

Capítulo 3



*AÇÕES DE PREVENÇÃO
PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA NO
CONTROLE DO CÂNCER*

INTRODUÇÃO

A prevenção primária do câncer se refere a toda e qualquer ação voltada para a redução da exposição da população a fatores de risco de câncer, tendo como objetivo reduzir a ocorrência da doença (incidência), através da promoção da saúde e proteção específica (Brasil, 1996). A prevenção secundária abrange o conjunto de ações que permitem o diagnóstico precoce da doença e o seu tratamento imediato, aumentando a possibilidade de cura, melhorando a qualidade de vida e a sobrevivência e diminuindo a mortalidade por câncer.

O conhecimento da distribuição geográfica dos cânceres, dos parâmetros de avaliação epidemiológica, dos fatores de risco, da disponibilidade de recursos materiais e humanos e da organização do Sistema de Saúde, bem como do fluxo que se dá realmente entre os seus diversos níveis, fornece subsídios para que se planejem programas efetivos e eficazes de controle do câncer.

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

A educação é a pedra angular sobre a qual se apóiam todas essas ações. Um fato bastante relevante para o controle do câncer é que a maioria dos casos da doença (80%) está relacionada a fatores ambientais, em maior ou menor grau evitáveis. Esses fatores envolvem água, terra, ar, ambiente de consumo (alimentos, medicamentos, fumo, álcool e produtos domésticos), ambiente cultural (estilo, costumes e hábitos de vida) e ambiente ocupacional (Higginson, 1993). Análise da estimativa quantitativa dos riscos evitáveis de câncer mostra que 30% das mortes por câncer estão relacionadas ao tabagismo, 35% aos hábitos alimentares e os 35% restantes a vários outros fatores, tais como vírus oncogênicos transmissíveis, exposições ocupacionais, exposição excessiva à radiação solar, radiação ionizante e hormônios (Doll, 1981).

Mudanças nas condições de vida, hábitos e costumes acompanham o processo de industrialização e urbanização que ocorre no Brasil e no mundo. Essas mudanças, somadas ao aumento progressivo da expectativa de vida, são determinantes da exposição da população a fatores ambientais de risco e são passíveis de modificações. Segundo a OMS, cerca de um terço dos casos de câncer podem ser evitados através da prevenção primária (WHO, 1993).

A conscientização da população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento são ações fundamentais para a prevenção primária do câncer.

Esse processo tem como base o desenvolvimento de ações educativas no sentido de desmistificar o câncer e de informar sobre as possibilidades de evitá-lo (Mayer, 1995; Brasil, 1996). Para isso é necessário que ocorra a mobilização de toda a área de saúde e o envolvimento dos profissionais já sensibilizados e informados sobre essa doença. A inclusão das ações preventivas na rotina do atendimento à população é importante para obter bons resultados no futuro e para que a comunidade assistida incorpore hábitos saudáveis de vida.

Conhecer alguns conceitos sobre a doença, seus aspectos biológicos e fatores que influenciam o seu surgimento é o ponto de partida para a atuação de todo profissional de saúde (Brasil, 1996).

O enfermeiro poderá atuar nos diversos níveis de atenção à saúde, hierarquizados segundo seu grau de complexidade (primário, secundário, terciário e quaternário), desenvolvendo ações de coordenação e de execução, que incluem a assistência de Enfermagem e a Educação Comunitária e Profissional.

1 - PREVENÇÃO PRIMÁRIA DO CÂNCER

Normalmente, ao longo da nossa vida, a reprodução celular na maioria dos tecidos é controlada por mecanismos biológicos intrínsecos. No câncer, esse mecanismo de controle é perdido.

O câncer não é uma doença única e sim um grupo de mais de cem doenças diferentes, que têm em comum a perda, pelo organismo, do controle sobre o crescimento e multiplicação das células alteradas (Franks, 1990; Pitot, 1993).

Alguns aspectos biológicos respondem pelas variações dos diferentes comportamentos clínicos e evolutivos dos diversos tipos de câncer. O tipo da célula onde o processo de carcinogênese se iniciou, a velocidade de multiplicação dessa célula, a maior ou menor capacidade de invasão de tecidos vizinhos ou distantes e alterações a nível molecular e genético são aspectos que influenciam essas variações (Franks, 1990; Pitot 1993).

Outra importante característica do câncer é que o processo de sua formação, na maioria das vezes, ocorre de forma lenta ao longo da maior parte da vida do indivíduo e, com grande freqüência, a doença só se manifesta clinicamente muitos anos - geralmente décadas - depois do início do contato com o(s) fator(es) causal(is). Essa é uma das razões pelas quais a maioria dos casos de câncer ocorre em pessoas com mais de 60 anos (Franks 1990; Pitot, 1993; Weinstein, 1995).

Um outro aspecto extremamente importante do ponto de vista da prevenção é que, teoricamente, o processo de formação do câncer pode ser interrompido, dependendo da fase de evolução em que se encontra, do nível do dano celular e, principalmente, da suspensão da exposição ao agente cancerígeno (Pitot, 1993; Weinstein, 1995).

1.1 - Câncer: interação de fatores externos (ambientais) e fatores internos (genéticos)

O termo risco refere-se à probabilidade de um evento indesejado ocorrer. Do ponto de vista epidemiológico, o termo é utilizado para definir a probabilidade de que indivíduos sem uma certa doença, mas expostos a determinados fatores, venham a adquiri-la.

A etiologia do câncer é multicausal, ou seja, resulta da interação de vários fatores, os quais, em maior ou menor extensão, aumentam a probabilidade de o indivíduo vir a ter a doença. A esses fatores denominamos de fatores de risco. Por outro lado, alguns fatores conferem ao organismo uma menor probabilidade de vir a desenvolver o câncer: são os chamados fatores de proteção (Harris, 1995; Drinkwater, 1989).

Dois pontos devem ser enfatizados, com relação aos fatores de risco: primeiro, que o mesmo fator pode ser de risco para várias doenças (por exemplo, o tabagismo, que é fator de risco de diversos cânceres e de doenças cardiovasculares e respiratórias). Segundo, que vários fatores de risco podem estar envolvidos na gênese de uma mesma doença, constituindo-se em agentes causais múltiplos. A multicausalidade é ocorrência comum na carcinogênese e pode ser exemplificada pela associação verificada entre o câncer de esôfago e os fatores álcool, tabaco e residência na zona rural (Victoria, 1987); e entre o câncer da cavidade bucal e álcool, tabaco, chimarrão, churrasco e o cozimento de alimentos em fogão de lenha (Franco, 1989). Nestas associações, os fatores de proteção determinados foram, respectivamente, o consumo de frutas cítricas e de vegetais ricos em caroteno.

Nem sempre a relação entre a exposição a um fator de risco e o desenvolvimento de uma doença é facilmente reconhecível, especialmente se a relação se dá com comportamentos sociais comuns (o tipo de alimentação, por exemplo). Nas doenças crônicas, as primeiras manifestações podem surgir muitos anos após uma única exposição (a radiações ionizantes, por exemplo) ou após muitos anos de exposição contínua (como a radiação solar ou tabagismo) aos fatores de risco. Por isso, é importante considerar-se o conceito de período de latência, isto é, o período de tempo compreendido entre a exposição ao fator de risco e o surgimento da doença.

O estudo de fatores de risco, isolados ou combinados, tem permitido estabelecer relações de causa-efeito entre estes fatores e determinados tipos de câncer.

Existem fatores de risco de natureza constitucional (genótipo, fenótipo e enfermidades anteriores ao câncer) como, por exemplo, o grupo étnico caucasiano associado ao melanoma maligno; o sexo feminino associado ao câncer de tireóide; a história de colite ulcerativa e o câncer de cólon; a obesidade e o câncer de endométrio. Portanto, os fatores de risco de câncer podem ser externos (ambientais) ou endógenos (hereditários), estando ambos inter-relacionados. Esses fatores interagem de várias formas para dar início às alterações celulares envolvidas na formação do câncer (IARC, 1990).

São raros os cânceres que se devem exclusivamente a fatores constitucionais, apesar de o fator genético exercer um importante papel na oncogênese. Um exemplo são os indivíduos portadores de retinoblastoma que, em 10% dos casos, apresentam história familiar deste tumor.

Alguns tipos de câncer de mama, estômago e intestino parecem ter um forte componente familiar, embora não se possa afastar a hipótese da exposição dos membros da família a uma causa comum. Determinados grupos étnicos parecem estar protegidos de certos tipos de câncer: a leucemia linfocítica é rara em orientais e o sarcoma de Ewing é muito raro em negros.

Determinados fatores ambientais, como alguns elementos tóxicos da fumaça do cigarro e a radiação ultravioleta, têm a capacidade de causar mutação genética; outros, como hormônios e o excesso de gordura alimentar,

Capítulo 3

apenas estimulam o crescimento anormal das células que sofreram o dano genético inicial (WHO, 1993).

Além disso, as células também sofrem permanentemente processos de mutação espontânea que, em condições de equilíbrio do organismo, não alteram o desenvolvimento normal da população celular como um todo, pois o sistema de vigilância imunológica atua corrigindo ou excluindo as células mutantes. No entanto, os fenômenos de mutação espontânea podem condicionar uma maior ou menor instabilidade gênica que, por sua vez, pode favorecer os processos iniciais da carcinogênese (Beverley, 1990).

1.2 - O processo de formação do câncer

O processo de formação do câncer (carcinogênese), em geral, se dá lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Esse processo passa por vários estágios antes de chegar ao tumor. São eles:

► **Estágio de Iniciação** - é o primeiro estágio da carcinogênese. Nele, as células sofrem a ação de fatores que provocam mutações genéticas. Essas células se encontram, portanto, geneticamente alteradas, porém ainda não manifestam as transformações sofridas. Encontram-se preparadas para a ação de um segundo grupo de fatores que atuará no estágio seguinte. Quando um agente cancerígeno é capaz de iniciar o processo de carcinogênese é chamado de "agente iniciador" ou "oncoiniciador". O benzopireno - encontrado na fumaça do cigarro e em diversos processos de trabalho - e os vírus oncogênicos, como o HTLV, são exemplos de agentes iniciadores.

► **Estágio de Promoção** - é o segundo estágio da carcinogênese. Nele, as células geneticamente alteradas, ou seja, "iniciadas", sofrem a ação de fatores que atuam estimulando sua multiplicação. Esses fatores, chamados agentes promotores ou oncopromotores, promovem a transformação da célula iniciada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Portanto, para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno promotor. A suspensão do contato com agentes promotores muitas vezes interrompe o processo nesse estágio. Alguns componentes da alimentação, como a gordura e a exposição excessiva e prolongada a hormônios, são exemplos de fatores que promovem a transformação de células iniciadas em malignas.

► **Estágio de Progressão** - é o terceiro e último estágio e se caracteriza pela multiplicação descontrolada e irreversível das células alteradas. Nesse estágio o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença (Weinstein, 1995; Pitot, 1993; Drinkwater, 1989).

1.3 - Principais fatores de risco de câncer evitáveis

Embora características individuais geneticamente pré-determinadas e relacionadas a um maior ou menor risco de desenvolver câncer tenham seu papel determinante, são os fatores ambientais os que têm maior peso e oferecem as maiores possibilidades para o desenvolvimento de ações para prevenção primária do câncer.

A atividade precípua do enfermeiro em sua atuação na prevenção primária é a educação em saúde.

O enfermeiro participa do planejamento, execução e avaliação das ações de saúde por meio da operacionalização do cuidado global ao indivíduo, à família e aos grupos sociais da comunidade, desenvolvendo programas educativos para o pessoal de enfermagem, pacientes, familiares e comunidade e envolvendo-se na investigação científica de problemas de enfermagem, contribuindo com pesquisas no sentido de favorecer a promoção e recuperação da saúde do indivíduo e da coletividade.

O câncer se torna um problema para a enfermagem a partir do momento em que se torna um problema de saúde pública, devido à sua magnitude (elevada morbi-mortalidade) e transcendência (alto custo social e econômico). A equipe deve estar preparada para lidar com esta modalidade de doença. Cabe desta forma ao enfermeiro orientar o pessoal de enfermagem, o indivíduo, a família e a comunidade sobre os fatores de risco do câncer e sobre as formas de prevenção, orientando sobre e adotando para si modelos de comportamento e hábitos saudáveis.

É importante enfatizar que o enfermeiro, dentro da equipe multiprofissional, é um dos agentes de educação para a saúde, objetivando integração em favor da promoção da saúde do paciente, da família e dos grupos sociais da comunidade.

A sua ação deve ser integral e participativa; não se deve perder oportunidades e, em todo o momento e em qualquer dos níveis de atuação da área de saúde, o enfermeiro pode e deve orientar sobre os fatores de risco do câncer e sobre as medidas de prevenção. Em outras palavras, o enfermeiro, na sua rotina de trabalho, deve estar voltado para o desenvolvimento de ações de saúde e práticas educativas no sentido de prevenir o câncer.

a - TABAGISMO

O tabagismo representa o principal fator de risco evitável não só do câncer, como também de doenças cardiovasculares e respiratórias, sendo hoje considerado um dos mais graves problemas de saúde pública no mundo.

Ao consumo dos derivados do tabaco são atribuídas:

- 30% das mortes por câncer;
- 45% das mortes por doença coronariana;
- 85% das mortes por doença pulmonar obstrutiva crônica;
- 25% das mortes por doença cérebro-vascular (Ministério da Saúde, 1996).

Capítulo 3

Os tipos de câncer que incidem com maior frequência em fumantes são o câncer de pulmão, laringe, esôfago, pâncreas, rim, bexiga, boca e colo do útero. Vale ressaltar que o câncer de pulmão, em 90% dos casos provocado pelo tabagismo, ocupa a primeira posição em mortalidade por câncer no sexo masculino, no Brasil e na maioria dos países desenvolvidos. Além disso, apesar dos avanços terapêuticos, esse tipo de câncer apresenta uma alta letalidade (Samet, 1995).

Na fumaça dos produtos oferecidos e promovidos pela indústria fumageira podem ser detectadas cerca de 4.720 substâncias tóxicas diferentes, dentre elas o alcatrão, a nicotina, o monóxido de carbono, resíduos de fertilizantes e pesticidas, metais pesados e até substâncias radioativas (IARC, 1986; Rosemberg 1987).

O alcatrão é reconhecido como um carcinógeno completo e potente, capaz de atuar nas três fases da carcinogênese: indução, promoção e progressão (Brasil, 1996; IARC, 1986).

A nicotina é uma droga psicoativa capaz de causar dependência química, pelos mesmos mecanismos da cocaína, maconha, heroína e álcool (Henningfield, 1993). Além disso, devido a seus efeitos vasoconstritores e por provocar aumento das lipoproteínas de baixa densidade, contribui para a formação de trombos, aterosclerose e é causa do infarto do miocárdio (Rosemberg, 1987; Henningfield, 1993).

O monóxido de carbono, o mesmo gás tóxico que sai do cano de descarga dos automóveis, é gerado em grandes quantidades pelo processo de queima do tabaco. No sangue, o monóxido de carbono liga-se fortemente à hemoglobina e forma a carboxihemoglobina, que contribui para diminuição da oxigenação dos tecidos e potencializa a ação cardiovascular da nicotina (Brasil, 1996; Rosemberg, 1987).

Os danos provocados pela poluição tabagística ambiental ampliam mais ainda a dimensão do problema tabagismo. A maior parte do tempo total de consumo (96%) de um cigarro corresponde à fumaça que sai silenciosamente da ponta do mesmo. Essa contém todos os componentes tóxicos e em proporções mais elevadas do que a que sai da boca do fumante. No ambiente podem ser encontrados três vezes mais monóxido de carbono e nicotina e até cinquenta vezes mais substâncias cancerígenas. A fumaça se difunde pelo ambiente homogeneamente, fazendo com que mesmo as pessoas posicionadas mais distantes dos tabagistas inalem quantidades de poluentes iguais às que estão posicionadas próximas aos fumantes. Desta forma, os fumantes passivos sofrem os efeitos imediatos da poluição ambiental tais como irritação nos olhos, manifestações nasais, tosse, cefaléia, aumento dos problemas alérgicos, principalmente das vias respiratórias. Pesquisas mostram um risco aumentado de câncer de pulmão e de doenças cardíacas, a longo prazo, entre os fumantes passivos (IARC, 1987).

As crianças, principalmente as de baixa idade, são grandemente prejudicadas devido à convivência involuntária com fumantes. Há uma maior

prevalência de problemas respiratórios (bronquite aguda, pneumonia, bronquiolite) em crianças de até um ano de idade que vivem com fumantes, em relação àquelas cujos familiares não fumam. Observa-se que, quanto maior o percentual de fumantes no domicílio, maior o percentual de infecções respiratórias, chegando a 50% nas crianças que vivem com mais de dois fumantes em casa. É, portanto, fundamental que os adultos não fumem em locais onde haja crianças, para que não as transformem em fumantes passivos (Sant'Anna, 1983).

Fumar durante a gravidez traz sérios riscos. Abortos espontâneos, nascimentos prematuros, bebês de baixo peso, mortes fetais e de recém-nascidos. Complicações com a placenta e episódios de hemorragia ocorrem mais frequentemente quando a mulher grávida fuma. Tais agravos são devidos, principalmente, aos efeitos do monóxido de carbono e da nicotina, que reduzem a chegada de sangue e oxigênio ao feto, após a absorção pelo organismo materno (U.S. Department of Health and Human Services, 1980).

Como resultado, as estatísticas de mortalidade pelo tabagismo são alarmantes: a cada ano, o uso dos derivados do tabaco mata cerca de três milhões de pessoas em todo o mundo e este número tende a crescer. Atualmente, o tabagismo vem causando mais mortes prematuras no mundo do que a soma de mortes provocadas por AIDS, consumo de cocaína, heroína, álcool, acidentes de trânsito, incêndios e suicídios juntos. Se a tendência de consumo não for revertida, nos próximos trinta a quarenta anos (quando os fumantes jovens de hoje atingirem a meia-idade), a epidemia tabagística será responsável por dez milhões de mortes por ano, sendo que 70% delas ocorrerão em países em desenvolvimento (WHO, 1996).

No Brasil, estima-se que a cada ano o cigarro mate precocemente cerca de oitenta mil pessoas, ou seja, cerca de oito brasileiros a cada hora (Brasil, 1996).

Há no país um contingente de 30,6 milhões de fumantes, sendo 11,2 milhões de mulheres e 16,7 milhões de homens. Pesquisas mostram que cerca de 90% dos fumantes ficaram dependentes da nicotina até os 19 anos de idade, o que aponta para a forte influência das estratégias de publicidade para estimular o consumo entre os jovens (Brasil, 1996; Costa e Silva, 1994). No Brasil, o tabaco é a segunda droga mais usada na infância e adolescência, menor apenas que o consumo de álcool (Galduroz, 1993).

É preciso reverter a situação de aceitação social do consumo do tabaco, principalmente estimulando os fumantes a deixarem de fumar e atuando sobre os fatores que influenciam a iniciação do consumo, dentre os quais destaca-se a publicidade maciça voltada principalmente para os jovens. Nesse contexto, a atuação do profissional enfermeiro mostra-se fundamental.

- Qual a atuação do profissional enfermeiro no controle do tabagismo?

⇒ **Desenvolvendo ações educativas** - É importante que o profissional enfermeiro, na sua rotina de atendimento à comunidade, atue aconselhando para que os jovens não iniciem o consumo do tabaco. É fundamental também que esses profissionais valorizem o tratamento do tabagismo como o de qualquer outra patologia e estejam instrumentados com as informações necessárias para apoiar de forma efetiva os pacientes fumantes no processo de cessação de fumar (Brasil, 1997).

Uma importante estratégia para a mudança da aceitação social do tabagismo é estimular a criação de ambientes livres da poluição tabagística ambiental, o que é crucial em se tratando de um ambiente de saúde. Além disso, como profissional de saúde, é preciso dar o exemplo, procurando deixar de fumar, se for fumante, ou pelo menos se abster de fumar na presença dos pacientes e na comunidade em que atua.

⇒ **Apoiando medidas legislativas** - Como formadores de opinião no que se refere às questões de saúde, os enfermeiros, através dos seus órgãos de classe (sindicatos, associações, conselhos regionais), podem contribuir para a implementação de medidas legislativas que respaldem as ações educativas. É fundamental que a classe se posicione, cobrando dos legisladores a criação de leis que protejam os não fumantes da exposição involuntária à fumaça dos derivados do tabaco e que protejam os jovens da indução ao consumo através da publicidade; e a adoção de medidas econômicas que resultem em redução do consumo de derivados do tabaco na população (Brasil, 1996).

⇒ **Atuando na abordagem mínima e intensiva ao fumante** - Os enfermeiros são importantes multiplicadores das ações de prevenção nos locais de trabalho. Nenhum profissional de saúde tem um contato tão prolongado com o paciente como o enfermeiro. Este contato é o grande facilitador para a abordagem mínima do paciente fumante, possibilitando a orientação e aconselhamento a respeito dos malefícios decorrentes do uso de derivados do tabaco. Cabe ao profissional de saúde, em sua prática diária, estimular e orientar seus pacientes a deixarem de fumar e os acompanharem nesse processo. Uma abordagem mínima, de cinco a dez minutos dentro das consultas de rotina de enfermagem, que motive os pacientes a deixarem de fumar, traz resultados máximos. Pesquisas mostram que 95% dos ex-fumantes deixaram de fumar por autodecisão com apoio de campanhas, materiais de auto-ajuda e/ou por intervenções mínimas em consultas de rotina. O Ministério da Saúde/INCA através de sua Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo, Prevenção e Vigilância Primária de Câncer - CONPREV - recomenda aos enfermeiros que incorporem no atendimento de pacientes a identificação dos que são fumantes, o questionamento sobre se já tentaram deixar de fumar e se querem tentar agora com seu apoio, através da abordagem intensiva ao fumante. Abordagem intensiva

é um programa que fornece ao fumante que deseja parar de fumar todas as informações e estratégias essenciais necessárias para direcionar seus próprios esforços nesse sentido.

Esta abordagem pode ser realizada por qualquer profissional de saúde, sendo o enfermeiro um dos profissionais mais qualificados para este atendimento. É um programa cognitivo-comportamental, com sessões estruturadas, que usa a interação de grupo para incentivar e apoiar as mudanças, contendo todos os elementos que são significativos para ajudar fumantes a pararem de fumar e a permanecerem sem cigarros.

b - ÁLCOOL

O alcoolismo está relacionado a 2% a 4% das mortes por câncer, e mais especificamente, a 50 a 70% de todas as mortes devidas a câncer de língua, cavidade oral, faringe e esôfago (Weisner, 1995). O câncer primário de fígado é fortemente associado à cirrose hepática que, por sua vez, é relacionada ao alcoolismo. Os estudos epidemiológicos têm demonstrado que o tipo de bebida (cerveja, vinho, cachaça, etc.) é indiferente, pois parece ser o etanol, propriamente, o agente agressor. É importante enfatizar que o risco de câncer devido ao consumo de álcool se multiplica quando este é associado ao tabagismo.

É na infância ou na adolescência que se dá a utilização do álcool pela primeira vez e esta é a droga mais usada por esses grupos (Galduroz, 1993).

- Qual a atuação do profissional enfermeiro em relação ao alcoolismo?

Todos esses dados apontam para a necessidade de implementação de medidas educativas, principalmente dirigidas aos jovens. As causas que levam ao consumo de álcool são similares àquelas que levam o indivíduo a fumar e, na maior parte das vezes, o consumo de ambos está associado. Fatores como a publicidade maciça, associada a situações de prazer e auto-afirmação, e o não cumprimento da legislação que proíbe a venda a menores, têm sido decisivos para estes resultados.

Ao realizar atendimento ao público adulto e adolescente, ou mesmo na consulta de enfermagem, o enfermeiro deve enfatizar os malefícios do uso do álcool para a saúde, discutindo com o paciente/comunidade os motivos do seu uso e as formas de evitá-lo, usando linguagem acessível e evitando a discriminação.

c - HÁBITOS ALIMENTARES

Evidências científicas mostram que alguns padrões de consumo alimentar podem estar relacionados ao desenvolvimento do câncer, enquanto outros protegem contra a doença (Greenwald, 1995).

Capítulo 3

➤ **Fatores de risco alimentares** - Vários estudos epidemiológicos mostram que os cânceres de mama e o de cólon são mais comuns em regiões desenvolvidas, principalmente em países do Ocidente, onde o consumo de alimentos ricos em gordura é alto. Já os cânceres de estômago e o de esôfago ocorrem com maior frequência em alguns países do Oriente e em regiões pobres, onde o consumo de alimentos defumados e preservados em sal ou em nitritos é elevado (WHO,1993), quer por questões culturais, quer em função da não disponibilidade de meios adequados de conservação dos alimentos (geladeira).

Nitritos são substâncias usadas na preservação de alguns tipos de alimentos tais como salsichas, presunto, salames, conservas. Também podem ocorrer como contaminantes do sal marinho. No estômago, a reação dos nitritos alimentares com componentes do suco gástrico, resulta na formação de nitrosaminas, substâncias de alto potencial carcinogênico (Kritchevsky,1992; IARC,1990).

Já a ação cancerígena dos defumados, assim como de churrascos, resulta da impregnação desse tipo de alimento com o alcatrão da fumaça resultante da combustão do carvão (Greenwald, 1995; Kritchevsky,1992).

A umidade, resultante de más condições de armazenamento de alimentos, muitas vezes determina a contaminação, pela aflatoxina, de alimentos como grãos e cereais. Essa toxina, produzida pelo fungo *Aspergillus flavus*, está relacionada ao desenvolvimento de câncer de fígado, principalmente em regiões onde existe uma elevada incidência de hepatite B (Wang, 1996; Kramer, 1995).

➤ **Efeito protetor dos alimentos** - Por outro lado, pesquisas têm demonstrado um efeito protetor de hábitos alimentares que favorecem a ingestão de quantidades significativas de frutas, verduras, legumes e cereais integrais. Algumas das substâncias encontradas nesses alimentos tais como a vitamina C, o betacaroteno, flavonóides, dentre outras, apresentam efeito antioxidante, isto é, impedem a formação de radicais livres resultantes de agressões ambientais. Portanto, uma alimentação rica nesses componentes pode bloquear e até mesmo reverter os estágios iniciais do processo de carcinogênese. Já as fibras presentes nesses alimentos, por acelerarem a eliminação fecal, levam à redução da absorção de gorduras, bem como à diminuição do tempo de ação de substâncias carcinogênicas no intestino, atuando como fator de proteção, principalmente para câncer de cólon e de mama (Nixon et al, 1990; Lenhard, 1996).

No Brasil, os tipos de câncer que se relacionam aos hábitos alimentares estão entre os seis tipos que lideram a mortalidade por câncer. O perfil de consumo de alimentos que contêm fatores de proteção está abaixo do recomendado em diversas regiões do país. O consumo de gorduras é elevado nas regiões Sul, Sudeste e Centro-Oeste, onde ocorrem as maiores incidências de câncer de mama no país. O câncer de estômago ocupa o primeiro lugar em mortalidade entre homens no Brasil, sendo São Paulo, Fortaleza e Belém as cidades onde o câncer de estômago atinge os mais altos níveis de frequência do mundo (Lopes et al, 1992).

- Qual a atuação do profissional enfermeiro em relação aos hábitos alimentares?

As evidências sobre a relação entre o câncer e nutrientes específicos dos alimentos não são tão marcantes como a observada na relação dose-resposta entre tabaco e câncer. No entanto, já são suficientes para que se justifiquem estímulos à adoção de hábitos alimentares que protejam os indivíduos da doença (Austoker, 1994; Weinhouse, 1991; Nixon, 1990).

Em sua rotina diária de atendimento à comunidade hospitalar e / ou extra-hospitalar o enfermeiro pode e deve estimular a adoção de hábitos alimentares saudáveis e discutir com a comunidade ou com a pessoa sobre o porquê de certos alimentos serem fatores de risco para o câncer. Deverá também orientar, juntamente com outros profissionais da equipe, sobre a substituição de alimentos, respeitando a cultura alimentar das pessoas.

É importante ressaltar que o enfermeiro, assim como todo o profissional de saúde, torna-se um modelo de comportamento para aqueles que atendem; por este motivo, é necessário que procure dar o exemplo, procurando adotar os mesmos hábitos que preconiza.

d - RADIAÇÕES

Estima-se que menos de 3% dos cânceres resultem da exposição às radiações ionizantes. Estudos feitos entre os sobreviventes da explosão das bombas atômicas e entre pacientes que se submeteram à radioterapia mostraram que o risco de câncer aumenta em proporção direta à dose de radiação recebida, e que os tecidos mais sensíveis às radiações ionizantes são o hematopoético, o tireoideano, o mamário e o ósseo. As leucemias ocorrem entre dois a cinco anos após a exposição e os tumores sólidos entre cinco a dez anos. O risco de desenvolvimento de um câncer é significativamente maior quando a exposição do indivíduo à radiação ocorreu na infância. Porém, em que pesem as explosões nucleares, a radioterapia e as fontes ambientais, o contato do homem com as radiações ionizantes faz-se, principalmente, por intermédio da realização de exames radiológicos. No Brasil, o uso abusivo de abreugrafias, feitas em aparelhos antigos e com manutenção precária, submete a população a um excesso de radiações ionizantes, visto que a dose de radiação utilizada em um único exame deste corresponde à dose de dezenas de telerradiografias de tórax. O menor custo da abreugrafia, o tradicionalismo do seu uso e um suposto nacionalismo são argumentos freqüentemente utilizados para justificar-se o excesso da sua solicitação. Soma-se a isto a exigência que se faz deste exame, no Brasil, para efeito de admissão ao trabalho. Felizmente, nos últimos anos, os critérios técnicos vêm se impondo, limitando a utilização da abreugrafia. É necessário definir se o mesmo vem ocorrendo com relação aos outros exames radiológicos.

No Brasil, o câncer de pele é o mais freqüente, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores diagnosticados, em todas as regiões geográficas.

Capítulo 3

A radiação ultravioleta natural, proveniente do Sol, é o seu maior agente etiológico. Como mais de 50% da população brasileira têm pele clara e se expõem ao sol de forma exagerada e descuidada, devido ao trabalho ou ao lazer, e o país situa-se geograficamente numa zona de alta incidência de raios ultravioleta, nada mais previsível e explicável do que a alta ocorrência do câncer de pele entre nós.

e - MEDICAMENTOS

Apesar da valiosa contribuição para o controle de muitas doenças, a incorporação de medicamentos à prática médica produz também efeitos indesejáveis, entre os quais a carcinogênese.

É indubitável o efeito carcinogênico da clornafazina e do melfalan. Existe evidência que o clorambucil, o tiotepa e a ciclofosfamida são indutores de leucemias e câncer de bexiga. Supressores imunológicos, como a azatio-prina e prednisona, já foram relacionados com linfomas malignos e com o câncer de pele; quando administrados a transplantados, aumentam, agudamente, em meses, o risco de se desenvolver o linfoma linfocítico e outros tumores malignos. A fenacetina tem sido responsabilizada por tumores da pelve renal. É comprovada a relação entre o uso de dietilestilbestrol por mulheres grávidas e o desenvolvimento de adenocarcinoma de células claras de vagina, em suas filhas expostas in utero ao hormônio.

f - HORMÔNIOS, FATORES REPRODUTIVOS E CÂNCER

Embora ainda existam muitas controvérsias, resultados de várias pesquisas sugerem que os hormônios sexuais e as alterações hormonais que ocorrem no organismo feminino ao longo da fase reprodutiva parecem exercer algum efeito no risco de diversos tipos de câncer feminino. Alguns estudos relacionam o câncer de mama com o uso prolongado de contraceptivos antes da primeira gravidez.

As recentes publicações sobre os benefícios da terapia de reposição hormonal no período pós-menopausa para reduzir os riscos de doenças cardiovasculares e de derrames, bem como na prevenção da osteoporose, têm estimulado a sua utilização.

Desde 1970 foram publicados cerca de 35 estudos epidemiológicos evidenciando a associação entre câncer de endométrio e a terapia com reposição de estrogênio em mulheres na pós-menopausa. O risco de câncer de endométrio é dose-dependente e aumenta com a duração do uso do estrogênio. Com relação ao câncer de mama, os vários estudos epidemiológicos não mostram consenso sobre o uso de reposição de estrogênio pós-menopausa e um maior risco desse tipo de câncer (Smith, 1996).

O efeito protetor da progesterona no que se refere ao desenvolvimento do câncer de endométrio tem levado à inclusão de progestina nas formulações contendo estrogênio. Considerando que a doença cardiovascular é a principal

causa de morte entre mulheres após a menopausa, sendo bem mais significativa do que as mortes por câncer nesse grupo, é fundamental que os benefícios dessa reposição sejam avaliados com bastante critério (Smith, 1996).

g - AGENTES INFECCIOSOS E PARASITÁRIOS

No ser humano, a infecção viral atua como um dos fatores de risco inter-relacionados que interferem em estágios diferentes do desenvolvimento do tumor. Para que uma infecção por vírus carcinogênico resulte em um tumor entram em jogo uma série de fatores: primeiro, a ocorrência da exposição, a carga de vírus recebida e a via de infecção; segundo, se as células hospedeiras são suscetíveis ou não à penetração e ao crescimento do vírus; terceiro, a resistência adquirida do hospedeiro à infecção viral, a presença simultânea de outros carcinógenos ou agentes promotores, assim como as condições do sistema imune do hospedeiro (Wyke, 1990). As formas de transmissão de vírus oncogênicos são: sexual, parenteral e materno-infantil.

Alguns agentes biológicos têm sido implicados na etiologia do câncer. Seguem algumas das associações pesquisadas:

- vírus de Epstein-Barr com linfomas malignos e carcinoma de nasofaringe;
- vírus do papiloma humano (HPV), possivelmente, com tumores neuro-ectodérmicos e insulinosas;
- retrovírus com leucemia e linfoma de célula T do adulto (HTLV-1) e leucemia de células pilosas (HTLV-2);
- vírus do herpes simples tipo II com carcinoma de reto e do colo uterino;
- vírus da hepatite B com o hepatocarcinoma (a ação carcinogênica do vírus é potencializada pelas aflatoxinas, malária e nutrição);
- vírus da imunodeficiência humana (HIV) com sarcoma de Kaposi e linfomas malignos;
- HIV/vírus do herpes simples tipo I com carcinoma de língua;
- HIV/vírus do herpes simples tipo II com carcinoma de reto e do colo uterino;
- *Schistosoma hematobium* com carcinoma de bexiga;
- *Helicobacter pylori* com adenocarcinoma de estômago;
- *Clonorchis sinensis* com colangiocarcinoma.

As propriedades oncogênicas de vários vírus têm sido estudadas buscando-se inclusive relacioná-las com co-fatores, tais como:

- HPV (tipos 16, 18, 33, 39) com o câncer do colo uterino, tendo o tabagismo e o vírus do herpes simples como co-fatores;
- HPV (tipos 5, 8 e 17) com o câncer de pele, em que anomalias genéticas e a luz solar atuam como co-fatores.

-Qual a atuação do profissional enfermeiro na prevenção primária de infecções por vírus carcinogênicos?

No atendimento/consulta de enfermagem com o público adolescente, adulto e gestantes, o enfermeiro deve orientar sobre o estilo de vida sexual (uso de preservativos, sexo seguro, retardo do início da vida sexual, sexo com parceiro único e outros), enfatizando os riscos de câncer de colo uterino, pênis, de linfoma e câncer de fígado, ao lado de outras doenças sexualmente transmissíveis. A promiscuidade sexual, a falta de higiene, a precocidade do início da vida sexual, bem como a pobreza, a variedade de parceiros (tanto da mulher como do seu parceiro), estão relacionados a um maior risco de câncer de colo uterino. Esses fatos e os hábitos sexuais contribuem para a propagação de agentes sexualmente transmissíveis, capazes de induzir ao câncer.

Outro ponto fundamental na consulta é a inclusão da orientação da vacinação contra a hepatite B, que deve ser valorizada não só como prevenção da própria infecção, mas também como prevenção do câncer de fígado.

Quanto à proteção e prevenção primária de infecções por vírus carcinogênicos, os profissionais de enfermagem devem estar sempre atentos, principalmente aos materiais biológicos contaminados (sangue e outras secreções).

A conscientização sobre os riscos, o estímulo à utilização de equipamentos de proteção, a avaliação sorológica periódica dos profissionais de maior risco e, sobretudo, a vacinação contra a hepatite B, assim como a utilização de equipamentos de proteção individual e coletivo (EPI e EPC), devem ser uma preocupação constante do enfermeiro, para o seu resguardo e da equipe, para que possam exercer em condições adequadas as suas atividades.

Vale a pena ressaltar que estas atividades educativas não devem ficar voltadas apenas ao campo individual. Como já foi dito, cabe ao enfermeiro planejar, executar e avaliar programas de promoção à saúde e de prevenção primária de câncer voltados para a comunidade e/ou grupos sociais específicos nela inseridos.

h - EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL

O câncer também pode resultar da exposição a agentes cancerígenos ao longo da vida profissional. Os agentes podem ser químicos (benzeno, óxido de etileno, cádmio, cromo hexavalente, asbestos, alguns pesticidas organoclorados e herbicidas entre outros), físicos (radiações ionizantes e não ionizantes, como a exposição solar) ou biológicos (vírus HTLV, hepatite B, hormônios e outros) (OPAS, 1989).

Estima-se que aproximadamente 4% dos casos de câncer incidentes nos EUA estejam relacionados às exposições ocupacionais. Em determinados processos de trabalho, como a extração e manufatura de produtos que contenham amianto, e em alguns segmentos de indústrias químicas, siderúrgicas e metalúrgicas, o câncer corresponde a 25% do total de óbitos (IARC, 1990).

No Brasil, estima-se que, em 1999, aproximadamente 26 mil casos de mortes por câncer estavam relacionados à exposição a agentes carcinógenos ocupacionais (Brasil, 1999).

Vários são os fatores que influenciam na ação dos agentes cancerígenos, como a dose diária absorvida pelo trabalhador exposto ao agente carcinogênico, a idade, o tipo de exposição (através da ingestão, da respiração ou através da pele), a predisposição genética, as doenças pré-existentes, entre outros (OPAS, 1989).

- Qual a atuação do profissional enfermeiro no controle da exposição ocupacional?

A prevenção do câncer ocupacional requer ações interdisciplinares, ou seja, atuação conjunta de profissionais de saúde ocupacional, sanitaristas, pesquisadores, sindicatos e trabalhadores (IARC, 1994).

As empresas, sindicatos e os órgãos públicos devem desenvolver ações preventivas, através de programas específicos, para identificação e controle dos fatores de risco de câncer presentes nos ambientes de trabalho. Estes programas devem fazer busca ativa de trabalhadores que apresentam algum sinal ou sintoma de doenças ocupacionais, inclusive nos aposentados (IARC, 1990).

Os exames periódicos e as avaliações e dosagens toxicológicas são um importante instrumento para a detecção precoce de doença ocupacional.

Cabe aos empregadores fornecer os Equipamentos de Proteção Individuais e Coletivos (EPI e EPC), como máscaras e luvas, bem como exigir que sejam devidamente usados e substituídos em caso de desgaste. Cabe também prover os locais de trabalho de áreas de exaustão e ventilação e de sistemas de prevenção de vazamentos (Manual CESAT, 1996).

As normas que controlam a exposição dos trabalhadores a produtos tóxicos são severas e estabelecem limites máximos de tolerância para uma jornada de oito horas de trabalho. Este limite, conhecido como valor limite de tolerância, até 1981, no Brasil, só estava determinado para duzentas substâncias tóxicas (Ver Tabela 3.1 sobre algumas substâncias tóxicas). Ressalte-se que a exposição a fatores de risco no ambiente de trabalho torna-se mais pernicioso para o aparelho respiratório se a ela se associa o tabagismo.

Ao enfermeiro, junto com a equipe multiprofissional, cabe o papel de orientar o trabalhador, dentro ou fora da empresa, quanto aos fatores de risco de câncer ocupacional atualmente conhecidos, enfatizando que o tabagismo potencializa o risco de câncer, pois a poluição ambiental causada pelo fumo interage com a capacidade cancerígena de muitas substâncias químicas usadas nas indústrias.

As ações de enfermagem referentes à prevenção do câncer ocupacional não se limitam às descritas neste livro, já que aqui foram abordadas apenas em

Capítulo 3

linhas gerais, dando ênfase às atividades educativas referentes aos principais fatores de risco evitáveis de câncer. Para maior aprofundamento, recomenda-se a leitura da bibliografia utilizada na elaboração deste capítulo e do material produzido pela CONPREV/INCA/Ministério da Saúde.

Tabela 3.1 - Relação de algumas substâncias tóxicas e algumas atividades ocupacionais com cânceres.

SUBSTÂNCIAS TÓXICAS	LOCAIS PRIMÁRIOS DOS TUMORES
Nitrito de acrílico	Pulmão, cólon e próstata
Alumínio e seus compostos	Pulmão
Arsênico	Pulmão, pele e fígado
Asbesto	Pulmão, serosas, trato gastrintestinal e rim
Aminas aromáticas	Bexiga
Benzeno	Medula Óssea (leucemia mielóide)
Benzidina	Bexiga
Berílio e seus compostos	Pulmão
Álcool isopropílico	Próstata
Borracha	Pulmão
Compostos de níquel	Seios para-nasais
Pó de madeiras	Medula óssea e bexiga
Radônio	Pulmão
Tinturas de cabelo	Bexiga
Material de pintura	Pulmão
OCUPAÇÃO	NEOPLASIA
Marceneiro	Carcinoma de nariz e seios para-nasais
Sapateiro	Carcinoma de bexiga e seios para-nasais
Limpador de chaminé	Carcinoma de pele, pulmão e bexiga
Relacionada à sílica	Carcinoma de pulmão

Fontes: IARC - International Agency for Research on Cancer; Trichopoulos et al, 1996.

i - POLUIÇÃO DO AMBIENTE GERAL

Reconhece-se que a incidência do câncer de pulmão é diretamente proporcional ao grau de contaminação ambiental pelas indústrias e pela fumaça do cigarro, mesmo entre os que não fumam. No entanto, o estudo da poluição ambiental é dificultado pela exposição pessoal ou ocupacional a que os indivíduos estejam ou estiveram sujeitos. A despeito disso, estudos lograram demonstrar uma correlação entre os níveis de compostos halogenados na água e o câncer de bexiga.

A ação carcinogênica dos pesticidas deve ser valorizada, visto ser sua disseminação e utilização bastante amplas. Há várias formas de exposição aos pesticidas. Uma delas dá-se por meio da persistência, nos alimentos, de resíduos

do seu uso na agricultura e na pecuária. A produção industrial desses compostos também contribui para a contaminação do ambiente, na medida em que polui as águas, o ar e o solo. Finalmente, o homem se expõe aos pesticidas mediante a sua utilização em campanhas de Saúde Pública e no ambiente familiar. O uso indiscriminado de inseticidas domésticos representa a maior fonte de contaminação direta. Tendo em vista o potencial carcinogênico dos pesticidas, que se relacionam com leucemias e tumores de fígado e de pele, é essencial que o seu uso seja controlado, observando-se os limites de segurança estabelecidos pela legislação.

A tabela 3.2 apresenta uma relação entre os fatores de risco e as ações de enfermagem na prevenção.

Tabela 3.2 - Ações de prevenção primária dirigidas ao controle de fatores de risco evitáveis.

FATORES DE RISCO	AÇÕES DE PREVENÇÃO
Tabaco	<ul style="list-style-type: none"> • Difundir informações científicas entre os profissionais de saúde, professores, legisladores e autoridades sanitárias; • Promover ações de educação comunitária; • Proteger o não-fumante pela proibição de fumar em ambientes fechados – fumante passivo; • Estimular as associações de combate ao fumo; • Aconselhar fumantes a parar de fumar; • Encorajar não-fumantes a não começarem a fumar.
Dieta	<ul style="list-style-type: none"> • Estimular a ingesta diária de frutas, vegetais e cereais; • Evitar alimentos em conservas, salgados e defumados; • Reduzir a ingesta de alimentos gordurosos e carnes; • Aconselhar para a manutenção do peso ideal.
Exposição aos agentes carcinogênicos industriais	<ul style="list-style-type: none"> • Proteger os indivíduos no ambiente de trabalho e no ambiente geral.
Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Usar medicamentos somente com prescrição médica criteriosa e desestimular a automedicação.
Radiações	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar exposição à luz solar entre 10 e 16h; • Realizar exames radiológicos somente sobre orientação médica; • Adotar medidas de proteção individual e ambiental contra as radiações ionizantes.
Agentes infecciosos e parasitários	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenir e controlar as doenças infecciosas e parasitárias; • Alertar as mulheres e homens sobre as relações entre promiscuidade sexual e câncer; • Estimular o uso de contraceptivo de barreira.

Fonte: INCA/MS.

2 - PREVENÇÃO SECUNDÁRIA DO CÂNCER

A incorporação crescente de novas tecnologias de diagnóstico resultou em uma expansão da perspectiva de utilização de procedimentos e de programas de prevenção secundária do câncer.

2.1 - Meios para a prevenção secundária

a - RASTREAMENTO

O rastreamento (*screening*) é o procedimento utilizado para o diagnóstico precoce de uma enfermidade, podendo ser definido como o exame de pessoas assintomáticas para classificá-las como candidatas a exames mais requintados de avaliação.

Para que o procedimento de rastreamento seja aplicável, é necessário que:

- a enfermidade seja um problema de saúde pública prioritário - isto é: deve ter morbidade e mortalidade elevadas - e ser passível de prevenção e controle;
- o processo saúde-doença seja bem conhecido;
- a doença tenha fase pré-clínica detectável e seja curável, quando tratada nesta fase;
- exista um exame de execução simples, seguro, não invasivo, barato, de sensibilidade e especificidade comprovadas e de fácil aceitação pela população e pela comunidade científica.

No começo de um programa de rastreamento, é grande a incidência de casos avançados da doença. Ao longo do tempo, vai-se verificando um aumento do número dos casos detectados em fase inicial ou pré-clínica.

O câncer cérvico-uterino apresenta todas as características de uma doença para a qual está indicado um programa de rastreamento.

Algumas técnicas de rastreamento para detecção de doenças pré-malignas e diagnóstico precoce do câncer, quando aplicadas a grupos de risco (população assintomática com história de fatores de risco reconhecidos), mostram-se efetivas para o controle do câncer, ou seja, apresentam impacto epidemiológico considerável, seja sobre a incidência, seja sobre a mortalidade por câncer. Outras técnicas, porém, mesmo que disseminadas entre os profissionais de saúde e aplicadas no cotidiano da clínica, não apresentam este impacto e não servem para serem utilizadas em programas de rastreamento.

b - DETECÇÃO PRECOCE

A detecção precoce é o procedimento utilizado na tentativa de se descobrir o mais cedo possível uma doença, através dos sintomas e /ou sinais clínicos que o paciente apresente ou pela presença de fatores de risco.

O enfermeiro conhecedor dos fatores de risco, da epidemiologia do câncer e dos sinais e sintomas inerentes às principais causas de câncer, em sua atividade assistencial, aplica esse conhecimento para suspeita diagnóstica, orientação e encaminhamento de pacientes aos serviços de saúde. As pessoas informadas passam então a procurar uma unidade sanitária para investigação e/ou tratamento, caso haja confirmação diagnóstica.

c - CAPTAÇÃO OPORTUNÍSTICA

A captação oportunística é uma estratégia utilizada para o rastreamento e a detecção precoce de uma doença.

O enfermeiro conhecedor dos fatores de risco, da epidemiologia do câncer e dos sintomas inerentes aos cânceres que mais incidem na população brasileira procura identificar pessoas que já se encontram na Unidade de Saúde por qualquer outra razão, orientando-as para a realização de exame físico e/ou laboratorial, com o objetivo de rastreamento e/ou detecção precoce de lesões pré-malignas e malignas.

3 - AÇÕES DE ENFERMAGEM NA PREVENÇÃO PRIMÁRIA E SECUNDÁRIA DOS PRINCIPAIS TIPOS DE CÂNCER

Prevenção Primária e Secundária do Câncer de MAMA.

Caso Clínico

Sra. V.M.T.: "Vim aqui por causa desses calores."

Na unidade de saúde do município em que Sra. V.M.T. mora, todas as pacientes que chegam para atendimento ginecológico têm uma pré-consulta com um profissional enfermeiro. Observe atentamente como foi conduzido o caso da paciente.

Data da consulta de enfermagem: 03/03/1999.

Identificação: V.M.T., 55 anos, mulher branca, casada, das prendas domésticas, natural de Minas Gerais.

Queixa principal: Ausência de menstruação há dois meses, ondas de calor, suor noturno e irritabilidade.

História da doença atual: A paciente informa que há aproximadamente seis meses vem apresentando alterações do seu ciclo menstrual, sendo que há dois meses cessou sua menstruação. Vem apresentando também alterações do humor, insônia, incômodo durante o ato sexual e diminuição da atenção e da memória.

Antecedentes pessoais: Viroses próprias da infância, vacinação completa, menarca aos 11 anos, última menstruação em 26/12/1998. Ciclo menstrual era de três dias de fluxo a cada 28 dias. Início da atividade sexual aos 24 anos, GESTA 1, P 1, A 0. Parto normal aos 31 anos de idade, amamentou durante oito meses. Fez uso de anticoncepcional oral durante aproximadamente 23 anos com intervalos semestrais de dois meses.

Antecedentes familiares: Mãe falecida de câncer de mama aos 51 anos, pai falecido de problemas cardíacos, irmão hipertenso há vários anos, um filho aparentemente saudável.

Hábitos de vida: Nega tabagismo, é etilista social. Parceiro sexual único, condições de higiene e moradia boas, casa de alvenaria, dois quartos, hábitos alimentares normais, dieta rica em lipídios e condimentos e pobre em fibras. Não faz preventivo há nove anos. Já ouviu falar no auto-exame de mamas mas não sabe fazê-lo.

Exame físico: Paciente em bom estado geral, fâcies atípica, mucosas coradas, hidratada, peso acima dos padrões estabelecidos, escleróticas anictéricas, acianóticas, eupnéica, lúcida, orientada no tempo e no espaço, cooperativa, normolínea. Pressão arterial: 130x80 mmHg. Pulso radial: 84 bpm.

Frequência respiratória: 20 ipm. Temperatura axilar: 36,6 °C. Peso: 76 kg. Altura: 1,61m. Ausência de linfadenomegalias. Exame do abdômen e de membros inferiores sem alterações. No exame do tórax foi detectado nódulo móvel, indolor, em mama direita no quadrante superior externo, de aproximadamente 1,5 cm. A expressão mamilar não apresentou descarga papilar, também não foi evidenciada massa em região axilar. Realizado exame de Papanicolaou.

A paciente foi posteriormente encaminhada ao médico que, após novo exame clínico das mamas, solicitou mamografia. Em consulta subsequente, realizou punção aspirativa, sendo o material encaminhado ao laboratório de cito-histopatologia.

A paciente retornou à consulta de enfermagem, onde foi orientada a colocar compressa fria no local da punção e orientada também para a importância de voltar para saber os resultados dos exames.

Observe o diálogo que se estabeleceu entre ela e a enfermeira Lúcia na consulta subsequente:

- *Quase que eu não vim à consulta, de tanto medo que eu estava de saber desse resultado. Eu estava quieta no meu canto, vim aqui por conta desses calores e olha o que aconteceu comigo...*
- *Sra. V., felizmente o seu exame mostrou que aquele nódulo é benigno, não se preocupe. Mas é uma lição pra todo mundo, porque prevenir é melhor que remediar. A senhora tem história na sua família, deve estar sempre atenta, fazendo seu auto-exame das mamas todo mês e o seu Papanicolaou regularmente.*
- *Mas agora é que estou com medo, já pensou se eu encontro um outro caroço?*
- *Ah! Sra. V., se todas as mulheres procurassem, fizessem o auto-exame das mamas, seria possível curar tantos casos de câncer que a senhora nem imagina, principalmente se é descoberto bem pequenininho, há tratamento, há cura...Vou convidar a senhora para participar da palestra da tarde, depois da sua consulta com o médico. A senhora se importaria de contar a sua experiência para outras mulheres? Seu depoimento é valioso...*

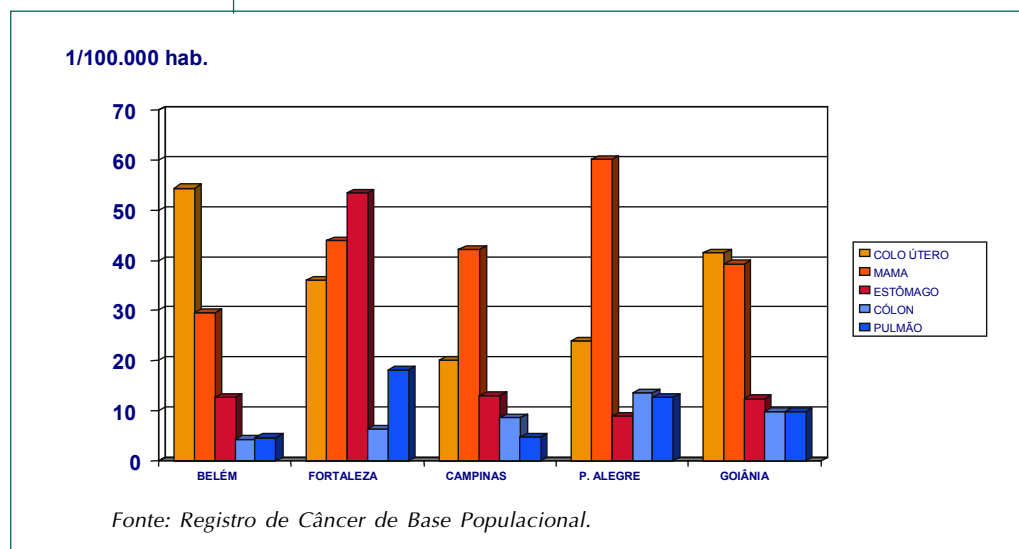
Comentários

Sra. V. procurou o serviço de saúde com sinais e sintomas do climatério. A identificação de fatores de risco na anamnese, particularmente a história familiar e, sobretudo, a realização do exame clínico das mamas na paciente, permitiram a detecção precoce de um tumor pequeno. O encaminhamento adequado para a consulta médica para a realização de procedimento que permitisse o diagnóstico citológico foi essencial como medida individual de diagnóstico precoce do câncer de mama.

Observe que o fato de a Sra. V. não realizar o auto-exame das mamas regularmente, pode ter contribuído para o retardo na detecção de um nódulo, que poderia ter sido maligno. Como muitas outras pacientes, é também provável que Sra. V. tenha estado outras vezes na unidade de saúde e não tenha sido alvo de captação oportunística e nem tenha participado de práticas educativas. Todos esses fatos ressaltam a importância de que se revestiu para Sra. V. ter sido atendida por um profissional enfermeiro que valoriza o exame clínico como estratégia de detecção precoce do câncer de mama. A abordagem franca dos problemas com os pacientes permite que eles expressem seus medos e valores que, muitas vezes, impedem a adesão da prática de promoção e de prevenção em saúde. A participação de membros da comunidade em atividades educativas pode ser uma das estratégias para a informação e divulgação das medidas de controle do câncer de mama.

As características biológicas, os conhecimentos que hoje se tem sobre o câncer de mama e a atual disponibilidade de recursos tecnológicos, não justificam a adoção de programas de prevenção primária, ou seja, de medidas que evitem o aparecimento da doença. A maioria dos esforços relacionados ao controle dessa doença está dirigida às ações de detecção precoce, isto é, à descoberta dos tumores mamários ainda pequenos, com doença restrita ao parênquima mamário. Portanto, é muito importante para o diagnóstico da doença o exame das mamas feito mensalmente pela própria mulher e o feito pelo médico ou enfermeiro no decurso de uma consulta, de rotina ou não.

O câncer de mama é provavelmente o tipo de câncer mais temido pelas mulheres, sobretudo pelo impacto psicológico que provoca, visto envolver negativamente a percepção da sexualidade e a própria imagem pessoal, mais do que se observa em qualquer outro tipo de câncer. É também a neoplasia maligna de maior ocorrência entre as mulheres em muitos países, representando, no Brasil, a primeira ou a segunda mais freqüente, dependendo da região considerada (nas regiões Norte e Centro-Oeste, ele cede o primeiro lugar para o câncer de colo do útero), conforme apresentado na Figura 3.1.

Figura 3.1 - Taxas de incidência de câncer em mulheres brasileiras.

Os índices de mortalidade por câncer têm aumentado nos países do terceiro mundo, devido, principalmente, ao retardo do diagnóstico. Embora o Brasil venha acompanhando os países desenvolvidos nas elevadas taxas de incidência e mortalidade, o mesmo não ocorre no que se refere à utilização de medidas necessárias à prevenção, ao diagnóstico precoce e ao controle dessa doença.

A ocorrência do câncer de mama é relativamente rara antes dos 35 anos de idade, porém cresce rapidamente após esta idade, principalmente nas faixas etárias mais elevadas.

O câncer de mama ocorre com muito maior freqüência nas mulheres que nos homens, numa proporção de 100 casos femininos para 1 masculino. Nas mulheres, a doença é mais freqüentemente descoberta entre 40 e 60 anos de idade.

As causas do câncer de mama são desconhecidas, mas é aceita pela comunidade científica a relação da doença com fatores próprios do hospedeiro, como a duração da atividade ovariana e a hereditariedade, e com fatores ambientais, tais como a alimentação e a utilização de determinados medicamentos.

a - PRINCIPAIS FATORES DE RISCO RELACIONADOS COM O CÂNCER DE MAMA

⇒ **História familiar de câncer de mama** - Entre os vários aspectos relacionados com o risco de desenvolvimento do câncer de mama, o fator familiar é, talvez, o mais aceito na comunidade científica. Mulheres com mãe ou irmã com câncer de mama têm duas a três vezes mais risco; e, se ambas, mãe e irmã, têm câncer de mama, o risco aumenta mais, especialmente se o diagnóstico tiver sido feito numa idade precoce.

Capítulo 3

⇒ **Câncer prévio de mama** - O risco de uma mulher desenvolver um segundo câncer de mama primário pode ser cinco vezes acima do risco da população feminina em geral, particularmente nas mulheres relativamente jovens e/ou com história familiar de câncer de mama.

⇒ **Fatores reprodutivos e hormonais** - As características reprodutivas associadas a um maior risco de câncer de mama incluem: menarca precoce (primeira menstruação antes dos 11 anos de idade), menopausa tardia (última menstruação após os 55 anos), idade do primeiro parto após os 30 anos, nuliparidade (nenhuma gestação). O papel da lactação ainda não foi claramente estabelecido, nem no aumento do risco, nem na proteção para o desenvolvimento do câncer de mama. O mesmo ocorre com o uso da pílula anticoncepcional e uso da terapia de reposição hormonal para o tratamento da menopausa.

⇒ **Doença mamária benigna** - Algumas evidências indicam que certos tipos de doenças benignas de mama diagnosticadas por biópsia estão associadas a um aumento de risco para câncer de mama. Riscos elevados foram encontrados para doenças proliferativas benignas com hiperplasia atípica; riscos algo elevados foram encontrados para doenças proliferativas sem atipia. Pouca ou nenhuma elevação no risco é vista quando não existem evidências de doenças proliferativas.

⇒ **Exposição prévia à radiação ionizante** - A extensão do risco é diretamente proporcional à dosagem da radiação e indiretamente proporcional à idade da mulher na época da radiação. Isto quer dizer que, quanto maior a dose de radiação recebida, e quanto menor a idade da pessoa que recebeu a radiação, maior o risco de desenvolver o câncer de mama. Os efeitos de doses baixas, tais como aquelas empregadas nos diagnósticos médicos, entre elas a mamografia, e exposições ocupacionais permanecem incertos. Pouco se conhece ainda sobre o risco de câncer de mama relacionado a outros tipos de radiações, como, por exemplo, a radiação eletromagnética.

⇒ **Dieta rica em gorduras** - Alguns autores argumentam que o efeito protetor do peso corporal nas mulheres na pré-menopausa poderia ser devido à maior facilidade para o diagnóstico do câncer de mama em mulheres magras. Argumentam também que o aumento do risco em mulheres obesas na pós-menopausa seria devido à conversão da androstenediona em estrona no tecido adiposo, por ser a maior fonte de estrogênios endógenos nestas mulheres. Recentemente, estudos prospectivos indicaram que a dieta rica em gorduras pode ser considerada como um fator de aumento do risco do câncer de mama quando a ingestão de gorduras é elevada na infância e na adolescência. A presença de fibras, vitaminas e minerais na dieta é considerada como fator de proteção na carcinogênese mamária.

b - AÇÕES QUE FAVORECEM A PREVENÇÃO E A DETECÇÃO PRECOCE DO TUMOR MAMÁRIO

Cerca de 80% dos tumores de mama são descobertos pela própria mulher, palpando suas mamas incidentalmente. Quando isto ocorre, eles já apresentam um tamanho grande, o que dificulta o tratamento. O que se pretende é a descoberta desses tumores com o menor tamanho (de 1 a 3 cm), de maneira que a doença seja tratada ainda em fase inicial. Os recursos terapêuticos são, então, mais eficazes, permitindo tratamentos menos mutiladores e com maiores probabilidades de controle.

Existem pelo menos três técnicas de se detectar o tumor mamário. Embora ainda sujeita a debates e estudos sobre a relação entre o benefício e o custo da sua aplicação, parece ser a combinação delas a maneira de se obter maior eficácia. São elas: o auto-exame das mamas (AEM), o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia.

b.1- Auto-exame das mamas (AEM)

É a técnica através da qual a mulher examina as suas próprias mamas. (Ver técnica detalhada de auto-exame no Anexo 1).

Este procedimento permite à mulher participar do controle da sua saúde, uma vez que a realização rotineira desse procedimento permite identificar, precocemente, alterações nas mamas, pois ela passa a conhecer melhor o seu corpo e aprende assim a detectar pequenas alterações morfológicas, tanto benignas quanto malignas. Costuma-se dizer que nem todo tumor é câncer, porém todo tumor encontrado deve ser investigado.

O estágio pré-invasor do câncer de mama é longo, podendo durar meses ou mesmo anos e o diagnóstico e o tratamento desse câncer nos estádios I e II pode ter influências significativas na diminuição da mortalidade por este tumor. Após esses estádios, a eficácia do tratamento local é reduzida. Estes são os motivos da importância da intensificação das ações de detecção, mormente naquelas mulheres consideradas como de maior risco.

➔ **Periodicidade do auto-exame das mamas (AEM)** - A recomendação é que ele seja feito mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após o início da menstruação, período em que as mamas não apresentam edema. Essa recomendação se deve ao fato de que a mama, como outras estruturas da mulher, modifica-se durante o ciclo menstrual pela ação do estrogênio e da progesterona, os hormônios sexuais femininos. A ação da progesterona, na segunda fase do ciclo, leva a uma retenção de líquidos no organismo, mais acentuadamente nas mamas, provocando nelas aumento de volume, endurecimento e dor. Durante esse período de sintomatologia exacerbada pelo edema, torna-se mais difícil o exame clínico das mamas, quer seja pelo médico ou enfermeiro, quer pela mulher (auto-exame). A realização do exame entre o sétimo e o décimo dia após o

Capítulo 3

início da menstruação, se dá, portanto, no período em que as mamas encontram-se menores, menos consistentes e indolores.

Para as mulheres que não menstruam, como, por exemplo, aquelas que já se encontram na menopausa, ou as que se submeteram a histerectomia, ou ainda aquelas que estão amamentando, deve-se escolher arbitrariamente um dia do mês e realizar o auto-exame todo mês neste dia. Este artifício serve para que a mulher crie o hábito e não esqueça de realizar o auto-exame das mamas. É imprescindível que a mulher sempre procure um médico ou enfermeiro para avaliação de qualquer alteração encontrada.

As mulheres devem estar alertas para as seguintes observações:

- as mamas nem sempre são rigorosamente iguais;
- o auto-exame não substitui o exame clínico de rotina;
- a presença de um nódulo mamário não é obrigatoriamente indicadora de neoplasia maligna.

A recomendação do Programa Promoção da Saúde da OPS é de que na América Latina o AEM deve começar a ser feito antes dos 35 anos de idade e, por isso, os esforços devem dirigir-se à educação comunitária.

A educação da mulher para a realização do AEM deve ser incluída nos programas das instituições de saúde, de educação, dos locais de trabalho e outros. O profissional de enfermagem tem um papel fundamental nesse sentido.

Vantagens e desvantagens do auto-exame de mama

O AEM não é um procedimento novo, no entanto tem sido incentivado pelo M.S. cada vez mais no nível da Saúde Pública para a prevenção do câncer de mama.

Em 1978, foram publicados os primeiros estudos que relacionaram o AEM junto ao diagnóstico precoce do câncer de mama, com o achado de estádios clínicos menores.

Vantagens - As investigações assinalam que mulheres praticantes do auto-exame das mamas tendem a ter diagnóstico com tumores primários menores e com menor número de linfonodos axilares comprometidos, quando comparadas com as que não praticam. A sobrevida em cinco anos tem sido de 77% entre as praticantes, contra 61% entre as não praticantes (OMS, 1988). Esta vantagem na sobrevida persiste quando se ajusta por idade, método de detecção, história familiar e demora no tratamento.

Desvantagens - As desvantagens do AEM incluem a possibilidade de falsos negativos (que dão à mulher uma falsa segurança) e a possibilidade de falsos positivos (que produzem ansiedade). Estes erros dependem parcialmente

da destreza adquirida pela mulher para praticar o AEM, e a aprendizagem dela, por sua vez, depende da maneira como ela é orientada e de todos os condicionantes que envolvem o processo ensino-aprendizagem.

A prática do AEM deve ser motivada, pois o AEM é um procedimento útil e sua prática não tem qualquer efeito colateral adverso. Além disso, as vantagens do ponto de vista benefício/custo deste procedimento são grandes.

b.2 - Exame clínico das mamas (ECM)

O exame clínico das mamas deve ser uma rotina quando a mulher vai realizar o exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou de qualquer outra patologia incidente.

O exame clínico das mamas requer momentos propedêuticos obrigatórios, mesmo que elas aparentem normalidade à simples inspeção. O Anexo I apresenta detalhadamente a técnica adequada para cada momento propedêutico.

No ECM, um profissional de saúde treinado, realiza um exame sistematizado das mamas. Obviamente, conta para a efetividade do exame o grau de habilidade obtido pela experiência de detectar qualquer anomalia nas mamas examinadas. A Tabela 3.3 apresenta os principais itens a serem observados no ECM.

O ECM tem a maioria das vantagens assinaladas para o AEM, com respeito à sensibilidade, inocuidade e custo baixo, dependendo do profissional que o realize, e tem boa aceitação por parte da mulher, em especial se quem o fizer também for mulher. Este fato se deve a valores muito arraigados e deve ser considerado na abordagem de toda paciente.

Infelizmente, não existem estudos suficientes sobre a efetividade do ECM. O desenvolvimento de investigações apropriadamente planejadas deverá ser uma prioridade neste campo.

O limite da normalidade no tecido mamário é difícil de ser definido devido às modificações dinâmicas verificadas nas mamas ao longo da vida das mulheres. Daí surgir o conceito de alterações funcionais benignas da mama, antigamente denominadas doença fibrocística ou displasia mamária. Embora tais termos antigos ainda sejam utilizados pelos médicos, é importante entender que eles são sinônimos.

Clinicamente, estes termos têm sido aplicados a uma condição na qual existem alterações na palpação, associadas ou não a dor, e sensibilidade aumentada, principalmente no período pré-menstrual. Vale a pena lembrar que a maioria das mulheres apresentam mamas irregulares à palpação, sendo que estas irregularidades podem ser confundidas com tumores.

Tabela 3.3 - Sistematização dos principais achados clínicos no exame das mamas.

ACHADOS CLÍNICOS	SUGESTIVO DE MALIGNIDADE	SUGESTIVO DE BENIGNIDADE
Nódulo duro, evidente	Único	Múltiplo
Ductos firmes, dispostos radialmente	Não	Sim (doença cística)
Ingurgitamento venoso	Unilateral	Bilateral
Desvio da papila	Unilateral	Bilateral
Erosão da papila	Unilateral	Bilateral
Retração da pele	Sim	Não
Fixação à parede torácica	Sim	Não
Pele semelhante à casca de laranja	Sim	Não
Descarga sanguinolenta	Sim	Sim (papiloma)
Nódulos axilares e/ou supraclaviculares	Sim	Não
Massa irregular fixa, dura	Sim	Não
Massa regular, móvel, escorregadia	Não	Sim (fibroadenoma)
Massa elástica, móvel	Não	Sim (cisto)
Sinais de inflamação	Fora do puerério	Durante a lactação

Fonte: INCAMS.

As principais doenças benignas da mama são:

⇒ **Cisto mamário** - É a manifestação clínica e ultra-sonográfica mais freqüentemente encontrada na mama e que se enquadra no grupo das alterações funcionais benignas das mamas. Com o advento e a difusão da ultra-sonografia, tornou-se mais fácil o diagnóstico, a resolução e o acompanhamento dessas lesões.

⇒ **Fibroadenoma** - Apresentam-se como nódulos de tamanhos variados, firmes e bastante móveis. São característicos da mulher jovem e têm crescimento limitado. Os fibroadenomas, como todos os tumores benignos, têm um comportamento de expansão apenas local. Seu tratamento resume-se à remoção do nódulo. Seu estudo ao microscópio permite o diagnóstico diferencial de certeza com o câncer.

⇒ **Processos inflamatórios** - São mais freqüentes no período da amamentação, sendo desencadeados pela penetração de germes que habitam a superfície da pele através das aréolas ou papilas.

As mastites caracterizam-se pelo aumento do volume da mama, pela presença de vermelhidão da pele, calor local e edema, acompanhados de coleção de pus e dor local.

Respondem muito bem ao tratamento com antiinflamatórios, antibióticos e drenagem. Não há necessidade de inibição da lactação. Apenas deixa-se de amamentar pelo lado acometido. A mama afetada deve ser esvaziada repetidamente, à custa de ordenha manual ou de bombas de sucção e o leite desprezado.

É importante ressaltar que, às vezes, o câncer de mama do tipo inflamatório pode simular uma mastite, sendo fundamental o diagnóstico diferencial entre as duas doenças, através, principalmente, do exame histopatológico. A Tabela 3.3 apresenta os principais elementos para o diagnóstico diferencial das duas condições.

b.3 - Exame citológico

Nos casos em que o exame clínico detecta descarga papilar espontânea, principalmente as cristalinas, está indicada a coleta de material para exame citológico. O material obtido pela expressão das papilas, geralmente líquido, embora seja freqüente e na grande maioria das vezes destituído de gravidade, deve ser avaliado por este método.

A secreção das mamas fora do ciclo grávido-puerperal deve ser analisada criteriosamente, sendo fundamental atentar para as seguintes características:

- descarga espontânea ou à expressão;
- uni ou bilateral;
- ducto único ou múltiplo;
- coloração e aspecto.

Os casos que constituem maior importância para malignidade estão relacionados com descarga papilar espontânea, unilateral, de ducto único, tipo "água de rocha" ou sanguinolenta.

A técnica de coleta é bastante simples, bastando para isso que se passe uma lâmina de vidro sobre a papila com a descarga, distendendo-se o material na lâmina. Coloca-se a mesma em um recipiente contendo fixador (por exemplo, álcool etílico a 96%) e envia-se o material ao laboratório para o estudo das células ao microscópio.

Nos casos em que o exame clínico detecta tumor, podem estar indicadas a punção aspirativa com agulha fina, a biópsia cirúrgica ou biópsia de agulha grossa (*core-biopsy*) para a retirada de material para exame histopatológico. O achado de alteração no exame das mamas deve resultar em agendamento ou encaminhamento para consulta médica, devendo a paciente ser adequadamente informada pelo(a) enfermeiro(a) sobre os procedimentos e cuidados com as mamas.

b.4 - Mamografia

A mamografia é um procedimento diagnóstico que permite identificar alterações ou sinais de malignidade nas mamas, mesmo ainda não perceptíveis ao exame clínico. O diagnóstico é feito a partir das características das imagens radiológicas. A lesão benigna é homogênea, de bordas lisas, e não provoca alterações secundárias nas mamas. A lesão maligna apresenta-se como um nódulo irregular e pode causar alterações secundárias no parênquima mamário

Capítulo 3

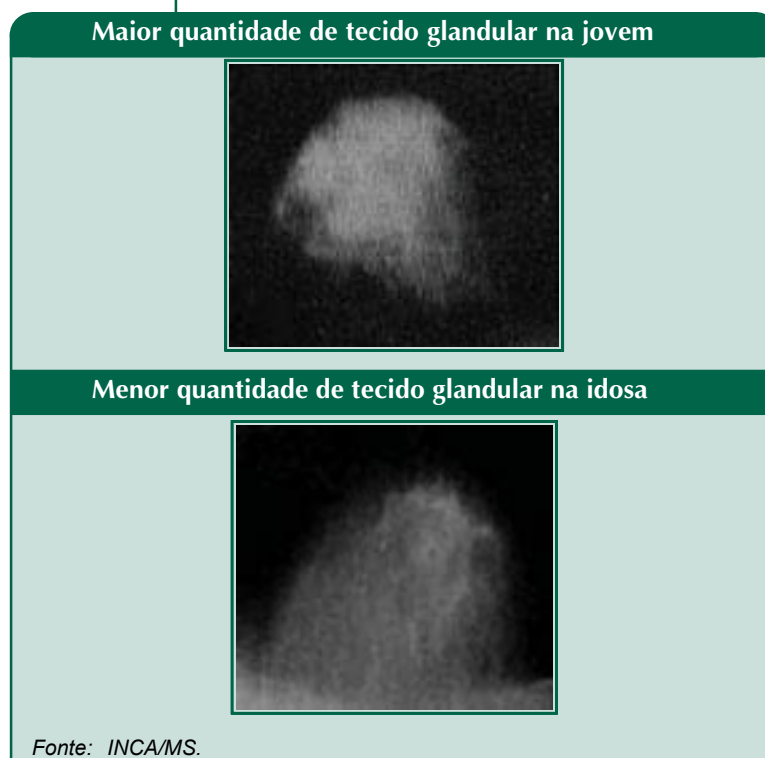
e na pele (aumento de vascularização, calcificações, espessamento da pele, retração do mamilo e distorção parenquimatosa).

A mamografia não substitui o exame clínico, mas lhe serve de complemento. Nos países em desenvolvimento, o uso da mamografia como método de rastreamento, devido ao seu alto custo, deve ser limitado a mulheres que se enquadrem no grupo de risco para câncer de mama ou com suspeita de doenças mamárias, ou a critério médico. A mamografia é o exame radiológico dos tecidos moles das mamas e é considerado, por muitos, como o mais importante procedimento de rastreio para o câncer de mama.

O rastreamento para câncer de mama feito pela mamografia, com periodicidade de um a três anos, reduz a mortalidade substancialmente em mulheres de 50 a 70 anos. Nas mulheres abaixo dos 50 anos, existe pouca evidência deste benefício (UICC).

A sensibilidade da mamografia é alta, ainda que, na maioria dos estudos feitos, ocorra falsos negativos entre 10% e 15% dos casos de câncer detectáveis ao exame físico. A sensibilidade da prova é muito menor em mulheres jovens. As mulheres mais jovens apresentam mamas com maior quantidade de tecido glandular, o que torna esses órgãos mais densos e firmes. Ao se aproximar da menopausa, o tecido mamário vai-se atrofiando e sendo substituído progressivamente por tecido gorduroso, até se constituir, quase que exclusivamente, de gordura e resquícios de tecido glandular na fase pós-menopausa. Essas mudanças de características promovem uma nítida diferença entre as mamas da mulher jovem e as da mulher na pós-menopausa, como pode ser observado na Figura 3.2.

Figura 3.2 - Aspecto radiológico do tecido mamário.



Não existe ainda uma resposta definitiva a respeito da efetividade da detecção precoce por meio da mamografia antes dos 50 anos ou além dos 59. Igualmente, persiste a incerteza de se poder separar o benefício do ECM do da mamografia, sobre a frequência ótima das provas e sobre a magnitude do risco da irradiação associado com a mamografia.

A conclusão da revisão dos resultados dos estudos em países desenvolvidos continua controversa, porém vários grupos concordam em que a informação atual não apóia a recomendação de programas de rastreamento maciço para mulheres abaixo dos 50 anos, baseados somente na mamografia. Um dos grupos mais fortes nesta recomendação é o Grupo de Trabalho dos Serviços Preventivos dos Estados Unidos da América (*US Preventive Services Task Force*), cuja conclusão é a de dirigir o rastreamento no sentido de: (1) mulheres maiores de 40 anos através de um exame clínico anual; (2) mamografia a cada dois anos para mulheres acima de 50 anos; (3) não fazer rastreamento em mulheres acima de 75 anos, a menos que haja indicação especial.

A mama masculina, embora pouco freqüentemente, também pode ser acometida por doenças malignas, que se expressam radiologicamente com as mesmas formas que na mama feminina (microcalcificações, nódulos e outros).

b.5 - Ultra-sonografia

É um método importante para o diagnóstico de patologias mamárias, principalmente quando combinado à mamografia.

É o procedimento de escolha para as mulheres jovens. Outras indicações incluem a avaliação de mamas densas, nódulos palpáveis (diferenciação entre sólidos e císticos), nódulos palpáveis com mamografia negativa, processos inflamatórios, mulheres grávidas com sintomas mamários, mamas masculinas e orientação para punções aspirativas e biópsias.

b.6 - Recomendações e sistematização das ações de prevenção e controle do câncer de mama

Considerando o conhecimento acumulado, os recursos disponíveis e as características epidemiológicas do câncer de mama, são as seguintes as recomendações :

No atendimento individual

A consulta de enfermagem deve incluir:

- identificação de fatores de risco com base na anamnese;
- realização do exame clínico das mamas;
- orientação sobre o auto-exame das mamas (técnica e periodicidade);
- desmistificação do diagnóstico e da incurabilidade do câncer de mama;
- agendamento das mulheres assintomáticas para consultas periódicas;
- encaminhamento adequado ao exame físico dos casos classificados como de "risco alto" ou com anormalidades, neste caso, independentemente do risco.

Nas ações de base comunitária

No contexto das ações de prevenção e detecção precoce do câncer de mama, a assistência de Enfermagem deve incluir:

- identificar as mulheres com risco;
- realizar reuniões educativas (palestras, grupos de reflexão, mostra de vídeos, etc.) sobre o câncer, visando: a mobilização e a conscientização para o autocuidado e para a importância da prevenção e do diagnóstico precoce do câncer de mama; a quebra dos preconceitos; e a diminuição do medo da doença;
- promover reuniões específicas para o ensino do auto-exame da mama e sobre fatores de risco do câncer de mama;
- estimular o auto-exame das mamas por parte das mulheres;
- enfatizar a importância do auto-exame e do exame clínico das mamas para o diagnóstico precoce e a cura.

A Tabela 3.4 sistematiza as recomendações enfatizadas pelo INCA quanto à periodicidade de exames para detecção do câncer de mama em diferentes faixas etárias.

Tabela 3.4 - Recomendações do INCA para um programa de detecção do câncer de mama no Brasil a partir das recomendações da OPS/HPA para a América e Caribe.

IDADE (anos)	AEM ¹	ECM ²	MAMOGRAFIA
<35	Mensal	Trimestral	Critério médico
35 – 39	Mensal	Bianual	Idem
40 – 49	Mensal	Anual	Critério médico ou risco alto
50 – 70	Mensal	Anual ou semestral	Critério médico ou risco alto

Fonte: INCA/MS.

Prevenção Primária e Secundária do Câncer de COLO DO ÚTERO.

Caso Clínico

Sra. M.D.S.: "Voltar ao posto? Não estou sentindo nada!"

Próximo à casa da Sra. M.D.S., tinha um Posto de Saúde que ela procurou por não estar se sentindo bem. Atentamos agora para o desenvolvimento da consulta de enfermagem, realizada com esta paciente.

Data da consulta: 15/03/1999.

Identificação: M.D.S., 32 anos, mulher, negra, solteira, do lar, natural do Rio de Janeiro. Procurou o Posto de Saúde com queixas de corrimento amarelado, dor no "pé da barriga" e ao urinar. Durante a consulta de Enfermagem, relatou que há um mês vem apresentando corrimento amarelado, de odor fétido, e prurido vulvar, sentindo também dor em queimação no baixo ventre e, por vezes, discreto ardor uretral à micção. Nega febre. Não fez qualquer tratamento até o momento.

Antecedentes pessoais: Viroses próprias da infância. Menarca aos 12 anos. Última menstruação: 25/02/1999. Ciclo menstrual: cinco dias de fluxo sangüíneo a cada trinta dias. Início da atividade sexual: 14 anos. Gestações: V. Partos: III (normais). Abortos: II (provocados). Primeiro parto aos 16 anos de idade. Faz uso de anticoncepcional oral há aproximadamente sete anos, de forma intermitente.

Antecedentes familiares: Mãe falecida (causa ignorada). Pai desconhecido. Não sabe informar sobre doenças em familiares próximos.

Hábitos de vida: Tabagista durante dezesseis anos (20 cigarros por dia). Etilista ocasional. Vários parceiros sexuais. Condições de alimentação e moradia precárias.

Exame físico: Inspeção geral: Paciente normolínea, mucosas hipocoradas (++)/4+). Hidratada, eupnéica em repouso. Fácies atípica. Idade aparente maior que a cronológica. Pressão arterial: 120 X 80mmHg. Pulso radial: 88bpm. Temperatura axilar: 36,5 °C. Freqüência respiratória: 18 ipm. Peso: 45 kg. Altura: 1,60 m. Cabeça e pescoço: Dentes em mau estado de conservação. Mucosa oral sem alterações. Linfonodos submandibulares e cervicais superiores palpáveis, móveis, elásticos, múltiplos, pequenos e indolores. Tórax: Mamas flácidas, normais à inspeção (estática e dinâmica). À palpação, parênquima mamário granuloso, mais acentuado nos quadrantes superiores externos, sem nódulos dominantes. Linfonodos axilares impalpáveis. Tórax com boa expansibilidade, ausculta pulmonar normal. Ritmo cardíaco regular, ausência de sopros. Abdômen: Flácido, ausência de massas palpáveis. Fígado palpável no rebordo costal direito, à inspiração profunda. Membros: Ausência de edemas. Varizes essenciais dos membros inferiores.

Exame neurológico: normal ao exame sumário, lúcida orientada no tempo e espaço, respondendo às solicitações verbais.

Exame ginecológico: Vulva hiperemiada e normal à palpação. Ruptura incompleta do períneo. Vagina hiperemiada, conteúdo vaginal espesso, amarelado, espumoso, abundante e com odor fétido. Colo uterino central, de tamanho normal, com mácula rubra. Foi realizada coleta dupla de material para exame citopatológico (Papanicolaou), mesmo na presença de infecção. Foi coletado também material para exame bacteriológico (Gram), e realizado o teste de Schiller, com resultado iodo claro. Ao toque vaginal, vagina ampla e elástica, colo uterino de volume e consistência normais. Fundos-de-saco elásticos e livres.

Suspeita diagnóstica: Cérvico-colpite.

A paciente foi orientada para adotar cuidados de higiene, usar roupas íntimas folgadas e ventiladas de algodão. Conversou-se com ela também sobre os riscos de relações sexuais com vários parceiros sem proteção. Em vista da anemia clinicamente detectada, ela também foi orientada para modificar a dieta dentro do possível. Foi solicitado um exame parasitológico de fezes.

Foi feita prescrição médica para tricomoníase, para a Sra. M.D.S. e para o atual parceiro, porque a clínica sugeria infecção por *Trichomonas vaginalis* (corrimento amarelado, fétido e bolhoso), mesmo não se dispondo de condições para a realização de um exame microscópico a fresco.

O laudo citopatológico (Papanicolaou) confirmou um processo inflamatório específico por *Trichomonas vaginalis*, não se detectando células displásicas ou malignas. O exame bacteriológico (Gram) não revelou presença de diplococos Gram negativos. O exame parasitológico de fezes foi positivo para *Ascaris lumbricoides*.

Duas semanas depois, a paciente retornou para nova consulta de enfermagem. Ela não apresentava queixas nem corrimento vaginal. Foi orientada quanto aos resultados dos exames e prescrito tratamento para a verminose, conforme protocolo instituído na unidade, incluindo medidas de prevenção e controle, extensivas aos familiares que habitassem a mesma casa. A paciente foi esclarecida sobre a necessidade de marcar um retorno para novo exame preventivo em um ano.

No ano seguinte, como a paciente não compareceu à consulta e figurava na agenda de pacientes de alto risco sob controle da unidade de saúde, foi feita uma visita domiciliar. Na ocasião, Sra. M.D.S. contou que não tinha ido porque não estava sentindo nada e andava muito ocupada tomando conta de sua filha que estava doente. Foi orientada novamente quanto à importância do exame, tendo comparecido duas semanas após para consulta de enfermagem.

Comentários

a - FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DE CÂNCER DE COLO DO ÚTERO

Analisando o quadro abaixo - Fatores de risco para câncer do colo do útero -, pode-se observar que a Sra. MDS convive com muitos deles e, por isso, faz parte do grupo de alto risco para o desenvolvimento do câncer cérvico-uterino. Tratada a infecção, deve-se colher nova lâmina. Estando esta negativa, a paciente deve ser incluída nos exames periódicos normais para detecção e tratamento de inflamações, infecções ou lesões pré-malignas cervicais e ser orientada adequadamente pelo profissional de saúde. No caso, a existência de um sistema de registro adequado na unidade permitiu identificar a paciente de risco faltosa e organizar uma busca ativa através de visita domiciliar. O Quadro 3.1 apresenta os principais fatores de risco para esse tipo de câncer.

Quadro 3.1 - Principais fatores de risco para o desenvolvimento de câncer de Colo do Útero.

- Início precoce das atividades sexuais;
- multiparidade;
- multiplicidade de parceiros sexuais;
- parceiro sexual masculino com múltiplas parceiras;
- lesão genital por papiloma vírus humano-HPV (vírus do condiloma);
- tabagismo, por afetar as células de Langhans (células de defesa do tecido epitelial);
- baixas condições socioeconômicas;
- infecções genitais de repetição (que não são somente as viróticas).

Independente da existência de fatores de risco, toda mulher com vida sexual ativa deve submeter-se ao exame preventivo anualmente, passando a trienal após o achado de dois exames citopatológicos anuais consecutivos negativos.

b - SENSIBILIDADE E ESPECIFICIDADE DOS EXAMES CITOPATOLÓGICOS

É importante observar que o exame preventivo, como qualquer outro exame, tem limitações. Deve-se considerar: o seu valor preditivo positivo (proporção de exames positivos encontrados em mulheres verdadeiramente doentes); a probabilidade de um exame negativo pertencer a uma mulher realmente sadia (100% do valor preditivo negativo); a sensibilidade e a especificidade deste exame.

Capítulo 3

A Figura 3.3, abaixo, mostra um exemplo da validade da citopatologia para o diagnóstico de carcinoma do colo uterino a partir de uma amostra de 1928 mulheres submetidas aos exames citopatológico e histopatológico, em um programa de controle do câncer do colo uterino desenvolvido pela Fundação Centro de Pesquisa Oncológica e pelo Instituto Brasileiro de Controle do Câncer (São Paulo, de 1974 a 1980).

Figura 3.3 - Correlação entre os resultados de exames citopatológicos e histopatológicos de material cérvico-uterino.

CITOLOGIA	HISTOLOGIA		TOTAL	VALORES PREDITIVOS
	POSITIVA	NEGATIVA		
Positiva	a 846	b 193	1.039	Valor preditivo positivo = $\frac{a}{a+b} = \frac{846}{1.039} \times 100 = 81\%$
Negativa	c 21	d 868	889	Valor preditivo negativo = $\frac{d}{c+d} = \frac{868}{889} \times 100 = 97\%$
Total	867	1.061	1.928	
Sensibilidade = $\frac{a}{a+c} = \frac{846}{867} \times 100 = 97\%$		Especificidade = $\frac{d}{b+d} = \frac{868}{1.061} \times 100 = 82\%$		

Fonte : INCA/MS.

A partir da análise da Figura 3.3 pode-se concluir que:

- A sensibilidade da citopatologia é de 97%, ou seja, em cada cem mulheres portadoras de carcinoma do colo uterino, 97% delas terão citopatologia positiva.
- Com citopatologia negativa, a probabilidade de este resultado ser verdadeiro, ou seja, de que não haja realmente câncer do colo uterino, é de 82% (especificidade).
- Para uma mulher com citopatologia positiva, a probabilidade de estar realmente doente é de 81% (valor preditivo positivo).
- Se a citopatologia é negativa, a probabilidade de que a mulher não tenha realmente câncer do colo uterino é de 97% (valor preditivo-negativo).
- A citopatologia teve resultado falso-negativo em 2,4% dos casos (21/867 casos) e falso-positivo em 18,5% deles (193/1.039 casos). O valor baixo dos exames falso-negativos atesta a validade da citopatologia como método de rastreamento do câncer de colo do útero.

Ressalta-se que os números que avaliam a acuidade da colpocitologia dependem de fatores tais como a técnica da coleta do material, o nível de especialização e prática de quem coleta, prepara e analisa o exame e do número de exames realizados pelo laboratório.

A coleta do material para a colpocitologia faz parte do exame ginecológico, porém pode e deve ser executada por qualquer profissional médico na oportunidade do exame clínico, obedecida a periodicidade proposta pelo Ministério da Saúde. Nos locais onde não há profissionais médicos disponíveis, a coleta do material para a colpocitologia pode ser feita pelo enfermeiro devidamente treinado para fazê-la. O anexo 2 apresenta detalhadamente a técnica de coleta de material para exame.

Profissionais de saúde conscientes da importância da identificação de fatores de risco não se limitam ao tratamento de doenças, mas participam também ativamente das ações de prevenção e detecção. Este caso exemplifica bem essa atitude.

c - PRÁTICAS EDUCATIVAS

As atividades educativas são de alta relevância, já que muitas mulheres, por seus valores e cultura, não reconhecem as medidas de prevenção e detecção precoce do câncer. Estudos sobre a atitude das mulheres brasileiras quanto à prevenção e o não atendimento aos programas de captação mostram que as principais causas da resistência estariam relacionadas às questões culturais: vergonha, medo de doer, religião, desconhecimento do exame e de onde realizá-lo, parceiros que não permitem que as mulheres compareçam para realizar o exame preventivo. Observaram-se também outras barreiras, como o medo "do exame ser positivo": muitas mulheres que chegam a fazer o exame não retornam para saber o resultado; logo, a estratégia de captação das mulheres para a realização do exame preventivo devem ser priorizadas e organizadas de modo a garantir não só o atendimento, como também a entrega do resultado e o seguimento das mulheres em todo o processo.

Por essas razões, as práticas educativas devem :

- sensibilizar as mulheres com vida sexual ativa para a realização do exame e para a importância de se tornarem agentes multiplicadores de informações;
- orientar quanto aos cuidados para a realização do exame (Quadro 3.2).
- orientar sobre dúvidas e quanto aos resultados;
- usar meios de comunicação eficazes e mensagens adequadas para alcançar as mulheres e sensibilizá-las para a coleta do material para o exame de Papanicolaou;
- divulgar os locais e horários de atendimento dos serviços de saúde que podem realizar o procedimento;

Capítulo 3

- estabelecer uma integração com instituições e grupos que já promovam reuniões regulares, tais como Associações de moradores, Associações de mulheres, Clubes de mães em escolas, Igrejas e outros, para a realização de palestras e também para identificar lideranças comunitárias, objetivando a formação de agentes multiplicadores das informações;
- captar essas mulheres nos Serviços de Saúde, onde poderão ser realizadas reuniões de sala de espera, que atingirão mulheres de outras clínicas, além da Ginecologia, com as informações que se quer divulgar.

Quadro 3.2 - Orientações à mulher para realização do exame.

- **Orientar que previamente não devem fazer uso de duchas ou medicamentos intravaginais durante as 48 horas que precederem o dia do exame;**
- **evitar relações sexuais nas 48 horas anteriores ao exame;**
- **esclarecer que o exame deve ser realizado fora do período menstrual. Caso haja sangramento fora do período menstrual, o exame pode ser realizado assim mesmo.**

O Ministério da Saúde prioriza a faixa etária de 25 a 60 anos, com ênfase em mulheres que nunca realizaram exame citológico; porém, é a faixa etária entre 35 a 49 anos a de maior risco para o desenvolvimento do câncer do colo do útero e é nesta faixa que observamos uma importante diminuição da cobertura das mulheres pelo exame de Papanicolaou. Devemos priorizar a busca dessas mulheres, nessa faixa etária de maior risco, mas o exame preventivo, quando necessário, é realizado mesmo em mulheres com menos de 25 anos.

É importante ressaltar que o câncer do colo uterino é um dos tumores malignos que podem ser prevenidos e que, quando detectado precocemente, pode ser curado em, praticamente, 100% dos casos. Apesar disto, continua sendo a segunda causa de morte por câncer no sexo feminino em nosso país, superada apenas pelo câncer de mama. Isto ocorre devido ao fato de mais de 95% das mulheres brasileiras não se submeterem regularmente ao exame preventivo do câncer do colo uterino, ficando, assim, à margem das ações de prevenção e detecção.

As questões culturais, associadas a problemas de acesso e de mau funcionamento e precariedade dos serviços de saúde de atendimento à mulher, explicam, em parte, porque cerca de 70% dos casos de câncer do colo do útero são diagnosticados no Brasil em fase avançada, portanto com diagnóstico bastante reservado. O câncer cérvico-uterino, no entanto, tem todas as características

de uma doença para a qual está indicado um programa de prevenção, rastreamento e detecção precoce, uma vez que este tipo de câncer tem evolução bastante lenta e o exame colpocitológico (Papanicolaou) apresenta alta eficácia para o diagnóstico precoce, além de ser um método aceito pela população e comunidade científica, seguro, de fácil execução, não invasivo e de baixo custo.

d - A EVOLUÇÃO DO CÂNCER DE COLO DO ÚTERO E SUA INTERFERÊNCIA NA EFICÁCIA DO DIAGNÓSTICO PRECOCE

Trata-se de uma afecção progressiva, com história natural bem conhecida e etapas definidas, iniciada com transformações intra-epiteliais que podem evoluir para um processo invasor, num período que varia de dez a vinte anos. O desenvolvimento da neoplasia do colo uterino a partir do epitélio escamoso normal ocorre seguindo fases bem definidas.

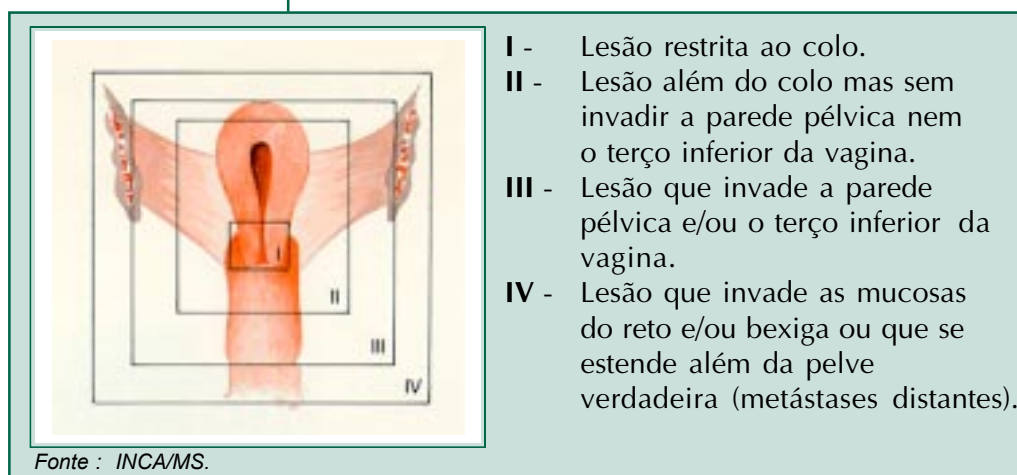
⇒ **Fase pré-invasora:** a doença está restrita ao epitélio escamoso cervical, não ultrapassando a sua membrana basal. Esta fase compreende, do ponto de vista histopatológico, os três graus iniciais das chamadas neoplasias intra-epiteliais cervicais (NIC). Embora denominadas neoplasias intra-epiteliais, as displasias leves e moderadas são lesões reversíveis, se devidamente reconhecidas e tratadas.

- NIC I: displasia leve (que atinge apenas o terço inferior a profundo do epitélio);
- NIC II: displasia moderada (que compromete até dois terços da espessura do epitélio);
- NIC III: displasia acentuada (alterações de quase toda a espessura do epitélio, poupando as células mais superficiais) e carcinoma *in situ*.

A Figura 3.4 apresenta os níveis das lesões.

Ultrapassando os limites da membrana basal, a neoplasia passa para a fase invasiva de tecidos vizinhos ao epitélio (ou seja, ainda restrita ao colo), de órgãos próximos (vagina, paramétrios, linfonodos pélvicos e mucosas da bexiga e do reto) ou distantes (pulmões, fígado, ossos e linfonodos principalmente).

Figura 3.4 - Desenho esquemático da invasão pelo carcinoma do colo uterino.



Capítulo 3

É fácil deduzir-se que, quanto mais precocemente for detectada a lesão, mais chance se tem de evitar a neoplasia (detecção em fases de NIC I e II) ou de tratá-la em fase inicial (detecção em fase de NIC III, quando é curável, com o mínimo de amputação).

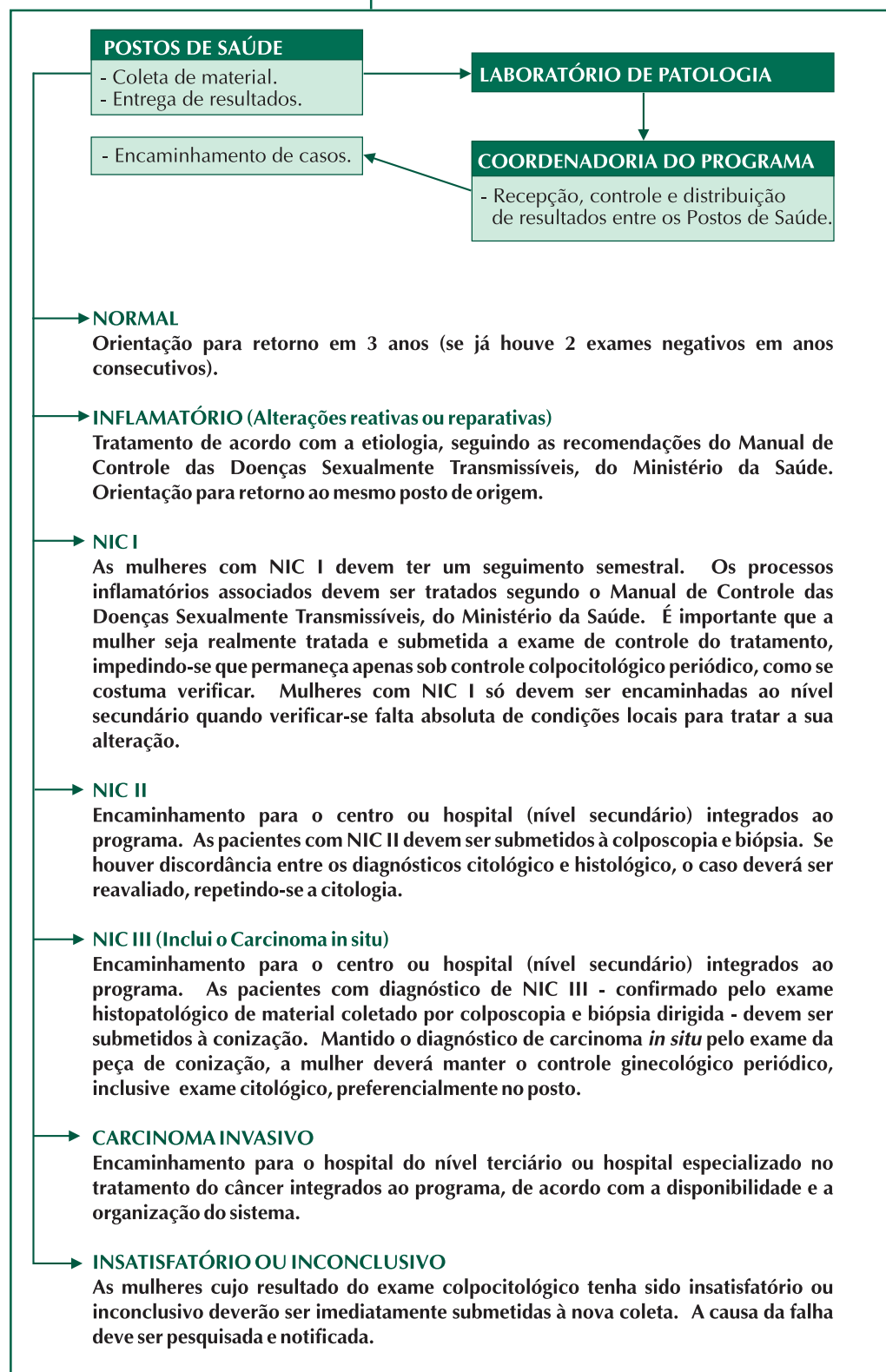
O investimento na área de prevenção e de diagnóstico precoce traz, assim, maior benefício social e econômico do que o custeio do tratamento da doença em fase avançada.

O trabalho do(a) enfermeiro(a) contribui, portanto, em aspectos muito importantes para as ações de prevenção e diagnóstico precoce do câncer cérvico-uterino, como por exemplo:

- Promovendo o controle dos fatores de risco do câncer de colo do útero, inclusive das doenças sexualmente transmissíveis.
- Aumentando o número de mulheres que se submetem ao exame de Papanicolaou.
- Participando da organização de um sistema de registro de casos capaz de garantir que:
 - a) as mulheres com resultados colpocitológicos normais sejam examinadas a intervalos regulares, segundo as normas do Programa;
 - b) se proceda a uma ação imediata diante da detecção de um exame anormal; e
 - c) o tratamento seja adequado e assegure o seguimento de longo prazo dos casos tratados.
- Reduzindo o índice de perda das mulheres com colpocitologias alteradas.
- Apoiando o encaminhamento das mulheres cuja colpocitologia é anormal, garantindo-se os procedimentos de diagnóstico e tratamento subseqüentes, realizáveis no nível secundário ou terciário do sistema. Essas mulheres são encaminhadas aos serviços de "referência", por não ser da competência da rede primária o diagnóstico histopatológico do câncer, realizável pelo exame histopatológico do material coletado por colposcopia e biópsia dirigida do colo uterino ou conização.

Abaixo, na Figura 3.5, são apresentados os resultados de exames colpocitológicos que devem ser observados para o controle, seguimento e acompanhamento dos casos.

Figura 3.5 - Fluxograma.



Prevenção Primária e Secundária do Câncer de BOCA.

Caso Clínico

Senhor R.B.S. : "Uma tosse persistente e uma verruga na boca".

Sr. R. marcou uma consulta na Unidade de Saúde devido à tosse persistente. Enquanto aguardava na sala de espera, foi convidado pela enfermeira Tereza a assistir a uma palestra sobre prevenção do câncer de boca. Na palestra, a enfermeira salientou os fatores de risco, alertando sobre os malefícios do fumo e do álcool e sobre a importância da consulta regular com o dentista e do auto-exame da boca.

Quando terminou a palestra, Sr. R.B.S. procurou a enfermeira, dizendo-lhe que queria consultar-se também com ela porque estava preocupado com o que havia escutado e queria saber "se a verruga que está crescendo na boca não é coisa ruim". Foi então agendada uma consulta de enfermagem. No dia marcado ele compareceu.

Observar o decorrer da consulta de enfermagem.

Identificação: R.B.S., 43 anos, homem, branco, agricultor, casado, brasileiro, natural e procedente de Uberaba, MG.

Queixa principal: "Verruga na gengiva inferior", que incomoda no uso da prótese inferior, há aproximadamente seis meses .

História atual: Queixa-se de dores nos dentes superiores com frequência, referindo que estes machucam a língua. Usa prótese dentária inferior, com dificuldade na adaptação (Segundo Informações Colhidas - S I C). Há mais ou menos seis meses, notou o aparecimento de alteração na gengiva inferior, que vem aumentando progressivamente em extensão.

História pregressa: Não sabe informar sobre viroses comuns da infância. Tabagista desde os 12 anos, fuma cigarros de palha e papel, em média vinte cigarros por dia. Sífilis aos 18 anos de idade. Etilista desde os 18 anos, bebe em média três doses de pinga ao dia e chega a beber uma garrafa por dia nos finais de semana. Pais vivos e gozando de relativa saúde.

Exame físico: Estado geral regular. Fácies atípicas, pele desidratada, turgor e elasticidade diminuídos, mucosas coradas, escleróticas anictéricas. Na inspeção dos lábios observa-se mucosas ressecadas sem erosões, mucosa jugal apresentando lesões causadas por mordeduras constantes devido à má formação dentária. Existe lesão tumoral em suco gengivo-labial de pequena extensão, indolor à palpação. Dentes em precário estado de conservação, com áreas de tártaro adjacentes aos restos dentários, na arcada superior. Língua saburrosa com mobilidade normal, apresentando áreas despiladas

em seu dorso. Ausência de linfonodos retroauriculares, cervicais e submandibulares à palpação. Eupnéico, apirético, acianótico. Sem edemas de membros. Bem orientado no tempo e no espaço. Cooperativo. Tosse produtiva. Diminuição discreta do murmúrio vesicular à ausculta pulmonar.

Exame físico instrumental: Pressão máxima 130 x 80 mmHg. Pulso radial 76 bpm. Frequência respiratória: 18 irpm. Temperatura axilar: 36,6 °C. Peso: 62 kg. Altura: 1,73 m.

Conduta

Encaminhamento do cliente com suspeita de lesão inicial de câncer ao odontólogo do serviço de higiene bucal que o enviou ao serviço hospitalar de referência local. Agendada a consulta com o médico para a avaliação do quadro respiratório.

Comentários

O caso ilustra a importância das práticas educativas para a detecção precoce do câncer de boca. A enfermeira, por meio de captação de paciente que estava na unidade por uma outra razão, identificou um tumor ainda em fase inicial, provavelmente passível de tratamento curativo.

O câncer de boca é uma denominação que inclui várias localizações primárias de tumor. A análise das taxas de incidência do câncer de boca é mais completa quando se avaliam todas as suas partes anatômicas em conjunto, já que elas sofrem influência dos mesmos fatores de risco, e também porque uma lesão numa localização da boca pode estender-se para outras partes da mesma. A Figura 3.6 mostra uma lesão em fase inicial que pode ser detectado em exame clínico.

Figura 3.6 - Lesão em fase inicial.



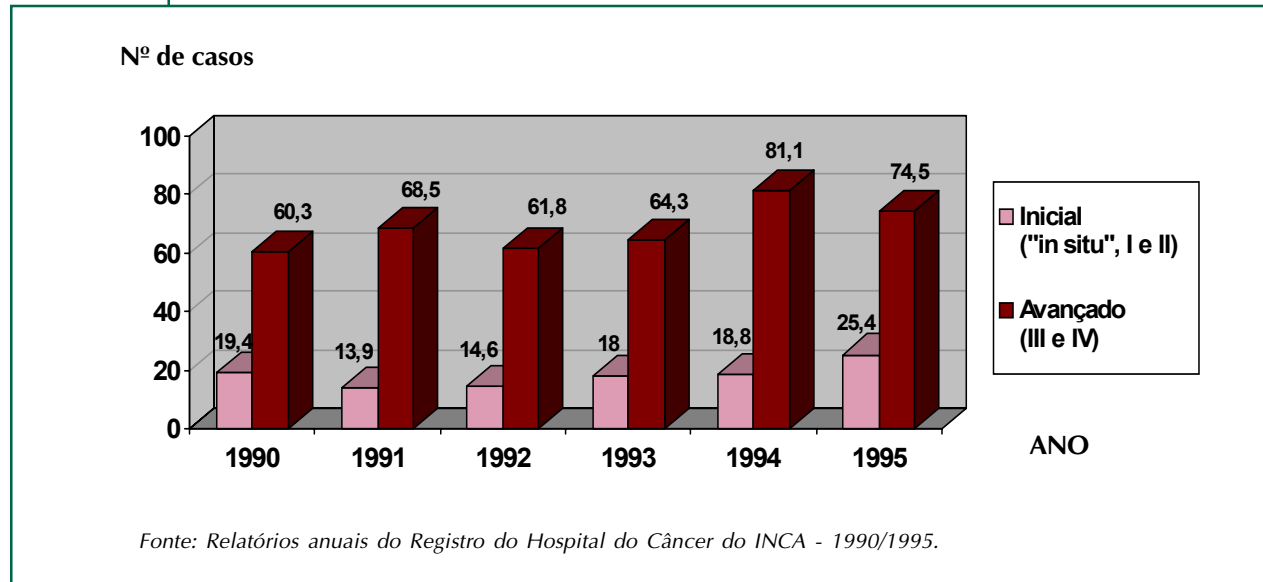
Fontes: Arquivos pessoais de Walter Correia da Silva e Dorival Lobão.

Capítulo 3

O câncer de boca assume importância pois apesar de ser um tumor de fácil diagnóstico, com lesões precursoras bem definidas, encontra-se entre as oito neoplasias mais frequentes diagnosticadas no Brasil, em ambos os sexos, ao longo dos últimos vinte anos. A Figura 3.7 mostra que ao longo dos últimos anos não houve melhoras significativas na detecção precoce, mantendo o diagnóstico em estado avançado em torno de 60% dos casos. Estes dados nos ajudam a vislumbrar o perfil de morbidade que se desenha na população brasileira e a necessidade de preparar os serviços para diagnosticar precocemente e atender aos pacientes que necessitam de atendimento especializado.

Entre os tumores da boca, o de língua é o de maior incidência, sendo responsável por aproximadamente 40% dos casos de câncer de boca cadastrados.

Figura 3.7 - Proporção dos pacientes com câncer de boca, segundo o estágio clínico e o ano do registro no Hospital do Câncer I / INCA.



Analise os fatores externos mais associados à gênese do câncer de boca apresentados abaixo e avalie os riscos a que o paciente esteve exposto.

a - FATORES DE RISCO PARA DESENVOLVIMENTO DO CÂNCER DE BOCA

Como em outras neoplasias malignas, o câncer de boca tem o seu desenvolvimento estimulado pela interação de fatores ambientais e fatores do hospedeiro, próprios do indivíduo.

A conjugação dos fatores do hospedeiro com os fatores externos, associados ao tempo de exposição a estes, é condição básica também na gênese dos tumores malignos que acometem a boca, como por exemplo:

⇒ **Tabagismo** - Além da ação das substâncias cancerígenas contidas no cigarro, a exposição contínua ao calor desprendido pela combustão do fumo - a temperatura na ponta do cigarro aceso varia de 835º a 884º centígrados - potencializa as agressões sobre a mucosa da cavidade bucal.

As úlceras bucais, mesmo que transitórias, permitem o contato mais direto das substâncias cancerígenas do tabaco, favorecendo agressões mais profundas e extensas sobre toda a mucosa. Este fato sugere existir um risco ainda maior de câncer de boca entre tabagistas que usam próteses mal ajustadas ou que apresentam outras condições que os levam a ter úlceras na mucosa bucal.

O uso do tabaco - fumado, mascado ou aspirado (rapé) - constitui um dos principais fatores de risco do câncer da cavidade bucal, o que é confirmado por estudos epidemiológicos em todo o mundo. Dependendo do tipo e da quantidade do tabaco usado, os tabagistas apresentam uma probabilidade quatro a quinze vezes maior de desenvolver câncer de boca do que os não-tabagistas.

A taxa de mortalidade do câncer da cavidade bucal é similar para qualquer forma de tabaco usada: cigarros, charutos ou cachimbos. Existe uma forte relação entre a quantidade de tabaco usada por dia e a duração do período de exposição (relação dose-resposta), diminuindo o risco com a cessação do tabagismo.

O uso de tabaco sem fumaça, que inclui o rapé e o tabaco para mascar, já está bem estabelecido como causa do câncer bucal, bem como de outras doenças também graves. Esta forma de consumo de tabaco permite que resíduos deixados entre a bochecha e a língua tenham um contato mais prolongado, favorecendo a ação das substâncias cancerígenas do tabaco sobre a mucosa bucal. Pesquisas conduzidas nos EUA mostram que os consumidores de tabaco sem fumaça apresentam um risco quatro vezes maior de desenvolver o câncer da cavidade bucal, podendo ser ele cinquenta vezes maior quando o consumo é de longa duração.

Constatou-se que, após dez anos da cessação do tabagismo, os níveis de risco decrescem para níveis semelhantes ao risco observado entre os que nunca fumaram.

⇒ **Alcoolismo** - O alcoolismo é também um fator causal do câncer de boca, sobretudo dos tumores do assoalho bucal e da língua. Os mecanismos pelos quais o álcool pode agir no desenvolvimento deste câncer não estão ainda definitivamente esclarecidos mas as seguintes possibilidades são aventadas:

- 1- Aumento da permeabilidade das células da mucosa aos agentes carcinogênicos contidos no tabaco, devido ao efeito solubilizante do álcool.
- 2- Presença de substâncias carcinogênicas nas bebidas alcoólicas, entre elas a nitrosamina e os hidrocarbonetos.
- 3- Agressão celular produzida pelos metabólitos do etanol, os chamados aldeídos.

Capítulo 3

- 4- Deficiências nutricionais secundárias ao consumo crônico do próprio álcool.
- 5- Diminuição dos mecanismos locais de defesa.

Em estudo brasileiro, realizado em três regiões metropolitanas do Brasil, foi demonstrada a importância do consumo cumulativo de álcool etílico, principalmente na forma de cachaça, como fator externo de risco, tendo-se ainda comprovado que o vinho é mais maléfico do que a cachaça no que se refere ao câncer de língua.

Para os consumidores crônicos, que associam todos os tipos de bebidas alcoólicas nas faixas mais elevadas de consumo, o risco relativo de câncer de boca atingiu índices 8,5 a 9,2 vezes maiores do que no grupo não consumidor. Quando o tabagismo e o alcoolismo se associam, o risco relativo de câncer bucal é potencializado drasticamente, sendo 141,6 vezes maior quando o consumo concomitante destas duas substâncias é alto e prolongado.

A relação dose-resposta do consumo associado do tabaco e álcool é evidente, confirmando a potencialização do risco, sendo maior o peso do tabagismo.

➤ **Dieta** - Conhecimentos atuais vêm ressaltando o papel importante da dieta na etiologia do câncer. Estudos revelaram que deficiências nutricionais (como por exemplo dos antioxidantes) e dietas inadequadas funcionam como fontes de radicais livres (RL) que seriam responsáveis por alterações no ADN, tornando-o mais vulnerável ao desenvolvimento do câncer.

Uma dieta rica em gorduras, álcool e ferro ou pobre em proteínas, vitaminas (A, E, C, B2) e alguns minerais, tais como cálcio e selênio, é considerada um importante fator de risco. O hábito de consumir bebidas ou comidas quentes, na maioria das vezes, não é considerado fator isolado tão importante, apesar da agressão térmica que causa às células da mucosa.

No caso do consumo excessivo e prolongado de chimarrão, vários estudos têm comprovado um aumento do risco relativo de câncer bucal. Também não está bem estabelecida uma relação de causa e efeito entre o uso de condimentos e neoplasia.

Já foi verificado que pacientes com câncer apresentam uma diminuição sérica de vitamina C e sabe-se que a sua administração em doses preconizadas aumenta as defesas imunológicas. Quando as células são pré-tratadas com vitamina E então expostas a raios X, a raios ultravioleta, ou a carcinogênicos químicos, diminui-se acentuadamente a suscetibilidade das células a esses agentes. O selênio é também um poderoso antioxidante e atua só ou em sinergismo com a vitamina E. Por estes motivos, o consumo habitual de frutas e vegetais frescos tem sido considerado um fator protetor contra o câncer de boca. O baixo risco de desenvolvimento de câncer de boca verificado entre os indivíduos que consomem altos índices de frutas cítricas e vegetais ricos em beta-caroteno é outro ponto que enfatiza a importância dos fatores nutricionais.

O beta-caroteno é o precursor da vitamina A e é encontrado principalmente na cenoura, mamão, abóbora, batata doce, couve e espinafre.

➤ **Agentes biológicos** - Nos últimos anos, o vírus do papiloma humano (HPV, sigla em inglês) tem sido correlacionado com lesões de boca semelhantes às aquelas localizadas no trato genital, sendo também implicado na etiologia do carcinoma bucal. Vários estudos tentam comprovar a associação deste vírus com o câncer de boca, o que deve ser esclarecido em breve. Suspeita-se que outros vírus sejam promotores ou indutores do câncer bucal: o herpes tipo 6, o citomegalovírus, o vírus da hepatite tipo C, o de Epstein Barr e o HTLV (vírus da leucemia e do linfoma T do ser humano).

As estomatites crônicas causadas pela *Candida albicans* em áreas irritadas por próteses mal ajustadas representam, segundo alguns autores, condições predisponentes ao câncer de boca.

➤ **Radiações** - A exposição crônica à luz solar representa um considerável fator de risco de uma das neoplasias malignas mais freqüentes da boca, o câncer do lábio inferior. A exposição repetida e excessiva aos raios solares (raios ultravioleta), por períodos superiores a quinze ou trinta anos, provoca alterações dos lábios capazes de evoluir para o carcinoma. Pessoas de cor clara, com pouca pigmentação melânica, são as que apresentam o maior risco de desenvolver carcinomas do lábio inferior. A porção vermelha do lábio inferior é a zona da boca que mais sofre a ação da luz solar.

➤ **Irritação mecânica crônica** - A ação constante e prolongada sobre a mucosa bucal de próteses dentárias mal ajustadas, de câmaras de sucção (artifício utilizado para obter-se uma maior fixação de dentaduras) e de dentes quebrados ou restos dentários constituem, ao longo de anos, causas de lesões hiperplásicas.

Essa ação contínua pode ser um co-fator do desenvolvimento do câncer de boca, por favorecer a ação de outros carcinógenos, particularmente o tabaco e o álcool.

É importante ressaltar que todo paciente portador de prótese móvel deve submeter-se a controle odontológico anual.

➤ **Fatores ocupacionais** - A exposição a certos agentes químicos e a alta incidência do câncer de boca em pessoas que trabalham na agricultura e em indústrias de tecidos, metais e madeira têm levado alguns autores a incluírem os fatores ocupacionais entre aqueles envolvidos na etiologia do câncer de boca.

As radiações solares, ventos e geadas ressecam os lábios, causando-lhes alterações hiperkeratóticas que podem evoluir para neoplasias malignas. Por isso, os pescadores, marinheiros e agricultores de pele clara são freqüentemente afetados pelo câncer de lábio.

O Quadro 3.3 sistematiza os principais fatores de risco para desenvolvimento do câncer de boca.

Quadro 3.3 - Fatores de risco para desenvolver câncer de boca.

- Idade superior a 40 anos;
- sexo masculino;
- tabagistas crônicos (inalado ou mascado);
- etilistas crônicos;
- má higiene bucal;
- desnutridos e imunodeprimidos;
- portadores de próteses mal ajustadas ou que sofram de outra irritação crônica da mucosa bucal;
- consumo excessivo e prolongado de chimarrão;
- baixo *status* socioeconômico;
- baixa ingestão das vitaminas A e C;
- trabalho constante ao sol sem proteção.

b - IMPORTÂNCIA DO AUTO-EXAME PARA A DETECÇÃO PRECOZE DO CÂNCER DE BOCA

Não há referência na literatura especializada sobre o impacto epidemiológico do auto-exame da boca, porém o profissional de saúde deve orientar as pessoas para realizar a cada seis meses o auto-exame. Pessoas com mais de 40 anos de idade, fumantes, etilistas contumazes, portadores de próteses mal ajustadas e dentes fraturados devem ser orientados para evitar o fumo, o álcool, promover a higiene bucal, ter os dentes tratados, realizar o auto-exame da boca (Anexo IV) e comparecer à consulta odontológica de controle a cada ano.

c - IMPORTÂNCIA DO EXAME CLÍNICO DA BOCA

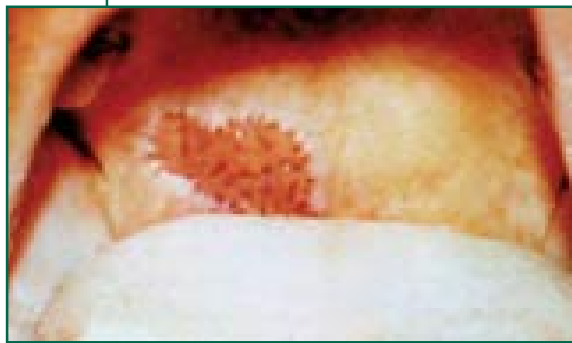
O exemplo do paciente acima citado reforça não só a importância das práticas educativas para a detecção precoce do câncer de boca, como também demonstra a importância do exame clínico. Se o paciente, por alguma razão, não tivesse assistido a palestra da enfermeira Teresa, a lesão - já identificada, porém não valorizada pelo paciente -, não teria sido detectada precocemente, mesmo estando o paciente sob cuidados numa unidade de saúde.

São justamente esses casos que fazem com que um número crescente de pacientes cheguem aos serviços de referência com a doença já em fase avançada. Uma avaliação preliminar dos dados do Registro Hospitalar de Câncer do Hospital do Câncer I/INCA mostra que aproximadamente 60% dos pacientes chegam ao hospital com o câncer de boca já nos estádios III e IV, cujo tratamento não será curativo. O preocupante é que este quadro não se altera há quase uma década. De acordo com a TNM - Classificação dos Tumores Malignos - lesões de até 4 cm de diâmetro enquadram-se como estágio II, o que já

representa uma lesão bem evidente, donde se pode deduzir que existe falta de informação por parte da população, assim como falta de acesso aos serviços de saúde por parte dos pacientes e despreparo dos profissionais da saúde para detectar o câncer de boca em seus estádios iniciais.

Os principais sinais e sintomas a serem investigados no exame clínico e na anamnese são:

Figura 3.8 - Eritroplasia da mucosa bucal.



Fonte: Arquivo pessoal de Walter Correa e Dorival Lobão.

Figura 3.9 - Leucoplasia da mucosa bucal.



Fonte: Arquivo pessoal de Walter Correa e Dorival Lobão.

- manchas esbranquiçadas ou avermelhadas, nos lábios ou na mucosa bucal. (Figuras 3.8 e 3.9);
- ulcerações superficiais com menos de 2 cm de diâmetro, indolores, sangrantes ou não;
- dificuldade de fala, mastigação e deglutição, além de emagrecimento acentuado, dor e presença de linfadenomegalia cervical, são sinais de doença avançada.

O caso clínico apresentado reforça a importância da assistência de enfermagem na detecção precoce do câncer de boca. Observamos alguns fatores importantes:

- identificar fatores de risco na anamnese;
- orientar o paciente sobre a dieta e a higiene bucal adequadas e alertá-lo contra os malefícios do fumo e do álcool;
- conscientizar sobre a importância da consulta regular com o dentista;
- ensinar e orientar sobre o auto-exame da boca (Anexo 4);
- realizar o exame clínico da boca (Anexo 4);
- encaminhar os casos cujo exame periódico mostrou anormalidades.

Prevenção Primária e Secundária do Câncer de PULMÃO.

Caso Clínico

Sr. V.G.F.: *"Uma falta de ar que não passa".*

As seguintes informações foram colhidas durante a consulta de enfermagem numa Unidade de Saúde e registradas no prontuário:

Identificação: V.G.F., 48 anos, masculino, casado, natural do ES, operário.

Queixa principal: Tosse e falta de ar.

História progressa: Viroses comuns da infância, parotidite, varicela. Tabagista desde os 14 anos, fuma dois maços de cigarros por dia. Nega doenças venéreas. Etilista social, bebe geralmente nos finais de semana e uma cerveja no almoço.

História familiar e social: Pais vivos e gozando de boa saúde. Trabalha com confecção de telhas e caixas de amianto em uma microempresa, há aproximadamente 26 anos.

Exame físico: Paciente em estado geral regular, lúcido, orientado no tempo e no espaço. Taquipnéico e hiperpnéico. Fácies de ansiedade. Hidratado. Mucosas normocoradas, acianóticas. Prótese dentária superior e inferior. Ausência de linfonodos palpáveis em regiões submandibulares e cervicais. PA: 120X70 mmHg; Frequência respiratória: 26 irpm. Pulso radial: 100 bpm. Peso: 56 kg. Altura: 1,68m. Tórax: Expansibilidade discretamente diminuída em bases pulmonares, estertores em pulmão esquerdo. Abdome simétrico, flácido e indolor. Ausência de visceromegalias. Peristalse normal. Membros sem anormalidades.

Sr. V. G. F. procurou a Unidade de Saúde pela primeira vez.

Observe o diálogo entre o paciente e o enfermeiro Joécio.

- *Bom dia Sr. V., o que o trouxe aqui?*
- *Eu estou há 35 dias com tosse e escarrando muito; é uma falta de ar que não passa e não consigo comer nada. Já tomei remédio para tosse mas não adiantou.*
- *Tudo bem Sr. V., vamos dar uma olhada nisto...*
- *Quero ficar bom logo porque não posso faltar ao trabalho, emprego hoje é pra se cuidar ...*
- *Sr. V.G.F, diga uma coisa: durante todo esse tempo que trabalhou nessa empresa o senhor usou algum tipo de proteção, como, por exemplo, máscara com filtro?*
- *Não, nunca usei. Por quê ?*

- *Porque algumas doenças podem ser provocadas pelo ar que se respira nos lugares em que se trabalha com o material de fazer telha e caixas de amianto.*
- *Não sabia, não. Mas bem que tem muita gente lá no meu trabalho com tosse que nem eu, essa falta de ar.*
- *Vou encaminhar o senhor para o médico especialista de pulmão para avaliação. Seu exame mostra que precisa de uma consulta médica e de tratamento. Fumar e trabalhar nessa fábrica sem máscara pode estar lhe fazendo muito mal à saúde.*

O paciente foi encaminhado com suspeita de asbestose, porém o enfermeiro Joécio, ciente do papel do amianto como fator de risco para desenvolvimento do câncer de pulmão, ficou preocupado com a existência de uma fábrica nas redondezas da unidade de saúde em que os trabalhadores não fazem uso de equipamentos de proteção. Encaminhou imediatamente um relatório ao Serviço de Epidemiologia, sugerindo reunião multiprofissional para discussão e programação de visita da equipe à fábrica para orientação e exame dos trabalhadores.

Comentários

O Sr. V. G. F. possui dois importantes fatores de riscos para câncer de pulmão: o tabagismo e a exposição ocupacional ao asbesto. Como visto anteriormente, o tabagismo é a principal causa evitável de doença e morte em todo mundo.

Um grande número de substâncias químicas usadas na indústria são consideradas fatores de risco de câncer em trabalhadores de várias ocupações. Esse risco se torna bem maior quando o trabalhador também é fumante, pois o fumo potencializa o efeito carcinogênico de muitas dessas substâncias.

A poluição do ar no ambiente de trabalho é um fator importante para o câncer ocupacional, uma vez que as pessoas respiram esse ar durante, pelo menos, oito horas por dia. Algumas substâncias como o asbesto, são encontrados em materiais como as fibras de amianto, cimento e outros.

O câncer devido a exposições ocupacionais geralmente atinge regiões que estão em contato direto com as substâncias cancerígenas, seja durante a fase de absorção (pele, aparelho respiratório) ou de excreção (aparelho urinário), o que explica a maior frequência de câncer de pulmão, de pele e de bexiga nesse tipo de exposição.

A Prevenção do Câncer Ocupacional

A prevenção do câncer de origem ocupacional deve abranger:

- a remoção da substância cancerígena do local de trabalho;
- o controle da liberação para a atmosfera de substâncias cancerígenas resultantes de processos industriais;
- o controle da exposição de cada trabalhador e o uso rigoroso dos equipamentos de proteção individual (máscaras e roupas especiais);
- a boa ventilação do local de trabalho, para se evitar o excesso de produtos químicos no ambiente;
- o trabalho educativo, visando aumentar o conhecimento dos trabalhadores a respeito das substâncias com as quais trabalham e dos riscos e cuidados que devem ser tomados ao se exporem a essas substâncias;
- a eficiência dos serviços de medicina do trabalho, com a realização de exames periódicos em todos os trabalhadores;
- a proibição do fumo nos ambientes de trabalho pois, como já foi dito, a poluição tabagística ambiental potencializa as ações da maioria dessas substâncias.

Prevenção Primária e Secundária do Câncer de PRÓSTATA.

Caso Clínico

Sr. E.T.V.: "Preocupado com sua idade depois que ouviu no rádio orientações sobre o câncer de próstata".

Ele ouviu numa rádio uma explicação e orientação sobre o câncer de próstata, quando foi informado de que as pessoas com mais de 50 anos deveriam procurar a Unidade de Saúde mais próxima, para serem consultadas e realizarem o exame de próstata.

O Sr. E.T.V achou por bem ir o mais rápido possível, visto estar com 64 anos de idade. Foi recebido pela enfermeira Lúcia que o encaminhou ao consultório para realizar uma consulta de enfermagem. No decorrer da conversa, a enfermeira observou que o Sr. E.T.V estava muito preocupado com o câncer de próstata e ansioso por nunca ter sido submetido ao toque retal ou ter feito PSA (Antígeno Prostático Específico). Durante a consulta realizada pela enfermeira, o Sr. E.T.V apresentou-se assintomático. A enfermeira Lúcia orientou-o para assistir a uma palestra que estava acontecendo naquele dia, sobre o assunto, na Unidade de Saúde. Posteriormente a enfermeira o encaminhou para uma consulta com o urologista em outra Instituição.

Dias depois o Sr. E.T.V, retornou à Unidade de Saúde e procurou a enfermeira Lúcia, para lhe contar que realizou os exames solicitados pelo médico e que os resultados estavam normais. Pela avaliação da enfermeira este não é um procedimento rotineiro, esta atitude foi resultado de uma atenção prestada ao paciente durante a consulta de enfermagem.

Comente com o seu professor

- 1- A importância da Unidade de Saúde em assistir, orientar e encaminhar o paciente.
- 2- A importância de um agendamento de retorno dos pacientes encaminhados a outras Unidades.
- 3- Qual a relevância do retorno do paciente a Unidade de Saúde para comunicar à enfermeira os seus resultados?

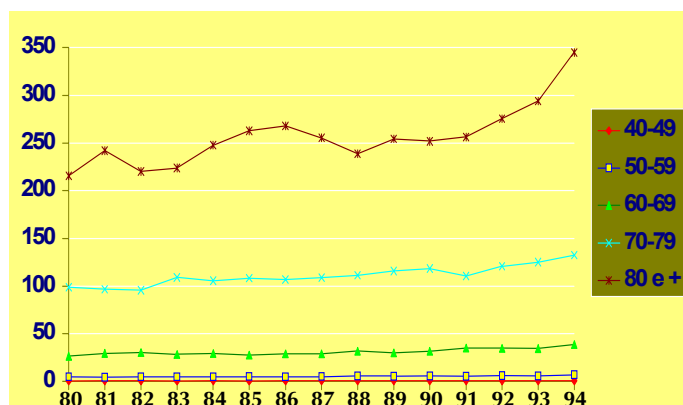
Comentários

O câncer de próstata no Brasil apresenta altas taxas de incidência e mortalidade.

Considerando-se os dados de incidência nas capitais brasileiras que dispõem de Registro de Câncer de Base Populacional, observa-se que o câncer de próstata sempre ocupa uma das três primeiras posições entre os cinco tumores mais freqüentes no sexo masculino.

Pode-se observar também uma maior elevação da mortalidade por câncer de próstata nos homens de faixa etária acima de 70 anos e, mais nitidamente, acima dos 80 anos, conforme a Figura 3.10.

Figura 3.10 - Coeficiente específico de mortalidade por câncer de próstata segundo a faixa etária. Brasil, 1980-1994.



Fontes: SIM/DATASUS/MS e PRO-ONCO/INCA/MS.

Capítulo 3

O Câncer de próstata se apresenta como uma neoplasia de evolução lenta e de longo tempo de duplicação celular. Normalmente, o tumor necessita de cerca de quinze anos para atingir 1cm³, manifestando-se preferencialmente em idade superior a 60 anos e podendo ser detectado em achados de necropsia.

Estes dados levam a refletir que existe um pequeno risco de morte precoce por câncer de próstata, pois os homens morrem por outras causas antes que o câncer de próstata possa se manifestar. O benefício de um exame ou de exames repetidos de rastreamento e do tratamento radical no câncer de próstata ainda não estão devidamente comprovados, porém sabe-se que a detecção precoce e o tratamento dos tumores podem salvar vidas e evitar sofrimentos futuros relativos ao desenvolvimento do câncer.

A participação efetiva dos enfermeiros nos programas de educação comunitária e profissional é de extrema importância. Esta participação pode se dar promovendo cursos, palestras, esclarecendo e educando a população e divulgando os métodos de detecção precoce, utilizando os recursos audiovisuais adequados tais como folders e cartazes, entre outros.

A população deve ser orientada para reconhecer a importância do exame clínico de próstata (toque retal), hoje ainda o melhor método de detecção precoce em saúde pública por ser ele de maior sensibilidade, fácil execução e baixo custo, devendo estar acessível à população masculina na faixa etária de risco. O teste PSA (Antígeno Prostático Específico) é de menor especificidade e de custo mais alto. Deve estar à disposição da população como método complementar no diagnóstico precoce do câncer de próstata e não como método preferencial ou isolado.

Caso o PSA fosse utilizado como método preferencial de rastreamento na população masculina, certamente identificaríamos um grande número de tumores que não desenvolveriam clinicamente e que seriam tratados de forma radical (prostatectomia total). Isso vale dizer que, com a sensibilidade do exame de PSA, mesmo sendo este, hoje, o melhor marcador tumoral existente, não há ainda indicação para rastreamento com PSA.

O toque retal, cuja sensibilidade está calculada entre 55 e 68%, permite fazer uma avaliação da próstata e detectar a maioria dos tumores que se localizam na sua periferia, o que corresponde a cerca de 70% dos tumores de próstata. Os outros tumores ocorrem em partes da próstata não acessíveis ao exame digital.

Do ponto de vista histológico, 95 a 98% dos tumores são adenocarcinomas originários dos ductos proximais ou dos ácinos prostáticos localizados nas porções periféricas e posteriores do órgão.

Apesar de estar incluído dentro das etapas de um exame clínico geral, o toque retal não é realizado de rotina nas unidades primárias por ocasião da consulta clínica. Uma das justificativas seria a dificuldade de abordagem, considerando-se os aspectos culturais e psicológicos de nossa população. Por esta razão, os pacientes acabam sendo desnecessariamente encaminhados para um atendimento secundário com um profissional especializado em Urologia.

Exatamente por não apresentar qualquer sintomatologia em fase inicial, a maioria dos casos são diagnosticados em estádios avançados por ocasião dos primeiros sintomas, o que favorece a invasão local e a disseminação neoplásica.

Há elementos contraditórios e imprecisos que fazem com que as recomendações para a detecção precoce do câncer de próstata não incluam o rastreamento. São eles:

- uma ação agressiva é necessária para se conseguir o diagnóstico e o tratamento dos tumores iniciais;
- o tratamento precoce dos tumores pode salvar vidas;
- detecção precoce e tratamento podem evitar sofrimentos futuros relativos ao desenvolvimento do câncer;
- câncer de próstata é um importante problema de saúde pública.

Porém:

- existe um pequeno risco de morte precoce e um significativo risco de desenvolvimento de seqüelas particularmente associadas à função sexual e urinária, relacionadas ao tratamento;
- o benefício de um exame ou de exames repetidos de rastreamento e do tratamento radical no câncer de próstata ainda não estão devidamente comprovados;
- o toque retal e a dosagem do PSA podem apresentar resultados falso-positivos e falso-negativos;
- estudos de autópsia, realizados em homens americanos, mostram que o número de tumores latentes seria maior que os que são diagnosticados;
- os conhecimentos atuais não permitem determinar qual a evolução dos tumores.

E em relação à precisão dos exames de rastreamento, observa-se que:

- a sensibilidade e a especificidade dos exames não podem ser determinadas com segurança, em razão da não realização de biópsias em pacientes com exames de rastreamento negativos;
- somente a probabilidade do câncer quando o teste é positivo pode ser calculada com alguma confiança;
- o toque retal tem sua sensibilidade limitada em razão da palpação ser realizada nas porções laterais e posterior da glândula. Estudos sugerem que 25 a 35% dos tumores ocorrem nas paredes da próstata não acessíveis ao exame digital;
- a sensibilidade do PSA é maior para os tumores mais agressivos e clinicamente mais importantes;
- a ultra-sonografia transretal tem uma sensibilidade bastante próxima à do toque retal, porém não é específica, uma vez que não distingue um tumor maligno de um tumor benigno.

Conclusão

Por esta razão, preconiza-se o exame clínico com o exame de toque retal por ocasião da consulta médica e dosagem do PSA, caso esta seja possível, para a detecção precoce do câncer de próstata e não como método de rastreamento de massa ou isoladamente em homens com mais de 40 anos que têm antecedentes familiares e em homens entre 50 a 70 anos. No caso de alguma alteração ou suspeita, indica-se a ultra-sonografia transretal (USTR) para confirmação diagnóstica.

O enfermeiro tem um papel importante na orientação dos pacientes quanto aos exames a serem realizados. Deve ser salientado que o toque retal pode alterar os níveis de PSA, devendo haver um espaço de tempo entre os dois procedimentos.

1- Para homens de 50 a 70 anos de idade:

Anualmente:

- exame físico, incluindo o toque retal;
- dosagem sérica do PSA (melhor marcador tumoral);
- dosagem sérica da fração prostática da fosfatase ácida (FAP).

2- Para homens de 40 a 50 anos de idade:

- a mesma conduta é aplicável àqueles que apresentam história familiar de câncer de próstata.

3- Para homens que apresentarem alteração prostática ao toque retal, dosagem de PSA > 10 ng/ml ou dosagem de FAP duas vezes o valor normal:

- ultra-sonografia prostática transretal (USTR);
- ultra-sonografia pélvica, no caso de não ser possível a USTR;
- biópsia prostática.

Prevenção primária e secundária do câncer de PELE.

Caso Clínico

Sr. F. S. - "Essa afta que só faz crescer"

SR. F.S. tem 53 anos e há três anos está sob controle clínico por ser hipertenso. Comparece regularmente a cada semestre à unidade de saúde, sendo atendido inicialmente a cada vez que comparece em consulta de enfermagem.

Observe o diálogo entre o paciente e o enfermeiro Carlos:

- *Bom dia, Sr. F. S. . Estou gostando de ver..O senhor não tem faltado a nenhuma consulta, compreendeu mesmo que a pressão alta é para ser levada a sério!*
- *É, que jeito....*
- *O senhor está bem? Como tem se sentido? Alguma queixa?*
- *Tudo bem, tudo no seu lugar..*
- *Estou vendo uma feridinha no seu lábio, o que é isso?*
- *Tem mais ou menos quatro meses me apareceu essa afta aqui que não fecha nunca e só faz crescer...*
- Vamos examinar isso com cuidado, Sr. F. S.*

A consulta de enfermagem incluiu exame completo e avaliação da adesão do paciente ao tratamento anti-hipertensivo. O enfermeiro analisa os dados contidos no prontuário do paciente:

Identificação: F.A.S, 53 anos, homem branco, lavrador, casado, brasileiro, natural e procedente de Rio Bonito, RJ.

História pregressa: Não sabe informar sobre viroses comuns da infância. Tabagista desde os 16 anos, fuma cigarros industrializados, em média 15 cigarros por dia. Nega doenças venéreas. Etilista social; bebe geralmente nos finais de semana. Pais vivos e gozando de relativa saúde. Trabalha na lavoura desde os 6 anos de idade. O exame da boca mostra lesão ulcerativa pequena em lábio inferior, indolor à palpação, mucosa jugal sem lesões. Dentes em precário estado de conservação, com áreas de tártaro adjacentes aos restos dentários, na arcada superior. Língua saburrosa com mobilidade normal. Ausência de linfonodos retroauriculares, cervicais e submandibulares à palpação.

O enfermeiro diz:

- *Além do cuidado com a pressão, Sr. F., vamos ter que ver com cuidado essa ferida no seu lábio. Vou encaminhá-lo para uma consulta com um médico especialista em doenças da pele. O senhor vai ter que fazer exames com ele e se cuidar muito direito.*

Comentários

O caso apresentado exemplifica uma situação de captação oportunística. Sr. F. veio à consulta semestral para controle da pressão arterial e o enfermeiro, atento, realizou procedimentos clínicos que levaram à detecção precoce de uma suspeita de lesão maligna. Analisando os dados de anamnese principalmente os fatores de risco e os dados do exame físico, encaminhou-o para consulta médica, reconhecendo de imediato a necessidade de uma avaliação feita pelo especialista.

A pele é o maior órgão do corpo humano e tem função de regulação térmica, de barreira contra agentes infecciosos, como bactérias e vírus, e de barreira contra produtos químicos e físicos.

No Brasil, o câncer mais freqüente é o de pele, correspondendo a cerca de 25% de todos os tumores diagnosticados em todas as regiões geográficas.

A maioria dos cânceres de pele são causados pela radiação solar (raios ultravioleta) e atinge, portanto, as regiões do corpo mais expostas ao sol (cabeça, pescoço, braços e mãos).

Isso põe em evidência a necessidade de ações educativas, com o objetivo de mudar os comportamentos da população que favorecem a exposição excessiva ao sol.

O efeito da exposição ao sol é acumulativo, isto é, vai-se acumulando durante a vida toda, resultando no envelhecimento e ressecamento precoce da pele, pelo aparecimento de rugas e manchas. Raramente pessoas de pele escura desenvolvem esse tipo de câncer e, quando ocorre, freqüentemente o apresentam em parte não pigmentada da pele. A melanina exerce a função de filtro natural da pele.

- Quais as principais medidas para o controle do câncer de pele?

A melhor conduta é a prevenção. O enfermeiro deve informar seus pacientes sobre os riscos da exposição excessiva ao sol, bem como sobre as medidas de prevenção desse tipo de câncer e de outras lesões provocadas pelos UV (queimaduras, insolação e desidratação). Geralmente um filtro solar com fator de proteção solar (FPS) de número 15 produz uma boa proteção para situações normais de exposição. Devemos lembrar, porém, que o filtro solar deve ser aplicado quinze minutos antes da exposição ao sol e deve ser reaplicado a cada duas horas em caso de sudorese ou de imersão na água, devendo-se, sobretudo, evitar a exposição ao sol em horários em que os raios ultravioletas são mais intensos, ou seja, das 10 às 16 horas.

As populações de risco alto, como pessoas de olhos e pele claras; crianças; idosos e albinos; pessoas expostas por motivos profissionais, como os trabalhadores ao ar livre (lavradores, marinheiros, pescadores, ambulantes); desportistas (banhistas, surfistas, montanhistas) devem ser conscientizadas sobre

a importância da proteção individual: uso de roupas folgadas e de coloração clara; uso de acessórios adequados (bonés e chapéus) para oferecer proteção contra a luz solar; uso correto do filtro solar, quando disponível. Em verdade, os filtros solares deveriam passar a ser produzidos a baixo custo, principalmente para serem usados pela classe trabalhadora da zona rural.

Ainda orientar a população para:

- proteger-se das superfícies refletoras: areia, neve, concreto e água. Nestas condições, sentar-se à sombra não garante total proteção;
- ter cuidado especial com as crianças, pois sua pele é mais sensível. Usar bloqueador solar, ensinando-as a se protegerem do sol;
- usar hidratantes, benéficos após exposição ao sol;
- evitar substâncias que possam aumentar a sensibilidade ao sol, como as existentes no limão, laranja e outros.

A prevenção secundária do câncer de pele, na qual o enfermeiro tem importante papel, inclui:

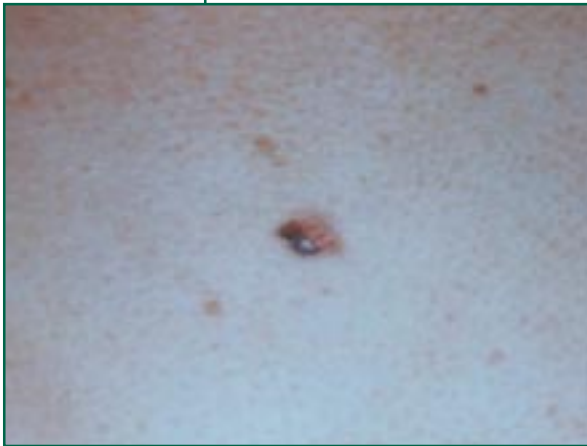
- ensino e orientação sobre a realização regular do auto-exame de pele (ANEXO 3);
- realização do exame clínico de pele (ANEXO 3);
- agendamento de pessoas de alto risco para consultas periódicas;
- encaminhamento para consulta médica caso seja observada qualquer lesão suspeita.

Algumas lesões são consideradas suspeitas ou pré-malignas e o profissional de saúde deve estar especialmente atento para a sua detecção precoce. As principais são:

➔ **Nevos melanocíticos** - Lesões pigmentadas, planas, acastanhadas e de tamanho variável. Podem tanto estar presentes desde o nascimento (nevo congênito), ou surgir depois, na infância ou juventude (Figura 3.11).

➔ **Nevos displásicos** - São nevos melanócitos, com características clínicas e histológicas especiais, geralmente localizados no tronco. São máculo-pápulas de limites mal definidos, irregulares, com pigmentação variável, geralmente múltiplos, que surgem no período que vai da adolescência até cerca de 30 anos (Figura 3.12).

➔ **Xeroderma pigmentoso** - É uma doença congênita da pele caracterizada por alterações degenerativas prematuras sob a forma de ceratoses, epiteliomatose maligna e hiper ou hipopigmentação.

Figura 3.11 - Nevo displásico.

Fonte: Arquivo pessoal de Carlos Eduardo e Dorival Lobão.

Figura 3.12 - Nevos displásicos em mãe e filho.

Fonte: Arquivo pessoal de Carlos Eduardo e Dorival Lobão.

➔ **Ceratose** - É uma hiperqueratose, potencialmente maligna, que se admite ser causada pela exposição crônica à luz solar (Ceratose senil e actínica), ou devido à presença de arsênico no organismo ou resultante da ingestão ou da injeção de arsênico (ceratose arsenical), geralmente das palmas das mãos (Figura 3.13).

Figura 3.13 - Ceratose actínica.

Fonte: Arquivo pessoal de Carlos Eduardo e Dorival Lobão.

➔ **Epidermodisplasia verruciforme** - Anomalia congênita, na qual ocorrem lesões verrucosas nas mãos, nos pés, na face e no pescoço.

➔ **Leucoceratose** - É o espessamento e o embranquecimento anormais do epitélio de uma membrana mucosa.

➔ **Radiodermite crônica** - Dermatose de natureza inflamatória ou degenerativa provocada por radiação ionizante. Manifesta-se clinicamente pelo aparecimento de eritemas e pequenas vesículas serosas, que determinam ulcerações ou cicatrizes mais ou menos profundas.

➔ **Cicatrizes viciosas e ulcerações crônicas** - Lupus eritematoso, queimaduras de Marjolin, úlceras fagedênicas tropical, ulcerações crônicas nos 3- e 4- espaços interdigitais dos pés com bordos calosos "calo mole", liquinificações circunscritas crônicas e melanoses blastomatosas.

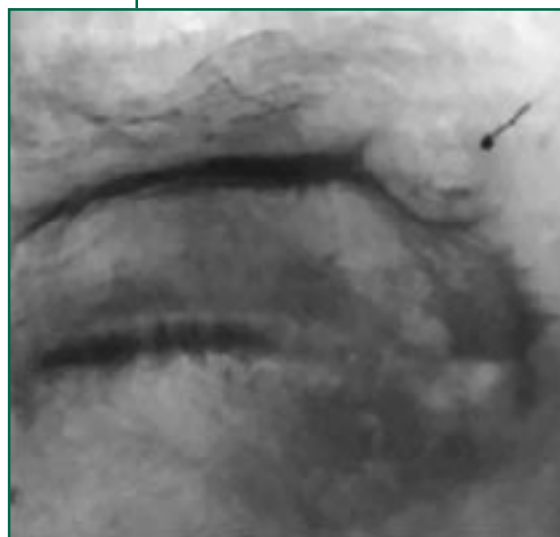
Procure detectar estas situações quando estiver em estágio na dermatologia sanitária.

Classificação dos tumores de pele

➔ **Carcinoma basocelular**-
Corresponde a cerca de 70% dos cânceres de pele e podem ser curados, quando diagnosticados precocemente e operados corretamente.

O carcinoma basocelular (Figura 3.14) pode se apresentar como um tumor brilhante e da cor da pele que o circunda, podendo sangrar e formar crosta, ou como uma placa seca, áspera e que descama constantemente, sem cicatrizar. Sua localização preferencial é a face.

Figura 3.14 - Carcinoma basocelular.



Fonte: Arquivos pessoais de Walter Correa da Silva e Dorival Lobão.

➔ **Carcinoma espinocelular** - Corresponde a aproximadamente 20% dos cânceres de pele e é curável, quando operado precocemente. Apresenta maior possibilidade de disseminação do que o basocelular.

Capítulo 3

O carcinoma espinocelular (Figura 3.15) prefere as regiões do tronco e membros e se apresenta mais como uma lesão vegetante e propensa à ulceração e infiltração dos tecidos profundos.

➔ **Melanoma** - O melanoma caracteriza-se, principalmente, pela intensificação, perda ou mudança de cor de um sinal ou nevos. Ocasionalmente ulcera, sangra e se infecta. Geralmente, ele é uma lesão de cor preta ou marrom, com algumas áreas vermelhas, azuis ou brancas, e que não se eleva muito sobre a pele, a não ser quando é do tipo nodular. De ocorrência rara, é subclassificada em quatro tipos principais: lentigo maligno; melanoma de disseminação superficial (Figura 3.16); melanoma nodular (Figura 3.17) e melanoma acrolentiginoso (subungueal, palmas das mãos e planta dos pés).

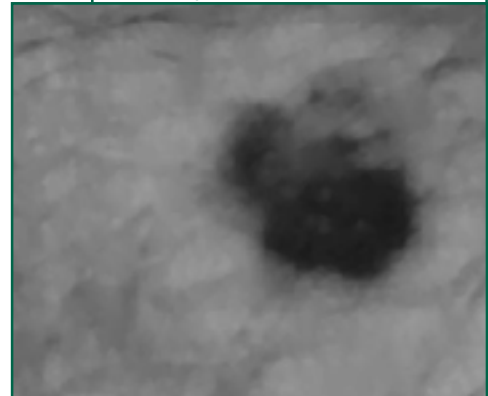
O lentigo maligno é uma lesão superficial do tipo mancha, sem características invasivas. Já os outros tipos apresentam um alto grau de metastatização. É raro em pessoas de pele escura ou negra e, quando ocorre, apresenta-se nas palmas das mãos, planta dos pés e mucosas bucal e anal. O diagnóstico precoce (ou seja, com invasão até a interface papilo-reticular da derma) resulta em significativo aumento da taxa de cura. O melanoma nodular e o extracutâneo apresentam pior prognóstico do que os três tipos cutâneos.

Figura 3.15 - Carcinoma espinocelular de lábio inferior.



Fontes: Arquivos pessoais de Walter Correa da Silva e Dorival Lobão.

Figura 3.16 - Melanoma de disseminação superficial.



Fonte: Arquivo pessoal de Luiz Eduardo Atalécio.

Figura 3.17 - Melanoma nodular.



Fonte: Arquivo pessoal de Luiz Eduardo Atalécio.

Figura 3.18 - Melanoma de cavidade oral.



Fonte: Arquivo pessoal de Walter Correa da Silva.

