



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO ENFERMAGEM

THANMYRIS DA SILVA CUTRIM

**PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA
DE MAMA NO MARANHÃO**

SÃO LUÍS – MA

2018

THANMYRIS DA SILVA CUTRIM

**PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA
DE MAMA NO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Claudia Teresa Frias Rios

Co-orientadora: Prof.^a Ma Paula Cristina Alves Da Silva

SÃO LUÍS – MA

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Cutrim, Thanmyris da Silva.

Perfil das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão / Thanmyris da Silva Cutrim. - 2018.

76 f.

Coorientador(a): Paula Cristina Alves da Silva.

Orientador(a): Claudia Teresa Frias Rios.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Assistência de Enfermagem. 2. Mastectomia. 3. Perfil de Saúde. I. Rios, Claudia Teresa Frias. II. Silva, Paula Cristina Alves da. III. Título.

THANMYRIS DA SILVA CUTRIM

**PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA
NO MARANHÃO**

Trabalho de Conclusão do Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do
Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: ____ de ____ de ____

Nota:

Banca Examinadora:

Prof.^a Claudia Teresa Frias Rios (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a Lena Maria Barros Fonseca (1º membro)
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof.^a. Isaura Leticia Tavares Palmeiras Rolim (2º membro)
Doutora em Enfermagem
Universidade Federal do Ceará

Dedico este trabalho a Deus pela saúde, força e por ter me permitido tornar em realidade este sonho.

A minha família, namorado e amigos pela força, incentivo, apoio e encorajamento nos momentos mais conturbados.

A meu avô João e meu amigo Rodolfo, eternos em minha vida, por todo incentivo e contribuição para minha formação.

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela proteção constante em minha vida, por ouvir minhas orações e presença constante em todos os momentos, felizes ou tristes. Obrigado por jamais me deixar desamparada.

À Universidade Federal do Maranhão, por ser uma instituição pública, gratuita, proporcionar uma formação de qualidade e ser berço de diversidade.

Ao corpo docente e funcionários do Departamento de Enfermagem, pela transmissão de saberes, conselhos, incentivo e contribuição no meu desenvolvimento profissional.

À prof^a Dr^a Claudia Teresa Frias Rios. Obrigada por todo ensinamento passado, paciência, compreensão e gentileza, por ter me acolhido como orientanda. Obrigada por ser um ser humano tão solícito e por toda confiança depositada.

À prof^a Dr^a Paula Cristina Alves da Silva, a quem admiro como profissional e pessoa. Obrigada por todas as palavras de incentivo e conforto em momentos de angústia, por todo conhecimento, por todos os sorrisos, convivência e solicitude em todos os momentos.

À banca examinadora, Prof^a. Dr^a. Lena Maria Barros Fonseca e Prof^a. Dr^a. Isaura Leticia Tavares Palmeira Rolim, por aceitarem avaliar meu trabalho e contribuírem com observações e alterações pertinentes.

A todas as mulheres que aceitaram e se dispuseram a participar dessa pesquisa e ao grupo de pesquisa sem o qual seria impossível realizar este trabalho, em especial à Anália Rabelo Oliveira, que foi companheira em toda essa trajetória. Obrigada pelas palavras de conforto, por sua proatividade, ajuda, convivência e paciência.

À minha família pelos valores, educação e formação concedida. Obrigada por sempre acreditarem em mim e fornecerem todo o apoio para conseguir chegar até a finalização dessa etapa. Obrigado por todo amor e cumplicidade.

Agradeço em especial aos meus pais, Miris Mendes da Silva Cutrim e Paulo Cesar Ferreira Cutrim, luzes da minha vida, exemplos de caráter e amor. Obrigada por todo investimento, pelos conselhos, colo, por me ensinar valores e por todo carinho.

À meus irmãos Tarcyelle da Silva Cutrim e José de Ribamar da Silva, minha tia Mirtes Mendes da Silva Pires e minha avó Maria de Jesus Mendes da Silva,

obrigado por toda ajuda, apoio e incentivo, sem vocês nada disso seria possível.

À meu avô João Ascêncio Costa Ferreira Cutrim e Seu Rodolfo Ambrosy Coelho Filho, por serem exemplos de fé, força e luta. Obrigado, ainda que não possam estar aqui, guardei o amor e a torcida que faziam por mim. Jamais me esquecerei das palavras de incentivo, de todo carinho e gestos de amor. Vocês estarão sempre vivos e presentes em meu coração.

Ao meu namorado, Johnathan Silva Soares, por toda paciência, gentileza, carinho e abraços nos momentos que tanto precisei. Obrigado por sua cumplicidade, solicitude e por ter propiciado momentos de extrema felicidade em meio a muito estresse.

Agradeço em especial àqueles que se tornaram meus amigos e companheiros de vida, Mayssa Jane Dias Ribeiro, Thayná Cunha Bezerra minhas irmãs de alma e companheiras de todas as horas, minhas amigas queridas que quero levar para toda a vida.

Ao G10 - Thalita Costa, Thayná Cunha, Mayara Borges, Thiago Costa e Milka Borges-, André Pablo, José Neto, João Lobo. Obrigado pelo apoio, ajuda, amizade e por serem tão maravilhosos em minha vida.

À todos que direta ou indiretamente, ajudaram a construir essa trajetória, a minha mais profunda gratidão.

*Que nada nos defina, que nada nos
sujeite. Que a liberdade seja a nossa
própria substância, já que viver é ser
livre.*

(Simone de Beauvoir, 1949)

RESUMO

Introdução: O câncer de mama é um grave problema de saúde pública mundial, sendo um dos alvos da rede de doenças crônicas. As formas de tratamento podem envolver procedimentos cirúrgicos, conservadores ou radicais, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, a escolha do tratamento se dá a partir da detecção do tumor e estado clínico da doença. Para aplicar medidas de prevenção é necessário conhecer o perfil de determinada população para que se tracem planos de ação e se tenha o conhecimento necessário para que esse seja efetivo e traga bons resultados. **Objetivo:** Conhecer o perfil das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva e de abordagem quantitativa, realizado com 70 mulheres, no período de setembro a outubro de 2018. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo 65 questões e o instrumento WHOQOL-bref com 26 questões. Os Dados foram analisados por meio de frequência simples e absoluta. **Resultados:** Da amostra, 31,4% estão na faixa etária de 46 a 52 anos, são solteiras, 88,5% possuem filhos, 65,7% se declaram pardas, 80% residem em São Luís, 42,8% possuem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. A religião predominante é a católica, 57%, e 100% se declaram heterossexuais. Não ingerem bebida alcoólica (87,1%), 82,8% negam tabagismo e 68,5% negam consumo de alimentos enlatados e 42,8% não realizam atividade física. Possuem antecedentes oncológicos na família (52,8%). Apresentaram somente um tumor (85,7%), com o estadiamento patológico em T2 em 44,2%, N0 em 54,29% e M0 em 84,2% e estadiamento clínico em estágio I em 22,8% dos casos. **Conclusão:** O perfil da mulher maranhense da amostra deste estudo se alinha com a literatura mesmo quando correlacionando com estudos de outros locais com cultura, hábitos, índices de desenvolvimento e realidades diferentes do Maranhão. Porém, uma divergência deste estudo é o menor tempo de diagnóstico e início do tratamento, podendo este ser resultado dos esforços realizados para ampliação de acesso pela atenção básica. É necessário que o estudo de perfil seja aprimorado, uma vez que o perfil sociodemográfico influi sobre a detecção precoce e esta influa no perfil clínico dessa mulher, consequentemente tendo impacto na taxa de mortalidade e qualidade de vida das mulheres mastectomizadas maranhenses.

Descritores: Perfil de Saúde; Mastectomia; Assistência de Enfermagem.

ABSTRACT

Intro: The breast cancer is a serious problem world public health, being one of the targets disease network cronic. The forms of the tratamento can involve surgical procedures, conservaties or radicals, radiotherapy or quimiotherapy, homone therapy and immunotherapy, the choice of the tratamento it occurs from the tumor detection, and the clinical status of disease. To apply preventive measures is request know the profile of determined population so that they are draw action plans and if knowledge necessary for the action plan to be efective and bring good results. **Objective:** Know the profile of women's submitted to breast cancer surgery in Maranhão. **Methods:** This is a study of a descriptive and nature of quantitative, made with 70 women in the period of september of october, with the apply from questionnaire containing 65 questions and the instrument WHOQOL-bref with 26 questions. The data were analyzed by means of simple frequencies and absolut way. **Results:** Sample, 52,9% they are un the age range of the 46 to 52 years old, 35,7% are single, 88,5% have children, 65,71% declare brown, 80% lives in São Luis, 42,8% have monthly income of 1 to 3 minimum wages. The predominant catholic religion,57,1% and 100% be declared heterosexual. 87% don't drink alcoholic beverages, 82,8% deny smoking and 68,5% deny consumption of canned food and 42,8% don't pratice physics activities. 52,8% have oncological antecedents in family. 85,7% presented only one tumor, with the cancer staging T2 in 44,2%, N0 in54,2% and M0 in 84,2% and staging clinical in staging I in 22,8% of the cases. **Conclusion:** The profile of maranhense present in this study aligns with the literature, even when correlating with studies from other places with culture, habits, indices of development and different realities of Maranhão. However, the divergence of the study is due to the little time of diagnosis and initiation of treatment, which may be the result of the efforts made to increase access for basic care. It is necessary that the profile be improve, some time that the profile sociodemografic influence on the detection precocious and that influence in the profile clinical that's woman, consequently having on the rate of the mortality and life quality of the woman mastectomized maranhenses.

Decs: Health Profile; Mastectomy; Nursing Care.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018	31
Tabela 2 - Hábitos de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018	36
Tabela 3 - Antecedentes familiares das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018	38
Tabela 4 – Caracterização do rastreamento das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018	39
Tabela 5 - Caracterização do diagnóstico das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018	40
Tabela 6 - Caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018	41
Tabela 7 – Relação de tempo entre detecção, rastreamento e diagnóstico de câncer de mama no MA, São Luís – 2018	43

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	12
2. OBJETIVOS	15
2.1 Geral	15
2.2 Específicos	15
3. REVISÃO DE LITERATURA	16
3.1 Anatomia Mamária	16
3.2 Carcinoma Mamário	17
3.2.1 Fisiopatologia	17
3.2.2 Classificação	19
3.2.3 Sinais e Sintomas	21
3.2.4 Terapêutica	21
3.3 SUS e câncer de mama	23
4. METODOLOGIA	25
4.1 Desenho do estudo	25
4.2 Local e período da coleta de dados	25
4.3 População	26
4.4 Amostra	26
4.5 Critérios de inclusão e exclusão	27
4.6 Variáveis de estudo	27
4.7 Métodos	27
4.8 Análise estatística	29
4.9 Riscos e benefícios	29
4.10 Questões éticas	29
5. RESULTADOS E DISCUSSÕES	31
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	58
Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	59
Apêndice B – Questionário de Coleta de Dados	61
ANEXOS	66
Anexo A – Questionário WHOQOL-bref	67
Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP	70
Anexo C – Parecer do Colegiado do Curso de Enfermagem	75

1. INTRODUÇÃO

O termo câncer é utilizado para caracterizar um grupo de mais de 100 doenças, que se tornaram um grave problema de saúde pública mundial, sendo um dos alvos da rede de doenças crônicas (BRASIL, 2013). Os cânceres ou neoplasias se dão a partir da produção de células com crescimento desordenado que resulta em alterações genéticas ocasionando tumorigênese (SILVEIRA; INUMARU; VELOSO, 2011).

Essas neoplasias podem ser benignas e malignas, sendo as malignas capazes de invadir tecidos vizinhos e podendo se tornarem resistentes ao tratamento, podendo irradiar-se para outras partes do corpo (metástases). Estas são as mais dispendiosas, de difícil tratamento, que acarretam maiores interferências na qualidade de vida do indivíduo e maiores custos (HERR, 2013). Dentre os mais diversos tipos de câncer, se encontra o câncer de mama.

O câncer de mama é o segundo tipo mais incidente em todo o mundo e com maior taxa de mortalidade no Brasil entre as mulheres, correspondendo a taxa de 22% de novos casos a cada ano em mulheres, enquanto nos homens é de 1%. Em 2018 foi estimado o surgimento de 59.700 casos no Brasil, 11.860 casos na região Nordeste e 720 casos no Maranhão com taxa bruta de 20,26/100 mil habitantes e destes 280 na capital São Luís, com taxa bruta de 49,26/100 mil habitantes (INCA, 2018).

Em relação ao desenho territorial do Brasil, também há diferenças da incidência do câncer de mama entre as regiões, sendo a região sul a de maior incidência. O INCA em 2016, estimou a taxa bruta da região sudeste em 68.08/100 mil mulheres, região sul 74.30/100 mil mulheres, região centro-oeste 55.87/100 mil mulheres, região nordeste 38.74/100 mil mulheres e região norte com a menor incidência 22.26/100 mil mulheres. Já em 2018, a estimativa da taxa bruta da região sudeste foi de 69.50 casos/100 mil mulheres, região sul 73.07/100 mil mulheres, região centro-oeste 51.96/100 mil mulheres, região nordeste 40.36/100 mil mulheres e região norte com a menor incidência 19,21/100 mil mulheres.

Quando compara-se a taxa de incidência do câncer de mama de países desenvolvidos com países em desenvolvimento, percebe-se que ela é maior em países desenvolvidos, no entanto, a taxa de mortalidade é menor, devido a maior eficácia no rastreamento, diagnóstico e tratamento. No Brasil, por exemplo, as taxas de

incidência e mortalidade são altas, seja por dificuldades no rastreio, problemas no diagnóstico ou ainda, a demora no acesso aos meios de tratamento, tornando o câncer de mama um problema de saúde público também no Brasil (STEWART; WILD, 2014). Além da alta taxa de incidência, dificuldades para realização de tratamento e as próprias manifestações clínicas, tem um adendo importante à mulher, pois envolve a questão da sexualidade e sua percepção sobre a autoimagem (INCA, 2008).

As formas de tratamento podem envolver procedimentos cirúrgicos, conservadores ou radicais, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, a escolha do tratamento se dá a partir da detecção do tumor e estado clínico da doença (AGUIAR, 2008).

Dentro dos procedimentos cirúrgicos, destaca-se a mastectomia, que consiste na retirada da mama afetada e pode ser classificada como simples, radical e modificada. E como toda forma de tratamento, existem eventos adversos e em especial neste caso, acompanhado de profundas transformações não somente físicas, mas emocionais e psicológicas a esta mulher (FERRO, 2003).

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) no período compreendido entre janeiro de 2008 e junho de 2018, foram realizados 217.213 procedimentos cirúrgicos para tratamento do câncer de mama no Brasil. Destes, 20,85% (45.307 casos) são referentes aos dados da região Nordeste, com o segundo maior percentual entre as regiões. No Maranhão, foram realizados 3.852 procedimentos, destes, 2.031 casos (52,72%) se referem a mastectomia conservadora (segmentectomia, quadrantectomia, setorectomia). A mastectomia radical ocorreu em 23,18% (893 casos) dos casos.

Como problema grave de saúde pública de alta incidência, demanda ações de controle e prevenção. Todos os níveis de saúde possuem responsabilidades para melhoria de acesso, rastreamento, qualidade e integralidade da assistência a essa mulher (BRASIL, 2006). Como parte integrante da equipe multiprofissional, o enfermeiro tem papel primordial em ações tanto de promoção, prevenção e reabilitação dessa mulher em todos os níveis de assistência (BRASIL, 2006).

Aproximadamente 40% das mortes por câncer poderiam ser evitadas, sendo a prevenção um elemento importante em todos os planos de controle do câncer (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER, 2012). E antes da prevenção secundária, é necessário que se promova saúde, o que resultaria em uma diminuição nas estimativas de doenças crônicas em geral, não somente as neoplasias.

E para aplicar medidas de prevenção é necessário conhecer o perfil de determinada população para que se tracem planos de ação e se tenha o conhecimento necessário para que esse plano seja efetivo e traga bons resultados. A necessidade de se conhecer o perfil da população que demanda assistência à saúde é essencial, visto que a utilização dos serviços de saúde é resultado de um conjunto de interação entre profissionais da saúde e seus clientes, ocorrendo esta dentro de um ambiente e influenciado por fatores sociais e culturais (DONABEDIAN, 1973).

Embora as variáveis sejam discutidas como independentes, existem uma correlação e elas são indissociáveis, uma vez que quando se observa o perfil, analisando as variáveis em conjunto é possível se conhecer melhor essa população e assim agir sobre os problemas de saúde (D'OLEO et al., 1988).

Para ampliar o conhecimento da sociedade acadêmica com dados voltados para o estado do Maranhão sobre a temática em questão, este trabalho justifica-se devido à grande importância do tema, pela elevada incidência do câncer de mama, não somente no Brasil, mas no mundo, ao grande impacto na vida dessas mulheres, a luta das mesmas para conseguir tratamento e mesmo após, com as repercussões no corpo por causa do tratamento e a importância de se discutir sobre o tema no contexto atual, principalmente o papel da enfermagem nesse meio.

Neste contexto, no intuito de contribuir no fortalecimento de estratégias para o combate ao câncer nessa população em São Luís do Maranhão, este estudo levanta a seguinte problemática: Qual o perfil das mulheres mastectomizadas portadoras de câncer de mama em São Luís do Maranhão? Com a hipótese de que essas mulheres teriam uma idade maior que 45 anos, classe média, alfabetizadas, casadas, heterossexuais, com uma relação de tempo superior a 12 meses.

2. OBJETIVOS

2.1 Geral

- ✓ Conhecer o perfil das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

2.2 Específicos

- ✓ Identificar o perfil sociodemográfico e clínico das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão;
- ✓ Caracterizar hábitos de vida dessas mulheres;
- ✓ Investigar relação de tempo entre a detecção, diagnóstico e realização do tratamento.

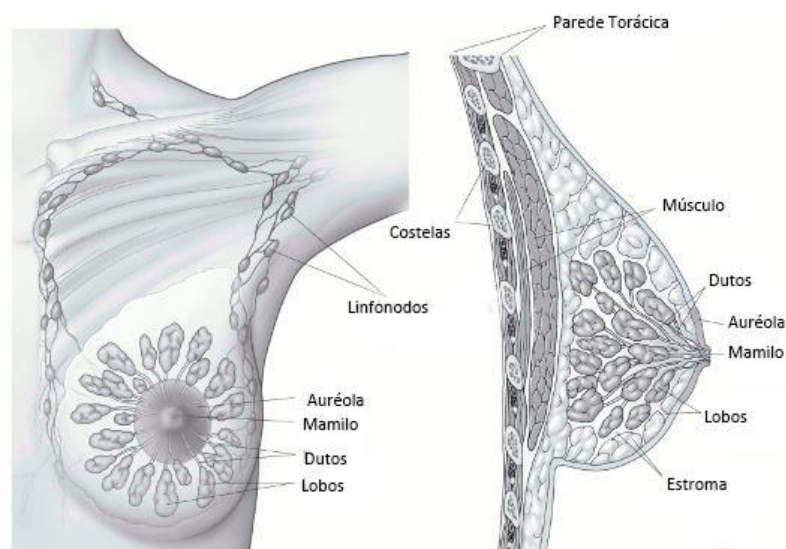
3. REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Anatomia Mamária

As mamas estão presentes em machos e fêmeas, com a diferença de função e significância diferentes. As mamas masculinas são rudimentares durante toda vida e as mamas femininas além de serem órgãos reprodutores acessórios com função de nutrição ao recém-nascido (JARVIS, 2012, p.383), têm grande impacto sobre a autoimagem e autoestima dessa mulher e também possuindo função erógena e atração sexual (FRANCO, 1997).

Localizadas na parede anterior do tórax e sob os músculos: peitoral maior e serrátil anterior, entre a segunda e sexta costela, estendendo-se do esterno á linha axilar média (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016). O canto superior lateral do tecido mamário, chamado de cauda de Spencer, se projeta para cima e lateralmente para o interior da axila (ROTINAS EM MASTOLOGIA, 2007, p.27).

Figura 01: Tecido mamário fisiológico

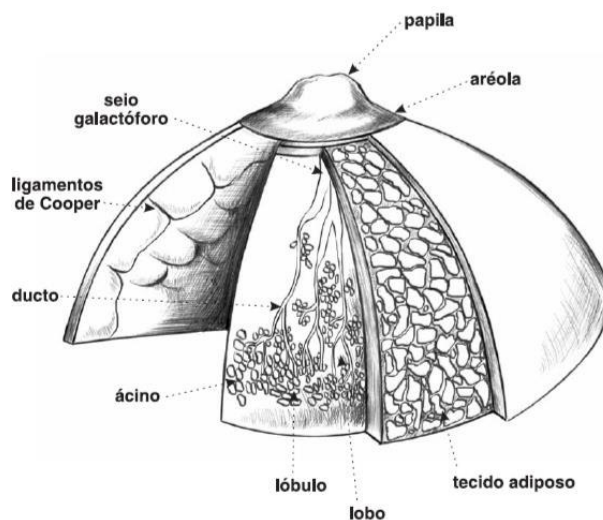


Fonte: American Cancer Society

Na composição mamária existem: tecido glandular, que contém 15 a 20 lobos compostos por lóbulos quem contém alvéolos que produzem leite (INCA, 2002), tecido fibroso incluindo os ligamentos de Cooper (ou suspensório), que sustentam o tecido mamário, no câncer de mama, tornam-se contraídos produzindo fendas ou ondulações na pele que os recobrem, e tecido adiposo, que compõem ativamente a

massa mamária. A quantidade de cada um desses tecidos depende do ciclo da vida, idade, gravidez, lactação, estado nutricional. (JARVIS, 2012, p.383).

Figura 02: Partes constituintes da mama



Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2002

Para que fosse mais prático descrever achados clínicos convencionou-se um mapa, onde a mama pode ser dividida em quatro partes por linhas imaginárias, denominadas de quadrantes (superior interno, superior externo, inferior interno e inferior externo) e no quadrante superior externo observa-se a cauda de Spencer.

Outro ponto relevante que compõe as mamas é a sua extensa rede linfática. Composta por quatro grupos de nódulos axilares (linfonodos axilares centrais, peitoral, subescapular e lateral) responsáveis pela drenagem linfática (JARVIS, 2012, p.385).

3.2 Carcinoma Mamário

3.2.1 Fisiopatologia

As células são as menores partes que compõem o organismo humano e se dividem e crescem de acordo com os ciclos naturais (CARVALHO; PIMENTEL, 2007, p. 304). Os mecanismos regulatórios que determinam o contato e a permanência de uma célula adjacente outra e que regem o controle do seu crescimento, ainda constituem uma das áreas menos conhecidas da biologia (INCA, 2002).

Sabe-se é que por meio de substâncias intracitoplasmáticas, as células se agregam em tecidos e se reconhecem por processo de superfície, nos quais células semelhantes permanecem unidas e que determinadas células interajam para executarem determinada função orgânica. Além disso, o crescimento celular envolve o aumento da massa celular, duplicação do ácido desoxirribonucleico (DNA) e divisão física da célula em duas células filhas idênticas por meio da mitose, por meio de fases (G1, S, G2, M), que integram o ciclo celular (INCA, 2002).

Segundo Junqueira e Carneiro (2011, p. 289), não existe competição dentro dos ciclos celulares, mas uma relação de cooperação, porém as células cancerígenas não são submetidas a isso, e uma vez que têm o DNA danificado os mecanismos de controle do ciclo celular não as atingem. Mas, apesar disso:

O câncer surge de uma única célula que sofreu mutação, multiplicou-se por mitoses e suas descendentes acumulando outras mutações que se foram somando, até darem origem a uma célula cancerosa em consequência da ação conjunta dessas mutações. O acúmulo de mutação por uma célula e suas descendentes é um processo lento, e isso, provavelmente, explica a maior incidência de câncer nas pessoas idosas (JUNQUEIRA; CARNEIRO, 2011, p. 289).

Geralmente, a carcinogênese é lenta, por isso a idade é um fator de risco para o desenvolvimento do mesmo. Segundo Leal (2013) 63% dos clientes portadores de câncer tem mais de 65 anos e desses 36% tem mais de 75 anos.

A carcinogênese possui três estágios: iniciação, promoção e progressão. De forma simples, ocorrem mutações no DNA devido ação de fatores carcinogênicos, daí essas células permanecem latentes (iniciação), até que sofram a ação de agentes promotores, onde essas células, antes latentes, adquirem habilidades como: vantagem proliferativa e não respondem a mecanismos de controle do corpo (promoção) e por fim, as células malignas adquirem o fenótipo conhecido, maior agressividade, crescimento rápido e desordenado, invasão de tecidos adjacentes e disseminação para tecidos mais distais (progressão) (CÂNDIDO, et al. 2016), como demonstrado na figura abaixo:

Figura 03: oncogênese



Fonte: INCA (2002, p. 58)

Todo carcinoma tem como característica o crescimento rápido e desordenado das células, com capacidade de infiltração de tecidos. Quando essas células com características anormais se desenvolvem nas mamas, dá-se o nome de câncer de mama. Não é uma doença exclusiva das mulheres, porém é predominante (ALFREDO CARLOS S. D. BARROS, 2007).

Figura 04: Capacidade infiltrativa



Fonte: Breastcancer, 2010

3.2.2 Classificação

Segundo Cândido, et al. 2016, existem variados tipos de câncer de mama, porém alguns se destacam por serem mais comuns e outros por serem extremamente raros. Dentre os mais comuns destacam-se quatro tipos:

- ✓ Carcinoma Ductal in situ (CDIS) / Carcinoma Intraductal considerado não invasivo ou pré-invasivo, neste tipo de carcinoma as células não se espalharam para o tecido mamário ao redor por meio dos ductos.

- ✓ Carcinoma Lobular in situ (CLIS): considerado não-invasivo, permanece nos lóbulos da mama, não se prolifera nos tecidos mamários adjacentes.
- ✓ Carcinoma Ductal Invasivo (CDI): mais comum tipo de câncer de mama, se inicia no ducto e se propaga para os tecidos mamários adjacentes.
- ✓ Carcinoma lobular invasivo (CLI): corresponde a 10% dos casos de câncer de mama invasivos e é mais difícil de ser diagnosticado pela mamografia quando comparado com o carcinoma ductal invasivo. Inicia nos lóbulos e se espalha para tecidos mamários adjacentes.

Ainda segundo Cândido, et al. 2016, existem alguns casos especiais do carcinoma invasivo, que podem ter melhor, igual ou pior prognóstico que o carcinoma ductal invasivo, são eles:

- ✓ Carcinoma cístico adenoide;
- ✓ Carcinoma metaplásico;
- ✓ Carcinoma medular;
- ✓ Carcinoma mucinoso;
- ✓ Carcinoma papilífero;
- ✓ Carcinoma tubular;
- ✓ Carcinoma micropapilar;
- ✓ Carcinoma misto (tem características de ducal e lobular invasivo).

E os tipos menos comuns de câncer de mama e mais raros, são:

- ✓ Câncer de Mama Inflamatório: representa cerca de 1 a 3% dos casos.
- ✓ Doença de Paget: inicia nos ductos mamários e se dissemina para a pele do mamilo e para a aréola. Representa cerca de 1% dos casos.
- ✓ Tumor Filodes: tipo raro, que desenvolve no estroma da mama, diferentes dos demais carcinomas, que se desenvolvem nos ductos ou lobos.
- ✓ Angiossarcoma: tipo de câncer que se inicia nas células que revestem os vasos sanguíneos ou vasos linfáticos. Raramente ocorre na mama.

E apesar de existir uma grande variedade de tipos de tumores, seguem um curso biológico quase que exclusivamente semelhante. Desse modo, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) desenvolveu um sistema de estadiamento dos tumores que consiste na avaliação de três parâmetros: (T) – dimensão do tumor primário; (N) – extensão da disseminação nos linfonodos regionais e (M) – presença ou ausência de metástases. No sistema TNM, as variações são analisadas e

classificadas em graus, quanto à dimensão varia de T0-T4, disseminação em linfonodos varia de N0-N3 e metástases varia de M0-M1. E após as combinações tem-se o estágio clínico, uma nota global que pode variar de I á IV (INCA, 2006).

3.2.3 Sinais e Sintomas

Os sinais e sintomas do câncer de mama podem apresentar-se variados de mulher para mulher, e ainda existem aquelas que não apresentam nenhum deles. Em geral, os sintomas e sinais incluem: nódulo único endurecido, irritação ou abaulamento de uma parte da mama, edema de toda ou parte da mama, edema da pele, inchaço e nódulos frequentes nas ínguas das axilas, assimetria acentuada entre as duas mamas, como, por exemplo, uma muito maior que a outra, eritema, inversão do mamilo, dor na mama e/ou axila, espessamento ou retração da pele ou mamilo, secreção sanguinolenta ou serosa pelos mamilos (INCA, 2018).

3.2.4 Terapêutica

Conhecido como *down-staging*, a estratégia adotada para detecção precoce do câncer de mamas dá ênfase á política de alerta à saúde das mamas, sendo necessária a educação da mulher e dos profissionais para que a sintomatologia seja detectada o mais precoce possível, para que os danos sejam os mínimos (WHO, 2007, p. 3).

Na saúde pública, o rastreamento do câncer de mama é realizado através do exame clínico das mamas (ECM) - que inclui inspeção estática e dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supraclaviculares - e o exame mamográfico, onde este último é o único exame de rastreamento capaz de detectar lesões não palpáveis e reduzir taxa de mortalidade importante no câncer de mama (USPSTF, 2009).

De acordo com o Documento de Consenso (INCA, 2018), a estratégia brasileira preconizada são os métodos de ECM (mulheres de 35 anos com risco elevado, de 40-49 e de 50-69 anos) anualmente e mamografia anual para mulheres de 35 anos com risco elevado, a cada dois anos para mulheres entre 50-69 anos e nos casos de mulheres entre 40-49 se houver alguma alteração.

Além da mamografia, existem ainda dois métodos de imagem que se pode utilizar para diagnóstico diferencial e apoio no diagnóstico, a ultrassonografia e a ressonância magnética. Como método mais invasivo, tem-se a biópsia cirúrgica (padrão ouro), biópsia percutânea com agulha grossa (PAG), punção por agulha fina (PAAF) e Biópsia percutânea a vácuo (mamotomia) (BRASIL, 2013).

Após o rastreamento e recebido o diagnóstico de câncer de mama, é necessário tratamento. Em controle local, tem-se a cirurgia, que pode ser radical (mastectomia) ou conservadora (quadrantectomia e tumorectomia), e a radioterapia, em controle sistêmico a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica (tratamento com anticorpos). Os tipos de tratamento não são utilizados isoladamente, podendo ser utilizados uma combinação para que a reincidência do tumor não ocorra. Para isto, o tratamento deve ser feito de forma individualizada e integrativa desse indivíduo (SLEDGE, et al., 2014).

A mastectomia é um mecanismo cirúrgico empregado para a retirada da mama afetada, não existindo apenas uma técnica, mas subdividindo-se em: mastectomia total simples (retirada da glândula mamária, incluindo o complexo areolar e aponeurose do músculo peitoral, com preservação os linfonodos axilares), mastectomia radical (retirada da glândula mamária, associada à retirada dos músculos peitorais e à linfadenectomia axilar completa), mastectomia radical modificada (retirada da glândula mamária e linfadenectomia axilar, com preservação de um ou de ambos os músculos peitorais) e a mastectomia subcutânea (extração da glândula mamária, conservando os músculos peitorais e aponeuroses, pele e complexo aréolo-papilar). A escolha da técnica dependerá do tipo, localização e massa tumoral da cliente (SLEDGE, et al., 2014; AMADO, LOURENÇO, DEHEINZELIN, 2006).

Além de todo cuidado biológico, a importância da equipe multidisciplinar, para que essa mulher seja atendida de forma integral é imprescindível. Desde a atenção básica até a alta complexidade, a gama de profissionais deve resgatar os valores humanos em seu processo de trabalho, desvinculando-se do cuidado robotizado e repetitivo, transformando a relação cliente-profissional, para que esta mulher apesar de toda intervenção, transformação do seu eu, tanto físico como mental e espiritual, possa sair deste processo com o restabelecimento da sua saúde em seu sentido mais amplo, ainda que não seja a cura, mas a diminuição desse sofrimento e passar por esta etapa com dignidade (WALDOW & BORGES, 2011).

3.3 SUS e câncer de mama

Pelas portarias GM/MS nº 4.279/2010 e GM/MS nº 483/2014, instituíram-se as Redes de Atenção à Saúde como estratégia para superar a fragmentação da assistência e garantir a integralidade do cuidado e integração de ações e serviços fornecidos pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2017).

O SUS garante assistência integral a pacientes com carcinomas, por meio da Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas - cujo planejamento, organização e controle são de responsabilidade das Secretarias de Saúde. A Rede de Atenção Oncológica, propõe aos gestores municipais e estaduais, ampliar a promoção e o tratamento do câncer em todas as unidades do Sistema Único de Saúde (SUS), adequando ações às necessidades de cada região (BRASIL, 2017).

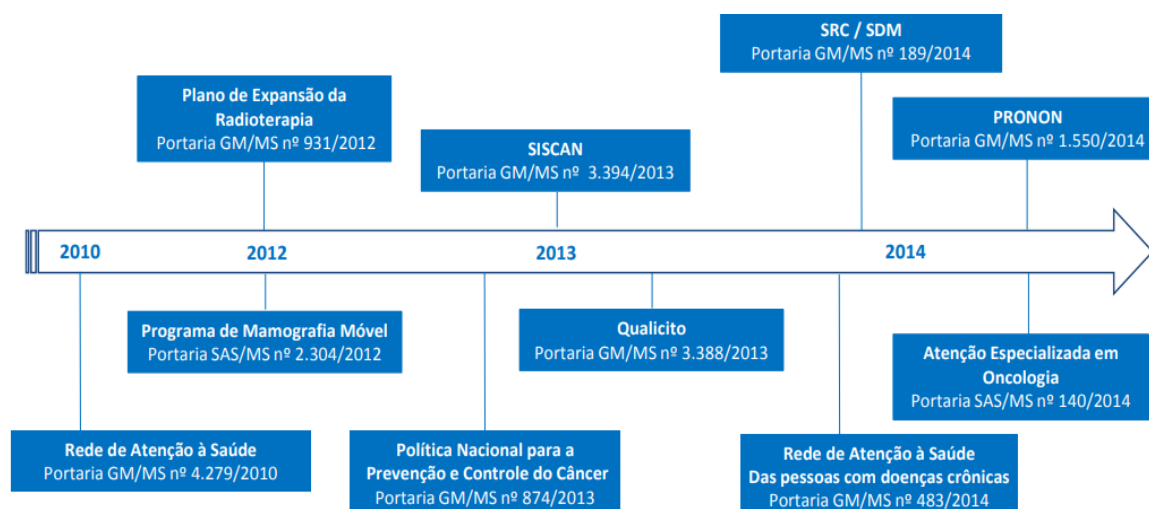
Pela Portaria GM/MS nº 189, de 31 de janeiro de 2014, foi instituído o SDM, Serviço de Referência para Diagnóstico de Câncer de Mama, e os respectivos incentivos financeiros de custeio e de investimento para a sua implantação, existem 11 habilitações no Brasil desse serviço.

Para que se ampliasse o acesso as mulheres na faixa etária alvo (50-69 anos), em áreas mais remotas e sem cobertura, foi regulamentado pela Portaria nº 1.228, de 30 de outubro de 2012, o programa de Mamografia Móvel.

Em 2012, a Lei dos 60 dias foi instituída a fim de garantir o direito de se submeter ao primeiro tratamento no prazo de até 60 dias contados a partir do dia em que for firmado o diagnóstico e logo em 2013, a portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013, institui o SISCAN (Sistema de Informação de Câncer) no âmbito do SUS, com objetivo principal de monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas (BRASIL, 2017).

Em síntese, a figura abaixo demonstra os principais atos normativos e estratégias:

Figura 04



Fonte: Ministério da Saúde, 2017

O profissional Enfermeiro inserido neste processo, além de educador, são atribuídas funções na atenção básica, a realização da consulta de enfermagem, onde deve ser realizado o ECM, avaliar sinais e sintomas, realizar de acordo com os protocolos e diretrizes clínicas o encaminhamento de referência em diagnóstico e/ou tratamento, além de contribuir, realizar e participar das atividades de educação permanente de todos os membros da equipe (BRASIL, 2013).

Na alta complexidade, também está presente, participando das tomadas de decisão da equipe, promovendo o cuidado a essa cliente, atendendo de forma a satisfazer as necessidades humanas prejudicadas nesse processo. Para tal, necessita estar ciente do seu papel e da importância de se ter conhecimento para exercer tal função, pois este cliente requer um cuidado não meramente curativo, mas humano.

4. METODOLOGIA

Este estudo é derivado de uma pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA”, vinculada ao núcleo de estudo e pesquisa em educação e saúde da mulher (NEPESM) do departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

4.1 Desenho do estudo

Trata-se de um estudo de natureza descritiva e do tipo quantitativa. As pesquisas descritivas possuem como objetivo a descrição das características de uma população, fenômeno, experiência ou, um estabelecimento de uma relação entre os fatores pesquisados (GIL, 2002).

A pesquisa quantitativa possibilita generalizar os resultados, e organizá-los em tabelas e gráficos, que serão analisados assim como um ponto de vista sobre suas contagens e magnitudes.

Os resultados da pesquisa quantitativa são quantificados, como as amostras geralmente são grandes e consideradas representativas da população, os resultados são tomados como se constituíssem um retrato real de toda a população alvo da pesquisa. Por isso, ela se centra na objetividade.

4.2 Local e período da coleta de dados

O estudo foi desenvolvido em dois hospitais de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, ambos situados na capital São Luís.

✓ Instituto Maranhense de Oncologia – Hospital Aldenora Belo (IMOAB)

O IMOAB é um centro de alta complexidade oncológica, considerado hospital de referência oncológica no Estado do Maranhão. Fundado em 1966, atende pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, convênios e particulares. Composto por enfermarias para adultos e setor de oncopediatria, um centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, serviço de pronto atendimento oncológico, de quimioterapia, radioterapia, além de atendimentos ambulatoriais.

✓ Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho (HGTLF)

O HGTLF oferece todas as especialidades envolvidas no tratamento do câncer desde 2014. Nos últimos dois anos foram realizadas no hospital 11.076 sessões de quimioterapia, 2.502 cirurgias, 52.765 consultas ambulatoriais e 11.689 internações. O hospital realiza por mês mais de 1.700 tomografias computadorizadas, além de outros procedimentos diagnósticos, como mamografias, biópsias de próstata, mama e tireóide. Dentre os avanços recentes na assistência, estão a Neurocirurgia Oncológica e a Cirurgia Oncológica Minimamente Invasiva, realizada através de videolaparoscopia e videotoracoscopia, com incisões mínimas e rápida recuperação do paciente portador de câncer.

O estudo foi realizado no período de outubro de 2017 a novembro de 2018.

4.3 População

Foram abordadas mulheres previamente tratadas em cirurgias oncológicas da mama (mastectomias totais e mastectomias conservadoras), ao serem encontradas em sala de espera para consultas de acompanhamento pós-cirúrgico com mastologistas, fisioterapeutas, educadores físicos e psicólogos, além da abordagem durante as finalizações das reuniões do grupo de apoio.

4.4 Amostra

Os dados utilizados para conhecimento do cenário e cálculo amostral são oriundos do SISCOLO/SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero e Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama. Estes são sistemas informatizados de entrada de dados desenvolvido pelo DATASUS em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a fim de coletar e processar informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e histopatológicos.

O cálculo do tamanho amostral do número de pacientes a serem entrevistados nos Hospitais Aldenora Belo e Tarquínio Lopes foi realizado utilizando-se o programa estatístico PASS 15 (2017) e os seguintes parâmetros: Total de mulheres com câncer de mama atendidas por ano (2015) nestes hospitais, 410. Prevalência de cirurgias oncológicas mamárias de 70,7%, nível de significância (α) de 5% e erro tolerável de 5%, o tamanho mínimo é de 249 mulheres. No entanto, ao

considerar 5% de possíveis perdas, o número final de mulheres a serem entrevistadas é de 262 (PASS 15, 2017).

Este estudo apresenta os resultados preliminares coletados em setembro e outubro de 2018, apresentando um n de 70 entrevistadas.

4.5 Critérios de inclusão e exclusão

Foram incluídas no estudo, mulheres maiores de 18 anos, que receberam tratamento cirúrgico para câncer de mama unilateral (no período de até 10 anos retroativos), seja por cirurgias classificadas como mastectomias ou conservadoras, tendo realizado ou não reconstrução mamária, independente da terapia coadjuvante já realizada, que tenham finalizado o tratamento com quimioterápicos.

Foram excluídas mulheres que trataram câncer de mama bilateral, que possuem o diagnóstico de câncer de mama e sistêmico ou qualquer outra neoplasia e que tenham realizado o procedimento cirúrgico a menos de 06 (seis) meses. O prontuário da participante que não foi identificado foi excluído da coleta, assim como aquelas que se recusaram a participar do estudo.

4.6 Variáveis de estudo

Serão analisadas no estudo as seguintes variáveis (estão em negrito no APÊNDICE B e ANEXO A):

Questionário	WHOQOL-bref
Idade Local de Residência Atividade laboral Hábitos Procedimento cirúrgico Rastreamento Diagnóstico Estado Clínico Tratamento	Limitação

4.7 Métodos

Os instrumentos foram aplicados em uma única etapa, por uma equipe de pesquisadores treinados. Além da coleta com as participantes, foi realizado consulta

aos prontuários. Os dados encontrados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel®.

As participantes foram abordadas nos dois hospitais enquanto esperavam as consultas de acompanhamento pós-operatório, fisioterapia, educação física, psicologia e as reuniões do grupo de apoio, quando necessário, a participação da mesma foi interrompida para não ocasionar danos no compromisso original da paciente, retomando, após o término da consulta ou da reunião no grupo de apoio.

Inicialmente foi apresentado a elas o TCLE, e após esclarecimento do teor da pesquisa e concordância na participação, foram aplicados os instrumentos de forma assistida pelos entrevistadores. A fim de complementar a entrevista, confirmando dados e buscando outros não informados, foi realizada a consulta ao prontuário.

Quanto ao estudo sobre qualidade de vida, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e organizou um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do World Health Organization Quality of Life-100 (RODARY et. al, 2004).

Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (CONDE et. al 2006; RODARY et. al, 2004).

A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias (CONDE et. al 2006).

O The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) é um questionário multidimensional dividido em cinco domínios que avaliam dimensões distintas da qualidade de vida da entrevistada: físico; relações sociais; meio ambiente e psicológico; o que permite a avaliação geral de qualquer tipo de câncer (CONDE et. al 2006; AMADO, 2006; RODARY et. al, 2004). Deste instrumento, foi usada a questão de número 03, que está em negrito (ANEXO B).

Para descrever o cenário da população em estudo foi usado questionário para coleta de dados (APÊNDICE B), disposto de 65 questões fechadas através do agrupamento das categorias de hábitos, características hereditárias, rastreamento,

diagnóstico, características clínica e de tratamento (CONDE et. al 2006; AMADO, 2006; RODARY et. al, 2004). Foram utilizadas as questões de 01 a 43, 45, 46 e 63, que estão em negrito no ANEXO A.

4.8 Análise estatística

A análise dos dados foi realizada através das variáveis dos dois instrumentos utilizados para coleta de dados.

Para digitação e tabulação dos dados, utilizou-se o Microsoft Office 2010® e o pacote estatístico utilizado foi o Epiinfo 7 (versão 7.2.2.6).

4.9 Riscos e benefícios

Conforme o item V da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco”, em tipos e gradações variados. Esta pesquisa se propôs a gerar riscos de impacto leve e indireto que não ocasionando prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa tivesse apresentado qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), teria direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte da pesquisadora.

Quanto aos benefícios, geraram-se resultados que poderão trazer muitos benefícios no âmbito do câncer de mama para a sociedade advindos da pesquisa e de seus resultados que contribuirão com o avanço científico da temática de qualidade de vida, ao proporcionar o retorno social com a elaboração de estratégias que estejam empenhadas em garantir o aumento da qualidade de vida das mulheres cirurgicamente tratadas do câncer de mama.

4.10 Questões éticas

O estudo foi desenvolvido respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi encaminhado para apreciação do Colegiado do curso de enfermagem (ANEXO C), ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA)

(ANEXO B). O trabalho atendeu as exigências científicas e éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, ao implicar, conforme a resolução vigente no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos sociais. A pesquisadora responsável comprometeu-se a iniciar as atividades do trabalho somente após aprovação pelo Sistema CEP-Conep.

As participantes foram orientadas sobre as características da pesquisa através do TCLE (APÊNDICE A).

5. RESULTADOS E DISCUSSÕES

Resultados obtidos de 70 mulheres participantes desta pesquisa, sendo 63 abordadas no Hospital Aldenora Belo, e 7 abordadas no hospital Tarquínio Lopes, originaram 7 tabelas e 3 gráficos.

Observa-se na Tabela 1 que 33% (n=23) dessas mulheres estão na faixa etária de 46 a 52 anos, 35,7% (n=25) são solteiras, porém 88,56% (n=62) possuem filhos e deste total, 50% (n=31) possuem dois filhos. 65,71% (n=46) se declaram pardas, 80% (n=56) residem em São Luís, 90% moram em casa ou apartamento e 57,14% (n=40) moram sozinhas ou no máximo com duas pessoas.

Destas mulheres, 42,86% (n=30) possuem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos e 28,57% (n=20) são do lar, com 42,86% (n=30) tendo formação educacional até o ensino médio completo. A religião predominante é a católica, com 57,14% (n=40) e 100% (n=70) dessas mulheres se declaram heterossexuais.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018 (**continua**).

Variáveis	N	%
Faixa etária		
<35 anos	2	2,8
35 a 39 anos	4	5,7
40 a 45 anos	8	11,4
46 a 52 anos	23	33
53 a 60 anos	18	25,7
>60 anos	15	21,4
Estado civil		
Casada	21	30,0
Divorciada	10	14,3
Solteira	25	35,7
União estável	7	10,0
Víuva	7	10,0
Filhos		
Não	8	11,4
Sim	62	88,56
Caso sim, quantos?		
1	14	22,6
2	31	50,0
3	7	11,4
4	3	4,8
Acima de 4	7	11,2
Cor		
Amarela	5	7,14
Branca	6	8,57
Parda	46	65,71
Preta	13	18,57
Município		
Outros Municípios	9	12,8
Paço do Lumiar	2	2,9

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018 (**conclusão**).

Variáveis	n	%
Raposa	1	1,4
São José de Ribamar	2	2,9
São Luís	56	80,0
Onde mora	4	5,72
Casa de outros familiares/amigos		
Casa/apartamento	63	90,00
Quarto ou cômodo alugado	3	4,29
Com quantas pessoas mora?		
0 a 2	40	57,14
3 a 5	25	35,71
6 a 7	5	7,14
Renda		
Até 1	28	40,00
1 a 3	30	42,86
3 a 5	11	15,71
> 15	1	1,43
Ocupação		
Do lar	20	28,57
Autônoma	13	18,57
Aposentada	10	14,29
Desempregada	5	7,14
Professora	6	8,57
Outras	16	22,89
Religião		
Agnóstica	5	7,14
Católica	40	57,14
Evangélica	25	35,71
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	8	11,43
Ensino Fundamental Incompleto	11	15,71
Ensino Médio Completo	30	42,86
Ensino Médio Incompleto	6	8,57
Ensino Superior Completo	13	18,57
Ensino Superior Incompleto	2	2,86
Orientação sexual		
Heterossexual	70	100,00
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Observa-se nestes resultados que na grande maioria dos casos, ocorrem em mulheres com idades entre 46 a 52 anos (33%) este dado se assemelha com resultado da pesquisa realizada no período de 2000 a 2015 em Araguaína- TO, onde foram documentados 1146 casos de neoplasia da mama no Registro Hospitalar de Câncer (RHC) do Hospital Regional de referência de Araguaína, em idade variante de 19 a 85 anos, com prevalência entre 45 a 49 anos (16,14%) (SOUSA, 2016).

Observa-se quando se compara com dados na literatura mais antigos, que a idade de prevalência diminuiu, ou seja, as mulheres antes idosas, agora são mulheres em idade adulta, ainda na faixa etária ativa para o trabalho, podendo causar impactos no âmbito econômico do estado, levando-se em conta que a população

feminina no estado do Maranhão é superior em quantidade, à população masculina (IBGE, 2010).

Na raça/cor observa-se que 65,71% se autodeclararam pardas, não equivalendo aos dados encontrados na literatura, porém esperado no Brasil devido intensa miscigenação racial, e principalmente no estado do Maranhão, pois segundo estudo divulgado em 2012, pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, Pesquisa Nacional por Amostra em Domicílio (PNAD), na distribuição da população maranhense por cor/raça, 68,1% se declaram pardas, 21,1% brancas, 10,3% negras, 0,4% indígenas e 0,1% amarelas.

Sabe-se que mulheres brancas tem ligeiramente maior probabilidade de ter câncer de mama após 50 anos, porém nas mulheres negras na fase pré-menopausa, é mais comum. Além disso, as mulheres negras são mais diagnosticadas com o câncer de mama triplo negativo, que pode ser mais agressivo, mais difícil de realizar tratamento e o que tem maior chance de reincidir quando comparado com cânceres que são hormônio-receptor-positivo ou HER2-positivo e possuem maior taxa de mortalidade quando comparada com outras raças/cor (HOWLADER, 2013).

Segundo estudo “Jewels in our Genes”, realizado pela Universidade de Buffalo, nos Estados Unidos entre os anos de 2009 a 2014, foram detectadas anormalidades em três regiões do DNA em famílias afrodescendentes americanas com membros diagnosticados com câncer de mama. Uma dessas regiões é próxima aos genes BRCA1 (cromossomo 17). Essas anormalidades nessas novas regiões, podem levar a descobertas de mutações em genes ainda não conhecidos ligados ao câncer de mama que podem ser únicos para afrodescendentes.

Este estudo é particularmente importante para as mulheres maranhenses, uma vez que, segundo último censo realizado pelo IBGE em 2010, a maior parte da população feminina do estado é composta pela cor preta e esse fator de risco é imutável. Levando a necessidade do enfoque na detecção precoce, diagnóstico e início do tratamento no mínimo de tempo possível, promoção de saúde com ações em educação em saúde, visando mudanças de hábitos na vida dessas mulheres bem como da família e comunidade, auxiliando na identificação de sinais e sintomas, o acolhimento a essas mulheres, e quando realizada a busca de atendimento de saúde saber locais de referência e auxiliar a mesma.

Moreno (2010) e Rodrigues et. al (2012) afirmam ser de fundamental importância a educação em saúde realizada por profissionais devidamente treinados,

pois proporciona a organização de ações eficazes para o controle do câncer de mama, sendo essas medidas preventivas influenciadas pelo nível de escolaridade dessa mulher, uma vez que quando a informação é passada, essa mulher precisa compreender a importância da mesma. Em estudo realizado em 2013 através do RHC, comparando mulheres de todas as regiões do Brasil (n=12.689) entre 2000 e 2009, a maioria apresentava ensino médio completo (PINHEIRO, 2013), corroborando com este estudo, onde 42,86% dessas mulheres apresentaram o mesmo nível de escolaridade, podendo estes ser um fator facilitador da educação em saúde.

A maioria das mulheres no presente estudo, possuem de 1 a 3 salários mínimos e no que diz respeito a ocupação, 64,29% trabalhavam ou já trabalharam fora de casa. De acordo com Shi et. al (2015), melhores condições econômicas relacionam-se diretamente com a sobrevivência global e é inversamente proporcional ao diagnóstico tardio e a taxa de mortalidade do câncer de mama.

A pesquisa Câncer de Mama Metastático: a voz das pacientes e da família, realizada pelo instituto Provokers a pedido da Pfizer, em 2018, realizado com 170 pacientes e 240 familiares em nove capitais do país (São Paulo, Rio de Janeiro, Belo Horizonte, Salvador, Recife, Fortaleza, Belém, Curitiba e Porto Alegre) aponta a falta de suporte no trabalho a pacientes oncológicas. Segundo o estudo, 78% das mulheres relataram falta de apoio do local de trabalho e 49% delas tiveram de abandonar o trabalho após diagnóstico, em idades entre 36 a 45 anos.

Ainda segundo o estudo mencionado acima, quando essas mulheres foram questionadas a respeito das atividades que realizavam antes do diagnóstico, que mais sentem falta, 48% mencionou o trabalho. Além de relatarem as dificuldades em manter a renda após o diagnóstico. De acordo com a pesquisa, as dificuldades para conciliar o trabalho e os gastos associados ao tratamento, reduzem a renda em 38% das usuárias do sistema público e em 15% nas usuárias da rede privada.

A participação da mulher no mercado de trabalho aumentou consideravelmente no Brasil a partir da década de 70, tanto no âmbito autônomo quanto como funcionárias de instituições (D'ALONSO, 2008). O reconhecimento e fortalecimento no mercado de trabalho, bem como o aumento da responsabilidade das mulheres no sustento de suas famílias, aumenta seu poder aquisitivo, seu nível de escolaridade, seu bem estar pessoal, sua liberdade e autonomia.

A evolução da mulher no mercado de trabalho trouxe mudanças no comportamento de homens e mulheres, no sentido de se buscar mais equilíbrio na

distribuição de funções, no trabalho e na vida em família, já que agora o homem não é mais visto como único responsável por manter a renda na casa e tampouco a mulher é restrita a realizar somente tarefas domésticas. A perda do trabalho na vida dessas mulheres reflete diretamente na qualidade de vida da mesma, podendo refletir no tratamento dessa mulher.

Divergindo com este estudo, onde 35,7% são solteiras, um estudo realizado em 2017 em Goiânia, 45% das mulheres, que tiveram como causa básica de óbito o câncer de mama feminino, eram casadas. Levando-se em conta que a faixa etária das mulheres mencionadas neste estudo é menor que a do estudo referido, que compreendia em sua maioria mulheres entre 50 a 69 anos (AZEVEDO et. al, 2017).

Em pesquisa realizada pelo Instituto Brasileiro de Geografia e estatística (IBGE) referente aos anos de 2005 a 2015, em 10 anos o Brasil ganhou 1,1 milhão de famílias compostas por mães solteiras. No presente estudo, 88,56% das mulheres são mães e a maioria delas (50%) têm dois filhos e 57,14% delas moram com 0 a 2 pessoas em suas casas próprias ou apartamento próprio (90%), sendo estas residentes em sua grande maioria, no município de São Luís do Maranhão (80%).

Sobre o aspecto de religiosidade, vale ressaltar a importância da espiritualidade na saúde, visto que o apoio religioso une as pessoas, tornando-as um grupo, ofertando a esse indivíduo coragem e força para conseguir passar pelos momentos difíceis, dando a este indivíduo vontade de lutar pela vida e pela sobrevivência (SALIMENA, CAMPOS, MELO et.al; 2012). Neste estudo observa-se que a maioria das mulheres é católica, ressaltando que todas as mulheres creem em algo maior e nenhuma delas é atea. É importante que dentro do processo saúde-doença o profissional de saúde saiba a importância e tenha conhecimento e interesse pela espiritualidade, não somente a religião em si, visto que ela reflete na resposta do indivíduo ao enfrentamento da doença, proporcionando mais conforto, paz e segurança (PORCÍNIO, 2016).

Na tabela 2, 87,17% (n=61) declaram que não ingerem bebida alcoólica, 82,86% (n=58) negam tabagismo ou consumiram menos de 100 cigarros em toda a sua vida e 100% (n=70) negam dependência química. 68,57% (n=48) negam consumo de alimentos enlatados, ricos em açúcar, embutidos e frituras, e 42,86% (n=30) não realizam atividade física.

Tabela 2 – Hábitos de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018.

Variáveis	N	%
Etilismo		
Alto	2	2,86
Baixo	4	5,72
Ex-etilista	2	2,86
Moderado	1	1,43
Não ingere	61	87,14
Tabagismo		
Ex-tabagista	12	17,14
Não fumou/menos de 100 cigarros na vida	58	82,86
Dependência química		
Não	70	100,00
Consome embutidos/enlatados/frituras?		
Não	48	68,57
Sim	22	31,43
Atividade física		
Intensa	3	4,29
Moderada	12	17,14
Leve	25	35,71
Não	30	42,86
Frequência de atividade física		
Nenhuma	25	35,71
1 a 2x/semana	18	25,72
3 a 4x/semana	10	14,29
5 a 7x/semana	17	24,29
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Segundo estudos, o etanol, encontrado em todas as bebidas alcóolicas divergindo apenas em quantidade, é um importante fator de risco para desenvolvimento de sete tipos diferentes de câncer: boca, faringe, laringe, esôfago, estômago, fígado, intestino (cólon e reto) e mama (pré e pós-menopausa). A combinação do etilismo com tabagismo duplica a possibilidade do surgimento desse grupo de doenças. Além de possuir efeito cancerígeno sobre as células, o etanol pode funcionar como solvente quando chega ao intestino, facilitando a absorção de outras substâncias carcinogênicas para dentro da célula (INCA, 2015).

Importante salientar que a prática do etilismo é proporcional ao risco de ter câncer (ZELMANOWICZ, 2008), ou seja, quanto maior a dose ingerida e maior tempo de exposição, maior o risco. E o tabagismo está diretamente ligado a diversos tipos de cânceres, dentre os seus 6.700 compostos, 4.720 são farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas (HORTENSE, 2008). Na tabela 2, observa-se que 87,14% das mulheres não ingerem bebida alcóolica e 100% declaram não consumirem tabaco e outras drogas.

Segundo Spencer e Johnston (2003), estudos sugerem que até um terço dos óbitos por neoplasias tem relação direta com carcinógenos ingeridos, ou seja, uma alimentação que contém níveis elevados de agentes cancerígenos, como por exemplo, nitritos e nitratos, que são utilizados para maior conservação de alimentos embutidos e enlatados (INCA, 2013), alimentos ricos em gordura, pobres em fibra, carcinógenos produzidos por microrganismos contidos nos alimentos (JACOBSON, 2004). Além disso, uma alimentação saudável, rica em fibras (SPENCER; JOHNSTON, 2003), verduras, frutas, baixa ingestão de carne gordurosa, enlatados e embutidos reduz a incidência de câncer de cólon e de mama (WAITZBERG, 2006).

No presente estudo, 68,57% das mulheres atualmente não consomem embutidos, enlatados e frituras, enquanto 31,43% consomem. A mudança de hábitos alimentares é uma importante medida de promoção, prevenção e também restauração da saúde, as evidências na literatura evidenciam a nutrição como um dos fatores determinantes modificáveis na neoplasia e em diversas outras enfermidades de cunho crônico.

É importante que na prática da assistência de enfermagem se estimule mudança de hábitos saudáveis, não somente a um determinado grupo de clientes, mas em todas as oportunidades que se possa ter com todos os indivíduos assistidos, pois estas informações quando colocadas em um processo de educação em saúde e não como algo imposto a esses indivíduos é repassada para a família, amigos, a comunidade, além de aumentar a confiança no profissional. Para tanto é necessário que o profissional de enfermagem se aproprie deste conhecimento.

A obesidade e a vida sedentária são fatores de risco modificáveis de extrema importância no âmbito das doenças crônicas. Em estudo realizado entre 1990 a 2015 que estimou a mortalidade e os anos de vida perdidos devido ao câncer de mama atribuídos à inatividade feminina brasileira, entre os fatores de risco para câncer de mama 12% estavam relacionados à inatividade física e 4% a 6% com outros fatores (uso de álcool, sedentarismo, sobrepeso), que gerou um total de aproximadamente 3.000 óbitos e mais de 89.000 DALYs (anos de vida perdidos) no Brasil em decorrência do câncer de mama atribuído a inatividade física (SILVA, 2018).

Em uma revisão sistemática com metanálise, 22 estudos coorte prospectivos foram analisados, com variação de tempo entre 4,3 a 12,7 anos. Neste, 5.462 pessoas tiveram desfecho em câncer de mama, destes, os indivíduos que relataram prática de

atividade física regular ao longo da vida, tiveram um risco menor de morte relacionada à neoplasia mamária.

A relação inatividade física e neoplasia é explicada por mecanismos biológicos. Uma das causas da neoplasia mamária é o excesso de hormônios sexuais circulantes na corrente sanguínea, principalmente estrogênio, que pode levar a carcinogênese, estimulando a produção de radicais livres com genotoxicidade. Além dessa, a hiperinsulinemia é outro fator que pode propiciar o aparecimento de câncer de mama (KRÓLIK, 2012).

A prática de atividade física regular pode reduzir a insulina e a resistência à insulina, além de diminuir estradiol e aumentar a globulina de ligação a hormônios sexuais, que reduz a quantidade de estradiol circulante (FAIREY et.al, 2003). No presente estudo, 64,29% das mulheres praticam atividade física (entre leve, moderada e intensa), enquanto 35,71% não realizam nenhuma atividade física, um n considerável dentro da amostra, que necessita de atenção em busca das causas, uma vez que a falta de atividade física provoca impactos negativos na qualidade de vida dessa mulher.

Na tabela 3, vê-se que 52,86% (n=37) possuem antecedentes oncológicos na família, e 74,29% (n=52) negam história familiar de cirurgia oncológica da mama.

Tabela 3 – Antecedentes familiares das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, 2018.

Variáveis	N	%
História familiar de câncer		
Não	33	47,14
Sim	37	52,86
História familiar de cirurgia oncológica da mama		
Não	52	74,29
Sim	18	25,71
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Em estudo realizado no Hospital Pompéia (INCAN) entre os anos de 2010 e 2012 teve alta prevalência de histórico familiar (49.5%) corroborando com o presente estudo que também levou em conta a história familiar de câncer sem especificidade do mesmo, tabela 3, com taxa de 52,86%. Mutações de gene herdadas incluindo mutações no BRCA1 e BRCA2 contabilizam cerca de 5 a 10% dos casos de câncer de mama (SOCIEDADE AMERICANA DE CÂNCER, 2010).

Na tabela 4, 82,9% (n=58) afirmam ter realizado exame de rotina antes da detecção do carcinoma mamário, 77,14% (n=54) realizavam exame de mama e 77,14% (n=54) faziam exames mamográficos.

Tabela 4 – Caracterização rastreamento das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, 2018.

Variáveis	N	%
Fez exame de rotina		
Não	12	17,1
Sim	58	82,9
Já realizou autoexame das mamas		
Não	16	22,86
Sim	54	77,14
Realizava mamografia		
Não	16	22,86
Sim	54	77,14
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Na tabela 4 verifica-se que a maioria das mulheres realizavam exames de rotina, autoexame das mamas e mamografia. Silva e Riul (2011) defendem o autoexame das mamas (AEM) apesar de que, a maioria das mulheres não saibam a periodicidade correta. Conforme autores supracitados, 38% das enfermeiras do estudo ensinaram a forma correta de se realizar o AEM. O AEM foi apontado com 77,14% como sendo realizado pelas mulheres deste estudo aqui discutido (tabela 4). Ainda que o AEM não seja um exame de rastreamento, ele é uma importante forma de detecção. Ainda que não seja atividade exclusiva da enfermagem, o profissional enfermeiro tem um papel educador extremamente forte na sociedade, sendo assim, é essencial a capacitação dos profissionais da saúde para ações de educação em saúde e para a busca ativa de mulheres propensas a desenvolver essa doença, para que desta forma, seja realizada a detecção precoce e maiores chances de cura (SOUZA, 2017).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2018) preconiza o Exame Clínico das Mamas (ECM) anualmente, a partir dos 40 anos e da mamografia, com intervalo máximo de dois anos, após os 50 anos, além da combinação dos dois exames anualmente, a partir dos 35 anos, para os grupos com risco elevado. É necessário salientar a importância da realização do ECM por profissionais capacitados para a detecção precoce, a realização do mesmo quando tem-se oportunidade, principalmente durante a coleta para exame Papanicolau.

Segundo dados do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) em relação a mamografia de janeiro de 2010 a abril de 2014, ao avaliar a quantidade de exames segundo município de residência, no mesmo intervalo de tempo, percebe-se que realizaram-se 86.297 exames no estado do MA, e em São Luís, 35.716 exames. No presente estudo, 77,14% das mulheres realizavam mamografia. Vale salientar que o número de mulheres que não realizavam mamografia, nem autoexame é significativo dentro da amostra, correspondendo a 22,86% dos casos, podendo a resposta para esse número de mulheres que não o faziam ser pela falta de conhecimento sobre o assunto e espera para realização do exame, já que a maioria da origem de encaminhamento veio pelo SUS, correspondendo a 77,14% das mulheres.

Na tabela 5, observa-se que 84,29% (n=59) relatam que as alterações iniciais foram observadas por si mesmas e o atendimento foi realizado somente por meio de SUS em 77,14% (n=54) do total.

Tabela 5 – Caracterização do diagnóstico das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, 2018.

Variáveis	N	%
Motivo de procura do serviço de saúde		
Alterações observadas por si mesma	59	84,29
Alterações observadas por um profissional	11	15,71
Origem do encaminhamento		
Conta própria	10	14,29
Não-SUS	6	8,57
SUS	54	77,14
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Na tabela 5, verifica-se que o maior motivo de procura dos serviços de saúde é devido observação de alterações no corpo pelas próprias mulheres. Segundo estudo realizado em um Centro de Oncologia e Hematologia, realizado no interior do Estado do Rio Grande do Norte – RN em 2013, quando questionadas sobre a forma como descobriram a enfermidade, as mulheres correlacionaram dois grupos: os sinais, onde elas mesmas observaram mudanças no seu corpo e por meio de exames de rotina (MATOSO et al., 2013).

Sabe-se que quanto mais precoce for realizado diagnóstico e início do tratamento, maior a chance de cura, porém para que esses sinais sejam detectados precocemente é necessário que se saiba detectá-los (LINHARES, 2012). No atual estudo, 84,29% das mulheres observaram as alterações no início, onde 58,6% dessas

alterações constituem-se em nódulos palpáveis (gráfico 3). Entre as formas mais eficazes de detecção precoce se encontram o exame clínico da mama e a mamografia (PEREIRA et. al, 2013).

Na tabela 6, observa-se que 81,43% (n=57) dos encaminhamentos para realização do tratamento foi por meio do SUS, 60% (n=42) das cirurgias foram conservadoras, 52,86% (n=37) no lado direito e 38,57% (n=27) no quadrante superior externo, sendo 85,71% (n=60) tumor do tipo ductal infiltrante. Dos 70 casos, 85,71% (n=60) apresentaram somente um tumor, com o estadiamento patológico em T2 em 44,29% (n=32), N0 em 54,29% (n=38) e M0 em 84,29% (n=59) e estadiamento clínico em estágio I em 22,86% (n=16) dos casos. Destas mulheres entrevistadas 44,29% (n=31) estão sem evidências da doença e 80% (n=56) não tiveram doenças oportunistas após cirurgia. 45,71% (n=32) dessas mulheres afirmam que a dor não as impede de fazer alguma atividade.

Tabela 6 – Caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, 2018 (continua)

Variáveis	N	%
Origem do encaminhamento para tratamento		
Conta própria	4	5,71
Não-SUS	9	12,86
SUS	57	81,43
Modalidade cirúrgica		
Mastectomia	28	40,0
Cirurgia conservadora	42	60,0
Localização		
QIM	7	10,00
QSD	7	10,00
QSE	27	38,57
QSL	12	17,14
QSM	5	7,14
Outros	12	17,14
Tipo histológico		
Carcinoma ductal in situ	3	4,29
Carcinoma ductal invasivo	60	85,71
Carcinoma invasivo misto	3	4,29
Outros	4	5,71
Lateralidade		
Direita	37	52,86
Esquerda	33	47,14
Ocorrência de mais de um tumor		
Não	60	85,71
Sim	10	14,29
Tamanho do tumor		
T1	22	31,4
T2	32	44,29
T3	7	10,00
T4	9	12,86
Nº de linfonodos atingidos		
N0	38	54,29

Tabela 6 – Caracterização clínica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, 2018 (**conclusão**)

Variáveis	n	%
N1	16	22,86
N2	12	17,14
N3	3	4,29
Nx	1	1,43
Metástases		
Não	59	84,29
Sim	11	15,71
Estadiamento clínico		
I	16	22,86
IA	1	1,43
II	6	8,57
IIA	15	21,43
IIB	7	10,00
III	13	18,57
IIIA	5	7,14
IIIB	4	5,71
IIIC	2	2,86
IV	1	1,43
Estado atual da doença		
Doença estável	7	10,00
Remissão parcial	2	2,86
Sem evidência da doença	31	44,29
Suporte terapêutico	30	42,86
Doenças oportunistas		
Sim	14	20,00
Não	56	80,00
A dor impede de fazer atividade diária?		
Bastante	14	20,00
Extremamente	3	4,29
Mais ou menos	8	11,43
Muito pouco	13	18,57
Nada	32	45,71
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

A modalidade cirúrgica mais utilizada é a cirurgia conservadora correspondendo a 60% localizada em 38,57% no quadrante superior externo. Nesta cirurgia se preserva a maior parte possível da mama. É a cirurgia que atualmente mais se opta nos estágios iniciais (I e II) da neoplasia mamária, visto que acarreta menos repercussões no corpo desta mulher quando comparada com a mastectomia radical (CAMARGO, 2003). Este aumento nas cirurgias conservadoras pode está diretamente ligada a questão de limitação devido dor, onde 45,71% das mulheres afirmaram que a dor não as impede de fazer nada, já que a mesma preserva além de tecido mamário e linfonodos, os músculos peitorais.

O tipo histológico desse estudo corrobora com a literatura, sendo predominantes os casos do tipo ductal infiltrante em 85,71%, tipo mais comum de carcinoma mamário, existindo em 85,71% a presença de somente um tumor.

Mulheres diagnosticadas em estádios iniciais passam por tratamentos que apresentam menos nocividade, menos complicações, menos efeitos colaterais e têm um risco reduzido de morte. Em estudo realizado em Santa Catarina, por Schneider e colaboradores em 2009, encontraram que as mulheres diagnosticadas em estágio clínico I tiveram melhor sobrevida global em cinco anos (93,6%), enquanto as que foram diagnosticadas em estágio III tiveram um risco de óbito 7,18 vezes maior.

Os resultados deste estudo em relação ao estadiamento clínico, mostraram que a grande maioria estava no estágio I quando foram diagnosticadas, ressaltando que neste estudo a relação tempo entre a detecção e o diagnóstico (tabela 7) está em torno de 0 a 6 meses (78,57%) e o tempo de diagnóstico está também entre 0 a 6 meses (90%). Como já falado anteriormente, quanto mais precoce o tempo entre a detecção e início do tratamento menor o estágio e maior chance dessa mulher de sobrevida, que gira em torno de 97% em cinco anos quando está nos estádios I e II (Höfelmann et. al, 2014). Fato que está presente na tabela 6, onde 44,29% dessas mulheres estão sem evidência da doença. Adicionando ao fator de baixa quantidade de metástases, cerca de 15,71% dos casos, visto que a presença de metástase se associa com um pior prognóstico (ALBRECH, 2013). Em contraste com a literatura, a lateralidade mais encontrada neste estudo foi a direita.

Na tabela 7, a relação de tempo entre a detecção e diagnóstico foi de 0 a 6 meses em 78,57% (n=55) dos casos e a relação de tempo entre diagnóstico e tratamento foi de 0 a 6 meses em 90% (n=63) dos casos.

Tabela 7 – Relação de tempo entre detecção, diagnóstico e início do tratamento das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Relação de tempo entre detecção e diagnóstico		
0 a 6 meses	55	78,57
6 a 12 meses	12	17,14
12 a 24 meses	2	2,86
24 a 36 meses	1	1,43
Relação de tempo entre diagnóstico e início do tratamento		
0 a 6	63	90,00
6 a 12	4	5,71
12 a 24	1	1,43
120 a 132	1	1,43
24 a 36	1	1,43
Total	70	100,0

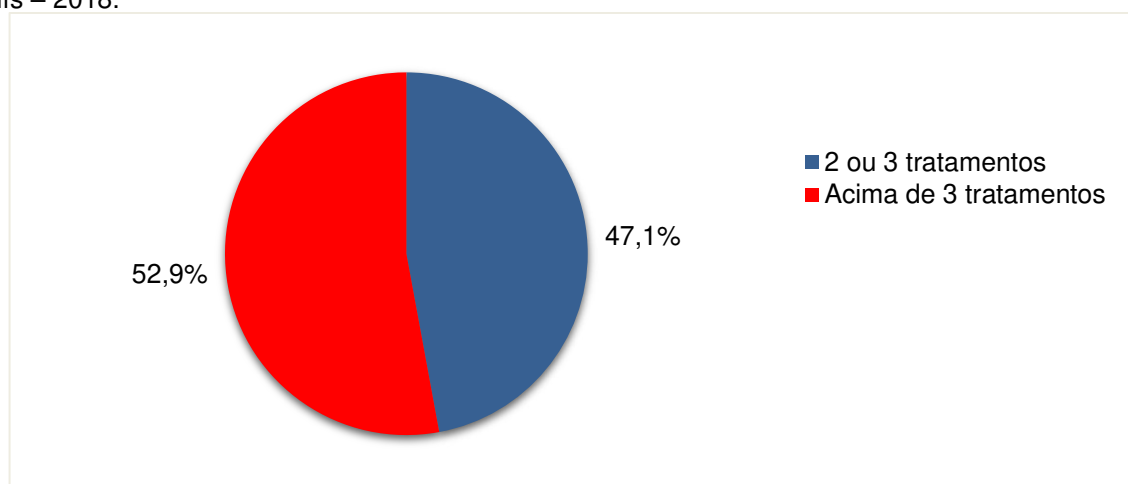
Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

Em estudo realizado em Goiânia, de 2008 a 2012, o intervalo de tempo transcorrido entre o diagnóstico e o início de tratamento quimioterápico, o maior intervalo foi de 91 a 180 dias (35,4%) seguido de 0 a 60 dias (32%) (AZEVEDO, 2017). Em outro estudo realizado em 2013 em Fortaleza, o intervalo de tempo entre diagnóstico e tratamento, foi de 08 a 12 meses (SOUZA, 2017). Porém observa-se que os dados revelados nesta pesquisa comprovam em sua maioria, o respeito a lei 12.732. Segundo a Lei nº 12.732/2012, que dispõe sobre o direito do paciente com neoplasia maligna, estabelece um prazo de 60 dias a transcorrer do dia em que se confirmou diagnóstico em laudo patológico.

Dentre as prováveis causas para que houvesse respeito ao prazo de 0 a 60 dias, está o maior investimento em atenção básica no estado para ampliação e maior alcance dos serviços. Em reunião realizada em 2017, o ministro da Saúde Ricardo Barros anunciou recursos da ordem de R\$ 21 milhões que foram destinados a serviços na área da atenção básica de saúde (MARANHÃO, 2017).

No gráfico 1 observa-se que 47,1% (n=33) das mulheres realizaram dois ou três tratamentos, destes 11,4% (n=8) realizaram 2 tratamentos e o mais relatado foi a cirurgia + quimioterapia, enquanto 35,7% (n=25) realizaram 3 tipos de tratamentos, e o mais relatado foi cirurgia + quimioterapia + radioterapia. 52,9% (n=37) realizaram uma combinação acima de três tratamentos, desta categoria o mais relatado foi cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia.

Gráfico 1 – Tratamentos realizados mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018.



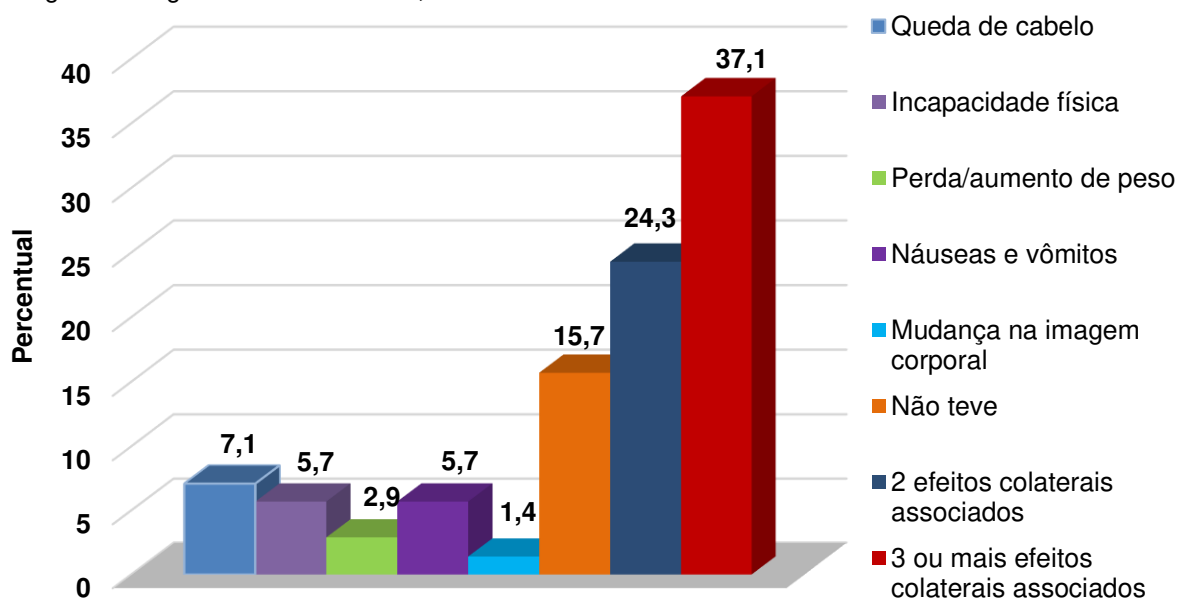
Notas: 11,4% (n=8) realizaram 2 tipos de tratamento, o mais relatado foi a cirurgia + quimioterapia. 35,7% (n=25) realizaram 3 tipos de tratamentos, o mais relatado foi cirurgia + quimioterapia + radioterapia. E das que realizaram mais de 3 tratamentos, 52,9% (n=37), o mais relatado foi a cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia. Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados.

Em estudo realizado em Hospital Pérola Byington no período de 1º de janeiro de 2000 a 31 de dezembro de 2006, em São Paulo, 32,44% das mulheres realizaram quatro tratamentos: cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, corroborando o presente estudo, onde 52,9% dos casos realizaram estes quatro tratamentos associados (SOUZA et al, 2015).

A enfermagem tem papel crucial dentro da equipe de saúde no que tange o olhar do cuidado voltado as necessidades humanas básicas que ficarão comprometidas dessa cliente com o número de intervenções realizadas, visando uma melhor e mais completa assistência a essa cliente.

O gráfico 2, demonstra que o efeito colateral do tratamento que mais traz sofrimento a mulher, cerca de 37,1% (n=26) são três efeitos associados: queda de cabelo (26%), perda/aumento de peso (22,9%) e náuseas e vômitos (21,8%).

Gráfico 2 – Efeitos colaterais dos tratamentos que mais trazem sofrimento as mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018.



Notas: 24,3% (n=17) tiveram 2 efeitos colaterais associados. Os dois efeitos mais relatados foram: queda de cabelo (32,3%) e náuseas e vômitos (29,41%). 37,1% (n=26) tiveram 3 ou mais efeitos colaterais associados, destes, os efeitos colaterais mais relatados foram: queda de cabelo (26%), perda/aumento de peso (22,9%) e náuseas e vômitos (21,8%), seguidos de incapacidade física (18,75%) e mudança na imagem corporal (10,41%). Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados.

O impacto do recebimento do diagnóstico de neoplasia mamária na vida de uma mulher acarreta efeitos negativos em todas as esferas de sua vida extravasando a temática da própria patologia. Após o diagnóstico, nada continua como

anteriormente, nem a sua relação consigo tampouco as relações interpessoais (VENÂNCIO, 2004).

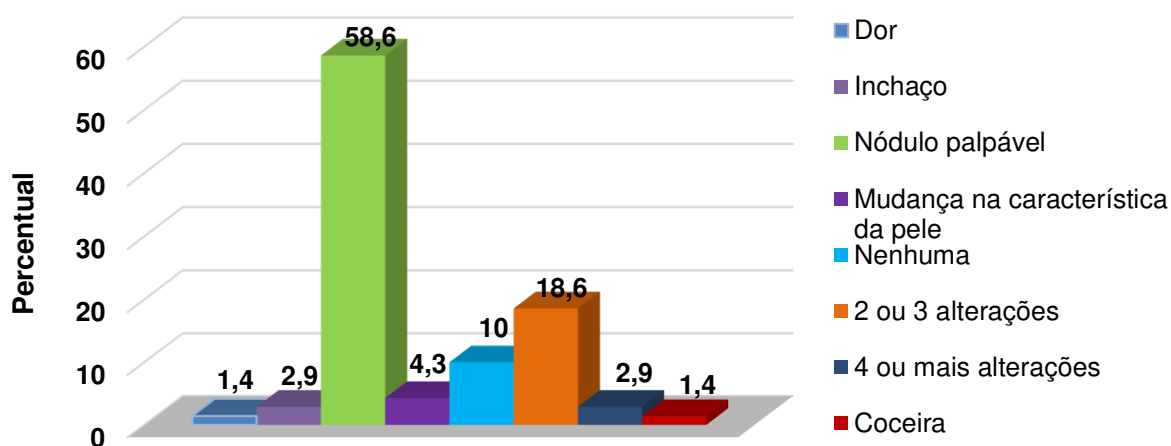
E apesar de se utilizar uma combinação de tratamentos para que a sobrevida desse paciente aumente, tentando-se evitar uma recidiva, são inevitáveis os efeitos colaterais desses tratamentos, visto que têm alta toxicidade.

Apesar de todo estigma que envolve o diagnóstico de neoplasia, o papel do profissional que lida com clientes oncológicos dentro do contexto atual ampliou-se para além da convivência com a morte, sendo de responsabilidade dos mesmos, dar suporte para enfrentamento desta enfermidade, além dos cuidados ligados aos tratamentos da neoplasia, sobretudo ao profissional de enfermagem devido relação de confiança, cuidado e maior contato com esse cliente (LIMA, 1995).

O atual estudo corrobora com a literatura no que tange os efeitos colaterais, onde a maioria das mulheres relatam queda de cabelo, náuseas e vômitos e perda/aumento de peso como os efeitos que mais causam sofrimento. Visto que modificam a imagem corporal já fragilizada dessa mulher devido procedimento cirúrgico.

E no gráfico 3, observa-se que a alteração mais percebida é o nódulo palpável, cerca de 58,6% (n=41).

Gráfico 3 – Primeiras alterações observadas nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no MA, São Luís – 2018.



Notas: 18,57% (n=13) relataram 2 ou 3 alterações. As mais relatadas deste grupo foram: nódulo palpável (41,4%) e dor (31%). 1,43% (n=2) relataram 4 ou mais alterações, destas, as relatadas foram: dor, inchaço, nódulo palpável e mudança na característica da pele, em 100% das respostas. Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados.

Verifica-se no gráfico 3 que a principal alteração observada nas mulheres é a presença do nódulo palpável, em 58,6% dos casos. O nódulo, geralmente indolor,

é a principal manifestação do câncer de mama, e está presente em 90% dos casos quando as alterações são percebidas pela própria mulher. Observa-se ainda que a postura da própria mulher em relação ao seu corpo é uma ferramenta de fundamental importância para detecção precoce do câncer de mama (INCA, 2018). E isto deve ser estimulado e incentivado pelos profissionais de saúde.

Para que os clientes sejam atendidos holisticamente, é importante que se conheça o perfil dessa população, para que os planos de intervenção sejam efetivos. O perfil da morbimortalidade brasileira sofreu divergências no padrão, passando de doenças infecto-parasitárias, comuns em países em desenvolvimento, para doenças crônico-degenerativas, como câncer. O perfil muda constantemente e depende de várias condições, tais como mudanças nos hábitos de vida, perfil sociodemográfico, epidemiológico, qualidade de vida, etc. (HADDAD N; SILVA MB, 1995).

É necessário que o estudo do perfil seja constante, o olhar quantitativo sobre um evento ajuda a reconhecer uma realidade que de forma isolada não se é possível vislumbrar. Porém, o olhar individualizado a cliente, qualificado, permite ao enfermeiro o reconhecimento das necessidades afetadas da mesma, sejam elas físicas, emocionais, sociais, etc.

E dentro deste processo evidencio a importância de se ter conhecimento sobre a oncologia, devido mudança de perfil de morbimortalidade no Brasil, a chegada desses pacientes em qualquer nível de atenção é garantida, e para que esse cliente tenha um atendimento de qualidade como preconiza a Portaria do Ministério da Saúde nº 874 de 16 de maio de 2013, onde aja uma rápida detecção, encaminhamento desse paciente para locais de referência, para que se instigue o enfrentamento desse cliente, é necessário conhecer, se investir em capacitações e educação continuada permanente (BRASIL, 2013).

A enfermagem, como toda equipe de saúde, possui papel importante desde a detecção até tratamento desta cliente, onde estão inseridos cuidados desde esclarecimentos e opções de tratamento, promoção do autocuidado, o incentivo ao empoderamento desta mulher como protagonista do tratamento e não apenas coadjuvante, o apoio emocional, alívio da dor, tratamento de complicações, além de outras demandas que essa cliente vir a precisar. Dessa forma, entende-se que a enfermagem possui ampla atuação dentro da equipe e considera-se este estudo uma importante ferramenta para que o profissional enfermeiro se aproprie da pesquisa como forma de ampliar e melhorar o seu trabalho.

Por fim, ressalto a importância do Sistema Único de Saúde para o brasileiro. Apesar dos grandes problemas enfrentados pelos clientes oncológicos e suas famílias para conseguir atendimento, o SUS é de vital importância e deve ser defendido e protegidos por usuários e profissionais. Além disso, evidencio a atuação do setor filantrópico que é essencial para a população, a exemplo do que foi retratado neste trabalho, onde 80% dos atendimentos do Maranhão é realizado por uma instituição deste setor.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Dentre as mulheres pesquisadas a maioria das características presentes neste estudo se alinha a literatura com poucas divergências, correlacionando com estudos de outros locais que têm condições, cultura, hábitos, índices de desenvolvimento e realidades diferentes do Maranhão.

Observa-se que o perfil da mulher maranhense é predominantemente de mulheres com idade entre 33 a 52 anos, escolaridade no nível médio completo, com filhos, solteiras, pardas, com renda de 1 a 3 salários, que trabalhavam fora de casa, católicas e heterossexuais. Mulheres que realizaram na maioria, cirurgia conservadora, com ausência de metástases e tipo histológico ductal infiltrante, que não ingerem bebida alcóolica, não são tabagistas, consomem embutidos, enlatados e frituras e embora a maioria pratique atividade física, há um número significativo de mulheres que não praticam. E observou-se também que a relação de tempo entre detecção, diagnóstico e início do tratamento foi de 0 a 6 meses.

Foi possível observar com este estudo a importância da detecção precoce para o perfil clínico dessas mulheres, onde a maioria delas estava em estádios iniciais e estão sem evidência da doença. É necessário que os esforços continuem para que essas mulheres sejam atendidas o mais precocemente possível, para que as taxas de cura e qualidade de vida melhorem.

Também é importante salientar que alguns hábitos de vida, fatores de risco mutáveis, tais como tabagismo, etilismo, alimentação saudável, prática de atividade física precisam ser melhorados. Importante que os serviços de saúde foquem na promoção de saúde através da educação em saúde através de medidas eficazes quem visem esse público, além do estado que incentive práticas saudáveis a população tornando que isso seja possível, através de ações concretas tais como construção e manutenção de ambientes para prática de atividades físicas.

Dentre as dificuldades enfrentadas neste estudo, salienta-se as dificuldades financeiras para realização do mesmo, bem como coletar os dados secundários no prontuário. A pesquisa irá continuar e o estudo dos perfis dessas mulheres também quando o número estabelecido for preenchido. É necessário que se realizem mais pesquisas em relação aos perfis, salientando que as condições para que estas pesquisas sejam realizadas também evoluam, pois com a evolução desse

quadro pode-se melhor aproveitar estes dados secundários para auxiliar ainda mais efetivamente o plano de ação contra a neoplasia mamária.

As novas descobertas terapêuticas, tais como uso de imunoterapia e hormonioterapia como aliadas no tratamento do câncer necessitam ser disponibilizadas a todas as mulheres quando indicado o seu uso, devido sua melhor resposta terapêutica, aumentando assim a sobrevida e como consequência uma melhor qualidade de vida e conseqüentemente uma redução nos custos governamentais e os danos à sociedade em geral que essa enfermidade causa.

O diagnóstico precoce é a melhor opção de tratamento. Para tanto é necessário que a política de saúde se alinhe as novas descobertas científicas recentes e adeque o rastreamento à mudança de perfil da sociedade brasileira, além de melhorar fluxo de atendimento, em todas as esferas de complexidade de saúde. Visto que o perfil sociodemográfico e hábitos de vida influenciam na detecção precoce do câncer de mama, que influi sobre o perfil clínico dessas mulheres e conseqüentemente tem impacto sobre a taxa de incidência, mortalidade e qualidade de vida dessas mulheres.

Dentro deste contexto a enfermagem possui grandes responsabilidades, visto que tem importante influência na educação em saúde e é o profissional que mais tem contato com a população em qualquer nível de complexidade de saúde. É essencial que o enfermeiro saiba utilizar este espaço e em conjunto com os outros profissionais e a própria cliente possam melhorar o quadro do câncer de mama no Brasil.

Ressalta-se a importância do empoderamento das mulheres na luta contra o câncer de mama, visto que as alterações iniciais são observadas em grande quantidade, pelas próprias mulheres, para que sejam protagonistas neste processo e participantes ativas do seu tratamento, participando das decisões e respeitando-se e amando-se seja qual for o desfecho de sua história.

REFERÊNCIAS

ALBRECH CAM et. al. Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia, Vitória, ES. **Rev. Bras. Epidemiol.** [online]. 2013;16(3)582-91. Disponível em: <http://portais4.ufes.br/posgrad/teses/tese_3615_.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast Cancer Facts & Figures 2009-2010.**

Disponível em: <<https://www.cancer.org/content/dam/cancer-org/research/cancer-facts-and-statistics/breast-cancer-facts-and-figures/breast-cancer-facts-and-figures-2009-2010.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

AZEVEDO DB, MOREIRA JC, GOUVEIA PA, TOBIAS GC, NETO ONM. Perfil das mulheres com câncer de mama. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 11(6):2264-72, jun., 2017. Disponível em:

<<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23386/1903>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

BAYLÃO ALS, SCHETTINO EMO. **A Inserção da Mulher no Mercado de Trabalho Brasileiro.** Disponível em:

<<https://www.aedb.br/seget/arquivos/artigos14/20320175.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012.** Disponível em:

<https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20-11-2014/2012/lei/l12732.htm>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS 4279/2010.** Disponível em: <

http://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2011/img/07_jan_portaria4279_301210.pdf>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS 483/2014.** Disponível em: <

<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizConsolidacao/comum/15483.html>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS 189/2014.** Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2014/prt0189_31_01_2014.html>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Portaria GM/MS 1228/2012.** Disponível em: <

http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2012/prt1228_30_10_2012.html>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. **Rede de atenção oncológica**. 2017. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/atencao_oncologica_port.pdf>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. **ABC do Câncer**. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. DATASUS. Disponível em: <tabnet.datasus.gov.br/cgi/deftohtm.exe?sih/cnv/qima.def>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BREAST CANCER. **O seu guia entender o laudo médico de câncer de mama**. Disponível em: <https://www.breastcancer.org/Images/Pathology_Report_Bro_FINAL_2%20portuguese_tcm8-334610.pdf>. Acesso em: 16 de novembro de 2018.

CAMARGO TC, SOUZA IEO. Atenção à mulher mastectomizadas: discutindo os aspectos ónticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev Lat Am Enfermagem** 2003;11(5): 614-21. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500008&script=sci_abstract&lng=pt>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

CÂNDIDO C, LUZ G, MACHADO J, CARGNIN AB. A carcinogênese e o câncer de mama. **Revista Maiêutica**, Indaial, v. 4, n. 1, p. 45-52, 2016.

CARDOSO FS; FERREIRA EL. Um Olhar sobre o Câncer de Mama: a Atividade Física e seu Significado para Mulheres Participantes de Grupo de Apoio. **Revista Rua**, Campinas, Número 16 – Volume 1. Junho 2010. Disponível em: <<https://www.labeurb.unicamp.br/rua/anteriores/pages/pdf/16-1/9-16-1.pdf>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

CRUZ FS, ROSSATO LG. Cuidados com o Paciente Oncológico em Tratamento Quimioterápico: o Conhecimento dos Enfermeiros da Estratégia Saúde da Família. **Revista Brasileira de Cancerologia** 2015; 61(4): 335-341. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_61/v04/pdf/04-artigo-cuidados-com-o-paciente-oncologico-em-tratamento-quimioterapico-o-conhecimento-dos-enfermeiros-da-estrategia-saude-da-familia.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

D' ALONSO, GL. Trabalhadoras brasileiras e a relação com o trabalho: trajetórias e travessias. **Psicol Am Lat**. México. N.15, dez. 2008. Disponível em: <<http://www.inesc.org.br>> Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

D'OLEO, RJM & FÁVERO, M. **Perfil sociodemográfico da população que demanda assistência médico-hospitalar em região do Estado de São Paulo,**

Brasil, 1988. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v26n4/07.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

DONABEDIAN, A. **Aspects of medical care administration; specifying requirements for health care.** Cambridge, Mass, Harvard University Press, 1973. Disponível em: < <https://trove.nla.gov.au/work/10435949?q&versionId=45228019>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

FAIREY, A. S. *et al.* Efeitos do exercício em jejum insulina, resistência à insulina, fatores de crescimento semelhante à insulina e fator de crescimento semelhante à insulina, proteínas de ligação em sobreviventes de câncer de mama na pós-menopausa: um estudo randomizado controlado. **Câncer Epidemiol. Biomarkers Prev.** **12**, 721 – 727 (2003). Disponível em: <<http://www.medicinacomplementar.com.br/biblioteca/pdfs/Cancer/ca-0365.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

HADDAD N, SILVA MB. Mortalidade por neoplasmas em mulheres em idade reprodutiva – 15 a 49 anos – no estado de São Paulo, Brasil, de 1991 a 1995. **Rev Assoc Med Bras** 2001; 47(3):221-30. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-42302001000300034&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

HADDAD NC, CARVALHO ACA, NOVAES CO. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **Rev HUPE**, Vol. 14, suplemento 1, agosto/2015.

HEATHER, M. Ochs-Balcom et. al. **Putative Linkage Signals Identified for Breast Cancer in African American Families.** Disponível em: <<http://cebp.aacrjournals.org/content/24/2/442>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

HENDGES DJB, STOLL RR, MORESCHI C. **A influência de hábitos e estilo de vida no surgimento de neoplasias malignas – uma revisão de literatura.** Revista destaques acadêmicos, vol. 5, n. 3, 2013 - ccbs/univates.

HOFELMANN DA, ANJOS JC, AYALA AL. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Cienc. Saúde coletiva.** 2014; 19(6) 1813-24. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601813&script=sci_abstract&tlng=en>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

HORTENSE FTP, CARMAGNANI MIS, BRÊTAS ACP. O significado do tabagismo no contexto do câncer de laringe. **Rev Bras Enfermagem.** 2008; 61 (1): 24-30. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000100004 >. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

HOWLADER N, NOONE AM, KRAPCHO M, GARSHELL J, NEYMAN N, et al. **Em revisão de estatísticas de câncer de vidente, 1975-2010**. Instituto Nacional do câncer, Bethesda, MD; 2013. Disponível em:

<<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/cncr.28509>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009**. Disponível em: <https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

INCA. **Fatores de risco do câncer de mama**. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

INCA. **Bebidas alcoólicas**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/prevencao-fatores-de-risco/bebidas-alcoolicas>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

INCA. **Câncer de mama**. 2018. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

INCA. **Estimativa 2018 de Incidência de Câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/maranhao-sao-luis.asp>>. Acesso em: 08 de dezembro de 2018.

INCA. Fisiopatologia do câncer. **Ações de enfermagem no controle do câncer**. 2. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2002. p. 55-81.

KRÓLIK, M. & MILNEROWICZ, H. O efeito do uso de estrogênios à luz da pesquisa científica. *Adv. Clin. Med. exp.* **21**, 535 – 543 (2012). Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23240460?dopt=Abstract>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

LEITE FMC, BUBACH S, AMORIM MHC, CASTRO DS, PRIMO CC. Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia* 2011; 57(1):15-21. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

LIMA CF. **o tratamento da mulher com câncer de mama tem ocorrido em tempo adequado e com qualidade? INCA no outubro Rosa: fortalecendo os laços para o controle de câncer de mama: avanços e desafios**. Rio de Janeiro, 2012.

LIMA, Rag. **A enfermagem na assistência à criança com câncer: AB**; 1995. Disponível em: <<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080->

62341996000100002&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

LINHARES, S.; GEWANDSZNAJDER, F. **Biologia hoje**. 1ª edição. Editora Ática. 2012.

M. SOARES PBM, FILHO SQ, SOUZA WP, R. GONÇALVES ECR, B. MARTELLI DR, SILVEIRA MF, JÚNIOR HM. **Características das mulheres com câncer de mama assistidas em serviços de referência do Norte de Minas Gerais**. Rev Bras Epidemiol 2012; 15(3): 595-604.

MAGALHÃES, G et. al. **Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama**. Disponível em: <http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/5445/pdf_1>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

MATOSO LML, Costa OLIVEIRA LEC, OLIVEIRA KKD. **Perfil sociodemográfico dos portadores de neoplasias nos serviços de referência do rio grande do norte**. C&D-Revista Eletrônica da Fainor, Vitória da Conquista, v.9, n.1, p.235-247, jan./jun. 2016.

MARANHÃO. **Atenção Básica nos municípios**. Disponível em: <<http://portalms.saude.gov.br/noticias?tmpl=component&print=1&layout=default&start=2600>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle de câncer de mama: documento de consenso**. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderno de Atenção Básica 13: Controle dos cânceres do colo de útero e da mama**. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124. 2- Ministério da Saúde. DATASUS: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?siscolo/sismama/DEF/MAMMAMA4.def>. Acesso em: 20/08/2018.

NASCIMENTO KTS, FONSÊCA LCT, ANDRADE SSC, LEITE KNS, ZACCARA AAL, COSTA SFG. **Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v18n3/1414-8145-ean-18-03-0435.pdf>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

OLIVEIRA MM, FERREIRA AL, CORREIA LC. **Ações do enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama em mulheres no brasil: revisão integrativa**. Revista Científica FacMais, Volume. XI, Número 4. Dezembro. Ano 2017/2º Semestre. ISSN 2238-8427.

PEREIRA C, PINTO BK, MUNIZ RM, CARDOSO DH, WEXEL WP. **O adoecer e sobreviver ao câncer de mama: a vivência da mulher mastectomizadas**. Rev Pesqui Cuid Fundam (Online), 2013; 5 (2): 383746. Disponível em:

<<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/viewFile/2003pdf790>. Acesso em: 20 de novembro de 2018.

PORCÍNIO, T.Q; ALMEIDA R. S; FERREIRA, A. G. N. A religiosidade no enfrentamento do câncer de mama. Disponível em: <https://editorarealize.com.br/revistas/fiped/trabalhos/TRABALHO_EV057_MD1_SA31_ID4702_30092016230425.pdf>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

RODRIGUES, JD et. al. **Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3163.pdf>>. Acesso em: 03 de dezembro de 2018.

SALIMENA, A.M.O, CAMPOS, T.S, MELO, M.C.S.C, MAGACHO, E.J.C. MULHERES ENFRENTANDO O CÂNCER DE MAMA – **Rev. Min. Enferm.**; v: 16, n: 3,p: 339-347, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/536>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

SANTOS TA, FÉLDREMAN M, GONZAGA N. **Fisiopatologia do câncer de mama e os fatores relacionados**. Revista Saúde em Foco – Edição nº 10 – Ano: 2018.

SCHNEIDER IJC, D'ORSI E. **Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil**. Disponível em: <>. Acesso em: 19 de novembro de 2018.

SHIR, TAYLOR R, MCLARTY J, et al. **Effects of payer status on breast cancer survival: a retrospective study**. BMC câncer. 2015 Apr 1:15(1)211.

SILVA CB, ALBUQUERQUE V, LEITE J. **Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos**. Revista Brasileira de Cancerologia 2010; 56(2): 227-236.

SILVA DAS, TREMBLAY MS, SOUZA MFM, GUERRA MR, MOONEY M, NAGHAVI M, MALTA DC. **Mortality and years of life lost due to breast cancer attributable to physical inactivity in the Brazilian female population (1990–2015)**. Scientific Reports. (2018) 8:11141 | DOI:10.1038/s41598-018-29467-7.

SILVA PA,RYUL SS. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce**. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1016-21.

SILVA PF; AMORIM MHC; ZANDONADE E; VIANA KCG. **Associação entre Variáveis Sociodemográficas e Estadiamento Clínico Avançado das Neoplasias da Mama em Hospital de Referência no Estado do Espírito Santo**. Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 361-367.

SILVAL PA, RIULI SS. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce**. Rev Bras Enferm, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1016-21.

SILVEIRA, INUMARU, VELOSO. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Cad. Saúde Pública** [online]. 2011, vol.27, n.7,

pp.1259-1270. ISSN 0102-311X. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2011000700002>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

SOUZA CB, FUSTINONI SM, AMORIM MHC, ZANDONADE E, MATOS JC, SCHIRMER J. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**, 20(12):3805-3816, 2015. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n12/1413-8123-csc-20-12-3805.pdf>>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

SOUZA NHA, FALCÃO LMN, ABDUL NOUR GF, BRITO JO, CASTRO MM, OLIVEIRA MS. **Câncer de mama em mulheres jovens: estudo epidemiológico no nordeste brasileiro**. SANARE, Sobral - V.16 n.02,p.60-67, Jul./Dez. – 2017.

VENÂNCIO JL, LEAL VMS. **Importância da atuação do psicólogo no tratamento de mulheres com câncer de mama**. RBC 2004; 50(1): 55-63.

ZELMANOWICZ, AM. **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo>>. Acesso em: 17 de novembro de 2018.

APÊNDICES

Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Fundação Instituída nos termos da Lei 5.152, de 21/10/1966. São Luís – Maranhão

A Sra. está sendo convidada a participar como voluntária, sem ter custos ou ganhos, da pesquisa: Qualidade de vida das mulheres submetidas a mastectomia. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Prof.^a Mestre Paula Cristina Alves da Silva. O motivo que nos leva a estudar o assunto é conhecer as dificuldades e vitórias que geram qualidade de vida as mulheres que fizeram cirurgia da mama por causa do câncer.

Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa vão ajudar a contribuir para melhorar a sua qualidade de vida e de muitas outras mulheres que passam pela mesma situação.

Sua participação será respondendo noventa e uma (91) perguntas rápidas e objetivas. Prometemos que iremos fazer de tudo para que a senhora se sinta bem durante as perguntas, que o seu nome não será dito em nenhum momento da pesquisa e que suas respostas serão guardadas de forma segura. Qualquer dúvida a senhora poderá perguntar, interrompendo ou pedindo para parar se desejar. A Sra. é livre para dizer que não quer participar, sem nenhum problema ou punição para a senhora.

As pessoas que fazem parte da equipe de pesquisa ficarão responsáveis por garantir que seu nome ou qualquer coisa que indique a sua participação não serão divulgados sem a sua permissão. Uma cópia deste papel ficará comigo e outra com a senhora. Para participar a Sra. não terá nenhum custo e nem vai receber nenhum valor ou outra coisa.

E se ainda surgirem dúvidas, a Sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP-UFMA) que é órgão que permite que façamos essa pesquisa e que cuida para que nada de ruim aconteça com a senhora durante a nossa conversa. O CEP-UFMA fica localizado na Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65065-545 nº 227. A Sra. também pode falar com eles através da internet, pelo e-mail cepufma@ufma.br ou pelo telefone (98) 3272-8708. Se preferir, também pode fazer contato com o pesquisador responsável por esta pesquisa pelo e-mail dr.paulacristina@yahoo.com.br ou ligar para ela (98) 98734-3164.

Consentimento pós-informação

São Luís, _____ de _____ de 2018.

Eu, _____, fui informada sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha ajuda. Por isso, livremente, concordo em participar da pesquisa sabendo que não irei receber nenhum dinheiro ou outra coisa pela minha participação e que posso parar na hora que eu quiser independente do motivo. Este documento tem duas vias, uma é minha e a outra é do pesquisador, eu assino e ele assina também e uma cópia é minha e outra é dele.



Assinatura do participante ou impressão digital

Assinatura do pesquisador

Apêndice B – Questionário de Coleta de Dados

Formulário Nº: _____

Hospital: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Número do prontuário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Caracterização da amostra**1. Identificação:****2. Idade:****3. Situação Conjugal:** casada união estável solteira viúva outros:**4. Filhos:** Sim Não**5. Caso sim, quantos:****6. Raça/cor da pele auto referida:** branca preta parda amarela indígena**7. Endereço de residência:****8. Onde mora atualmente:** casa ou apartamento quarto ou cômodo alugado em casa de outros familiares em casa de amigos em habitação coletiva: hotel, hospedaria, pensionato, outros**9. Quem mora com você:** moro sozinha(o) pai/mãe cônjuge filhos irmãos outros parentes amigos desconhecidos**10. Renda familiar:** até 01 salário mínimo de 01 a 03 salários mínimos de 03 a 05 salários mínimos de 05 a 15 salários mínimos + de 15 salários mínimos**11. Ocupação:****12. Religião:**

13.Escolaridade: () ensino fundamental incompleto () ensino fundamental completo

() ensino médio incompleto () ensino médio completo

() ensino superior incompleto () ensino superior completo

14.Orientação Sexual: () Heterossexual () Homossexual () Bissexual () Transexual*

() Pansexual () Intersexual* () Assexual

Caracterização de Hábitos

15.Etilismo (consumo de bebidas alcoólicas): () não ingere álcool () ex-etilista
() baixo – < 1 dose por dia ou <7 doses por semana () moderado – de 1 a 3 doses por dia ou de 7 a 21 doses por semana () alto – > 3 doses por dia ou > 21 doses por semana

16.Tabagismo: () não fumou ou fumou menos de 100 cigarros durante toda a vida)

() ex-fumante (já fumou pelo menos 100 cigarros durante a vida, mas parou de fumar)

() fumante atual (já fumou 100 ou mais cigarros durante a vida e que continua fumando).

17.Outra dependência química, caso sim, qual: () Sim _____ () Não

18.Prática de atividade física, caso sim, qual: () Sim _____ () Não

() leve () moderada () intensa

19.Frequência da atividade física: () 1 a 2 vezes por semana () 3 a 4 vezes por semana

() 5 a 7 vezes por semana

20.Consume grãos, frutas, legumes e verduras, caso sim, qual frequência:

() Sim () Não

() 1 a 2 vezes por semana () 3 a 4 vezes por semana () 5 a 7 vezes por semana

21.Consome embutidos, enlatados, frituras, açúcares, caso sim, qual frequência:

() Sim () Não

() 1 a 2 vezes por semana () 3 a 4 vezes por semana () 5 a 7 vezes por semana

Caracterização hereditária

22.História familiar de câncer, caso sim, qual: () Sim _____ () Não

23.História familiar de cirurgia oncológica de mama, caso sim, qual o parentesco:

() Sim _____ () Não

Caracterização do rastreamento

24.Faz exames de rotina, caso sim, quais e com que frequência: () Sim _____ () Não

() 06 meses a 01 ano () 02 a 03 anos () 04 a 06 anos

25.Já realizou auto exame da mama, caso sim, qual a frequência: () Sim () Não

() mensal () por trimestre () por bimestre () anual

26.Já realizou mamografia, caso sim, qual a frequência: () Sim () Não

() 06 meses a 01 ano () 02 a 03 anos () 04 a 06 anos

Caracterização do diagnóstico

27.Motivo de procura do serviço de saúde: () alterações observadas por si mesmo

() alterações observadas por um profissional

28.Mês/ano de detecção de alterações:

29.Tipo de alterações: () dor () inchaço () nódulo palpável () mudança de cor da pele

() mudança de característica da pele

30.Origem do encaminhamento: () Sistema Único de Saúde – SUS () Não- SUS

() Conta própria

31.Mês /ano do diagnóstico confirmado:

Caracterização clínica

32.Origem do encaminhamento ao tratamento: () Sistema Único de Saúde – SUS () Não- SUS () Conta própria

33.Mês/ano do início do tratamento:

34.Modalidade cirúrgica:

35.Localização detalhada: _____

36.Tipo histológico: () carcinoma ductal invasivo () carcinoma lobular in situ () carcinoma lobular invasivo () outros

37. Lateralidade: direita esquerda
38. Ocorrência de mais de um tumor: sim não
39. Tamanho do tumor: T0 T1 T2 T3 T4
40. Número de linfonodos acometidos: N0 N1 N2 N3
41. Metástases: Sim Não
42. Estadiamento clínico: 0 IA IB IIA IIB IIIA IIIB IIIC IV
43. Tratamentos realizados: cirurgia e quimioterapia cirurgia, quimioterapia e radioterapia
 cirurgia isolada Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia outros tratamentos _____
44. Resposta Terapêutica: SG TRO SLD SLP
45. Estado atual da doença: Sem evidência da doença Doença estável Doença sem progressão Remissão parcial Suporte terapêutico
46. Apareceram doenças oportunistas, caso sim, quais: sim _____
 não
47. Fez reconstrução da mama, caso sim, qual modalidade: sim _____ não

Caracterização do suporte familiar e social

48. Considera que sua família apoia o tratamento: sim não
49. Tem acompanhante durante o tratamento, caso sim, grau de parentesco: sim _____ não
50. Faz parte de algum grupo de apoio, caso sim, qual: sim, ainda participo _____
 não, mas já participei _____ nunca participei
51. Como foi informada sobre o grupo de apoio: por profissionais por familiares, amigos, vizinhos mídia (TV, rádio, internet, outros) outro _____
52. Com qual frequência participa, caso já tenha participado, por quê não faz mais parte:
 não participo _____ 1 vez por semana 1 a 3 vezes ao mês
53. Considera o grupo de apoio importante para o enfrentamento e seguimento ao tratamento: sim não
54. O grupo de apoio influencia na melhora da sua autoestima: sim não
55. Como se sente durante as terapias: feliz triste a terapia não tem impacto na minha vida

56. Como considera a participação da equipe multiprofissional durante este processo: () muito importante () importante () sem importância

57. Como classifica sua interação com a equipe multiprofissional: () muito boa () boa () regular () ruim

Caracterização do cenário emocional

58. Sente-se triste: () sim () não

59. Durante o tratamento oncológico e após a cirurgia de mama, foi diagnosticada com depressão: () sim () não

60. Tem medo de ter depressão: () sim () não

61. Aceita que seu corpo está diferente: () sim () não

62. Tem medo de rejeição familiar e/ou social, caso sim, de quem () sim _____
() não

63. Diante da vivência dos efeitos colaterais dos tratamentos, quais trazem mais sofrimento: () náuseas e vômitos () queda do cabelo () perda/aumento de peso () mudança da imagem corporal () incapacidade física () não sentiu efeito colateral () não realizou nenhum tratamento

64. Houve alteração no seu desejo sexual após a cirurgia: () sim () não

65. Está sexualmente ativa: () sim () não

ANEXOS

Anexo A – Questionário WHOQOL-bref
Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida
 The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref
Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece a melhor resposta.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOM	BOM	MUITO BOM
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com	1	2	3	4	5

o seu meio de transporte?					
---------------------------	--	--	--	--	--

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

Anexo B – Parecer Consubstanciado do CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA

Pesquisador: Paula Cristina Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85800318.9.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.892.351

Apresentação do Projeto:

Desde a pré-história até os tempos modernos, pinturas e esculturas deram destaque aos seios, síntese da feminilidade, expressão de maternidade e de fertilidade, mas também de erotismo e compromissos cívicos e políticos. Contudo, a mama também adoece. Entre as doenças que atingem essa glândula, a que mais preocupa é o câncer, por ser o mais incidente e a principal causa de mortalidade por câncer em mulheres no Brasil. Entre os fatores que favorecem o seu desenvolvimento na atualidade, além de traços genéticos, pode-se citar como principais: as mudanças no estilo de vida e a maior exposição a agentes cancerígenos. No Brasil, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2016-2017, apontam que, a estimativa de casos novos de tumores com localização primária na mama feminina, representam 57.960 mulheres que foram acometidas. O Sudeste, desponta com o maior número (29.760 casos), o Rio de Janeiro com a incidência de 91,25 mulheres para cada 100 mil. Em contraste, o Norte apresenta os menores índices (1.810 casos), a incidência do Amapá é de 14,93*. O Nordeste, aponta 11.190* casos, no Maranhão, esse número é de 650 casos/19,30*, destes 240/43,51* distribuídos na capital, São Luís. O principal grupo de risco para o desenvolvimento e diagnóstico do CM são mulheres com idade entre 40 e 69 anos. As maiores taxas de mortalidade são observadas nas regiões Sul e Sudeste. Atualmente, o tratamento do câncer de mama combina várias abordagens: Local: envolve a cirurgia (mastectomia, adenectomia, quadrantectomia) e radioterapia; e Sistêmico: atinge o corpo todo e incluem: quimioterapia, hormonioterapia e tratamento com anticorpos. A mastectomia é um

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Continuação do Parecer: 2.892.351

procedimento cirúrgico empregado para a retirada da mama afetada. Não obstante, há que considerar que apesar de e com todas essas possibilidades de tratamento, surgem também os efeitos colaterais (náuseas, perda de apetite, queda dos pelos, depressão, dificuldade respiratória, ganho de peso) a depender da terapêutica utilizada, além dos agravos psicossociais. A mutilação, decorrente das mastectomias, e os prejuízos da autoimagem, como a queda de cabelo e dos pelos corporais, são dois dos aspectos mais difíceis para as mulheres com CM. A cirurgia de reconstrução mamária é uma das fases mais reconfortantes do doloroso processo de tratamento. A reconstrução ou plástica mamária com uso de próteses, tem impacto positivo sobre a saúde mental e a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, e, quanto mais precocemente for realizada, maiores são os benefícios. Na última década o impacto psicossocial do câncer tornou-se um aspecto central tanto no que tange aos cuidados com a doença quanto às pesquisas sobre ela. Vários estudos existentes na literatura têm focado a relação do câncer de mama com a qualidade de vida, dando destaque em aspectos específicos, antes negligenciados, como a imagem corporal e a sexualidade^{12,16}. Assim, a avaliação da qualidade de vida utilizada dentro da área de saúde tem como meta avaliar o impacto da doença sentido pela paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre condições da mesma. A importância da avaliação da QV vem aumentando expressivamente nos últimos anos e isso se deve principalmente por ser um enfoque que valoriza a perspectiva da paciente e permite avaliar o real impacto da doença e aspectos multidimensionais de cada paciente. Diante dessa elevada incidência de CM e, do impacto ocasionado pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico (que geralmente acompanham uma sobrecarga emocional, disparando desordens relacionadas a alteração da imagem corporal e sexualidade, medo de recidivas, ansiedade, dor, baixa autoestima, ou até mesmo depressão), ressaltam-se a importância da abordagem do tema no contexto atual, viabilizando, desta forma, conhecer os aspectos que compõem a qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão. Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, com procedimentos investigativos bibliográficos e documentais. O estudo será desenvolvido em dois hospitais de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, ambos situados na capital São Luís: Instituto Maranhense de Oncologia – Hospital Aldenora Belo (IMOAB) e Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho (HCTLF). Serão abordadas mulheres previamente tratadas cirurgicamente para câncer de mama. O número final de mulheres a serem entrevistadas é de 262. A amostragem será estratificada em relação a faixa etária. Os instrumentos serão aplicados em uma única etapa, por uma equipe de pesquisadores treinados. Além da coleta com as participantes, será realizado consulta aos prontuários. Os dados

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.892.351

a serem encontrados serão tabulados em uma planilha do Microsoft Excel. A análise dos dados será realizada através das variáveis dos dois instrumentos utilizados para coleta de dados. Esta pesquisa se propõem a gerar riscos de impacto leve e indireto que não tragam prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), terá direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte do pesquisador. O estudo será desenvolvido respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os aspectos que compõem a qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico;
- Compreender o fluxo e o período destinado entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama no Maranhão;
- Identificar as técnicas cirúrgicas utilizadas para tratamento de câncer de mama e reconstrução mamária;
- Conhecer o estadiamento clínico mais frequente nas mulheres que submeteram-se a cirurgia oncológica;
- Verificar quais as divergências existentes na qualidade de vida das mulheres que realizaram cirurgias conservadoras e mastectomias;
- Reconhecer o impacto das cirurgias oncológicas de mama na autoimagem e sexualidade;
- Conhecer o quantitativo de mulheres que estão ou não inseridas em grupos de apoio e a influência na qualidade de vida;
- Identificar como a cirurgia oncológica de mama reflete no aspecto emocional;
- Verificar se há e/ou qual distinção existe entre a qualidade de vida das mulheres que realizaram a reconstrução de mama e as que não reconstruíram.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Conforme o item V da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco", em tipos e gradações variados. Esta pesquisa se propõem a gerar riscos

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.892.351

de impacto leve e indireto que não tragam prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), terá direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte da pesquisadora.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, gerar-se-á amplos para a sociedade advindos da pesquisa e de seus resultados que contribuirão com o avanço científico da temática de qualidade de vida, proporcionando o retorno social com a elaboração de estratégias que estejam empenhadas a proporcionar e garantir o aumento da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046891.pdf	20/08/2018 02:49:40		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.pdf	20/08/2018 02:47:09	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PRONTO_PLATAFORMA_A_GOSTO_2.pdf	20/08/2018 02:45:05	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_PRONTO_PLATAFORMA_A_GOSTO_2.docx	20/08/2018 02:44:37	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708

Fax: (98)3272-8708

E-mail: cepufma@ufma.br

**UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO**



Continuação do Parecer: 2.892.351

Investigador	PROJETO_PRONTO_PLATAFORMA_A GOSTO_2.docx	20/08/2018 02:44:37	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	03/08/2018 10:35:29	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_GRUPO_DE_PES QUISA.pdf	11/03/2018 18:27:51	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_ALDENORA_BELO.pdf	11/03/2018 18:25:27	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	11/03/2018 18:16:10	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	18/01/2018 18:28:51	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLRACAO_RESPONSABILIDADE_F INANCEIRA.pdf	18/01/2018 18:28:14	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_UTILIZACAO_DE_ DADOS.pdf	18/01/2018 18:27:35	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_DIVULGACAO_DO S_DADOS.pdf	18/01/2018 18:26:27	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR.p df	18/01/2018 18:08:53	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_SES.pdf	18/01/2018 18:08:35	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:


Não

SAO LUIS, 13 de Setembro de 2018

**Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)**

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

Anexo C – Parecer do Colegiado do Curso de Enfermagem



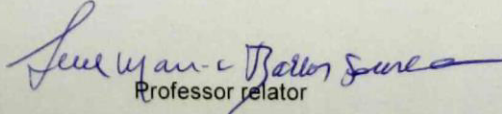
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
FUNDAÇÃO Instituída nos termos da Lei n.º 5.152 de 21/10/1966.
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
COORDENADORIA DO CURSO DE ENFERMAGEM

PROJETO DE MONOGRAFIA

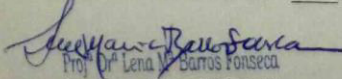
PARECER

1. **TÍTULO:** Perfil das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão.
2. **ALUNO(A):** Thanmyris da Silva Cutrim
3. **ORIENTADOR(A):** Profª. Me Paula Cristina Alves da Silva
4. **INTRODUÇÃO:** A aluna faz uma ampla e atualizada abordagem sobre o câncer de mama no Brasil e no Maranhão, de outros aspectos como o tratamento e a repercussão na vida das mulheres. Apresenta o problema de pesquisa e fundamenta com referenciais atualizados.
5. **JUSTIFICATIVA**
Destaca a importância do estudo para aumento da produção científica na área e contribuir para melhorar as medidas de prevenção do agravo.
6. **OBJETIVOS**
Passíveis de serem alcançados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO**
Apresenta os elementos básicos desse item, claros e bem definidos, necessários para o alcance dos objetivos propostos.
8. **CRONOGRAMA**
Atualizado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO**
Compatível com o trabalho.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA**
Obedece a normatização pela ABNT.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** o projeto apresenta viabilidade para ser desenvolvida e pela relevância social e pessoal, somos de parecer favorável à realização.

São Luís, 30 de abril de 2018.


Professor relator

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30/04/2018
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em ____/____/____.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia ____/____/____.


Prof.ª Lena Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem
UFMA