invasive breast cancer patients.* **Cancer,** v. 65, n. 9, p. 2121-2128. 1990.

FOBAIR, P.; HOPPE, R. T.; BLOOM, J.; COX, R.; VARGHESE, A.; SPIEGEL, D. *Psychological problems among survivors of Hodgkin's disease.* **J Clin Oncol,** v. 4, n. 5, p. 805-814. 1986.

FOGEL, J. *Internet Breast Health Information Use and Coping among Women with Breast Cancer.* **Cyberpsychol Behav,** v. 7, n. 1, p. 59-63. 2004.

FOUNTZILAS, G.; STATHOPOULOS, G.; KOUVATSEAS, G.; POLYCHRONIS, A.; KLOUVAS, G.; SAMANTAS, E.; ZAMBOGLOU, N.; KYRIAKOU, K.; ADAMOU, A.; PECTASIDIS, D.; EKONOMOPOULOS, T.; KALOFONOS, HP.; BAFALOUKOS, D.; GEORGOULIAS, V.; RAZIS, E.; KOUKOURAS, D.; ZOMBOLAS, V.; KOSMIDIS, P.; SKARLOS, D.; PAVLIDIS, N. *Adjuvant cytotoxic and endocrine therapy in pre- and postmenopausal patients with breast cancer and one to nine infiltrated nodes: five-year results of the Hellenic Cooperative Oncology Group randomized HE 10/92 study.* **Am J Clin Oncol,** v. 27, n. 1, p. 57-67. 2004.

FRANKS, L. M.; TEICH, W. *Introdução à biologia molecular do câncer.* São Paulo: Roca, 1990.

FREITAS JÚNIOR, R. D. E.; PAULINELLI, R. R. *Diferenciação entre nódulos malignos e benignos da mama de acordo com as características sonográficas.* Sociedad Iberoamericana de Información Científica (SIIC). Disponível em: <http://www.siicsalud.com/>. Acesso em: 23 jan. 2004.

FRIEDMAN, S.; BERTIN, F.; MOURIESSE, H.; BENCHABAT, A.; GENIN, J.; SARRAZIN, D.; CONTESSO, G. *Importance of tumor cells in axillary node sinus margins ('clandestine' metastases) discovered by serial sectioning in operable breast carcinoma.* **Acta Oncologica,** v. 27, n. 5, p. 483-487. 1988.

FRIES, A.; REINHARD, G. *Effects of mastectomy on dimensions of psychological and psychosocial experience and behavior of affected women.* **Rehabilitation (Stuttg),** v. 35, n. 1, p. 54-64. 1996.

GAIL, M. H.; BRINTON, L. A.; BYAR, D. P.; CORLE, D. K.; GREEN, S. B.; SCHAIRER, C.; MULVIHILL, J. J. *Projecting individualized probabilities of developing breast cancer for white females who are being examined annually.* **Journal of the National Cancer Institute,** v. 81, n. 24, p. 1879-1886. 1989.

GARVIN, S.; DABROSIN, C. *Tamoxifen Inhibits Secretion of Vascular Endothelial Growth Factor in Breast Cancer in Vivo.* **Cancer Res,** v. 63, n. 24, p. 8742-8748. 2003.

GENNARI, R.; CURIGLIANO, G.; JERECZEK-FOSSA, B. A.; ZURRIDA, S.; RENNE, G.; INTRA, M.; GALIMBERTI, V.; LUINI, A.; ORECCHIA, R.; VIALE, G.; GOLDHRISCH, A.; VERONESI, U. *Male breast cancer: A special therapeutic problem. Anything new? (Review).* **Int J Oncol,** v. 24, n. 3, p. 663-670. 2004.

GIL, F.; MENDEZ, I.; SIRGO, A.; LLORT, G.; BLANCO, I.; CORTES-FUNES, H. *Perception of breast cancer risk and surveillance behaviours of women with family history of breast cancer: a brief report on a Spanish cohort.* **Psychooncology,** v. 12, n. 8, p. 821-827. 2003.

GILCHRIST, K. W.; GRAY, R.; FOWBLE, B.; TORMEY, D. C.; TAYLOR 4TH, S. G. *Tumor necrosis is a prognostic predictor for early recurrence and death in lymph node-positive breast cancer: a 10-year follow-up study of 728 Eastern Cooperative Oncology Group patients.* **J Clin Oncol,** v. 11, n. 10, p. 1929-1935. 1993.

GOJNIC, M.; PETKOVIC, S.; PERVULOV, M.; MICIC, J. *The utility of routine breast ultrasound screening in gynecology.* **Clin Exp Obstet Gynecol,** v. 30, n. 4, p. 265. 2003.

GOLDEN-KREUTZ, D. M.; ANDERSEN, B. L. *Depressive symptoms after breast cancer surgery: Relationships with global, cancer-related, and life event stress.* **Psychooncology,** v. 13, n. 3, p. 211-220. 2004.

GOLEMAN, D. ***Inteligência Emocional.*** Rio de Janeiro: Objetiva, 1996.

GRANT, E. C. *Dangers of suppressing menstruation.* **Lancet,** v. 356, n. 9228, p. 513-514. 2000.

GRODSTEIN, F.; STAMPFER, M. J.; COLDITZ, G. A.; WILLETT, W. C.; MANSON, J. E.; JOFFE, M.; ROSNER, B.; FUCHS, C.; HANKINSON, S. E.; HUNTER, D. J.; HENNEKENS, C. H.; SPEIZER, F. E. *Postmenopausal hormone therapy and mortality.* **N Engl J Med,** v. 336, n. 25, p. 1769-1775. 1997.

GUIMARÃES, L. A. M. *Qualidade de vida e Saúde.* [No prelo], 2004.

GUSTAFSSON, A.; TARTTER, P. I.; BROWER, S. T.; LESNICK, G. *Prognosis of patients with bilateral carcinoma of the breast.* **J Am Coll Surg,** v. 178, n. 2, p. 111-116. 1994.

GUTIÉRREZ, M. G. *Variables que influyen en la respuesta psicológica al diagnóstico de cáncer.* Iberpsicologia, 2.1.8. 1997. Disponível em: <http://fs-morente.filos.ucm.es/publicaciones/iberpsicologia/indiceIP.htm>. Acesso em:28 fev. 1998.

HANNA, N. *The role of the natural killer cells in the tumour growth and metastases.* **Biochim Biophys Acta,** v. 780, n. 213, p. 234-236. 1985.

HARCOURT, D.; RUMSEY, N. *Mastectomy patients' decision-making for or against immediate breast reconstruction.* **Psychooncology,** v. 13, n.2, p. 106-15. 2004.

HARTL, K.; JANNI, W.; KASTNER, R.; SOMMER, H.; STROBL, B.; RACK, B.; STAUBER, M. *Impact of medical and demographic factors on long-term quality of life and body image of breast cancer patients.* **Ann Oncol,** v. 14, n. 7, p. 1064-71. 2003.

HASEBE, T.; TSUDA, H.; TSUBONO, Y.; IMOTO, S.; MUKAI, K. *Fibrotic focus in invasive ductal carcinoma of the breast: a histopathological prognostic parameter for tumor recurrence and tumor death within three years after the initial operation.* **Jpn J Cancer Res,** v. 88, n. 6, p. 590-599. 1997.

HEALEY, E. A.; COOK, E. F.; ORAV, E. J.; SCHNITT, S. J.; CONNOLLY, J. L.; HARRIS, J. R. *Contralateral breast cancer: clinical characteristics and impact on prognosis.* **J Clin Oncol,** v. 11, n. 8, p. 1545-1552. 1993.

HEALEY, I. R. *External breast prostheses: misinformation and false beliefs.* **MedGenMed,** v. 5, n. 3, p. 36. 2003.

HEGG, R.; PINOTTI, J. A. *Tratamento do Câncer de Mama. Controvérsias.* **G.O. Atual,** v. 7, n. 4, p. 12-27. 1995.

HISLOP, T. G.; HARRIS, S. R.; JACKSON, J.; THORNE, S. E.; ROUSSEAU, E, J.; COLDMAN, A. J.; VESTRUP, J. A.; WRIGHT, C. J.; OLIVOTTO, I, A. *Satisfaction and anxiety for women during investigation of an abnormal screening mammogram***. Breast Cancer Res Treat,** v. 76, n. 3, p. 245-254. 2002. 2002.

HOLLAND, J. C.; MASTROVITO, R. *Psychologic adaptation to breast cancer.* **Cancer**, v. 15, n. 46, p. 1045-1052. 1980.

HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J, H. *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford, 1989.

HOLMBERG, L.; ADAMI, H. O.; LINDGREN, A.; EKBOM, A.; SANDSTROM, A.; BERGSTROM, R. *Prognostic significance of the Ackerman classification and other histopathological characteristics in breast cancer. An analysis of 1,349 consecutive cases with complete follow-up over seven years.* **APMIS,** v. 96 n. 11, p. 979-990. 1988.

IBAÑEZ, E.; ANDREU, Y. *Calidad de vida y psicología oncológica.* **Anuário de Psicología,** v. 38, n. 1, p. 7-21. 1988.

IRWIN, E.; ARNOLD, A.; WHELAN, T. J.; REYNO, L. M.; CRANTON, P. *Offering a choice between two adjuvant chemotherapy regimens: a pilot study to develop a decision aid for women with breast cancer.* **Patient Educ Couns,** v. 37, n. 3, p. 283-291. 1999.

JACOBSEN, P. B.; BOVBJERG, D. H.; SCHWARTZ, M. D.; HUDIS, C. A.; GILEWSKI, T. A.; NORTON, L. *Conditioned emotional distress in women receiving chemotherapy for breast cancer.* **J Consult Clin Psychol,** v. 63, n. 1, p. 108-114. 1995.

JENSEN, E. V.; DESOMBRE, E. R. *Steroid hormone binding and hormone receptors.* In: HOLLAND, J. F. *Cancer Medicine.* Philadelphia: Lea & Febiger, 2000.

KARDINAL, C. G. *Cancer chemotherapy. Historical aspects and future considerations.* **Postgra Med,** n. 77, p. 165. 1995.

KARDINAL, C. G. *Endocrine Therapy of breast cancer. In: Donegan & Sprat. Cancer on the Breast.* Philadelphia: Saunders, 1995.

KAUFMAN, A. E. *Los enfermos frente a su cáncer.* In: KAUFMAN, A. E.; AYACH, P. WAISSMAN, R. *La enfermedad grave. Aspectos médicos y psycosociales***.** Madrid: Interamericana-McGraw Hill, 1989.

KEHL, M. R. *A mínima diferença. Masculino e Feminino na cultura.* In: ROPPA, D. (org). *Anuário de Psicanálise 1992/93*, p. 21-28. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1993.

KELLERMAN, J.; RIGLER, D.; SIEGEL, S. E. *The psychological effects of isolation in protected environments.* **Am J Psychol,** n. 134, p. 563-565. 1977.

KISSANE, D. W.; BLOCH, S.; SMITH, G. C.; MIACH, P.; CLARKE, D. M.; IKIN, J.; LOVE, A.; RANIERI, N.; MCKENZIE, D. *Cognitive-existential group psychotherapy for women with primary breast cancer: a randomised controlled trial.* **Psychooncology,** v. 12, n. 6, p. 532-546. 2003.

KOLLIAS, J.; ELLIS, I. O.; ELSTON, C. W.; BLAMEY, R. W. *Prognostic significance of synchronous and metachronous bilateral breast cancer.* **World J Surg,** v. 25, n. 9, p. 1117-1124. 2001.

KOOCHER, G.; O'MALLEY, J. *The Damocles Syndrome: Psychosocial Consequences of Surviving Childhood Cancer.* New York: McGraw-Hill, 1981.

KORENMAN, S. G. *Estrogen windows hipothesis of the breast cancer.* **Lancet,** n. 700, 1980.

KÜBLER-ROSS, E. *Sobre a Morte e o Morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 1992.

LANE, S. T. M.; SAWAIA, B. B. *Novas veredas em Psicologia Social***.** São Paulo: Brasiliense, 1995.

LECHNER, S. C.; ZAKOWSKI, S. G.; ANTONI, M. H.; GREENHAWT, M.; BLOCK, K.; BLOCK, P. *Do sociodemographic and disease-related variables influence benefit-finding in cancer patients?* **Psychooncology,** v. 12, n. 5, p. 491-499. 2003.

LEONTIEV, A. *O desenvolvimento do Psiquismo.* Lisboa: Horizonte, 1998.

LEPARGNEUR, H. *Consciência, corpo e mente.* Campinas: Papirus, 1994.

LESKO, L, M. *Bone marrow transplantation.* In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. H. *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford, 1989.

LEVY, S. M.; WISE, B. D. *Psychological risk factors and cancer progression.* In: COOPER (ed). *Handbook of Psychooncology.* New York: John Wiley & Sons, 1988.

LI, C. I.; ANDERSON, B. O.; DALING, J. R.; MOE, R. E. *Trends in incidence rates of invasive lobular and ductal breast carcinoma.* **JAMA,** v. 289, n. 11, p. 1421-1424. 2003.

LILJA, A.; SMITH, G.; MALMSTROM, P.; SALFORD, LG.; IDVALL, I.; HORSTMAN, V. *Psychological profile in patients with Stages I and II breast cancer: associations of psychological profile with tumor biological prognosticators.* **Psychol Rep,** v. 92, n. 3, p. 1187-1198. 2003.

LILJEGREN, G.; HOLMBERG, L.; ADAMI, H. O. *Sector resection with or without postoperative radiotherapy for stage I breast cancer: five-year results of a randomized trial: Uppsala-Orebro Breast Cancer Study Group***. Journal of the National Cancer Institute**, v. 86, n. 9, p. 717-722. 1994.

LLOYD, G. G. *Psychological support for the patient.* In: LUDLAM, C. A. *Clinical haematology.* Livingstone: Churchill, 1990.

MARTINEZ, F.; TELLEZ, F.; SIERRA, A. *Protocolo unificado en el cáncer de mama.* **Asociación Española de Cirujanos,** 2003. Disponível em: <http://www.cirugest.com/revisiones/Cir09-06/09-06-16.htm>. Acesso em: 12 mar. 2004.

MATHEWS, A.; RIDGEWAY, V.; WARREN, R.; BRITTON, P. *Predicting worry following a diagnosis of breast cancer.* **Psychooncology,** v. 11, n. 5, p. 415-418. 2002.

MELLO FILHO, J. *Psicossomática hoje.* Porto Alegre: Artes Médicas, 1992.

MESSA, A. A. *Câncer de mama: análise de repercussões psicológicas de paciente mastectomizada, em seguimento ambulatorial.* Universidade Paulista - Faculdade de Psicologia.Disponível em: <http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl16.htm>. Acesso em: 30 mar. 2004.

MIKI, Y.; SWENSEN, J.; SHATTUCK-EIDENS, D.; FUTREAL, P. A.; HARSHMAN, K.; TAVTIGIAN, S.; LIU, Q.; COCHRAN, C.; BENNETT, L. M.; DING, W. *A strong candidate for the breast and ovarian cancer susceptibility gene BRCA1*. **Science**, v. 266, n. 5182, p. 66-71. 1994.

MOHR, D. C.; MORAN, P. J.; KOHN, C.; HART, S.; ARMSTRONG, K.; DIAS, R.; BERGSLAND, E.; FOLKMAN, S. *Couples therapy at end of life.* **Psychooncology,** v. 12, n. 6, p. 620-627. 2003.

MONEER, M.; EL-DIDI, M.; KHALED, H. *Breast conservative surgery: is it appropriate for locally advanced breast cancer following downstaging by neoadjuvant chemotherapy? A pathological assessment***. Breast,** v. 8, n. 6, p. 315-319. 1999.

MOOREY, S.; FRAMPTON, M.; GREER, S. *The Cancer Coping Questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour.* **Psychooncology,** v.12, n. 4, p. 331-344. 2003.

MOOREY, S.; FRAMPTON, M.; GREER, S.; *The Cancer Coping Questionnaire: a self-rating scale for measuring the impact of adjuvant psychological therapy on coping behaviour.* **Psychooncology,** v. 12, n. 4, p. 331-344. 2003.

MOOREY, S.; GREER, S.; WATSON, M.; GORMAN, C.; ROWDEN, L.; TUNMORE, R.; ROBERTSON, B.; BLISS, J. *The factor structure and factor stability of the hospital anxiety and depression scale in patients with cancer.* **The British Journal of Psychiatry,** n. 158, p. 255-259. 1991.

MORROW, M.; SCOTT, S. K.; MENCK, H. R.; MUSTOE, T, A.; WINCHESTER, D. P. *Factors influencing the use of breast reconstruction postmastectomy: a National Cancer Database study.* **J Am Coll Surg,** v. 192, n. 1, p. 1-8. 2001.

MURPHY, J. J.; MORZARIA, S.; GOW, K. W.; MAGEE, J. F. *Breast cancer in a 6-year-old child.* **J Pediatr Surg,** v. 35, n. 5, p. 765-7. 2000.

NEAVE, L.; HARVEY, V.; BENJAMIN, C.; THOMPSON, P.; PELLETT, O.; WHITLOCK, J.; JONES, W.; POOLE, G. *The Auckland Breast Cancer Register: a*

special project of the Auckland Breast Cancer Study Group. **N Z Med J,** v. 116, n. 1184, p. 648. 2003 Oct

NEWMAN, P.; BILOUS, M.; BOYAGES, J. *Is centralized histopathology review necessary for screen-detected breast lesions?* Breast, v. 8, n. 6, p. 320-327. 1999.

NÚCLEO HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DA UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL (NHU-UFMS). Página disponível via Internet, em: <http://www.nhu.ufms.br/>. Acesso em: 28 mar. 2004.

O'BRIEN, J. *Body image: mirror, mirror, why me?* **Nurs Mirror,** v. 150(17), p. 36-37. 1980.

OFFIT, K.; GILEWSKI, T.; MCGUIRE, P.; SCHLUGER, A.; HAMPEL, H.; BROWN, K.; SWENSEN, J.; NEUHAUSEN, S.; SKOLNICK, M.; NORTON, L.; GOLDGAR, D. *Germline BRCA1 185delAG mutations in Jewish women with breast cancer.* **Lancet,** v. 347, n. 9016, p. 1643-1645. 1996.

OREL, S. G.; TROUPIN, RH.; PATTERSON, E. A.; FOWBLE, B. L. *Breast cancer recurrence after lumpectomy and irradiation: role of mammography in detection.* **Radiology,** v. 183, n. 1, p. 201-206. 1992.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS/WHO). *Constituição.* 1947; 1948. Disponível em: <http://www.onuportugal.pt/oms.pdf>. Acesso em: 20 mar. 2004.

PÁDUA, A. F. de. *Câncer de mama em homens: Experiência do Hospital São Marcos no período de 1986 a 1995.* **Revista do Hospital São Marcos Teresina - PI,** 1998.

PAGE, D, L.; DUPONT, W. D. *Indicators of increased breast cancer risk in humans.* **J Cell Biochem Suppl,** n. 16G, p.175-82. 1992.

PATTERSON, R. E.; WHITE, E.; KRISTAL, A. R.; NEUHOUSER, M. L.; POTTER, J. D. *Vitamin supplements and cancer risk: the epidemiologic evidence.* **Cancer Causes Control,** v. 8, n. 5, p. 786-802. 1997.

PENEL N, DEPADT G, VILAIN MO, VANSEYMORTIER L, CEUGNART L, TAIEB S, MIRABEL X, DELIGNY N, CHEVALIER A, BARANZELLI MC, PICHON F, HOGUET D, ROBIN YM, LARTIGAU E. *Frequency of genetic diseases and cancer antecedents in 493 adults with visceral or soft tissue sarcomas* **Bull Cancer,** v. 90, n. 10, p. 887-95. 2003.

PERRY, S.; JACOBSEN, P. *Neuropsychiatric manifestations of AIDS-spectrum disorders.* **Hosp Community Psychiatry,** v. 37, n. 2, p. 135-142. 1986.

PHILPOTTS, L. E.; SHAHEEN, N. A.; JAIN, K. S.; CARTER. D.; LEE, C. H. *Uncommon High-Risk Lesions of the Breast Diagnosed at Stereotactic Core-Needle Biopsy: clinical importance.* **Radiology,** n. 216, p. 831-837. 2000.

PICCART, M.; DOCHY, E.; CARDOSO, F. *News in the medical treatment of breast cancer.* **Bull Cancer,** v. 90, n. 1, p. 46-52. 2003.

PICO, C.; MARTIN, M.; JARA, C.; BARNADAS, A.; PELEGRI, A.; BALIL, A.; CAMPS, C.; FRAU, A.; RODRIGUEZ-LESCURE, A.; LOPEZ-VEGA, J.; DE LA HABA, J.; TRES, A.; ALVAREZ, I.; ALBA, E.; ARCUSA, A.; OLTRA, A.; BATISTA, N.; CHECA, T.; PEREZ-CARRION, R.; CURTO J. *Epirubicin-cyclophosphamide adjuvant chemotherapy plus tamoxifen administered concurrently versus sequentially: randomized phase III trial in postmenopausal node-positive breast cancer patients. A GEICAM 9401 study.* **Ann Oncol,** v. 15, n. 1, p. 79-87. 2004.

PINOTTI, J. A. *Mastectomia radical com reconstrução imediata.* **Ginec. Obst. Bras.,** v. 7, n. 2, p. 171. 1984.

POTTER, J. D. *Food, nutrition and the prevention of cancer: a global perspective.* Washington: World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research, 1997.

RACANO, C.; FANIA, P.L.; MOTTA, G. B.; BELLONI, C.; LAZZARINI, E.; ISOARDI, R.; BOCCU, C.; DUODECI, S.; D'AGOSTO, M.; RAGNI, L. *Immediate and delayed two-stage post-mastectomy breast reconstruction with implants. Our experience of general surgeons.* **Minerva Chir,** v. 57, n. 2, p.135-149. 2002.

RAMÓN Y CAJAL, S. *Reglas y Consejos sobre Investigación Científica. Los Tónicos de la Voluntad.* Madrid: Espasa Calpe, 1898.

REBBECK, T. R.; FRIEBEL, T.; LYNCH, H. T.; NEUHAUSEN, S. L.; VAN'T VEER, L.; GARBER, J. E.; EVANS, G. R.; NAROD, S. A.; ISAACS, C.; MATLOFF, E.; DALY, M. B.; OLOPADE, O. I.; WEBER, B. L. *Bilateral Prophylactic Mastectomy Reduces Breast Cancer Risk in BRCA1 and BRCA2 Mutation Carriers: The PROSE Study Group.* **J Clin Oncol,** v. 22, n. 6, p. 1055-1062. 2004.

REBBECK, T. R.; LYNCH, H. T.; NEUHAUSEN, S. L.; NAROD, S. A.; VAN'T VEER, L.; GARBER, J. E.; EVANS, G. R.; ISAACS, C.; DALY, M. B.; MATLOFF, E.; OLOPADE, O. I.; WEBER, B. L. *Prophylactic oophorectomy in carriers of BRCA1 or BRCA2 mutations.* **N Engl J Med**, v. 346, n. 21, p. 1616-1622. 2002.

REDMAN, S.; TURNER, J.; DAVIS, C. *Improving supportive care for women with breast cancer in Australia: the challenge of modifying health systems.* **Psychooncology,** v. 12, n. 6, p. 521-531. 2003.

RIVKIN, S. E.; GREEN, S. J.; LEW, D.; COSTANZI, J. J.; ATHENS, J. W.; OSBORNE, C. K.; VAUGHN, C. B.; MARTINO, S. *Adjuvant chemotherapy with cyclophosphamide, methotrexate, and 5-fluorouracil, vincristine, and prednisone compared with single-agent L-phenylalanine mustard for patients with operable*

breast carcinoma and positive axillary lymph nodes: 20-year results of a Southwest Oncology Group study. **Cancer,** v. 1, n. 97, p. 21-29. 2003.

ROWLAND, J. H. *Interpersonal resources: coping.* In: HOLLAND, J. C.; ROWLAND, J. H. *Handbook of psychooncology.* New York: Oxford, 1989.

SABISTON, D. C. J. *Tratado de Cirurgia.* Rio de Janeiro: Interamericana, 1979.

SANTORO, E. *Internet and information on breast cancer: an overview.* **Breast,** v. 12, n. 6, p. 424-431. 2003.

SANTOS, F. *Tire essa mágoa do peito***.** São Paulo: Gente, 1999.

SAWAIA, B. B. *Cidadania, diversidade e comunidade: uma reflexão psicossocial. In: A cidadania em construção: uma reflexão transdisciplinar.* São Paulo: Cortez, 1994.

SCHAVELZON, J. *Paciente com cancer. Psicologia y psicofarmacología.* Buenos Aires: Científica Interamericana, 1988.

SCHILDER, P. *A Imagem do Corpo: as energias construtivas da psique.* São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCLOWITZ, M. L. *Prevalência e fatores associados a condutas preventivas do câncer de mama na cidade de Pelotas, RS.* 2003, 224 f. Dissertação (Mestrado em Epidemiologia) - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas, RS.

SERRANO MUÑOZ, F.; ALVAREZ FERNANDEZ, E.; VARELA DE UGARTE, A. *Breast cancer in a 6-year-old girl.* **Rev Clin Esp,** v. 159, n. 4, p. 289-290. 1980.

SHAKESPEARE, V.; HOBBY, J. H. *Choices and information offered to patients undergoing immediate post-mastectomy breast reconstruction: a survey of patient opinion and self-assessed outcome.* **Breast,** v. 10, n. 6, p. 508-514. 2001.

SHAPIRO, S.; VENET, W.; STRAX, P.; VENET, L.; ROESER, R. *Selection, follow-up, and analysis in the Health Insurance Plan Study: a randomized trial with breast cancer screening.* **Natl Cancer Inst Monogr,** n. 67, p. 65-74. 1985.

SHILLING, V.; JENKINS, V.; FALLOWFIELD, L. *Factors affecting patient and clinician satisfaction with the clinical consultation: can communication skills training for clinicians improve satisfaction?* **Psychooncology,** v. 12, n. 6, p. 599-611. 2003.

SIGURDSSON, H.; BALDETORP, B.; BORG, A. *Indicators of prognosis in node-negative breast cancer.* **N Engl J Med,** v. 322, n. 15, p. 1045-1053. 1990.

SOMMER HL, JANNI W, CREMALHEIRA B, KLANNER E, STROBL B, RAMMEL G, SCHINDLBECK C, RJOSK D, DIMPFL T, FRIESE K. *Tamanho*

médio do tumor e sobrevivência total dos pacientes com o diagnóstico preliminar do cancer de peito influenciado por um uso mais freqüente da mamografia. **Proc Am Soc Clin Oncol,** n. 22, p. 867. 2003.

SPENCER, K. W. *Significance of the breast to the individual and society.* **Plast Surg Nurs,** v. 16, n. 3, p. 131-132. 1996.

STENKVIST, B.; BENGTSSON, E.; ERIKSSON, O.; JARKRANS, T.; NORDIN, B.; WESTMAN-NAESER, S. *Histopathological systems of breast cancer classification: reproducibility and clinical significance.* **J Clin Pathol**, v. 36, n. 4, p. 392-398. 1983.

STOLAR, G. *As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia.* In: GIMENES, M. G. G. (org). *A mulher e o câncer.* São Paulo: Editorial Psy, 1997.

STREET, H. *The psychosocial impact of cancer: exploring relationships between conditional goal setting and depression.* **Psychooncology,** v. 12, n. 6, p. 580-589. 2003.

TANDON, A. K.; CLARK, G. M.; CHAMNESS, G. C.; CHIRGWIN, J. M.; MCGUIRE, W. L. *Cathepsin D and prognosis in breast cancer.* **N Engl J Med,** v. 322, n. 5, p. 297-302. 1990.

THURLIMANN, B.; ROBERTSON, J.;, NABHOLTZ, J.;, BUZDAR, A.; BONNETERRE, J. *Efficacy of tamoxifen following anastrozole ('Arimidex') compared with anastrozole following tamoxifen as first-line treatment for advanced breast cancer in postmenopausal women.* **Eur J Cancer,** v. 39, n. 16, p. 2310-2317. 2003.

TROSS, S.; HOLLAND, J. C. *Psychological sequelae in cancer survivors. Handbook of Psychooncology.* New York: Oxford, 1989.

VAN DER HAGE, J. A.; PUTTER, H.; BONNEMA, J.; BARTELINK, H.; THERASSE, P.; VAN DE VELDE, C. J. *Impact of locoregional treatment on the early-stage breast cancer patients. a retrospective analysis.* **Eur J Cancer**, v. 39, n. 15, p. 2192-2199. 2003.

VERONESI, U.; CASCINELLI, N.; MARIANI, L.; GRECO, M.; SACCOZZI, R.; LUINI, A.; AGUILAR, M.; MARUBINI, E. *Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer.* **N Engl J Med,** v. 347, n. 16, p. 1227-32. 2002.

VIEIRA, R. *Projeto de pesquisa em câncer de mama e genética.* In: DIAS, E. N.; SILVA, H. M. S.; BARROS, A. C. S. D.; FIGUEIRA FILHO, A. S. S. *Controvérsias em Mastologia.* Rio de Janeiro: Revinter, 1998.

VIEIRA, S. *Introdução à bioestatística.* Rio de Janeiro: Campus, 1989.

VILELA, E. M.; MENDES, I. J. M. *Entre Newton e Einstein: Desmedicalizando o conceito de saúde.* Ribeirão Preto: Holos, 2003.

VIÑAR, M. N. *O reconhecimento do próximo.* **Percurso,** v. 6, n. 13, p. 7-15. 1994.

VOLICH, R. M. *O eclipse do seio na teoria freudiana.* **Percurso,** v. 7, n. 14, p. 55-64.1995.

WALLNER, P.; ARTHUR, D.; BARTELINK, H.; CONNOLLY, J.; EDMUNDSON, G.; GIULIANO, A.; GOLDSTEIN, N.; HEVEZI, J.; JULIAN, T.; KUSKE, R.; LICHTER, A.; MCCORMICK, B.; ORECCHIA, R.; PIERCE, L.; POWELL, S.; SOLIN, L.; VICINI, F.; WHELAN, T.; WONG, J.; COLEMAN, C. N. *Workshop on partial breast irradiation: state of the art and the science, Bethesda, MD, December 8-10, 2002***. J Natl Cancer Inst,** v. 96, n. 3, p. 175-184. 2004.

WILLIAMS, P. D.; VALDERRAMA, D. M.; GLORIA, M, D.; PASCOGUIN, L. G.; SAAVEDRA, L. D.; DE LA RAMA, D. T.; FETTY, T. C.; ABAGUIN, C. M.; ZALDIVAR, S. B. *Effects of preparation for mastectomy/hysterectomy on women's post-operative self-care behaviors.* **Int J Nurs Stud,** v. 25, n. 3, p. 191-206. 1988.

WOOSTER, R.; NEUHAUSEN, S. L.; MANGION, J.; QUIRK, Y.; FORD, D.; COLLINS, N.; NGUYEN, K.; SEAL, S.; TRAN, T.; AVERILL, D. *Localization of a breast cancer susceptibility gene, BRCA2, to chromosome 13q12-13.* **Science,** v. 265, n. 5181, p. 2088-2090. 1994.

YEO, W.; KWAN, W. H.; TEO, P. M.; NIP, S.; WONG, E.; HIN, L. Y.; JOHNSON, P. J. *Psychosocial impact of breast cancer surgeries in chinese patients and their spouses***. Psychooncology,** v. 13, n. 2, p. 132-139. 2004.

ANEXOS

ANEXO A - Declaração das Autoridades do NHU-UFMS

UFMS MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que se fizerem necessários que o médico, **Giuseppe Butera,** matrícula SIAPE nº 0433712, lotado na Seção de Ambulatório/DIMD/DTC/NHU/UFMS, obteve autorização do Dr.Wilson de Barros Cantero, Chefe da Divisão de Medicina/NHU da época, para realizar levantamento estatístico, com a finalidade de pesquisa científica, dos prontuários relativos aos casos de patologia mamária arquivados no SEAM, no período de 1995 a 1998.

Campo Grande, 19 de novembro de 2003.

Clodoaldo Conrado,
Diretor Clínico/NHU

ANEXO B - Amostra Sistemática de casos de Câncer de Mama

	NP	IN	DNP	DPA	SP	IPA	FE	TLD	MD	TTE	TSC
1.			04/03/32	13/09/96	F	64	VI	Ca mama E 97 AVCI 99		Mastectomia E 96 Txt quimio	
2.			26/05/27	26/11/97	M	70	VI	Lesão língua blastoma maligno assoalho boca	Ca espinocelular bem diferenciado infiltrante 7/5/93		
3.			27/05/49	11/04/97	F	47	V	4/8/97 pT2pN1 metástases 2/14 Ca ductal infiltrante GII 15/4/97	Rxt 21/1/99 TMX		
4.			10/3/51	06/3/96	F	44	V	Ca mama E ductal infiltrante retromamilar com alta reação desmoplásica	Anátomo-patol. 27/5/96. Mamografia	Rxt Químio c/ TXF pós-mastectomia	
5.			16/10/59	07/05/96	F	36	IV	Ca mama D ductal 1/9/99 est III	Doença metastática todos linfonodos	Hormonioterapia Rxt 99	
6.			06/10/40	22/01/96	F	55	VI	Síndrome nefrótica 3/300 Fratura de calcâneo Neo pele face -> Carcinoma basocelular			
7.			27/01/38	01/06/95	F	57	VI			Mastectomia radical 29/6/93 Quimio 93 Txf 98	
8.			10/06/46	12/06/95	F	49	V	Ca ductal 18/8/95 Metástases trocanterianas f~emur	Mastectomia E 26/10/94		Óbito 1995 pós-operatório fêmur
9.			05/02/51	17/10/96	F	45	V	21/7/99 Ca de mama D negativo para receptores estr/progest. 22/9/95 Comedocarcinoma in situ intraductal c/ mastite	Patol.: Ca medular mama. Margem cirúrgica comprometida. Adenose esclerosante com calcificação. Metástases 1/3	Txf suspenso 20/4/99	
10			28/06/51	15/01/97	F	45	V	Ca mama D g. III de Blom e Richardson Metástases 3/11	História de abscesso mamário	Rxt 11/6/97	
11			01/07/47	14/04/97	F	49	V	Ca mama E ductal infiltr.resid.arcialm. autolisado 1/3 nódos nível 1		Rxt	
12			13/11/45	06/07/95	F	49	V	Mastodínia bilateral 24/6/96		Intolerância a Parlodel 5 mg	

										29/6/95	
13			01/06/51	26/02/96	F	44	V	Mama D: Adenocarcinoma ductal Ca colo uterino (epidermóide in situ) 5/3/94	Adenocarcinoma ductal residual em parede cirúrgica e em focos a distância sem metástases em linfonodos	Mastectomia radical 29/9/91 Rxt Wertheim	
14			03/08/43	14/02/96	F	52	VI	Ca mama E ductal bem diferenciado 25/10/93		Rxt TXF	
15			23/02/60	14/02/96	F	35	IV	7/5/84 caroço mama E	Ca ductal infiltrante 3/4/84	Cobalto 60 mama E e drenagem linfática Dtd – 200 rads Dtt - 5000 rads 29/11/99 ressecção ganglionar axilar	
16			09/01/41	05/04/95	F	54	VI				
17			22/08/34	18/03/96	F	61	VI	Nódulo mama D T2N1fM EcII 12.1.88 Adenocarcinoma	Punção biópsia aspirativa 23/8/88: cels epiteliais	Químio 89 Rxt	
18			29/01/39	12/04/95	F	56	VI	Desde os 15 anos, nódulos. Tu benigno mama E 8/6/80. Nódulo mama E 9/10/91	Exerese		
19			30/08/11	13/06/95	F	83	VI	Nódulo mama D 3/1/90 T1aNoMo Ca ductal Histiocitose seios linfáticos Displasia fibrocística 23/3/90 Mastectomia 5/3/90	Punção biópsia	Quimio 95 Rxt 15/8/95	
20			16/10/37	27/03/95	F	57	VI	Ca + céls massa infraclavicular 25/5/95 Metástases bacia + joelho	Biópsia mama: Displasia fibrosa mama 6/10/76/ Quelóide 30/9/87 Cintigrafia 19/5/99	Rxt + Quimio 95 Família suspende rxt	
21			25/04/25	29/08/95	F	70	VI	Ca mama mau estado geral		Quimio 95 Tto clínico 1.3.97	
22			27/05/35	28/02/96	F	60	VI	Tu mama E 19/10/87	Ca 15.3 : 63,3 (Nl 53) T2aN1aMo Cintigrafia nl 18/1/2000	Mastectomia à Patey	
23			17/06/43	02/01/95	F	51	VI	25/4/94 nód. seio E	carcinomat. periton.	Mastect. E 11/7/94 Txf CMT	
24			02/09/25	19/12/95	F	70	VI	Lesão inflamatória mama E 24/4/98		Retorno em 6 meses	
25			06/12	15/01	F	63	VI				

26			26/02	30/04	F	43	V	Colecistite Varizes			
27			30/04 /14	09/02 /95	M	80	VI	Adenocarcinoma cabeça de pàncreas		Inoperável 15/3/79	
28			12/11 /35	01/04 /96	F	60	VI	Ca mama D 6/11/95 retração fáscia retromária Metástases em 4/15 gglios isolados	Ca ductal invasivo sem lesão residual	Mastectomia radical com linfoadenectomia	
29			10/08 /18	10/04 /96	F	77	VI	Ca mama D QSE		Cirurgia conservadora 2/9/86 Txt com ortovoltagem em cicatriz CBC em face mão MSE e MIE	
30			11/02 /56	08/03 /96	F	40	V	Perda parcial do complexo aréolo-mamário pós-mastectomia		Reconstrução complexo aréolo-mamário pós mastectomia c/ prótese 15/2/2000	
31			14/07 /48	16/02 /95	F	46	V	/12/92 carcinoma ductal infiltrante 4,8 cm G I sem metástases ou nodos axilares	27/10/92 biópsia mama E	exerese nódulo mama E 27/10/92 1– Enduram 200 3 fr EV MTX 50 1 ½ fr 5 FU 250 3 fr 5° ciclo 23/3/93 e 6° ciclo 13/4/93 10/4/2000 mastectomia E total com transf. Intermed. de retalho reconstrução de mama E 11/4/2000	
32			01/10 /52	01/02 /96	F	43	V	Ca mama E (mãe c/ Ca mama) Classe III Papanicolaou 1984	28/2/96 Carcinoma ductal mama E. invasor sem lesão residual sem invasão angiolinfática ausência de metástases em 23 nodos	Txf 13/5/97-98 1cp dia contínuo sem uso de anticomcepsional Mastectomia c/ linfadenectomia Rxt 60 Kv 2000 Gy 10 d Acelerados linear 5040 cGy 28 d	
33			21/05 /32	25/01 /96	M	63	VI	Colecistite aguda 20/8/97	Ca hepatocelular 28/8/97		Óbito
34			31/10 /15	29/03 /95	F	79	VI	9/4/92 Ca ductal infiltrativo mama E		14/9/92 ressecção tu mama E 2/9/92 mastectomia radical	
35			30/10 /16	13/03 /96	F	79	VI	Ca basocelular variante em paliçada bem	Mama nl	Histerectomia 93	

							formada superciliar E			
36			31/07/44	09/01/95	F	50	VI	Ca ductal bilateral mama		Mastectomia radical com linfadenesctomia 25/3/95 Rxt + Quimio: Txf	
37			23/09/32	06/09/95	F	62	VI	7/2/96 Ca ductal mama D	Tc 2/4/98 metástases cerebrais Histiocitose seios linfáticos (nódulo 17/11/97	Mastectomia 28/6/8 e 27/3/98 Quimio Txf 4/3/98	
38			25/08/78	03/04/98	F	19	II				
39			06/01/40	27/11/97	F	57	VI	Cistoadenoma mucinoso 8/12/97 Tu ovário			
40			29/03/46	10/10/95	F	49	V	14/8/79 Ca epidermóide invasivo colo uterino mal diferenciado			
41			06/01/58	17/02/98	F	40	V	Abscesso subareolar crônico		Ressecção ductal terminal Areoloplastia 98	
42			26/01/36	30/07/96	F	60	VI	7/6/96Ca ductal infiltrante de mama E T2N0M0	Ausência de tu residual Linfonodos sem metástases	Mastectomia radical Patey Txf 15/4/97 Enduran 800 mg 7/8/96 5FU 750 Mtx 75 mg EV Nolvadex	
43			18/02/27	19/05/96	F	69	VI	Ca espinocelular perna D Ca basocelular face e r. infraclavicular 23/6/80 ca metastático indiferenciado invasivo intestino grosso		Mastectomia R Halsted julho 73	
44			20/05/44	30/01/95	F	50	VI	Ca ductal bem diferenciado infiltrativo sem metástases 17/3/94 Metástases óssea e peritônio 1996		Mastectomia E Quimio Rxt 93	
45			20/08/29	21/10/97	F	67	VI	Lipoma mama direita 9/4/92 CBC face 21/10/96 CBC			23/11/95 alta Oncologia
46			03/05/22	05/01/95	F	72	VI	Tu mucosa oral Metástases		Mastectomia mama D	

								hepáticas		Quimio 7/5/80	
47			04/03/24	30/01/96	F	71	VI	Ca terço médio esôfago			
48			21/01/25	08/03/95	F	70	VI	30/9/93 Ca intraductal sem metástases mama Emastectomia e esvaziamento axilar		RXT	Fígado nl em 22/11/95
49								Ca mama		TXF 1994 a 99	
50			21/12/56	05/04/97	F	40	V	Nódulo mama fibrocístico (benigno) 28/4/98 Gl. Mamária extra numerária D axilar		Histerectomia 27/996 Exerese tu benigno mama 15/7/82	
51			02/01/38	03/01/95	F	57	VI	Ca ductal infiltrante QSD mama D 25/7/88		Mastectomia à Patey 19/7/88	
52			07/04/50	13/03/97	F	46	V	Ca seios da face sem possibilidade terapêutica			
53			22/04/53	01/09/97	F	44	V	Metástase couro cabeludo Ca ductal mama D GII (Bloom Richardson) 3/2/89		Rxt 97	
54			19/06/66	14/08/96	F	30	IV	Ca mama E 1991	Biópsia: ?		
55			10/11/13	31/05/95	F	81	VI	Ca mama E31/5/90		Cobaltoterapia 12.1.83 Mastectomia E 14.12.90	
56			15/02/46	22/02/95	F	49	V	Adenocarcinoma colon desc. Ca mama ductal infiltr. 1975	Síndrome Lown – Ganong-Levine 1993	Colectomia parcial Quimio 89	
57			23/04/47	28/02/96	F	48	V	Fratura patológica transtrocanteriana 29/10/93		Ooforectomia	
58			27/08/51	15/11/97	F	46	V	Nódulo mama:	Displasia adenofibrocística 3/11/81	Exerese nódulo mama 14/11/97	
59			25/06/37	15/05/96	F	58	VI	Mastodínia 2/6/82	Mamografia 95: nl	Exerese Tu benigno 30/11/83	
60			24/01/42	10/01/95	F	52	VI	Ca endométrio 94			
61			10/01/34	22/12/95	F	61	VI	Ca colo uterino EC IIb		Rxt 93	
62			17/06/11	25/01/95	F	83	VI				
63			30/01/46	18/01/95	F	48	V	22/2/86Nódulo mama D 11/1/91 ausência de metástases edema e dor MSD (linfedema) Adenocarcinoma	10/2/91 Rx arcos costais: suspeita metástase óssea fibroatelectasia 18/01/95 Rx sem metást.ulmonares	Mastectomia à Patey Rxt 5000 rads fisioterapia	

								bem diferenciado de mama D Hiperplasia linforeticular em lados axilares Displasia epitelial c/ adenose esclerosante e hiperplasia ductal típica	17/11/97 Mamografia E Ca15-3		
64			17/05/58	20/03/97	M	38	IV	Criptorquidia E		Orqudopexia 24/9/82	
65			09/03/41	26/01/95	F	53	VI	18/11/88 Nódulo mama E e D Displasia mamária fibrocística (sem critério de malignidade) sem neoplasia residual	Histiocitose de gglios linfáticos de gglios axilares (16/3/89) em mama D Mama E: carcinoma ductal infiltrante Biópsia aspirativa Masma E 22/11/88	Mastectomia radical E Rxt	
66			10/06/34	01/08/95	F	61	VI	Neo hipofaringe fora de possibilidade terapêutica com fístula r. cervical			
67			15/10/68	23/07/97	F	28	III	Fibroadenoma 25/10/82 Disgerminoma ovário D 14/4/93		Naovagina aos 5 anos (Eu Ddo11/11/82) quimio	
68			23/09/81	15/10/96	F	15	II	Nl			
69			28/11/49	07/05/96	F	46	V	Nódulo mama D	3/1/82 fibroadenoma? 21/6/93 cisto mama D? 21/3/95 idem		
70			15/07/21	23/01/95	F	73	VI	24/1/90 Mama E: Ca ductal infiltrante	Músculo esquelet: Ca ductal infiltrante bem diferenciado	28/5/91 Não quis operar Rxt + Txf	Óbito domiciliar 22/6/95
71			23/03/22	08/02/95	F	72	VI	Ca ductal in situ MD 24/5/99 -> infiltrante 1994 nódulo mama D		Quimio TMF Ac 1D5 (anti-RE) + Ac 1D5 (anti-RE) 1998	
72			30/11/63	25/01/96	F	32	IV	Fibroadenoma 8/2/96 mama D		Exerese 24/1/96	
73			07/04/40	23/10/95	F	55	VI	Nódulo mama E 13/1/93	Biópsia: vasculite		
74			25/07/50	06/03/97	F	46	V	28/11/96 Ca ductal infiltrante 24.5.00 Derrame pleural neoplásico bilateral		Drenagem linfática RXT	

75			16/07/25	06/09/95	F	70	VI	Ca lobular infiltrado GII sem metástases 11/12/97.	Esfregaço de punção em mama E negativo 19/10/91	Quimio	
76			10/11/30	30/08/95	F	64	VI	Ca mama Metástases asa ilíaco D 20/9/95		TXF RXT	
77			08/03/31	05/01/95	F	63	VI	Adenocarcinoma metastático 1/6/88		Mastectomia E 20/8/87	Quimio 20/8/87 TXF 96
78			29/07/45	26/06/96	F	50	VI	Nódulo axila D 26/6/96	Mamografia 94 nl		
79			05/05/30	01/03/96	F	65	VI	Ca uterino evisceração tratada em 16/6/94		Pan-histerectomia 31/5/94 Quimio	US fígado nl 28/3/96 Óbito 5/4/96
80			06/06/45	08/03/95	F	69	VI	6/12/89 Ca mama E: lesão papilar com metástases linfonodo axilar Metástases sacra e cerebral 22/3/2000	Negativo para malignidade 19/3/90	Mastectomia 5/3/90	
81			21/12/25	15/05/95	F	69	VI	Tu mamaD T2aN2a ECII Ca ductal inflistrante24/1/91	3/5/00 Dor HTD > Rx mamografia US	Mastectomia radical D	
82			12/05/26	14/09/95	F	69	VI		4/3/99 Metástases ausentes T2NoMo 6/7/99 Cintilografia óssea: nl Mamografia nl	28/11/95 Mastectomia radical E Rxt TMF	
83			25/03/63	28/07/97	F	34	IV	Ca papilífero bem diferenciado mama D QSED= gg I E III Ausência de infiltração	Mastectomia 1/11/93	TMF 98	
84			16/03/39	22/04/98	F	59	VI	Mastodínia	Mamografia nl		
85			26/02/35	16/01/97	F	61	VI	Tu mama E 26/1/97	T2N1M0 Ec IIB	Rxt Txf	
86			23/01/55	31/05/95	F	40	V	Mastopatia fibrocística + metaplasia apócrina3/11/95	Mamogr. 25/9/96: nl Bióps aspirativa de nód. mama E 21/3/94 neg. para malign.		
87			11/01/53	30/09/97	F	44	V	Lesão fibrocística com adenose e metaplasia apócrina	Ressecção tu de mama E 9/8/99		
88			16/02/30	10/03/95	F	65	VI	Ca mama E c/ metástases ósseas em coluna 1981		Qímio 86	
89			11/06/44	24/01/95	F	50	VI	Ca mama E Ca ductal infiltrante	Mastectomia radical19/12/97	TXF 98	

								GII com invasão angiolinfática 31/7/97			
90			10/04/36	24/04/95	F	59	VI	Ca ductal infiltrante com metást. Gglios axil. E I=1 II=6 III=3	24/4/93 Ex: 000 Rx tórax Bem	Quimio 14/10/87	
91			19/06/36	17/02/97	F	60	VI	Ca ductal 7/11/96 sem invasão 23/12/90 pT2 pNo		Rtx 27/11/90 TMX 98 Mastectomia D	
92			29/04/60	22/03/95	F	34	IV	4/12/92 Ca intraductal Ca lobular in situ (comedocarcinoma) de porção central Fibroadenoma 22/3/95 Gestante	5/1/93 Quadrantectomia E (hipomastia, com cicatriz anterior)	RXt Cobalto	
93			10/01/32	15/02/95	F	63	VI	29/3/96 Fratura patol. úmero E 6/5/93 Mastectomia com linfadenectomia	9/4/96 fragm. Músc. Metast. 30/11/92 Gglio móvel ax. D metást. 2/9 gglios Ca ductal infiltrante biópsia aspirativa	Quimio TMF 19/6/97	
94			21/11/63	08/01/98	F	34	IV	Proc inflamatório p/ corpo estranho Mastite crônica	Drenagem de abscesso 5/11/97 Recidiva		
95			16/04/14	08/12/97	F	83	VI	Neo de esôfago		Gastrostomia 17.10.96	
96			12/10/50	31/7/95	F	44	V	Abscesso de mama direita	25/09/95 Mamografia bilateral: inconclusiva 24/08/95 - Doença fibrocística (anátomo-pat.)		
97			04/04/43	17/04/97	F	54	VI	Ca ductal invasor GII 27/12/96 Metástases 5/21 gglios		Rxt Tmf	
98			02/05/48	27/03/95	F	46	V	Nódulo mama D T2aNaMo Ec II 22/5/79 Mastite crônica 3/5/90	biópsia	Ulcerorrafia histerectomia	
99			05/08/66	11/09/96	F	30	IV	Fibroadenoma hialinizado	Setorectomia tu benigno25/3/96	Punção aspirativa -> hiperplasia fibrocística + hiperplasia epitelial ductal	
10			10/10/46	13/10/97	F	51	VI	Mama metastática D 4/11/97 Ca ductal 17/2/99 negativa para recept. Estr/Progest + para produto de oncogene C-erb B2	(irmã falecida com Caa de mama)	Mastectomia D 26/9/97 Quimio TMX 98 Metástases 18/18	

10			16/6/42	08/3/95	F	52	VI	Ca mama E c/ metástases ósseas. Fratura patológica úmero 1998	Medula óssea normal em 28/12.88	24/08/95 - Vitamina E	Melhora clínica
10			23/03/33	24/07/96	F	63	VI	Carcinoma endometrial T1A		Megestat Rxt	
10			13/04/84	17/02/95	F	10	I	Sem traços de Ca			
10			03/08/49	08/10/97	F	48	V	Neo epitelial maligna ductal infiltr. c/ gglios infliltr. Mama D 10/6/97 Mastopatia fiibrocíst. pT2 pN1b1	Mastectomia radical com esvaziamento axilar + fragmento da cadeia de R 8p	RXT 8/10/97	
10			29/04/44	22/02/95	F	50	VI	Ca ductal 15/9/84 Ca colo de útero 29/1/84		Mastectomia 16/10/84	
10			08/03/35	19/07/95	F	60	VI	Tu benigno de mama Mastite 85			
10			04/04/39	09/12/95	F	56	VI	Sem traços de Ca			
10			28/03/63	09/06/95	F	32	IV	Nódulo QSE mama E Doença fibrocística 27/6/ 95			
10			17/08/32	30/07/97	F	64	VI	Nódulo mama D QSE 4.4.94 Ca lobular bem diferenciado (0/8)	Mastectomia + esvaziamento axilar 3/5/94	Exerese 02.06.95	8/8/00 bem
11			20/08/59	17/01/95	F	35	IV	T4BN1Mo Mama D QSE 13/1/93		TMX Mastectomia à Patey Rtx	
11			14/10/64	04/01/95	F	30	IV	Tu mama E T4bN1bNo 9/5/86	Biópsia mama E		
11			30/01/57	04/09/96	F	39	IV	Neo mamário reações negativas para receptores estrog c/ Ac 1D5 (anti RE)	Mamografia D pós mastectomia E negativa 5/5/2000	Mastectomia E 17/11/98	Rxt quimio TMX
11								Luxação recidivante rótula			
			14/02/81	08/05/97	M	16	II	Lesão infiltrante lítica em mandíbula com fratura			
			15/10/73	22/05/96	F	22	III	Doença fibrocística 21/1/98		Ressecção nódulo mama 16/1/98	
			19/05/61	11/11/97	F	36	IV	Doença fibrocística intraductal típica	Punç. bióps. Asp. 28/6/99	Ressecção nód. mama 4/11/97	
			30/05	03/01	F	16	II	Fibroadenoma 19/12/95		Ressecção nódulo mama D 30/11/95	
			06/12	16/01	F	36	IV	Ca ductal infiltrativo 25/11/88	Mastect radical 9/12/88	Rxt	

			14/09 /68	23/06 /95	F	32	IV	acne			
			04/10 /68	19/05 /98		29	III	Oftalmologia			
			02/06 /40	27/03 /95	F	54	V	24/5/00Linfoma maligno não-Hodgkin folicular. Linfoadenite crônica inespecífica não maligna (gglio 23/9/97)	mielograma	Ressecção tu axilar 01.10.97	
			03/03 /82	16/02 /96	M	13	II	Linfoma Hodgkin há 6 anos 2/5/94		3/12/95 Rxt	
			20/01 /78	28/08 /95	F	17	II	Mastite tu mama T4cNoMo 28/8/95			
								sp			
			20/10 /88	15/03 /95	F	6	I	Nódulo mama I 25/5/98	T1NoMo	Mastectomia D 27/7/91	
			24/01 /66	07/01 /95	M	28	III	Sarcoma fusocelular inoperável 19/8/94 Tu tornozelo E			
			08/04 /38	06/01 /95	F	56	VI	Ca ductal residual mama D		TXF suspenso 98 Rxt 28/5/92	
			10/02 /71	30/05 /96	F	25	III	Nódulo mama E		Exerese 30/5/96	
			28/03 /67	22/06 /95	F	28	III	Nódulo mamário D benigno 23/5/94			
			30/01 /71	22/10 /96	F	25	III	Abscesso mamário D crônico intraareolar		Ressecção ductal + areoplastia 17/01/97	
			25/01 /78	06/05 /97	M	19	II	Osteossarcoma			
			21/07 /91	05/11 /97	F	6	I	Tu Wilms recorrente			
			16/12 /53	10/01 /95	F	41	V	Metástases ósseas 31/5/00		Mastectomia E radical Quimio RXT	
			07/06 /76	13/08 /96	M	20	III	Leucemia linfóide aguda		Químio	
			03/01 /68	21/03 /95	F	27	III	Ca mama D estrogênio dependente Ca ductal invasivo c/ metástases todos linfonodos		Ooforectomia bilateral 2/10/95	

ANEXO C – Questionário (QOM)

<http://www2.ucdb.br/~butera/pesquisa.htm>

Dados Pessoais:

Nome (facultativo):_____Idade:_____Sexo_____

Escolaridade: ☐ 1º Grau - ☐ 2º Grau - ☐ 3º Grau

Dez Perguntas (pode haver mais de uma alternativa ou acrescentar mais informações):

1. Você faz o auto-exame das mamas?

☐ esporadicamente ☐ freqüentemente ☐ todos os dias ☐ nunca

2. Foi diagnosticado câncer de mama em você? ☐ sim ☐ não

Que tipo: ☐ I ☐ II ☐ III ☐ IV ☐ Não sei

3. Qual foi sua principal reação à notícia do diagnóstico de câncer de mama?

☐ sim ☐ não

Como? ☐ abandono definitivo ☐ uso esporádico ☐ outro:

4. Recebeu alguma terapia? ☐ sim ☐ não

Que tipo? ☐ quimioterapia ☐ radioterapia ☐ fisioterapia ☐ psicoterapia ☐ outra:

5. Houve mastectomia? ☐ sim ☐ não

Mama: ☐ direita? ☐ esquerda? ☐ ambas?

6. Está sendo constante na terapia? ☐ sim ☐ não

Como? ☐ abandono definitivo ☐ uso esporádico ☐ outro:

7. Gostou dos resultados de seu tratamento? ☐ sim ☐ não

Por quê? ☐ foi exagerado ☐ foi insuficiente ☐ não espero melhora ☐ outro:

8. Você teve esclarecimentos satisfatórios quanto ao significado de sua doença?

☐ sim ☐ não

Acha que teria alguma vantagem, obtendo mais informações sobre a doença?

☐ sim ☐ não

9. Como se sente atualmente, com relação à sua doença?

☐ a vida acabou ☐ é uma doença como qualquer outra ☐ vale a pena viver, apesar da doença

☐ espero ainda vencê-la ☐ ajuda a entender melhor os outros ☐ outro:

10. O que gostaria de evitar, se pudesse voltar atrás?

☐ o contato com substâncias cancerígenas ☐ contar a alguém ☐ encarar o diagnóstico

☐ fazer as terapias ☐ submeter-se à mastectomia ☐ outro:

ANEXO D – Cartilha do Auto Exame de Mama

Auto Exame das Mamas

O Auto Exame das Mamas leva apenas alguns minutos e você só precisa fazer uma vez por mês. Muitas mulheres tem "medo" de fazer o Auto Exame mas ele é a melhor e mais fácil maneira de se diagnosticar os tumores de mama nas fases iniciais. Se você tem menstruações faça o exame uma semana após acabar o fluxo. Se você não tem, marque um dia do mês, por exemplo, dia primeiro, e faça o exame sempre neste dia. A finalidade do exame não é "encontrar" alguma coisa, mas acostumá-la a examinar a sua mama. Quanto mais você fizer, mais conhecerá sua mama. Isto permitirá que você encontre uma "mudança" e possa avisar o seu médico.

NA FRENTE DO ESPELHO

Primeiro fique em pé em frente ao espelho e examine atentamente suas mamas. Observe as formas, a cor e textura da pele. Levante os braços devagar olhando atentamente a imagem no espelho.

NO CHUVEIRO

Levante seu braço esquerdo e o coloque atrás de seu pescoço. Com a mão direita esticada examine a mama esquerda. Use as polpas de seus dedos e não as pontas ou as unhas. Não faça o movimento de "pegar alguma coisa" mas sim de "sentir" a mama. Repita o movimento na outra mama.

APÓS O BANHO

Aperte gentilmente seus mamilos (bicos do seio) e observe se sai algum líquido.

QUANDO AVISAR O SEU MÉDICO

- Mudanças na forma ou coloração das mamas
- Pele tipo "casca de laranja"
- Nódulos ou caroços
- Líquido que sai dos mamilos

NÃO ENTRE EM PÂNICO

Lembre-se: o que você vê ou sente em sua mama não significa que você tenha câncer mas é um sinal importante para você procurar o seu médico.

(Folheto explicativo da Secretaria de Saúde do Estado de São Paulo)