



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

**MAYSSA JANE DIAS RIBEIRO**

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO E O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE  
MULHERES COM CARCINOMA MAMÁRIO NO MARANHÃO**

SÃO LUÍS  
2019

**MAYSSA JANE DIAS RIBEIRO**

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO E bO TRATAMENTO CIRÚRGICO DE  
MULHERES COM CARCINOMA MAMÁRIO 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 título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof.<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Teresa Frias Rios

Co-orientadora: Prof.<sup>a</sup> Ma Paula Cristina Alves Da Silva

**SÃO LUÍS**

**2019**

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

Ribeiro, Mayssa Jane Dias.

RELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO E TRATAMENTO  
CIRÚRGICO DE MULHERES COM CARCINOMA MAMÁRIO  
NO MARANHÃO / Mayssa Jane  
Dias Ribeiro. - 2019.

83 f.

Coorientador(a): Paula Cristina Alves Da Silva.

Orientador(a): Claudia Teresa Frias Rios.

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão,  
São Luís, 2019.

1. Assistência de Enfermagem. 2. Carcinoma da mama.  
3. Estadiamento de Neoplasias. 4. Mastectomia. I. Rios,  
Claudia Teresa Frias. II. Silva, Paula Cristina Alves Da.

**MAYSSA JANE DIAS RIBEIRO**

**RELAÇÃO ENTRE O ESTADIAMENTO E O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE  
MULHERES COM CARCINOMA 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.<sup>a</sup> Claudia Teresa Frias Rios (Orientadora)  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Lena Maria Barros Fonseca (1º membro)  
Doutora em Biotecnologia  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Poliana Pereira Costa Rabelo (2º membro)  
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública  
Universidade de São Paulo

*Dedico a Deus que sempre me manteve firme e perseverante nesta longa jornada e por ter me permitido tornar realidade este sonho.*

*A minha família por acreditarem e investirem em mim, que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa da minha vida.*

## AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus, pela força e coragem durante esta longa jornada e por ter iluminado meu caminho permitindo que esse sonho se realizasse, e que não somente nesses anos de universidade, mas que em todos os momentos é o maior mestre que alguém pode conhecer.

À Universidade Federal do Maranhão por ser uma instituição pública, gratuita, e proporcionar uma formação de qualidade, não apenas no âmbito acadêmico, mas também no âmbito social.

Ao Departamento de Enfermagem, corpo docente e demais funcionários, por compartilharem seus saberes e conhecimentos que contribuiu diretamente e indiretamente para o meu desenvolvimento profissional e pessoal.

À minha Orientadora prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Claudia Teresa Frias Rios, por ter me acolhido como orientanda, por todo ensinamento transmitido, pela sua confiança, paciência e compreensão que foram essenciais neste processo de construção de monografia.

À prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Paula Cristina Alves da Silva, a quem admiro como profissional e pessoa. Obrigada pelo seu companheirismo, pelos sábios conselhos que foram essenciais para meu incentivo nesta caminhada e por ter me feito afirmar minha paixão pela atenção à mulher.

À banca examinadora, Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Lena Maria Barros Fonseca e Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Poliana Pereira Costa, por aceitarem avaliar meu trabalho e contribuírem com observações e alterações pertinentes.

Gratidão à todas as mulheres que contribuíram com a pesquisa e confiaram compartilhar conosco suas histórias.

Ao grupo de pesquisa sem o qual seria impossível realizar este trabalho, e aos funcionários do Hospital Aldenora Belo e Tarquino Lopes por nos acolherem e contribuírem para nossa formação acadêmica.

À minha querida família, a quem amo partilhar a vida, pelo cuidado, incentivo e apoio que me deram em toda minha vida, a vocês sou grata por sempre terem lutado pela minha educação e por nunca me deixarem perder a fé.

Em especial, agradeço aos meus pais, Maria Vitória Dias Ribeiro e José Raimundo Bouéres Ribeiro, que são as luzes da minha vida, à minha irmã, madrinha e amiga Mary Jane Dias Ribeiro que sempre me fortaleceu, apoio e ajudou, ao meu cunhado, padrinho e amigo José Wilson Nascimento Santos, por todo apoio e ajuda nessa caminhada, e a meus irmãos Mateus José Dias Ribeiro e Marcelo Júlio Dias Ribeiro.

Agradeço aos amigos que conquistei durante esta jornada e que se mostram verdadeiros companheiros que levarei ao longo da vida. Em especial,

Thanmyris da Silva Cutrim e Thayná Cunha Bezerra, minhas amigas confidentes, irmãs de alma e companheiras de todas as horas, minhas amigas queridas que quero levar para toda a vida.

A meu amigo e companheiro Fabiano Torres, por todo companheirismo, incentivo e paciência tornando esse momento mais leve e descontraído.

Enfim, a todos que direta ou indiretamente contribuíram nessa trajetória para minha formação profissional e pessoal, a minha mais profunda gratidão.

*Ter acesso ao conhecimento é um  
presente de Deus, e saber utilizá-lo,  
é um privilégio divino.*

*(Carmem Garuzzi)*

## RESUMO

**Introdução:** O câncer de mama entre as mulheres é a neoplasia maligna que ocupa o primeiro lugar quanto a incidência e mortalidade. Após a confirmação diagnóstica do câncer de mama deve-se avaliar a extensão da doença, sua taxa de crescimento, o tipo de tumor e sua relação com o indivíduo, buscando descobrir o estadiamento clínico do carcinoma e definir a abordagem cirúrgica mais indicada. **Objetivo:** Relacionar o estadiamento clínico do carcinoma de mama com os tratamentos cirúrgicos realizados. **Métodos:** Trata-se de um estudo de natureza descritiva, analítico e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 158 mulheres, no período de setembro 2018 a novembro de 2019. Para a coleta de dados foi utilizado um questionário contendo 65 questões. A análise dos dados foi realizada por meio do programa estatístico Epiinfo 7. **Resultados:** Os dados obtidos descreveram que a maioria das pacientes está na faixa etária entre 50 a 59 anos (34,2%), declararam-se pardas (62,6%), possuem escolaridade até o ensino médio (40,5%), são casadas (33,5%), do lar (47,5%), assalariadas (47,5%) e religiosas (católicas = 60,8%). Apresentaram somente um tumor (78,5%), 23,4% possuíam estadiamento clínico IIA, o estadiamento patológico consistia em T2 em 43,7%, N0 em 53,8% e M0 em 73,4%. 80,4% possuíam o carcinoma ductal invasivo e predominou a escolha da cirurgia conservadora, 51,9%. A relação entre o estadiamento clínico e a modalidade cirúrgica mostra que 61,3% dos estádios clínicos iniciais receberam tratamento cirúrgico conservador e 64,4% dos estadiamentos avançados receberam a mastectomia como tratamento cirúrgico. **Conclusão:** Observou-se que embora tenha havido predominância da escolha cirúrgica conservadora para as pacientes com estádios iniciais e intermediários, os dados apontaram um número preocupante de mastectomias em estágios iniciais, levando-nos a refletir sobre a não utilização do estadiamento no processo de tratamento do câncer de mama.

**Descritores:** Carcinoma da mama; Estadiamento de Neoplasias; Mastectomia; Assistência de Enfermagem.

## ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer among women is a malignant neoplasm that ranks first with incidence and mortality. After the diagnostic confirmation of breast cancer, the extent of the disease, its growth rate, the type of tumor and its relationship with the individual should be evaluated, seeking to discover the clinical staging of carcinoma and define a more appropriate surgical approach. **Objective:** To relate the clinical staging of breast carcinoma with the surgical procedures performed. **Methods:** This is a descriptive, analytical and exploratory cross-sectional study with a quantitative approach, conducted with 158 women, from September 2018 to November 2019. For data collection, a questionnaire was used. 65 questions. Data analysis was performed using the Epiinfo 7 statistical program. **Results:** The data describe that most patients are between 50 and 59 years old (34.2%), declaring themselves to be brown (62.6%). , have education through high school (40.5%), are married (33.5%), home (47.5%), salaried (47.5%) and religious (Catholic = 60.8%). It presented only one tumor (78.5%), 23.4% had IIA clinical staging, or pathological staging consisted of T2 in 43.7%, NO in 53.8% and M0 in 73.4%. 80.4% had invasive ductal carcinoma and the choice of conservative surgery predominated, 51.9%. A relationship between clinical staging and the surgical method shows that 61.3% of patients are treated with conservative surgical treatment and 64.4% of advanced patients with mastectomy as surgical treatment. **Conclusion:** Although conservative surgical choice was predominant for patients with heart and intermediate diseases, data pointing to a worrying number of early stage mastectomies are related to the non-use of statistical treatment in the process of treatment make breast cancer.

**Keywords:** Breast carcinoma; Staging of Neoplasms; Mastectomy; Nursing care.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Distribuição de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão segundo características socioeconômicas. São Luís- MA, 2019 (Continua) .....	43
Tabela 2 – Caracterização clínica do estadiamento clínico dos casos de neoplasia mamária no Maranhão – Ano 2018 a 2019.....	47
Tabela 3 - Caracterização clínica do estadiamento patológico das mulheres submetidas à submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão – Ano 2018 a 2019.....	49
Tabela 4 - Relação entre o estadiamento clínico e a modalidade cirúrgica de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama Maranhão – Ano 2018 a 2019. .....	52

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### FIGURAS

Figura 1: Tecido mamário fisiológico.....	21
Figura 2: Carcinogênese .....	23
Figura 3: Tipos de câncer de mama.....	25
Figura 4: Abordagens cirúrgicas.....	34

### GRÁFICOS

Gráfico 1- Prevalência dos tipos de carcinomas mamários no Maranhão – Ano 2019 .....	50
Gráfico 2- Tipos de tratamentos cirúrgicos recebidos pelas mulheres com carcinoma mamário no Maranhão – Ano 2019.....	51

### QUADROS

Quadro 1- Sistema de Classificação de Tumores Malignos- TNM. ....	30
Quadro 2- Estádios do Carcinoma Mamário. ....	31

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>14</b>
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b>	<b>18</b>
<b>2.1</b>	<b>Objetivo geral</b>	<b>18</b>
<b>2.2</b>	<b>Objetivo específico</b>	<b>18</b>
<b>3</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA</b>	<b>19</b>
<b>3.1</b>	<b>Aspectos clínicos do câncer</b>	<b>19</b>
<b>3.2</b>	<b>Neoplasia mamária</b>	<b>21</b>
<b>3.2.1</b>	<b>Carcinogênese mamária</b>	<b>22</b>
<b>3.2.2</b>	<b>Sintomatologia do câncer de mama e os métodos para rastreio e diagnóstico</b>	<b>27</b>
<b>3.2.3</b>	<b>Estadiamento e tratamento do carcinoma mamário</b>	<b>29</b>
<b>3.2.4</b>	<b>Abordagem cirúrgica</b>	<b>33</b>
<b>3.2.5</b>	<b>A enfermagem frente ao câncer de mama</b>	<b>35</b>
<b>4</b>	<b>METODOLOGIA</b>	<b>38</b>
<b>4.1</b>	<b>Desenho do estudo</b>	<b>38</b>
<b>4.2</b>	<b>Local e período da coleta de dados</b>	<b>38</b>
<b>4.3</b>	<b>População do estudo</b>	<b>39</b>
<b>4.4</b>	<b>Crítérios de inclusão e exclusão</b>	<b>39</b>
<b>4.5</b>	<b>Amostra</b>	<b>40</b>
<b>4.6</b>	<b>Variáveis de estudo</b>	<b>40</b>
<b>4.7</b>	<b>Métodos</b>	<b>40</b>
<b>4.8</b>	<b>Análise estatística</b>	<b>41</b>
<b>4.9</b>	<b>Aspectos éticos</b>	<b>41</b>
<b>5</b>	<b>RESULTADOS E DISCUSSÕES</b>	<b>43</b>
<b>6</b>	<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b>	<b>55</b>
	<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
	<b>APÊNDICES</b>	<b>67</b>
	<b>Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido</b>	<b>68</b>
	<b>Apêndice B– Questionário de Coleta de Dados</b>	<b>70</b>
	<b>ANEXOS</b>	<b>75</b>
	<b>Anexo A– Parecer Consubstanciado do CEP</b>	<b>76</b>
	<b>Anexo B – Parecer do Colegiado do Curso de Enfermagem</b>	<b>82</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) entre as mulheres é a neoplasia maligna mais frequentemente diagnosticada, o tipo mais estimado e a principal causa de morte por câncer no mundo, ocupando o primeiro lugar quanto a incidência e mortalidade (BRAY, 2018). Em 2018, ocorreram cerca de 2,09 milhões de casos no mundo, sendo responsável por cerca de 627 mil óbitos (OPAS, 2018). Segundo o INCA(2019), o câncer de mama, exceto o de pele não melanoma, é o tipo mais frequente entre as brasileiras, responsável por 25% de novos casos por ano.

As informações do Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS) mostram que, no ano de 2017, no Brasil ocorreram o total de 16.724 casos de óbitos por neoplasia maligna da mama em mulheres. A região Nordeste é a segunda região do país com maior ocorrência de óbitos, com total de 3.660 óbitos, dentre estes, 203 foram no estado do Maranhão e 72 só na capital, São Luís. A região com maior número de óbitos no país é a Sudeste com 8.362 óbitos, demonstrando que a taxa de mortalidade por CM apresenta uma variação demográfica.

No Brasil, para o biênio 2018-2019, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) e que ocorressem 600 mil novos casos de câncer para cada ano, segundo a Estimativa de Incidência de Câncer (2017). Destes, com exceção do câncer de pele não melanoma, o câncer de mama seria o mais incidente nas mulheres brasileiras, contabilizando 59.700 casos novos para cada ano do biênio, equivalendo a 29,5% dos casos de câncer em mulheres. De acordo com o referido documento, a previsão para maior incidência de CM seria para as regiões Sul e Sudeste, sendo as taxas brutas de 73,07/100.000 e 69,50/100.000 mulheres respectivamente. Prevvia-se que a região Nordeste seria a quarta região mais acometida pelo CM com 11.860 casos no ano de 2018, tendo taxa bruta de 40,36/100.000 mulheres. No Maranhão se prevê 720 casos de CM, uma taxa estimada de 24,92 casos para cada 100 mil mulheres (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).

Segundo a Sociedade Americana do Câncer em 2017, o CM pode ser classificado em vários tipos, sendo determinado pelo tipo de célula da mama que foi acometida. Os tipos mais comuns são: Carcinoma Ductal Invasivo (70% dos casos com origem nas células do ducto mamário), Carcinoma Ductal In Situ (CM não invasivo ou pré-invasivo), Carcinoma Lobular Invasivo (com origem nos lóbulos

mamários e espalha-se para o tecido mamário adjacente) e o Carcinoma Lobular In Situ (origem nos lóbulos mamários sem espalhar-se para tecidos vizinhos). Outros tipos menos comuns são o Câncer de Mama Inflamatório, Doença de Paget, Tumores Filoides entre outros (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; INSTITUTO ONCOGUIA, 2017).

Ser mulher, envelhecer e a hereditariedade são considerados os principais fatores de risco para se desenvolver o CM, que também acomete os homens, mas é 100 vezes mais comum o diagnóstico em mulheres, sobretudo na faixa etária de 40 a 59 anos de idade. A exposição ambiental, o comportamento pessoal e o estilo de vida também podem ofertar risco para o desenvolvimento de uma neoplasia maligna da mama. Como não existe ainda um método de prevenção definitiva para o CM, deve-se agir diretamente no controle dos fatores de risco afim de reduzir as chances de desenvolver a doença. Adotar ações de prevenção primária com a finalidade de reduzir a exposição a fatores de risco e seguir um novo estilo de vida com práticas e condutas saudáveis, são ações básicas para reduzir a incidência do câncer de mama (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2018).

Diante da grande magnitude do câncer de mama no Brasil, a partir dos anos 2000 o governo começou a ter um olhar diferenciado para este problema que acometia muitas mulheres. A partir de então, ao longo desses anos, foram elaborados programas, diretrizes e políticas objetivando a prevenção, rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama (BRASIL, 2019).

Em 2015, o Ministério da Saúde com parceria do INCA, elaborou as diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, elaboradas com base na sistematização de evidências científicas com a finalidade de reduzir as altas taxas de mortalidade. A detecção precoce do câncer de mama consiste no rastreamento e diagnóstico precoce da doença, visando identificar casos de câncer de mama em sua fase inicial em indivíduos assintomáticos ou sintomáticos, respectivamente, possibilitando um tratamento menos agressivo, mais eficaz, menos mórbido e com melhor prognóstico (BRASIL, 2015).

Após a confirmação diagnóstica do câncer de mama, deve ser avaliado as modalidades terapêuticas que serão mais eficazes e mais adequadas as necessidades dos pacientes. Os tipos de tratamentos são: procedimento cirúrgico (mastectomia radical e conservadora), quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e

imunoterapia. Dentre os tipos a mastectomia consiste na retirada da mama afetada ou parte dela, classificada como simples, radical e modificada. A escolha do tratamento efetivo baseia-se conforme o estado de saúde do paciente, as características biológicas e o estadiamento do câncer (INCA, 2017).

O estadiamento do câncer é um método utilizado para se avaliar a extensão da doença, sua taxa de crescimento, o tipo de tumor e sua relação com o hospedeiro, definindo estratégias terapêuticas que serão utilizados no tratamento e para prever possíveis prognósticos (INCA, 2017; ESPINOLA, 2015). Existem diversos sistemas de estadiamento, mas o mais utilizado é o Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos, preconizado pela União Internacional Contra o Câncer. Esse sistema tem como base a extensão anatômica da doença, considerando as características do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou ausência de metástase a distância (M) (BRASIL, 2011; INCA, 2017).

O estadiamento pode ser clínico, quando realizado durante a consulta inicial a partir de um exame físico de qualidade, avaliação de exames de imagem e biopsia do tumor, e patológico, que é realizado após tratamento cirúrgico, baseado nos achados cirúrgicos e exame anatomopatológico da peça retirada, o que o torna mais preciso (VIEIRA et al., 2012).

Tendo em vista que, estadiar um carcinoma mamário requer da equipe médica conhecimentos básicos sobre o paciente, a doença e o sistema de estadiamento adotado para que se inicie o tratamento de forma adequada, esse estudo levanta o seguinte questionamento: Qual a relação entre o estadiamento e os tratamentos cirúrgicos realizados em mulheres que possuem carcinoma de mama no Maranhão?

Conforme Espínola (2015), o estadiamento do câncer é um dos fatores mais importantes para se determinar a indicação terapêutica e deve ser realizado sempre, independente da fase que o câncer foi diagnosticado, pois reflete o crescimento e o grau de disseminação da doença e sua relação com o hospedeiro. Estadiar tornou-se uma linguagem universal utilizada entre os oncologistas com a finalidade de definir condutas e partilhar informações relacionado ao caso.

Erros no estadiamento podem levar a indicações terapêuticas inadequadas. O subestadiamento, pode haver necessidade de reabordagem cirúrgica em pacientes com tumores clinicamente menores do que se mostraram ao

exame anatomopatológico pós-operatório. A superestimação por sua vez, ocorre quando um tumor é avaliado com mais avançado ao exame clínico, quando comparado ao resultado anatomopatológico, ocasionando a realização de cirurgia de maior porte, mais extensas que o necessário. (ESPINOLA, 2015).

Um dos motivos que levou a escolha do tema foi contribuir com os estudos sobre o câncer de mama uma vez que é uma doença que está crescendo cada vez mais ao longo dos anos, considerando ainda a posição dos profissionais da saúde frente a utilização do estadiamento como importante instrumento que indica o estágio que o carcinoma mamário fora diagnosticado, permitindo-nos avaliar as assistências prévias de enfermagem no rastreio e detecção do câncer de mama, bem como as consequências do tratamento cirúrgico escolhido.

Diante do exposto, este trabalho justifica-se pelo reconhecimento do impacto que o tratamento contra o câncer exerce na vida das mulheres diagnosticadas com carcinoma mamário, percebendo que o estadiamento é essencial para a tomada de decisões no processo.

Sendo assim, a relevância desse estudo consiste em contribuir com a discussão sobre o tema estadiamento no tratamento contra o câncer de mama, e sobretudo, chamar a atenção dos profissionais responsáveis pelo processo de estadiamento do câncer para que este seja realizado com mais rigor e importância, tendo em vista que este determinará fatores primordiais para a escolha terapêutica e abordagem cirúrgica mais adequadas e menos invasiva.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral**

- Relacionar o estadiamento clínico do carcinoma de mama com os tratamentos cirúrgicos realizados.

### **2.2 Objetivo específico**

- Traçar o perfil socioeconômico das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão;

- Caracterizar o estadiamento clínico e patológico das mulheres em estudo;

- Identificar a prevalência dos tipos de carcinoma de mama e do tratamento cirúrgico realizado;

### **3 REVISÃO DE LITERATURA**

O Brasil nos últimos anos vem passando por um processo de transição demográfica e epidemiológica, reflexo da intensa transformação da composição populacional e dos quadros de morbidade e mortalidade, o que acaba influenciando nas mudanças dos padrões comportamentais e nas condições socioeconômicas e ambientais do país. Dessa forma, o padrão de saúde do Brasil vem sofrendo com esses impactos, repercutindo níveis epidêmicos de doenças crônico-degenerativas, típico de países de baixo e médio desenvolvimento (TEXEIRA, 2015).

Dentre estas doenças crônico-degenerativas está o câncer, que cada vez mais torna-se uma preocupação de maior magnitude, pois além de estar relacionada às transformações demográficas e ao aumento da exposição a fatores cancerígenos presentes no cotidiano, representa elevada incidência e mortalidade em todo o mundo (TEXEIRA, 2015; BRAY, 2018).

Câncer é um termo genérico utilizado para denominar mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento e a multiplicação desordenada de células, para além de seus limites habituais, que podem invadir partes adjacentes do corpo e se espalhar para outros órgãos, processo referido como metástase (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE, 2018). Dentre os mais comuns estão o câncer de pulmão, mama, intestino e próstata (FERLAY et al., 2013).

O câncer, também conhecido como neoplasia, pode ser benigno, quando essas células desordenadas crescem em apenas um local específico do corpo, de forma lenta e trazem semelhanças aos tecidos originais, ou maligno, quando esse crescimento desordenado é rápido, incontrolável e agressivo, originando risco de morte conforme as condições clínicas e avanço da doença (BRASIL, 2013).

#### **3.1 Aspectos clínicos do câncer**

O corpo humano é formado por um organismo complexo de diferentes tipos de células as quais consistem em unidades morfofuncionais, que se agrupam conforme suas funções formando diversos tecidos. Embora haja uma diversidade estrutural e funcional entre as células, todas possuem características comuns. A proliferação e o acúmulo anormal de células gerando uma nova formação tecidual

monoclonal, ou seja, que compartilham uma única célula ancestral comum constitui um conjunto de doenças heterogêneas denominadas como Neoplasias (TAGA,2015; OLIVEIRA et al., 2015).

O tecido neoplásico que possui um menor potencial de comprometimento mantendo-se limitado ao seu local de origem é classificado como neoplasia benigna, enquanto tecido neoplásico que possui um elevado potencial de comprometimento, disseminando-se e invadindo de maneira destrutiva os tecidos e estruturas adjacentes e possivelmente para estruturas distantes são classificados como neoplasia maligna. O termo câncer é empregado para denominar apenas as neoplasias malignas (OLIVEIRA et al., 2015).

As células cancerígenas tendem a ser agressivas e incontroláveis, regularmente se expressa como tumores de crescimento rápido e predominantemente invasivo, manifestando-se com limites imprecisos, bordas irregulares e indistinguíveis, apresentando fenômenos degenerativos. Pode propagar-se para outras partes do corpo através de disseminação linfática ou sanguínea, processo denominado metástase (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2015; OLIVEIRA et al., 2015).

Existem mais de 100 tipos de câncer, o que os distingue é o órgão ou tecido que foi acometido. Sua nomenclatura baseia-se no tecido de origem da doença, quando originado em tecidos epiteliais, são denominados carcinomas, e quando originado em tecidos conjuntivos, recebem o nome de sarcoma. Alguns cânceres não seguem essa regra, como por exemplo, a leucemia, que é uma neoplasia maligna do tecido hematopoiético, mas que não vem precedido dos prefixos sarcoma ou carcinoma e a Doença de Paget da mama, que homenageia o cientista que a descreveu pela primeira vez. (INCA, 2017; INCA, 2019).

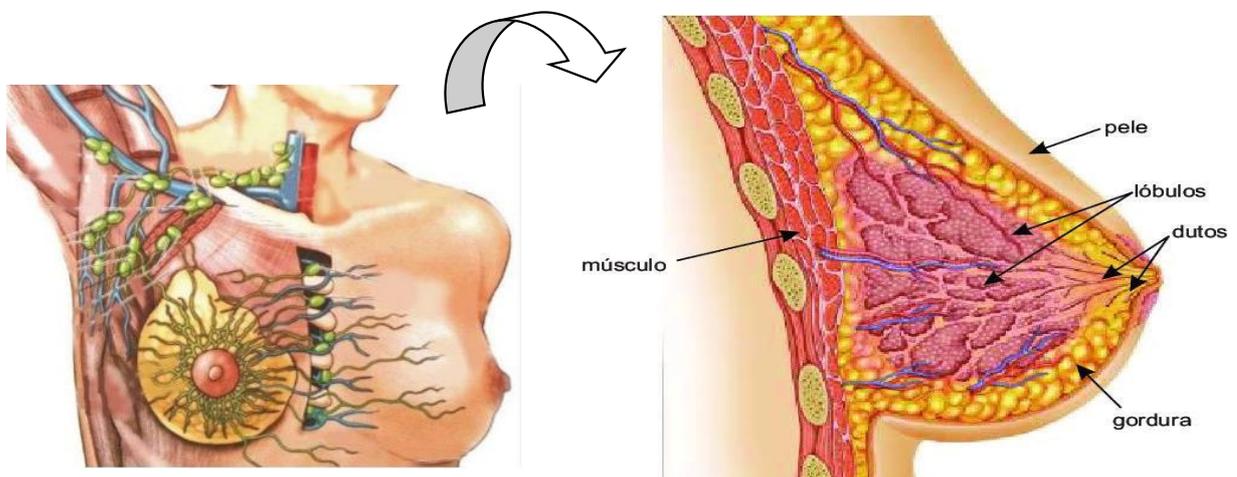
De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (2017), a taxa de mortalidade por neoplasias vem aumentando ao longo dos anos, tornando-se a segunda causa de óbito entre os brasileiros depois das doenças do aparelho circulatório. Os tipos de câncer com maior número de óbitos são: câncer de pulmão, estômago, próstata, cólon e reto e mama. Na população feminina o câncer de mama é o mais incidente e o principal responsável pelos óbitos em mulheres, tornando-se um grande problema de saúde pública no que se diz respeito a saúde da mulher.

### 3.2 Neoplasia mamária

As mamas são estruturas glandulares pares provenientes das glândulas sudoríparas modificadas, originadas das cristas mamárias primárias. São formadas por tecidos glandular, conjuntivo e adiposo, além de vasos sanguíneos, vasos linfáticos e fibras nervosas. Ficam localizadas na parede anterior e superior do tórax frente aos músculos peitorais e serráteis anterior, entre a terceira e sétima costela, na linha axilar, divididas pela região esternal (BERNADES, 2011; MOORE, DALLEY, AGUR, 2014).

A mama apresenta externamente a aréola de onde se projeta a papila mamária, que possuem pigmentação mais escura que a pele. A glândula mamária é constituída por ductos lactíferos, que são vias de drenagem dos lobos mamários até a papila. A principal função da mama é a produção do leite materno para a amamentação além de ter uma função essencial na autoestima e na autoimagem feminina (BRASIL, 2019; AMARAL, 2013).

**Figura 1: Tecido mamário fisiológico**



Fonte: American Cancer Society.

As mamas são órgãos que estão presentes em ambos os sexos, nos homens permanecem rudimentares por toda a vida e nas mulheres são mais bem desenvolvidas, suas alterações estruturais e funcionais iniciam na puberdade devido a estimulação cíclica dos hormônios estrogênio e progesterona, responsáveis pelo desenvolvimento mamário (AMARAL, 2013). Sua forma e volume são de variações

individuais, variam conforme a genética e os vários períodos da vida da mulher, podendo ter leve assimetria (BERNADES, 2011).

O câncer de mama caracteriza-se pela multiplicação desordenada de células anormais que acomete o tecido mamário formando uma massa chamada de tumor, com potencial invasivo. São compostas por um conjunto de doenças com manifestações distintas e conseqüentemente abordagens terapêuticas diversas. É uma doença crônico-degenerativa de evolução prolongada, progressiva e silenciosa, a duplicação celular do carcinoma mamário leva em média 100 dias, portanto pode levar até 10 anos para que se atinja o tamanho de 1cm (INCA, 2016; XAVIER, 2018).

De acordo com o BRASIL (2019) o câncer de mama é o tipo de neoplasia maligna que mais comete as mulheres, sendo raro entre os homens, e o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo. Ainda que a morbidade e a mortalidade por câncer de mama permaneçam elevadas ao longo dos últimos 10 anos, a doença possui um bom prognóstico quando seu diagnóstico é realizado precocemente (FREITAS; GUIMARÃES 2015).

### **3.2.1 Carcinogênese mamária**

A carcinogênese, processo de formação do câncer, normalmente ocorre lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere-se e dê origem a um tumor visível. É um processo altamente complexo do qual participam fatores internos, geneticamente pré-determinados, ou externos ao organismo, relacionados ao meio ambiente, aos hábitos, costumes e qualidade de vida da própria pessoa (INSTITUTO ONCOGUIA, 2015; BRASIL, 2013).

As células cancerosas crescem de forma anômala e ao invés de morrerem, como ocorre com as células normais, continuam crescendo e multiplicando-se incontrolavelmente dando origem a novas células cancerosas, que ao se acumularem formam uma massa tumoral. (HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016).

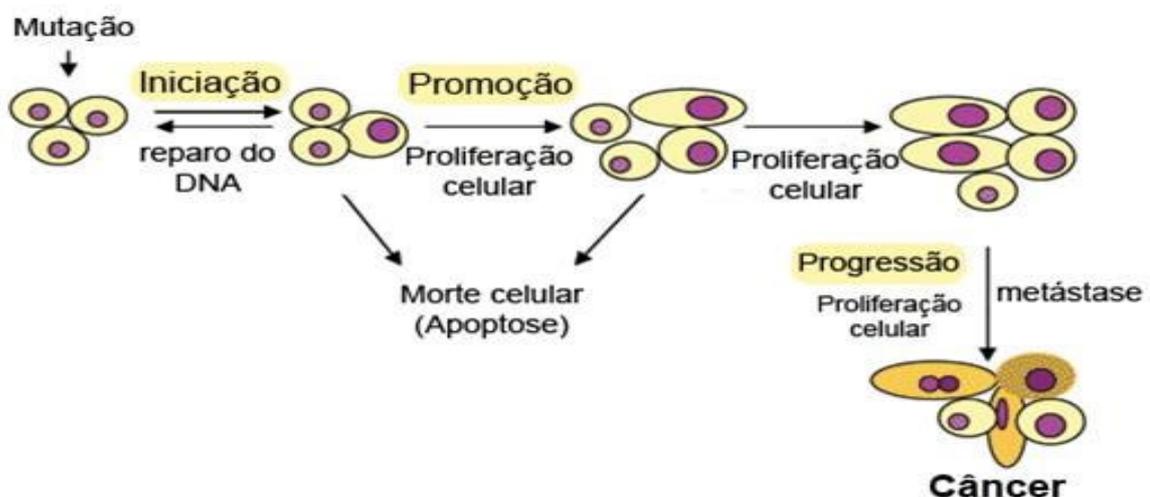
A carcinogênese mamária, processo de formação do câncer de mama, é um processo complexo e demorado, onde células saudáveis do tecido mamário ao passarem por algum tipo de alteração no seu ácido desoxirribonucleico (DNA), ocorrendo uma mutação genética, transformando-as em células cancerosas. Esse

processo necessita de certo tempo até que a proliferação dessas células dê origem a um tumor detectável (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).

Essas células possuem a capacidade de desprender-se do tumor e ao invadirem tecidos adjacentes chegam a corrente sanguínea ou linfática, o que possibilita sua migração para outros órgãos distantes iniciando o processo de metástase. A medida que o tumor cresce, e as células mamárias normais vão sendo substituídas pelas células malignas, o tecido invadido vai perdendo gradativamente suas funções (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018; HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN, 2016)

Antes de atingir a fase de tumor a carcinogênese mamária passa por alguns estágios que são eles: estágio de iniciação, promoção e progressão. Na iniciação as células normais têm seus genes alterados após passar por uma exposição a agentes cancerígenos. Posteriormente, no estágio de promoção, as células iniciais que foram alteradas ao serem estimuladas por agentes promotores, como hormônios, passam a se multiplicar até causar um tumor, processo que pode se estender até uma década. O estágio de progressão manifesta-se quando o câncer já está instalado e se desenvolveu a ponto de formar um tumor inicial, as células malignas estão multiplicando-se de forma descontrolada e irreversível, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas do carcinoma mamário (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018; FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA- FEBRASGO, 2010).

Figura 2: Carcinogênese



Fonte: Universidade Federal de Cariri, 2011.

O carcinoma mamário pode originar-se em diversos locais na mama, devido a isso sua classificação histológica varia conforme o tipo de célula mamária acometida pela alteração mutacional genética. Segundo Cândido, et al. (2016) existem muitos tipos de câncer de mama, uns mais comuns e outros mais raros, e estes se apresentam de distintas maneiras, variando de acordo com seu local de origem, sua extensão, seu potencial de disseminação entre outros fatores (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE APOIO À SAÚDE DA MAMA, 2019).

Para Kumar *et. al.* (2013) a neoplasia mamária pode ser classificada em dois tipos: o câncer de mama não invasivo ou *in situ*, que através de um tumor desenvolve-se em um único local e permanece dentro de sua membrana basal limitante; e o câncer de mama invasivo, onde ocorre o rompimento da membrana que reveste o tumor e dissemina-se por outras partes do corpo dando início ao processo conhecido como metástase.

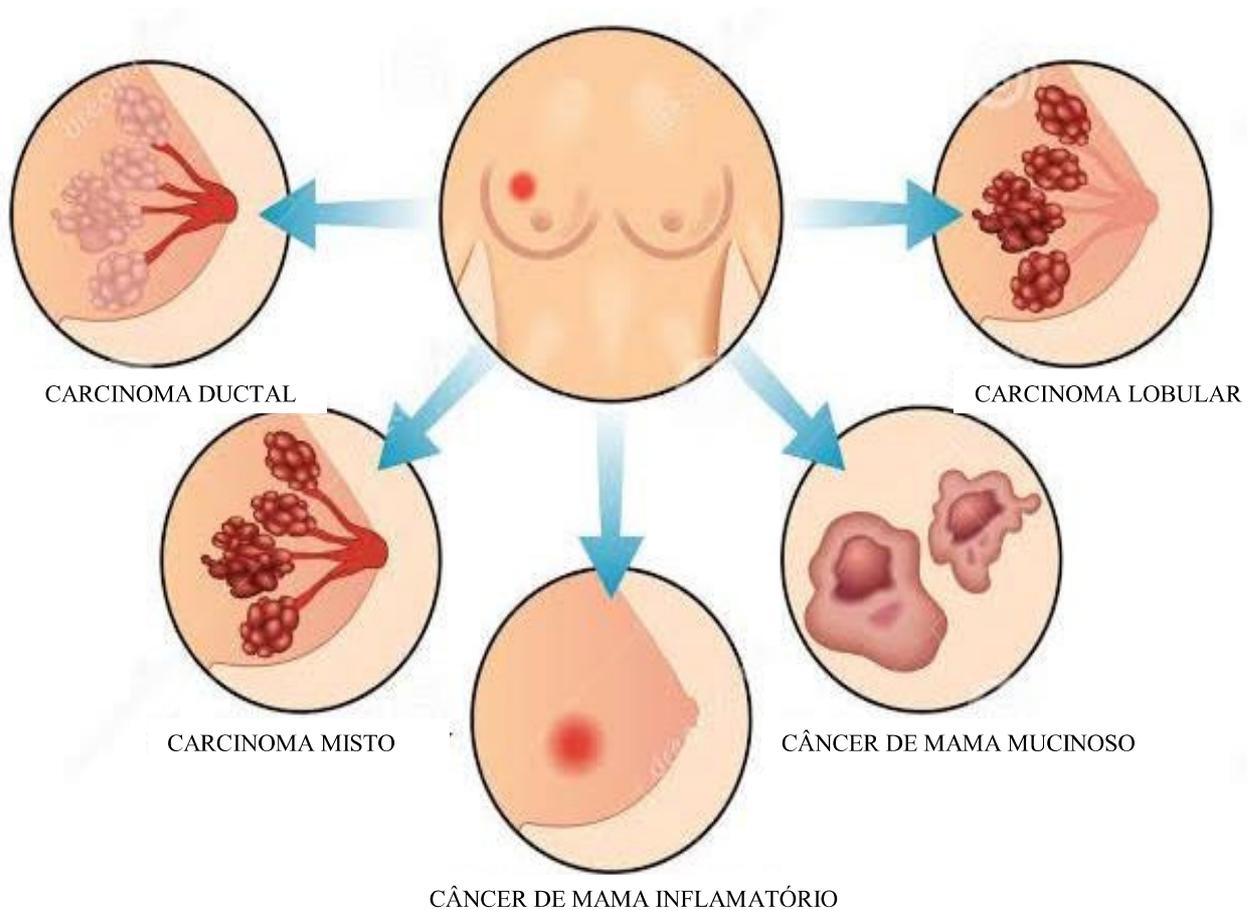
Dentro dessa classificação geral a neoplasia mamária pode ser subclassificada de acordo com o local de origem do tumor e os tipos mais comuns são:

- Carcinoma Ductal *In Situ* (CDIS): também conhecido como carcinoma intraductal, consiste na proliferação celular epitelial maligna na parede ou no interior dos ductos mamários sem invadir outros tecidos, embora possa progredir para a forma invasiva. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; INSTITUTO ONCOGUIA, 2019).
- Carcinoma Ductal Invasivo (CDI): é o tipo mais comum de câncer de mama, correspondendo a 70% dos casos, tem sua origem nos ductos mamários, destruindo as paredes desses ductos e espalha-se invadindo outros tecidos podendo espalhar-se pelas veias e vasos linfáticos na forma de metástase (NOBRE, 2016; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2017).
- Carcinoma Lobular *In Situ* (CLIS): origina-se nos lóbulos mamários, responsáveis pela produção de leite, e dificilmente espalham-se por outros tecidos. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; INSTITUTO ONCOGUIA, 2019).

- Carcinoma Lobular Invasivo (CLI): é o segundo tipo histológico mais frequente (CARDOSO,2015), tem origem nos lóbulos mamários e dissemina-se para além de suas barreiras atingindo outros tecidos (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017; INSTITUTO ONCOLOGIA, 2019).

Outros tipos de câncer de mama são menos comuns e mais raros são: Câncer de Mama Inflamatório; Doença de Paget: tem origem nos ductos mamários e se dissemina para a pele do mamilo e para a aréola; Tumor Filodes: tipo raro, que desenvolve no estroma da mama; Angiosarcoma: tem origem nos vasos sanguíneos ou linfáticos, mas raramente acomete as mamas (FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE INSTITUIÇÕES FILANTRÓPICAS DE APOIO À SAÚDE DA MAMA, 2019).

**Figura 3: Tipos de câncer de mama**



Fonte: dreamstime, 2015.

A etiologia do CM ainda é algo desconhecida, mas sabe-se que não existe uma única causa responsável pelo seu surgimento, mas uma combinação de fatores, internos ou externos ao organismo, que estão associados ao aumento da probabilidade de aparecimento do carcinoma mamário (SANTANA, BORGES, 2015).

O gênero feminino e a idade são uns dos mais importantes fatores de risco para o CM, uma vez que acomete 100 vezes mais mulheres do que homens, com faixa etária acima de 50 anos na maioria das vezes, além do envelhecimento natural acarretar mudanças nas células tornando-as mais suscetíveis ao surgimento de uma neoplasia, a exposição a demais fatores é acumulativa ao longo do tempo e os riscos aumentam com a idade (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2017).

Há outros fatores que podem aumentar os riscos de desenvolver o carcinoma mamário, dentre estes os principais incluem:

- Fatores ambientais e comportamentais: são fatores que estão relacionados ao comportamento pessoal, ao estilo e hábitos de vida de cada indivíduo, estes são: consumo de bebida alcoólica, tabaco e outras drogas, sobrepeso e obesidade, sedentarismo e exposição a ambientes com radiação ionizante ou exposições ocupacionais. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2018).
- Fatores genéticos e hereditários: Segundo o AMERICAN CANCER SOCIETY (2017) são responsáveis por 5% a 10% do total de casos de CM, e estes fatores incluem: história familiar de parentes de 1º grau que tiveram CM ou de ovário, principalmente antes dos 50 anos e mutações genéticas especialmente dos genes BRCA1 e BRCA2 herdadas geneticamente ou modificadas após exposição a agentes cancerígenos.
- Fatores da história reprodutiva e hormonal: estão relacionados diretamente a exposição prolongada ao hormônio estrógeno, uma vez que o carcinoma mamário é estrogênio-dependente, e seu risco eleva-se conforme a exposição aos hormônios ao longo da vida e compreendem: menarca precoce (início do ciclo menstrual antes dos 12 anos de idade), menopausa tardia (após os 55 anos), 1ª gestação após 30 anos ou nulíparas, não amamentar, fazer uso de contraceptivos hormonais e fazer reposição hormonal após a menopausa. Estes fatores indicam que provavelmente a mulher

terá mais ciclos menstruais que o esperado e conseqüentemente uma maior exposição ao hormônio estrógeno.

Não possuir nenhum fator de risco assim como possuir um ou mais fatores não nos dá a certeza de quem irá desenvolver ou não o carcinoma mamário, pois o risco de um indivíduo desenvolver o câncer de mama depender das condições sociais, ambientais, políticas e econômicas que ele se encontra, além da sua biologia. Por isso é de extrema importância o conhecimento dos fatores de risco modificáveis e não modificáveis a fim de minimizá-los o máximo possível, focando também nos fatores de proteção, (INCA, 2017).

### **3.2.2 Sintomatologia do câncer de mama e os métodos para rastreio e diagnóstico**

As mulheres quando iniciam a adolescência passam por uma série de mudanças físicas e psicológicas naturais da puberdade, e é nessa fase que deve ocorrer o incentivo para conhecerem seu próprio corpo, inclusive os seus seios, pois como diz George e Ashing (2019), conhecer suas mamas é o segredo para identificar alterações que possam ser um sinal de câncer.

Alterações na mama podem ocorrer desde a adolescência até a fase adulta, e realizando o autoexame das mamas regularmente a mulher pode identificar com mais facilidade qualquer alteração em suas mamas. Segundo a Sociedade Beneficente Israelita Brasileira (2016), o CM pode ser percebido inicialmente por meio dos sinais e sintomas, dentre eles 90% dos casos se dá pela identificação de um nódulo na mama percebido pela própria mulher.

Existem 5 sintomas que são mais percebidos pelas mulheres e são considerados sinais de alarme para detecção do carcinoma mamário, eles são: presença de nódulo fixo, identificado durante a palpação dos seios, região axilar ou região do pescoço, dor em região mamária e axilar, alteração na cor ou na característica da pele da mama, mudança no formato, tamanho ou sensibilidade das mamas e posição dos mamilos e saída de líquido anormal das mamas (GEOGE; ASHING, 2019).

As mulheres devem realizar regularmente o autoexame de suas mamas e exames de imagem a fim de que conheçam a anatomia normal de seus seios e proximidades para que possam identificar e descobrir qualquer alteração ou

anomalia que venha aparecer devendo procurar imediatamente assistência médica, sendo fundamental para a detecção precoce do carcinoma mamário (BRASIL, 2017).

O câncer de mama tem maior probabilidade de ser curado quando é detectado precocemente, permitindo o uso de tratamento adequado e eficaz, melhorando relativamente seu prognóstico e aumentando a sobrevida em até 85%. A Organização Mundial da Saúde (OMS) acredita que a detecção precoce é uma das ações integradas de controle do câncer que pode reduzir a morbidade e a mortalidade do carcinoma mamário (SILVA; HORTALE, 2011).

A detecção precoce do câncer de mama aborda duas estratégias: o diagnóstico precoce, que consiste na realização de uma consulta no serviço de saúde por indivíduos que possuem alguma sintomatologia do carcinoma mamário, e o rastreo, que consiste em incentivar indivíduos sem sintomas a realizarem exames de triagem afim de detectar precocemente o câncer de mama e encaminhá-los para uma confirmação diagnóstica (BRASIL, 2019).

Os métodos de rastreo do carcinoma mamário mais utilizados são: O exame clínico da mama, onde um profissional da saúde capacitado, irá inspecionar de forma estática e dinâmica as mamas e palpar tanto a região mamária como as cadeias ganglionares da região axilar e supraclavicular afim de identificar alguma alteração, o auto exame das mamas, que é uma estratégia onde se busca incentivar e ensinar a própria mulher a inspecionar e a palpar suas mamas e regiões adjacentes à procura de alterações, e os exames de imagem, como: ultrassonografia das mamas e a mamografia (SILVA; HORTALE, 2011; PEREIRA, 2018).

A mamografia é um exame radiográfico das mamas realizado pelo mamógrafo capaz de visualizar os tecidos internos da mama, podendo detectar pequenas lesões sugestivas de câncer de mama antes do surgimento de um tumor palpável (MS, 2004) sendo realizado tanto para o rastreo quanto para o diagnóstico do carcinoma mamário. A Sociedade Brasileira de Mastologia- SBM (2017) recomenda a realização anual de mamografia para mulheres a partir dos 40 anos, divergindo das recomendações do Ministério da Saúde, que preconiza o rastreamento bianual em mulheres com faixa etária a partir dos 50 anos.

Embora detectado o câncer de mama em algum dos métodos usados para investigação, a confirmação diagnóstica só é realizada por meio de biopsia, método de extração de fragmentos do nódulo por meio de uma punção com agulha

ou pequena cirurgia, para análise anatomopatológica do material e definição do diagnóstico (BRASIL, 2019).

A demora para a realização dos exames de rastreio, o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas e o diagnóstico tardio do câncer de mama são um dos principais empecilhos o início precoce do tratamento consequentemente diminuindo as chances de cura e sobrevida dessas mulheres.

### **3.2.3 Estadiamento e tratamento do carcinoma mamário**

Após a confirmação diagnóstica do câncer de mama, deve-se realizar o estadiamento, que consiste em um método utilizado para descrever a doença de acordo com sua extensão e grau de disseminação, classificando-a em estágios ou categorias conforme a semelhança do comportamento biológico de cada caso. Ao se estadiar um carcinoma permite-se constatar a evolução do câncer sendo imprescindível no planejamento terapêutico adequado (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2019).

A necessidade de se agrupar casos de câncer por estágio surgiu pelo fato de que as taxas de sobrevida eram diferentes nos casos em que a doença era limitada ao órgão de origem ou quando a doença tinha se disseminado para outros órgãos. O indivíduo com câncer possui suas particularidades, mas ao se estadiar a doença, agrupa-se os casos que possuem características análogas e que tendem a ter prognósticos semelhantes permitindo que recebam o mesmo tratamento (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019).

O estadiamento do câncer de mama é de fundamental importância na elaboração de estratégias de tratamento que sejam adequadas para cada paciente, indicação do prognóstico, avaliação dos resultados de tratamento além de ser uma linguagem universal utilizada pelos oncologistas para troca de informações. (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019).

Atualmente o sistema de estadiamento do câncer de mama mais utilizado é o Sistema de Classificação de Tumores Malignos TNM desenvolvido pelo francês Pierre Denoix entre os anos de 1943 e 1952, e preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004). Este sistema de classificação tem como base a avaliação da extensão do tumor primário (representada pela letra T), disseminação para linfonodos regionais (representada

pela letra N) e a presença ou ausência de metástase à distância (representada pela letra M). (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2019; COSTA, 2014). Para descrever a extensão da doença acrescenta-se a cada parâmetro avaliado (TNM), uma graduação.

**Quadro 1- Sistema de Classificação de Tumores Malignos- TNM.**

<b>Extensão do Tumor Primário</b>	
Tx	O tumor primário não pode ser avaliado
T0	Não há evidências de um tumor primário
T1	Tumor < 2cm em sua maior dimensão
T2	Tumor > 2cm < 5cm em sua maior dimensão.
T3	Tumor > 5cm em sua maior dimensão
T4	Tumor de qualquer tamanho, com extensão direta à parede torácica e/ou à pele
<b>Disseminação para Linfonodos Regionais</b>	
Nx	Linfonodos regionais não podem ser avaliados;
N0	Linfonodos regionais sem sinais de metástase;
N1	Acometimento leve de linfonodos, 1-6 (axilares regionais), homolaterais e móveis.
N2	Acometimento moderado de linfonodos, 7-15 (axilares ou da cadeia mamária interna), homolaterais e fixos entre si ou a outras estruturas
N3	Acometimento grave de linfonodos, mais de 15 (cadeia mamária interna, infraclaviculares e supraclaviculare, com ou sem comprometimento de linfonodos axilares)
<b>Metástase</b>	
Mx	A presença de metástase à distância não pode ser avaliada.
M0	Ausência de metástase a distancia
M1	Metástase a distância. Deve ser especificada a localização.

Fonte: TNM 7ª edição - AJCC / UICC (2010)

De acordo com a combinação do T, do N e do M se determina o estadiamento do carcinoma mamário. Existem combinações já pré-estabelecidas

que formam os estádios, que vão do 0 ao IV, expressando o nível de evolução da doença, sendo ainda subclassificados em A e B (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2019; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019).

**Quadro 2- Estádios do Carcinoma Mamário.**

<b>GRUPAMENTO POR ESTÁDIOS</b>				
<b>Estádio</b>		<b>Tumor</b>	<b>Linfonodos</b>	<b>Metástase</b>
<b>0</b>		Tis	N0	M0
<b>I</b>	<b>IA</b>	T1	N0	M0
	<b>IB</b>	T0	N1	M0
		T1	N1	M0
<b>II</b>	<b>IIA</b>	T0	N1	M0
		T1	N1	M0
		T2	N0	M0
	<b>IIB</b>	T2	N1	M0
		T3	N0	M0
<b>III</b>	<b>IIIA</b>	T0	N2	M0
		T1	N2	M0
		T2	N2	M0
		T3	N1, N2	M0
	<b>IIIB</b>	T4	N0, N1, N2	M0
	<b>IIIC</b>	Qualquer T	N3	M0
<b>IV</b>		Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: TNM 7ª edição - AJCC / UICC (2010)

O estadiamento pode ser classificado em clínico (realizado após o diagnóstico do carcinoma) e patológico (estabelecido após o tratamento cirúrgico) (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019). Uma vez realizado o estadiamento clínico do carcinoma mamário, seu estágio não poderá mais ser alterado ainda que a doença progrida ou venha a ter recidiva, sendo ainda mencionado o estágio inicial, feito após o diagnóstico (AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER, 2019).

O estadiamento clínico (cTNM) funciona como um julgamento da extensão do carcinoma, baseando-se no exame físico, exames de imagem, na biópsia da área afetada e outros exames relevantes, enquanto o estadiamento

patológico (pTNM) tem como base as informações do estadiamento clínico complementadas com os achados cirúrgicos e exame anatomopatológico do tumor, fornecendo informações mais precisas sobre a extensão da doença. (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015; INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019; COSTA, 2014).

As vezes o estadiamento patológico pode divergir do estadiamento clínico, demonstrando que o carcinoma mamário se disseminou mais do que o esperado, devido a isto o estadiamento clínico deve ser realizado de forma rigorosa já que ele é utilizado para determinar a indicação terapêutica de cada caso. Uma vez que ocorre um erro de estadiamento clínico o tratamento abordado será comprometido, podendo repercutir em tratamentos desnecessários ou insuficientes (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2015; COSTA, 2014).

O tratamento do carcinoma mamário depende diretamente do estágio em que a doença foi diagnosticada, do tipo do tumor e sua localização. Quando diagnosticado no início, o tratamento pode utilizar uma abordagem conservadora, menos nociva e com maior potencial de cura, porém quando diagnosticado em estágios mais avançados o tratamento pode ser mais agressivo e prolongado, com utilização de várias modalidades terapêuticas resultando em prejuízo a qualidade de vida dessa mulher (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2019; COSTA, 2014).

Em 2013 entrou em vigor a lei 12.732/12, de 22 de novembro de 2012, que garante o direito as pessoas diagnosticadas com câncer o prazo de até 60 dias para o início do tratamento a partir do dia em que for confirmado o diagnóstico em laudo patológico, no âmbito do SUS, fazendo com que aumente as chances de cura e diminua os danos e sequelas e aumente o tempo de sobrevivência, uma vez que o intervalo de tempo de espera entre o diagnóstico e o início do tratamento podem produzir consequências graves para as pacientes ( CONGRESSO NACIONAL, 2017).

As modalidades terapêuticas possíveis para o tratamento do câncer de mama podem ser agrupadas em: tratamento loco-regional, abrangendo cirurgia e radioterapia e sistêmico incluindo quimioterapia e hormonioterapia. Os tipos de tratamento podem ser utilizados isoladamente ou de forma combinada, associando duas ou mais modalidades a depender da indicação terapêutica do paciente, estado de saúde geral e preferências pessoais (LIMA,2018; BRASIL, 2017).

A quimioterapia consiste na administração de medicamentos quimioterápicos, tanto por via intravenosa quanto por via oral, que impede o crescimento tumoral, reduzindo tumores irresssecáveis e tornando-os ressecáveis. A hormonioterapia é considerada um tipo de quimioterápico que inibir hormônios necessários para o crescimento das células cancerígenas. A radioterapia utiliza a aplicação de radiação ionizante no local preciso do tumor com o objetivo de reduzi-lo facilitando posterior resseção, ou evitar o crescimento de novas células cancerígenas após retirada do tumor (BRASIL, 2017).

### **3.2.4 Abordagem cirúrgica**

Atualmente o tratamento padrão para o câncer de mama consiste na associação da abordagem cirúrgica combinada com algum outro tratamento local ou sistêmico, de acordo com a indicação terapêutica para o estágio em que se encontra a doença.

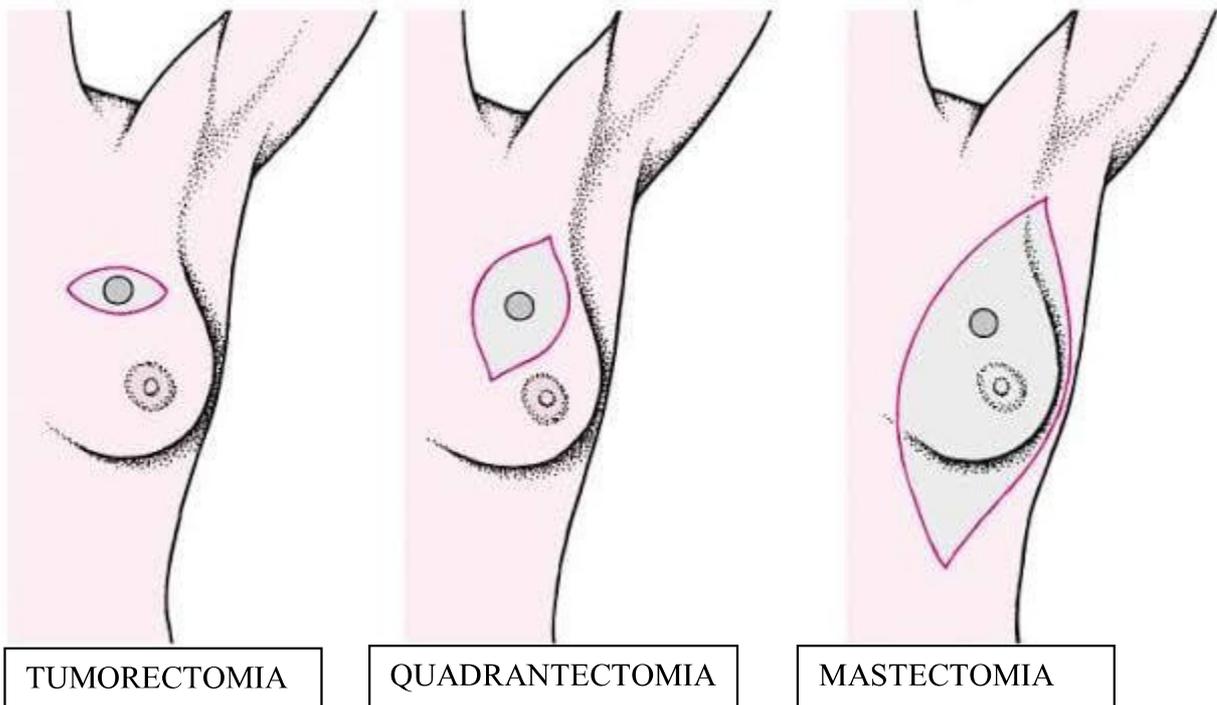
Segundo a Sociedade Brasileira de Cancerologia (2016) a abordagem cirúrgica é considerada o método mais antigo e mais definitivo para o tratamento de diversos tipos de neoplasias. Para o tratamento cirúrgico das neoplasias mamárias existem várias modalidades cirúrgicas, que pode utilizar técnicas radicais (mastectomia) ou conservadoras (quadrantectomia e tumorectomia), sua indicação vai depender do tamanho do tumor e da região afetada (FEMAMA,2019).

Durante alguns anos a única intervenção cirúrgica utilizada para tratar o câncer de mama era a mastectomia preconizada por Halsted, que se tratava da remoção total da mama, incluindo glândula mamária, músculos peitorais e linfonodos axilares e supraclaviculares, hoje já pouco utilizada devido aos danos físico e psicológico causados nas pacientes. Nos últimos 40 anos houve algumas modificações nos métodos cirúrgicos empregados na mastectomia com a finalidade de se adotar abordagem menos mutiladora e agressiva. Atualmente os tipos de mastectomia mais utilizados são: mastectomia radical modificada (retirada da glândula mamária e linfonodos axilares, com preservação dos músculos peitorais), mastectomia simples (remoção da glândula mamária, incluindo o complexo areolar com preservação os linfonodos axilares), mastectomia poupadora de pele (remoção da glândula mamária, conservando a maior parte da pele da mama) e mastectomia poupadora de pele e complexo areolarmamilar (CAM) (remoção da glândula

mamária, conservando a derme e epiderme do complexo aréolo-papilar permitindo a reconstrução da mama na mesma intervenção cirúrgica)(SILVA, 2017; RAUPP et al., 2017; ONCOGUIA, 2017, SÁ, 2017).

As abordagens cirúrgicas conservadoras tem como finalidade preservar a maior parte possível da mama em casos que a neoplasia mamária é diagnosticada em estágio inicial, sendo indicada a associação de outros tratamentos adjuvantes, possuindo resultado semelhante ao da mastectomia. Os tipos de cirurgia conservadora podem ser realizados utilizando duas técnicas: tumoretomia (ressecção do tumor e quantidade mínima de tecidos adjacentes como margem de segurança) segmentectomia ou quadrantectomia (consiste na ressecção do quadrante onde localiza-se o tumor incluindo a fáscia do musculo peitoral maior) (ONCOGUIA, 2017; LUSTOSA, 2009; RAMOS, 2009).

**Figura 4: Abordagens cirúrgicas.**



Fonte: Neosaúde, 2018.

Tais cirurgias, em particular a mastectomia, costumam causar profundos impactos na vida das mulheres diagnosticadas com câncer de mama, uma vez que a mutilação das mamas, órgão símbolo da feminilidade, gera repercussões físicas, psicológicas e sociais, trazendo limitações no movimento do braço, dano nas

habilidades motoras, paralisia, deficiência, prejuízo físico e estético, alteração da autoimagem e autoestima e comprometendo sua sexualidade, causando transformações dolorosas que abalam suas relações, refletindo diretamente na diminuição da qualidade de vida dessas mulheres, dificultando-as de retomarem para suas vidas social, familiar e profissional (LORENZ, 2018).

### **3.2.5 A enfermagem frente ao câncer de mama**

A enfermagem, ciência humana voltada ao cuidado humano tanto no âmbito individual quanto familiar e social, é uma das profissões que possui maior contingente de força de trabalho na saúde, possuindo competência e autonomia para atuar nos mais diversos âmbitos desta área. Devido a isto, o processo de trabalho da enfermagem é subdividido em várias esferas, tais como assistência, gerencia/ administração, ensino e pesquisa, todos interligados diretamente à prática do cuidado, permitindo com que o enfermeiro se torne um gerenciador do cuidado e toda sua complexidade (LIMA, 2010).

Após a mudança no perfil epidemiológico da saúde ao longo dos anos, houve o aumento de doenças crônico-degenerativas, dentre elas as neoplasias, que se tornou um problema de saúde pública de grande magnitude devido à sua alta incidência em todo o mundo, passou a ser necessário que profissionais da área, inclusive a Enfermagem, buscassem novos conhecimentos no campo oncológico, qualificando-os e os tornando competentes para assistencializar nessa área (TREVISIO, et al, 2017).

O enfermeiro é o profissional da saúde responsável pela assistência integral dos pacientes, competindo a ele, atribuições de cunho técnico e assistencial. Na neoplasia mamária, sua assistência está presente em todos os níveis de atenção, antes mesmo da descoberta do diagnóstico do carcinoma, uma vez que assume papel essencial desde a atenção primária, quando visa a promoção de saúde, prevenção de doenças, com rastreamento e detecção precoce do câncer de mama. Deste modo, compete ao enfermeiro, habilidades e responsabilidades que garantam maior segurança à administração dos protocolos terapêuticos após confirmação diagnóstica da doença, com ampla atuação, intervindo desde a avaliação, pré-tratamento, acompanhamento, e orientações após alta do tratamento (BRASIL. 2015).

Segundo o Ministério da saúde (2015) a atuação da enfermagem oncológica frente o câncer de mama ocorre de forma essencial e complexa, desde a consulta de enfermagem, onde será coletado e checado dados e informações referentes ao paciente, onde serão dadas informações importantes ao paciente e acompanhante a respeito da doença, dos exames e tratamento, dos possíveis efeitos colaterais dos medicamentos, esclarecimento de eventuais dúvidas e avaliação da necessidade de acompanhamento por outros profissionais, além de conferir protocolos de tratamento, administrar medicações quimioterápicas, assistência durante o tratamento radioterápico e Planejar, organizar, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades da equipe de enfermagem (BRASIL, 2015; COELHO, 2019).

O enfermeiro é o elo fundamental no tratamento multidisciplinar das pacientes com câncer de mama, visto que é o profissional com o qual a paciente possui mais contato durante a terapêutica, desta forma, acaba conhecendo o processo oncológico relacionado ao quadro clínico de cada paciente, geralmente sendo o primeiro a detectar qualquer alteração clínica e psicológica presente no paciente, antes que o mesmo perceba (BRASIL, 2015; AMÂNCIO; CAMPOS, 2009).

A oncologia exige dos profissionais da enfermagem uma assistência de alta complexidade durante todo o processo de tratamento, e o estadiamento clínico representa um importante meio que dispõem a esses profissionais dados a respeito da situação da doença no momento que fora diagnosticada, permitindo que os mesmos avaliem cada caso e a partir do raciocínio clínico trace um plano assistencial coerente e adequado para cada paciente, de forma holística e integral que incorpore aspectos clínicos e psicossociais, além de permitir que o enfermeiro compreenda as indicações terapêuticas escolhida pela equipe médica (BRASIL, 2015).

Além de proporcionar um quadro realístico das pacientes em tratamento contra o câncer de mama, o estadiamento expressa o panorama da atenção básica recebida por essa população, refletindo ainda sobre a relação entre o quadro clínico das pacientes, a adequação do tratamento optado, sobretudo no que diz respeito às intervenções cirúrgicas radicais escolhidas e suas respectivas consequências na qualidade de vida dessas pacientes.

GEBRIM (2009, p. 218) corrobora com esta afirmação quando diz que:

A avaliação periódica do estadiamento das neoplasias é fundamental para se avaliar a eficácia dos programas de detecção precoce, tratamento e

mortalidade. Isso tem relevância não só no âmbito médico-científico, mas, principalmente, no redirecionamento de recursos aplicados em Saúde – seja ela pública ou privada. O custo do tratamento médico é crescente em todo mundo, em especial em câncer de mama, o que nem sempre é revertido em redução mensurável da mortalidade. O estudo mostra a importância do rastreamento mamográfico, ainda que oportunístico, registrando também a necessidade da conscientização dos profissionais da área Saúde, para que haja direcionamento de recursos, visando aprimorar a coleta de dados, e para conhecer e monitorizar a incidência das neoplasias malignas e variáveis clínico-epidemiológicas, detectando mudanças no perfil de incidência temporal do câncer e a efetividade terapêutica.

Em face do exposto, torna-se imprescindível a realização efetiva e correta do estadiamento pela equipe médica, uma vez que este exerce grande importância no que se refere ao câncer de mama, sendo capaz de nortear os enfermeiros e outros profissionais da saúde para os tratamentos e cuidados realísticos adequados e avaliar as eficácias dos programas de detecção precoce, o que significa impactos positivos na qualidade de vida das mulheres com carcinoma mamário e alocação eficiente dos recursos no tratamento da doença.

## **4 METODOLOGIA**

Este estudo é um recorte de uma pesquisa maior intitulada “QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA”, vinculada ao Núcleo de Estudo, Pesquisa em Educação e Saúde da Mulher (NEPESM) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão, que tem como objetivo conhecer os aspectos que compõem a qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

### **4.1 Desenho do estudo**

Trata-se de um estudo do tipo descritivo, analítico e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

Segundo Freitas e Prodanov (2013), na pesquisa descritiva o pesquisador apenas registra e descreve os fatos observados sem que interfira neles, utilizando técnicas específicas e padronizadas de coleta de dados. Os autores também afirmam que a abordagem quantitativa é aquela que traduz em números opiniões e informações para classificá-las e analisá-las, sendo imprescindível o uso de recursos e de técnicas estatísticas (percentagem, média, moda, mediana, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão etc.).

### **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 Tarquino Lopes Filho (HCTLF)

O HCTLF 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 setembro de 2018 a Novembro de 2019.

### **4.3 População do estudo**

Foram abordadas mulheres previamente tratadas em cirurgias oncológicas da mama encontradas em sala de espera para consultas de acompanhamento pós-cirúrgico com mastologistas, fisioterapeutas e psicólogos, educadores físicos, além da abordagem durante as finalizações das reuniões dos grupos de apoio.

### **4.4 Critérios de inclusão e exclusão**

Foram incluídas no estudo, mulheres maiores de 18 anos, que receberam tratamento cirúrgico para câncer de mama unilateral, seja por cirurgias classificadas como mastectomia, quadrantectomia ou tumorectomia, tendo realizado ou não reconstrução mamária, independente da terapia coadjuvante já realizada, que finalizaram o tratamento com quimioterápicos.

Foram excluídas mulheres que tinham realizado o procedimento cirúrgico a menos de 06 (seis) meses ou mais de 10 anos retroativos e que não tenha tido o seu prontuário identificado.

#### **4.5 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 Hospital Geral foi realizado utilizando-se o programa estatístico PASS 15 (2017) e os seguintes parâmetros: Total de mulheres com câncer de mama atendidas no ano de 2015 nestes hospitais (410) e prevalência de cirurgias oncológicas mamárias de 70,7% com nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e erro tolerável de 5%, o tamanho mínimo é de 249 mulheres (PASS 15, 2017).

Este estudo apresenta os resultados preliminares coletados em setembro de 2018 a novembro de 2019, apresentando 70% da amostra da pesquisa maior.

#### **4.6 Variáveis de estudo**

Foram analisados no estudo as variáveis: idade, estado civil, raça/cor, renda familiar, ocupação, religião, escolaridade, modalidade cirúrgica, tipo histológico, ocorrência de mais de um tumor, tamanho do tumor, número de linfonodos acometidos, metástase, estadiamento clínico.

#### **4.7 Métodos**

Para coleta de dados foi utilizado um questionário (APENDICE A), aplicado 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 ExcelR.

Inicialmente foi apresentado à elas o Termo de Consentimento Livre e esclarecido (TCLE), e após esclarecimento do teor da pesquisa e consentimento de participação foram aplicado o instrumento de forma assistida pelos entrevistadores. A fim de complementar a entrevista, confirmando dados e buscando outros não informados, foi realizada a consulta ao prontuário.

O questionário, utilizado para a pesquisa maior, dispõe de 65 questões fechadas através do agrupamento das categorias de hábitos, características hereditárias, rastreamento, diagnóstico, características clínica e de tratamento, suporte emocional, grupo de apoio e sexualidade. Para este estudo foram utilizadas as questões: 2, 3, 6, 10, 11, 12, 13,34, 36, 38, 39, 40, 41, 42.

#### **4.8 Análise estatística**

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). A análise dos dados foi realizada através das variáveis do instrumento utilizado para coleta de dados. Na avaliação de associação entre as duas variáveis foi utilizado o teste do Qui-quadrado e o nível de significância adotado foi de  $\alpha \leq 0,0524$ .

#### **4.9 Aspectos éticos**

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 da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) (ANEXO A). O projeto da pesquisa maior foi submetido e aprovado pelo Departamento de Educação da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS São Luís e Aldenora Belo e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, Número do Parecer: 2.892.351 (ANEXO A).

O trabalho atendeu as exigências científicas e éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, implicando, 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 B).

Quanto aos benefícios, geraram-se resultados que poderão trazer amplos benefícios 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 cirurgicamente tratadas do câncer de mama.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os resultados aqui apresentados foram obtidos a partir de entrevistas e análises de prontuários de 158 mulheres participantes deste estudo, sendo 151 acompanhadas no Hospital Aldenora Belo, e 7 no hospital Tarquínio Lopes, originaram 4 tabelas e 2 gráficos.

Na tabela 1 considera-se os critérios de faixa etária, estado civil, cor, renda, ocupação, religião e escolaridade a fim de traçar os aspectos socioeconômicos das pacientes.

Observa-se na Tabela 1 que o perfil socioeconômico apresentado é de mulheres que estão na faixa etária de 50 a 59 anos, 34,2% (n=54), 62,6% (n=99) se autodeclararam pardas, sendo 33,5% (n=53) casadas, 47,5% (n=75) possuem renda mensal de até 1 salário mínimo, 40,5% (n= 64) são do lar, a religião predominante é a católica 60,8% (n=96) e a formação educacional é até o ensino médio completo 40,5% (n= 64).

**Tabela 1 - Distribuição de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão segundo características socioeconômicas. São Luís- MA, 2019 (Continua)**

VARIÁVEIS	N	%
<b>Faixa etária</b>		
<40 anos	11	7,0
40 a 49 anos	47	29,7
50 a 59 anos	54	34,2
60 anos e mais	46	29,1
<b>Raça/ Cor</b>		
Amarela	9	5,7
Branca	24	15,2
Parda	99	62,6
Preta	26	16,5
<b>Escolaridade</b>		
Analfabeta	2	1,3
Ensino Fundamental Incompleto	33	20,9
Ensino Fundamental Completo	25	15,8
Ensino Médio Incompleto	7	4,4
Ensino Médio Completo	64	40,5
Ensino Superior Incompleto	3	1,9
Ensino Superior Completo	24	15,2
<b>Estado civil</b>		
Casada	53	33,5
Divorciada	18	11,4
Solteira	49	31,0
União estável	15	9,5
Viúva	23	14,6

**Tabela 1- Distribuição de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão segundo características socioeconômicas. São Luís- MA, 2019. (Conclusão)**

VARIÁVEIS	N	%
<b>Renda (salário mínimo)</b>		
Até 1	75	47,5
1 a 3	69	43,7
3 a 5	12	7,6
5 a 15	1	0,6
> 15	1	0,6
<b>Ocupação</b>		
ACS	1	0,6
Administradora/técnica administrativa	14	8,9
Agente de saúde	3	1,9
Aposentada	17	10,8
Autônoma	14	8,9
Comerciarista	5	3,2
Desempregada	5	3,2
Do lar	64	40,5
Pescadora/lavradora	14	8,9
Professora	12	7,6
Tec. De enfermagem	1	0,6
Outros	8	5,1
<b>Religião</b>		
Agnóstica	5	3,2
Católica	96	60,8
Espírita	1	0,6
Evangélica	56	35,4
Total	158	100,0

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

Determinar o perfil socioeconômico nos permite detectar fatores que podem estar relacionados ao processo saúde-doença de uma população e identificar os diferentes perfis que compõe o cenário de outras regiões do Brasil, além de determinar possíveis dificuldades socioeconômicas que podem interferir no tratamento.

Observa-se nestes resultados que a grande parte dos casos de carcinoma mamário no estado do Maranhão ocorreram em mulheres com idade entre 50 a 59 anos. Dado semelhante ao desta pesquisa foi encontrado no Rio de Janeiro no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), no período de 2012 a 2014, no qual foi analisado o prontuário de 62 pacientes internadas para tratamento cirúrgico de câncer de mama, com idade entre 27 e 87 anos, havendo predominância (58,1%) da faixa etária entre 50 a 69 anos. Outros estudos (PEREZ, 2014; SULEIMAN, et al., 2017) apresentam dados semelhantes ao estudo realizado,

reafirmando a idade como fator de risco para o câncer de mama, paralelo a isto, pode-se constatar que o envelhecimento é um fator que predispõe o surgimento de neoplasias (HADDAD, CARVALHO, NOVAES, 2015).

Entretanto observa-se que há um grande percentual de casos com faixa etária inferior a 49 anos, correspondendo a 36,7% (n=58), dados que contrapõem a literatura, demonstrando um aumento progressivo de casos de carcinoma mamário em faixas etárias mais jovens, dados semelhantes ao da pesquisa realizada com 70 mulheres submetidas a mastectomia no Maranhão, no ano de 2018, mostra que 33% dessas mulheres estavam na faixa etária de 46 a 56 anos, e um estudo realizado em 2017 que traça o perfil clínico-epidemiológico de mulheres com câncer de mama na região nordeste do Brasil, realizado no hospital de referência em oncologia no nordeste, localizado no Ceará, demonstrou que das 80 participantes 68% tinham idades entre 40 e 49 anos, e a média de idade foi 43 anos. Fato que vem sendo observado em diversos países e seus aspectos estão sendo associados ao uma maior exposição das mulheres de faixa etária mais jovens aos fatores de risco do câncer de mama, entre eles se destaca-se o estilo de vida, onde as mulheres estão tendo gestações mais tardias, optando por um número menor de filhos, alimentam-se de forma inadequada e expõe-se cada vez a ambientes que influenciam no surgimento de tumores de mama (SOUZA et al., 2017; CUTRIM, 2018; ONCOGUIA, 2019).

De acordo com os resultados obtidos no estudo, observa-se uma predominância de mulheres que autodeclaram pardas. Resultado semelhante ao estudo realizado com 1409 mulheres, entre os anos de 2000 e 2015 em Araguaína, Tocantins, para avaliar a variação temporal dos percentuais de câncer mamário feminino em estádios precoce e tardio e analisar as variáveis sócio-demográficas associadas com esses estádios, onde 71,3% das participantes eram pardas, dados que divergem de outras literaturas. A disparidade racial nos casos de câncer de mama entre as regiões brasileiras se justifica pela grande dimensão territorial do país e a intensa miscigenação que possui, segundo o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), o maior número de habitantes de cor preta e parda está na região nordeste enquanto no sul a população branca soma 78,5%. (SULEIMAN, et al., 2017; IBGE, 2010).

O autoexame associado a estratégias de alerta à saúde das mamas são métodos que buscam o diagnóstico precoce a partir do reconhecimento dos sinais e

sintomas do câncer de mama, contribuindo para a redução do diagnóstico de carcinoma mamário em estágios avançados, para a eficácia dessas medidas destaca-se a importância do nível de escolaridade dessas mulheres, uma vez que ela reflete no seu grau de instrução. No presente estudo cerca de 40,5% das mulheres possuem o ensino médio completo, dado que diverge do estudo realizado em 2015 em 239 unidades hospitalares do Brasil com 137.593 mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2000 a 2011 para analisar o intervalo de tempo entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama e seus determinantes, que aponta que 42,3% das mulheres possuíam o ensino fundamental incompleto, e identificou ainda que mulheres com menos de 8 anos de estudo tem maior possibilidade de acesso tardio ao tratamento e pacientes com maior escolaridade costumam descrever melhor os sintomas (MEDEIROS et al., 2015).

Observa-se ainda que 43% das mulheres são casadas ou possuem união estável, uma diferença não tão expressiva diante das que não possuem um companheiro, entre elas: solteiras, divorciadas e viúvas, que totalizam 47%, alguns estudos relatam que mulheres que possuem um companheiro possuem um maior apoio no enfrentamento da doença e seguimento do tratamento (PEREZ, 2014). Verifica-se que é predominante, na amostra, a preferência pela religião católica (60,8%), seguida pela evangélica (40,70%). No estudo realizado em Uberlândia, Minas Gerais acerca da espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama, Ribeiro et al.(2019) afirma que a religião e a espiritualidade possuem papel fundamental no enfrentamento do câncer de mama, desde o momento do diagnóstico até as repercussões do tratamento.

Um estudo realizado em São Francisco do Conde- Bahia, com mulheres diagnosticadas com carcinoma mamário no período de 2009 a 2015 mostra que 53,1% das participantes possuem como atividade principal as tarefas domésticas, o que corrobora os dados observados no presente estudo, onde 54,5% das mulheres participantes não estão inseridas no mercado de trabalho referindo as atividades do lar como atividade principal e 47,5% possuem renda familiar de até 1 salário mínimo, fato que provavelmente se justifica pelo abandono do mercado de trabalho após o diagnóstico do câncer de mama devido à falta de apoio no ambiente de trabalho e pelas dificuldades encontradas para conciliar o trabalho e o tratamento, visto que alguns tratamentos fazem com que a mulher fique debilitada, diminuindo sua

produtividade para trabalhar, e o próprio tratamento cirúrgico muitas vezes pode gerar impactos negativos que impossibilitam essa mulher a retornar ao mercado de trabalho ainda que se encontre numa faixa etária ativa para o trabalho ( REIS et al., 2016).

A tabela 2 retrata os dados sobre a caracterização do estadiamento clínico das pacientes em estudo. Nesta, observa-se que 23,4% (n=37) encontravam-se no estadiamento IIA, entretanto, nota-se uma proximidade entre os estadiamentos IIB e IIIB, apresentando respectivamente 17,7 % (n=28) e 16,5% (n= 26), o que posteriormente impactará proporcionalmente no tipo de tratamento cirúrgico dado às pacientes.

**Tabela 2 – Caracterização clínica do estadiamento clínico dos casos de neoplasia mamária no Maranhão – Ano 2018 a 2019.**

VARIÁVEIS	n	%
<b>Estadiamento clínico</b>		
IA	22	13,9
IB	6	3,8
IIA	37	23,4
IIB	28	17,7
IIIA	22	13,9
IIIB	26	16,5
IIIC	8	5,1
IV	3	1,9
Não especificado	6	3,8
<b>Total</b>	<b>158</b>	<b>100,0</b>

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

Quanto ao estadiamento clínico do tumor das pacientes do presente estudo, ao somarmos os percentuais dos estádios IA, IB, IIA e IIB pode-se perceber que 58,8% das mulheres com diagnóstico de carcinoma mamário apresentaram estádios evolutivos iniciais do tumor, e na maioria casos o estadiamento clinico IIA foi o mais frequente. Diante dos resultados torna-se evidente que maior parte das mulheres da amostra ao serem diagnosticadas em estádios iniciais possuem prognósticos favoráveis estando aptas a realizarem abordagem cirúrgica conservadora, possuindo maior possibilidade de cura da doença, com maior sobrevida que as diagnosticadas em estádios avançados.

Achado do presente estudo vai de acordo com ao do publicado por Nico et al.(2016) que avaliou a possível associação entre as características sociodemográficas e o estágio clínico do câncer de mama em 257 mulheres, em

Governador Valadares, Minas Gerais entre os anos de 2009 e 2010, onde a maioria dos casos encontravam-se entre os estádios II (38,5%) e I (26,5%), e 67,3% dos casos possuíam estadiamento inicial entre I e II. No ano de 2017, Cutrim em seu estudo constatou que das 70 mulheres diagnosticadas com carcinoma mamário a maioria possuíam estadiamento IA e IIA, apresentando 22,86% e 21,43% respectivamente, e predominava os estádios iniciais durante o diagnóstico do câncer de mama, 64,29% (IA, IB, IIA, IIB).

No estudo de Dutra et al. (2009), que investigava o câncer de mama em mulheres jovens e mulheres em pós-menopausa e de Sousa et al. (2018) que buscava avaliar o perfil clínico de pacientes muito jovens com câncer de mama não metastático, foi identificado que mulheres jovens ao serem diagnosticadas com carcinoma mamário apresentam frequentemente tumores com características mais agressivas e com estadiamento clínico mais avançado quando comparado ao estadiamento das mulheres com faixa etária acima dos 45 anos, fato que pode ser explicado devido aos métodos de rastreio do câncer de mama não ser preconizado a faixa etária menor de 40 anos.

O estadiamento clínico além de ser um dos fatores para escolha da terapêutica adequada para cada caso, também é considerado um fator prognóstico que está relacionado a sobrevida das mulheres acometidas pelo câncer de mama. Estudos mostram que a relação entre o estadiamento e a sobrevida é inversamente proporcional, ou seja, mulheres diagnosticadas precocemente apresentam melhores prognósticos e conseqüentemente terão uma maior sobrevida, no entanto aquelas diagnosticadas tardiamente com estágios avançados possuem prognóstico menos favorável e menor taxa de sobrevida. No estudo realizado de Ayala (2019), onde buscou-se investigar a sobrevida em 10 anos após o diagnóstico e os fatores prognósticos de mulheres com carcinoma mamário entre os anos de 2000 e 2014 foi constatado que mulheres que possuíam a partir do estadiamento II com invasão linfática possuíam menores taxas de sobrevida (PARKIN, et al., 2005; SCHNEIDER, D'OSRI, 2009; GEORGE, 2019).

A tabela 3 evidencia as variáveis que caracterizam o estadiamento patológico: considerando a ocorrência de mais de um tumor, o tamanho do tumor, o número de linfonodos atingidos e a presença de metástases. Os dados mostram que no universo de 158 casos analisados, 78,5% (n= 124) não apresentaram mais de um tumor, 43,7% (n= 69) das pacientes possuíam o tamanho do tumor classificado em

T2, 53,8% (n=85) da amostra não possuía linfonodo atingido (N0) e 73,4% (n= 116) não apresentavam metástases.

**Tabela 3 - Caracterização clínica do estadiamento patológico das mulheres submetidas à submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão – Ano 2018 a 2019.**

VARIÁVEIS	N	%
<b>Ocorrência de mais de um tumor</b>		
Não	124	78,5
Sim	34	21,5
<b>Tamanho do tumor</b>		
T0	4	2,5
T1	49	31,0
T2	69	43,7
T3	15	9,5
T4	16	10,1
Tis	5	3,2
<b>Nº de linfonodos atingidos</b>		
N0	85	53,8
N1	37	23,4
N2	23	14,6
N3	11	7,0
Nx	2	1,2
<b>Metástases</b>		
Não	116	73,4
Sim	42	26,6
Total	158	100,0

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

Ao analisar os dados do presente estudo sobre o estadiamento patológico podemos perceber a partir do estudo anatomopatológico do tumor que a maioria das mulheres possuíam o estadiamento T2, N0, M0, considerado estagio II segundo o Sistema TNM de Classificação, dados que reafirmam a abordagem cirúrgica conservadora realizada na maioria das mulheres deste estudo.

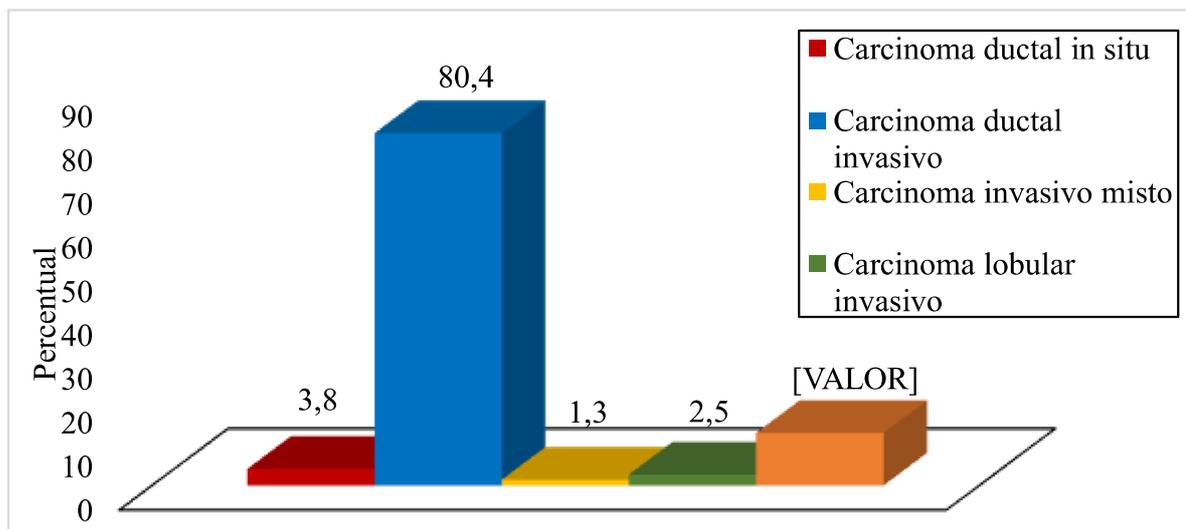
Estes dados se assemelham aos de um estudo realizado em São Paulo, no Complexo Hospitalar da Santa Casa de Franca em 2019 com uma amostra 170 mulheres que foram submetidas a cirurgia oncológica das mamas, onde 49,5% foram classificadas em relação ao tamanho do tumor em T2, ou seja eram maior que 2cm e menor ou igual a 5 cm, 52,6% não tiveram acometimento de linfonodos regionais sendo classificadas como N0 e 92,3% das mulheres não tiveram metástase à distância, tais dados nos faz refletir que o diagnóstico do câncer de mama nessas mulheres de ambos os estudos ocorreram de forma precoce, fazendo

com que a resposta aos tratamentos realizados sejam mais eficazes e com maior potencial de cura (BARBAROTTO, 2019).

O estudo realizado por Cutrim (2017), relata que 85,71% dos casos apresentaram somente um tumor e o estadiamento patológico predominante foi T2 (44,29%), N0 (54,29) e M0 (84,29%), o que as classificava no estágio II da doença, resultado semelhante ao encontrado no presente estudo. Nos últimos anos, a implementação de estratégias para rastreio do carcinoma mamário pode está refletindo na detecção da doença em estádios mais iniciais, favorecendo o início do tratamento precoce o que leva a um maior índice de cura e de redução da mortalidade, visto que o estadiamento do tumor reflete diretamente na taxa de sobrevivida das mulheres diagnosticadas com carcinoma mamário, uma vez que as características clinicas do tumor, seu tamanho e a extensão da doença representam importantes indicadores do prognóstico da doença, (AYALA, 2019).

Observa-se no gráfico 1 que a maioria dos carcinomas mamários detectados no estado do Maranhão são do tipo carcinoma ductal invasivo (80,4%), e o menos prevalente é o carcinoma invasivo misto (1,3%).

**Gráfico 1- Prevalência dos tipos de carcinomas mamários no Maranhão – Ano 2019**



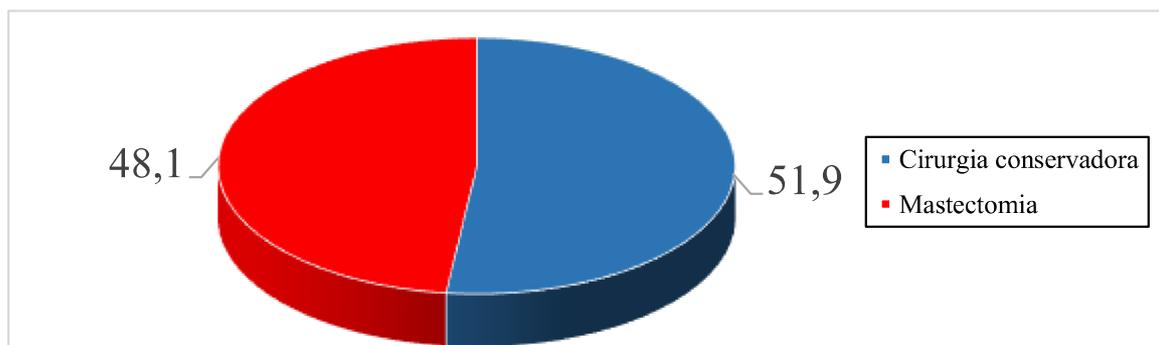
Fonte: Dados sintetizados pelo autor a partir da coleta de dados

No que concerne o tipo histológico, os resultados obtidos no estudo corroboram com a literatura, demonstrando predominância de 80,4% do tipo ductal invasivo, tipo mais comum de carcinoma mamário em mulheres independente da

faixa etária, dado semelhante ao encontrado por Pinheiro et al., (2013), onde analisou 12.689 casos de câncer de mama em mulheres jovens em São Paulo nos anos entre 2000 a 2009, onde 90,7% dos casos eram carcinoma ductal invasivo da mama.

Observa-se através do gráfico 2 apresentado, que, o tratamento cirúrgico dados às mulheres maranhenses com carcinoma mamário em sua maioria é o conservador, correspondendo a 51,9%, entretanto a mastectomia corresponde ainda a 48,1% dos casos, mostrando que esta modalidade ainda é aplicada na maioria dos casos desde o estadiamento IIB (53,6%), considerado fase inicial, como mostra a tabela 4.

**Gráfico 2- Tipos de tratamentos cirúrgicos recebidos pelas mulheres com carcinoma mamário no Maranhão – Ano 2019**



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

O estudo realizado por Bezerra (2012), que buscava investigar a qualidade de vida das mulheres por câncer de mama, em São Luís, Maranhão mostrava que o tratamento cirúrgico não conservador, a mastectomia, foi a escolha mais comum correspondendo a 63%, o que repercutiu em níveis de qualidades de vida ruins para estas mulheres, dados que divergem da atualidade, onde o presente estudo demonstra que houve um aumento da escolha do tratamento cirúrgico conservador, o que pode estar ligado diretamente a prevalência dos estadiamentos iniciais encontrados em grande parte das mulheres quando diagnosticadas com câncer de mama. Para Camargo (2003), o tipo de tratamento cirúrgico de melhor escolha para estágios iniciais (I e II) do câncer de mama e a cirurgia conservadora, que visa preservar o máximo possível da região mamaria, causando menos repercussão na imagem corporal desta mulher, menos problemas funcionais futuros.

A tabela 4 relaciona os níveis de estadiamentos clínicos e as modalidades cirúrgicas dadas ao tratamento de carcinoma mamário na amostra de 158 mulheres avaliadas.

Percebe-se que, no estadiamento IA, 59,1% das mulheres (n=13) foram submetidas à modalidade cirúrgica conservadora. No estadiamento IB a modalidade de tratamento foi de 50%(n=3) para o tipo conservadora e 50% (n=3) para a opção mastectomia. Os estadiamento IIA, 75,7% (n=28) receberam tratamento cirúrgico conservador. Dos casos no estadiamento IIB, 53,6% (n=15) receberam tratamento cirúrgico de modalidade mastectomia. Do mesmo modo, para os estadiamento IIIC (n= 8) e IV (n= 3) foram aplicadas as cirurgias de mastectomia em 100% dos casos, sendo respectivamente. Dos seis casos de estadiamentos não especificados, 66,7% (n=4) receberam tratamento conservador e 33,3% (n=2) receberam tratamento de mastectomia.

**Tabela 4 - Relação entre o estadiamento clínico e a modalidade cirúrgica de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama Maranhão – Ano 2018 a 2019.**

ESTADIAMENTO	MODALIDADE CIRÚRGICA					
	CIRURGIA CONSERVADORA		MASTECTOMIA		TOTAL	
	N	%	n	%	N	%
<b>IA</b>	13	59,1	9	40,9	22	13,9
<b>IB</b>	3	50,0	3	50,0	6	3,8
<b>IIA</b>	28	75,7	9	24,3	37	23,4
<b>IIB</b>	13	46,4	15	53,6	28	17,7
<b>IIIA</b>	12	54,6	10	45,4	22	13,9
<b>IIIB</b>	9	34,6	17	65,4	26	16,5
<b>IIIC</b>	0	0,0	8	100,0	8	5,1
<b>IV</b>	0	0,0	3	100,0	3	1,9
<b>Não especificado</b>	4	66,7	2	33,3	6	3,8
<b>Total</b>	82	51,9	76	48,1	158	100,0

$$\chi^2 = 24,7447 \quad p = 0,0017$$

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

O sistema TNM de classificação de tumores malignos é utilizado para se obter informações do comportamento biológico do tumor e seu prognóstico a partir da avaliação da extensão, disseminação e evolução do câncer, além de ser uma ferramenta fundamental para estabelecer a escolha terapêutica recomendada para cada paciente, determinando o tipo de abordagem cirúrgica e a associação de tratamentos adjuvantes a partir do estágio em que a doença fora diagnosticada. Para

se estadiar o carcinoma mamário assim como outras neoplasias requer que da equipe medica conhecimentos sobre o comportamento biológico da doença e sobre o sistema de estadiamento adotado pela instituição, pois um estadiamento bem conduzido reflete em escolhas terapêuticas corretas, entretanto a sua superestimação pode resultar em escolhas terapêuticas excessivas e desnecessárias trazendo prejuízo para a sobrevivência das pacientes (BRASIL, 2019).

O tratamento cirúrgico é a principal indicação para se tratar o carcinoma mamário. Durante muito tempo o tratamento preconizado para o câncer de mama era a mastectomia radical, com o passar dos anos e com a descobertas e aperfeiçoamento de novas técnicas cirúrgica abriu-se caminhos para procedimentos menos agressivos e invasivos, e atualmente os tipos mais comuns de abordagens cirúrgicas utilizadas são: mastectomia radical, que consiste na retirada total da mama seguido do esvaziamento do complexo de linfonodos axilares, e a cirurgia conservadora ou parcial, procedimento que retira o tumor maligno com uma parte de tecidos e linfonodos adjacentes que estejam saudáveis para garantir uma margem de segurança, preservando a maior parte possível da mama (RAUPP ET AL. 2017).

A escolha do tratamento cirúrgico a ser utilizado baseia-se em alguns critérios, entre eles o estadiamento clínico. A cirurgia conservadora é a principal indicação terapêutica para controle loco-regional do carcinoma mamário diagnosticado em estádios I e II, considerados em fase inicial, inclusive inúmeros estudos provaram que a cirurgia conservadora associada de outros tratamentos neoadjuvantes possuem resultados semelhantes ao da mastectomia quando realizado em casos de câncer de mama em fase inicial, optando-se sempre que possível, realizar este tipo de abordagem. Em relação a mastectomia, recomenda-se ser realizada em casos de estádios avançados, por apresentarem tumor primário com maior dimensão havendo comprometimento significativo dos linfonodos regionais (COSTA, 2019; BRASIL, 2019).

A partir dos dados obtidos no presente estudo foi comprovado que houve uma relação entre a determinação do tipo de cirurgia e o estadiamento clínico do câncer de mama nas mulheres tratadas. Dentre os casos estudados, observa-se que mulheres que possuíam estadiamento baixo, considerado do IA ao IIB, prevaleceu a realização da cirurgia conservadora e em mulheres com estadiamento avançado, a partir do IIIA ao IV, a mastectomia prevalecia. Então podemos concluir diante dos resultados encontrados que a proporção de cirurgia conservadora no grupo de

mulheres com estadiamento inicial é maior que no grupo com estadiamento avançado, bem como a mastectomia e proporcionalmente maior no grupo de estágio avançado quando comparado ao grupo que possuía estágio inicial.

É importante destacar que a soma dos n dos estágios do IA ao IIB demonstra que 38,7% das mulheres com estágio inicial foram submetidas a mastectomia radical ao invés da cirurgia conservadora da mama, técnica mais eficaz para esses casos, pois além de ser menos agressiva, estudos mostram que esse tipo de cirurgia proporciona uma melhor qualidade de vida as mulheres com câncer de mama no âmbito do psicológico e da autoimagem corporal.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O diagnóstico do câncer de mama gera vários impactos negativos na vida da mulher. Quanto mais demorado o diagnóstico mais avançado pode ser o estadiamento do carcinoma, conseqüentemente o tratamento será mais agressivo e mutilador, acarretando mais sofrimento para o enfrentamento da doença. A relação do estadiamento com a situação atual que a doença se encontra reforça a importância do diagnóstico precoce do câncer de mama afim de diminuir as chances dessa mulher necessitar de tratamentos mais agressivos, como a mastectomia. Desta forma, torna-se evidente a importância da implementação de ações que visem a detecção precoce para o câncer de mama.

O papel da enfermagem frente ao câncer de mama consiste em atuar em diversos níveis de atenção, desde a atenção primária, elaborando estratégias de educação em saúde para prevenção e rastreio da doença, até a alta complexidade, com a implementação do cuidado holístico voltados para as necessidades dessas mulheres, contribuindo assim para uma melhor qualidade de vida, amenizando o sofrimento causado pelos efeitos colaterais dos tratamentos e ajudando-as a adaptarem-se aos novos hábitos de vida. Mediante o estadiamento das pacientes, o enfermeiro traçará o plano de assistência, e as bases terapêuticas do tratamento médico instituído, orientando adequadamente o raciocínio clínico diante dos sinais e sintomas apresentados para estabelecer uma relação profissional adequada orientada pelo respeito e por critério prognóstico mais realista.

O presente estudo considerou importante traçar o perfil socioeconômico das mulheres maranhenses em tratamento contra o câncer de mama, reconhecendo que tais fatores impactam sobre o quadro apresentado no estadiamento, visto a relação entre o desenvolvimento da doença e possíveis prognósticos dessa população.

Entende-se que o estadiamento reflete a desigualdade socioeconômica como um fator que está ligado a dificuldade ao acesso a saúde e está relacionado a mortalidade pelo câncer de mama. Portanto tal instrumento colabora para a elaboração de estratégias educativas, preventivas e de autocuidado voltadas para as necessidades desse público alvo e podem contribuir para o aumento da detecção precoce do câncer de mama assim como de outras neoplasias.

A pesquisa verificou que dentre as mulheres maranhenses diagnosticadas com câncer de mama, o perfil socioeconômico é composto por mulheres com faixa etária entre 40 e 60 anos, pardas, com baixa escolaridade, tendo cursado até o ensino médio, casadas, majoritariamente religiosas (católicas) e predominantemente não inseridas no mercado de trabalho, com renda bruta de até 1 salário mínimo mensal.

Embora a pesquisa tenha evidenciado uma maior incidência do câncer de mama em mulheres com faixa etária entre 50-59 anos, foi encontrado um resultado preocupante de elevada taxa de mulheres com idade menor de 49 anos que estão fora da cobertura de programas de rastreamento do câncer de mama no Brasil.

Compreende-se que, não obstante os resultados desta pesquisa apresentem prevalência do tratamento cirúrgico conservador, chama-se a atenção para o número de intervenção cirúrgica radical adotada, mesmo em fases iniciais da doença, o que repercutirá, de qualquer modo, nos níveis de qualidades de vida para as mulheres em tratamento.

Quanto aos aspectos relacionado a caracterização clínica e patológicas do estadiamento do carcinoma mamário das maranhenses, pode-se observar que a maioria delas possuíam estadiamento clínico favorável, sendo diagnosticada ainda no início da doença, onde o tumor primário apresentava pequenas dimensões e a doença ainda possuía acometimento local e não havia presença de metástase. O estadiamento patológico reforça a importância do diagnóstico inicial da doença, ou seja, encontravam-se entre os estádios IA e IIB o que permite perceber que as estratégias de rastreio e diagnóstico precoce do câncer de mama estão sendo aplicadas de forma eficaz, impactando positivamente na saúde das maranhenses

Entre as mulheres maranhense da amostra o tipo de carcinoma mamário predominante foi o carcinoma ductal invasivo, achado semelhante ao da maioria das usuárias do SUS descritos na literatura e a abordagem cirúrgica mais utilizada foi a cirurgia conservadora, embora não haja tanta disparidade na escolha da mastectomia.

A partir dos dados apresentados, constatou-se a relação que existe entre o estadiamento clínico e a escolha do tipo cirúrgico realizado nas pacientes, onde houve predominância da escolha da cirurgia conservadora para as pacientes que

foram diagnosticadas em estádios iniciais e intermediários, assim como foi escolhido a mastectomia para aquelas que possuíam estadiamento tardio, embora tenha-se percebido leve discrepância entre o número de mastectomizadas em estádios tardios e mastectomizadas em estádios iniciais.

A presente pesquisa, portanto, colabora para a reflexão sobre a seriedade da realização correta do estadiamento no processo de tratamento do câncer de mama uma vez que consiste num instrumento essencial para a prática da enfermagem oncológica, avalia a eficácia dos programas de detecção precoce, tratamento e mortalidade e pode evitar uma intervenção cirúrgica desnecessária, que, por sua vez, poderá impactar significativamente na vida das pacientes, incidindo em consequências físicas, emocionais e sociais, sobretudo, em face do perfil das mulheres apresentadas: pobres, em vida conjugal e desempregadas.

## REFERÊNCIAS

AMÂNCIO, Nilda Alves Miranda; CAMPOS, Leonor Natividade de Medeiros. O papel do enfermeiro na assistência ao paciente oncológico. **Revista Tecer**, Belo Horizonte, v. 2, n. 3, p. 95-104, 2009. Disponível em: <https://www.metodista.br/revistas/revistas-izabela/index.php/tec/article/view/187/262>. Acesso em: 28 nov. 2019.

AMARAL, Elizabete Marques. **Termografia como Meio de Diagnóstico Complementar da Mamografia**. [S. l.: s. n.], 2013. Disponível em: <https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/9784/1/Elizabete%20Amaral.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Entendendo um diagnóstico de câncer de mama: tipos de câncer de mama**. [S. l.: s. n.], 21 set. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/types-of-breast-cancer.html>. Acesso em: 2 maio 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Câncer de mama**. [S. l.], 6 set. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/can-i-lower-my-risk.html>. Acesso em: 2 maio 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Estadiamento do câncer**. [S. l.], 22 mar. 2015. Disponível em: <https://www.cancer.org/treatment/understanding-your-diagnosis/staging.html>. Acesso em: 3 out. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Estágios do câncer de mama**. [S. l.], 22 dez. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/understanding-a-breast-cancer-diagnosis/stages-of-breast-cancer.html>. Acesso em: 3 out. 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY (EUA). **BREAST CANCER RISK AND PREVENTION: Breast Cancer Risk Factors You Cannot Change**. [S. l.: s. n.], 6 set. 2017. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/risk-and-prevention/breast-cancer-risk-factors-you-cannot-change.html>. Acesso em: 3 set. 2019.

AMERICAN JOINT COMMITTEE ON CANCER (CHICAGO). **Sistema de estadiamento do câncer: O que é estadiamento do câncer?**. [S. l.]: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://cancerstaging.org/references-tools/Pages/What-is-Cancer-Staging.aspx>. Acesso em: 3 out. 2019.

AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa. Sobrevida em 10 anos em mulheres com câncer de mama: coorte história de 2000-2014. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 4, p. 1537-1550, 2019. DOI 10.1590/1413-81232018244.16722017. Disponível em: <https://www.scielo.org/pdf/csc/2019.v24n4/1537-1550/pt>. Acesso em: 4 nov. 2019.

BARBAROTTO, C.; ACHITTI, I. F.; MARTINS, P. L.; CINTRA, K. A. Avaliação das pacientes com câncer de mama submetidas a cirurgia oncológica na Santa Casa de Franca no período de janeiro/2015 a fevereiro/2018. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, n. 29, p. e955, 18 jul. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e955.2019>. Acesso em: 28 out. 2019.

BERNARDES, António. **Anatomia da Mama Feminina**. Federação das Sociedades Portuguesas de Obstetrícia e Ginecologia. [S. l.: s. n.], 2011. Disponível em: [http://www.fspog.com/fo\\_tos/editor2/cap\\_33.pdf](http://www.fspog.com/fo_tos/editor2/cap_33.pdf). Acesso em: 8 jul. 2019.

BRASIL. Ministério da saúde. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2015 Disponível em: [http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao\\_precoce\\_CANCER\\_MAMA\\_I\\_NCA.pdf](http://www.saude.pr.gov.br/arquivos/File/Deteccao_precoce_CANCER_MAMA_I_NCA.pdf). Acesso em: 29 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro, 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade**. [S. l.], 2 abr. 2019. Disponível em: <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/obt10uf.def>. Acesso em: 1 maio 2019.

\_\_\_\_\_. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de bases técnicas da oncologia – SIA/SUS - Sistema de Informações Ambulatoriais**. Brasília: [s. n.], 2011. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual\\_oncologia\\_13edicao\\_agosto\\_2011.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/manual_oncologia_13edicao_agosto_2011.pdf). Acesso em: 23 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério Da Saúde. **A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação**. RIO DE JANEIRO: [s. n.], 2019. Disponível em: [https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf). Acesso em: 30 maio 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Falando sobre o câncer de mama**. Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002. Disponível em: [http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/cancer/aula11.pdf](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf). Acesso em: 8 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Câncer: o que é, causas, tipos, sintomas, tratamentos, diagnóstico e prevenção**. [S. l.]. Disponível em: <http://portalms.saude.gov.br/saude-de-a-z/cancer>. Acesso em: 28 abr. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **A situação do câncer de mama no Brasil: síntese de dados dos sistemas de informação**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. 85 p. Disponível em: [http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999801/a\\_situacao\\_ca\\_mama\\_brasil\\_2019.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/06/999801/a_situacao_ca_mama_brasil_2019.pdf). Acesso em: 30 set. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Tipos de câncer: Câncer de Mama**. [S. l.]: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 23 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Como surge o câncer?: Como é o processo de carcinogênese?**. Rio de Janeiro: INCA, 2018. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/impresao.asp?op=cv&id=319>. Acesso em: 23 jul. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde - MS. **Controle do Câncer de Mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA. 2004. P. 07-20.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva. **TNM: classificação de tumores malignos**. 6ª. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004. 254 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/tnm2.pdf>. Acesso em: 3 out. 2019.

\_\_\_\_\_. Ministério da saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Curso de Especialização Profissional de Nível Técnico em Enfermagem Oncológica: plano de curso**. Rio de Janeiro: Ministério da saúde, 2015. 82 p. ISBN 978-85-7318-255-2

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2012. p.128.  
BRAY, Freddie *et al.* Global Cancer Statistics 2018: GLOBOCAN Estimates of Incidence and Mortality Worldwide for 36 Cancers in 185 Countries. **CA: a Cancer Journal for Clinicians**, [S. l.], 12 set. 2018. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 1 maio 2019.

CÂMARA DOS DEPUTADOS (Brasil). **Comissão fixa prazo de 30 dias para exames e início de tratamento de câncer pelo SUS**. Brasília. Disponível em: <https://www.camara.leg.br/noticias/524817-comissao-fixa-prazo-de-30-dias-para-exames-e-inicio-de-tratamento-de-cancer-pelo-sus/>. Acesso em: 30 set. 2019.

COELHO, Iracema. Conheça o papel fundamental do enfermeiro especialista em oncologia no tratamento dos pacientes com câncer. *In*: COELHO, Iracema. **Instituto Espaço de Vida**. [S. l.]: [s. n.], 2019. Disponível em: <https://www.espacodevida.org.br/seu-espaco/clinico/conheca-o-papel-fundamental-do-enfermeiro-especialista-em-oncologia-no-tratamento-dos-pacientes-com-cancer>. Acesso em: 28 nov. 2019.

COSTA, Luis Fernando Johnston. **Estadiamento do câncer**. [S. l.]: [s. n.], 2019.

Disponível em:

[http://petdocs.ufc.br/index\\_artigo\\_id\\_385\\_desc\\_Oncologia\\_pagina\\_\\_subtopico\\_40\\_busca\\_](http://petdocs.ufc.br/index_artigo_id_385_desc_Oncologia_pagina__subtopico_40_busca_). Acesso em: 3 out. 2019.

CUTRIM, Thanmyris da Silva. **PERFIL DAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NO MARANHÃO**. Orientador: Dr<sup>a</sup> Claudia Teresa Frias Rios. 2018. 76 f. Trabalho de conclusão do curso (Bacharelado em Enfermagem) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, São Luis, 2018.

DUTRA MC, et al. Imunofenótipo e evolução de câncer de mama: comparação entre mulheres muito jovens e mulheres na pós-menopausa. **Rev Bras Ginecol Obstet**

2009; 31(2):54-60. Disponível em:

[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_nlinks&ref=000085&pid=S0100-6991201100040000200010&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_nlinks&ref=000085&pid=S0100-6991201100040000200010&lng=pt). Acesso em: 3 out. 2019.

ESPINOLA, JULIANA PINHO. **Concordância entre estadiamento clínico e estadiamento patológico em função dos diferentes subtipos moleculares de câncer de mama**. 2015. Dissertação (Pós-Graduação em Tocoginecologia) - Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2015. Disponível em:

[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312841/1/Espinola\\_JulianaPinho\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312841/1/Espinola_JulianaPinho_M.pdf). Acesso em: 29 maio 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Orientação Mastologia**. São Paulo: FEBRASGO, 2010. Disponível em:

<http://professor.pucgoias.edu.br/SiteDocente/admin/arquivosUpload/13162/material/MASTOLOGIA%20-%20FEBRASGO%202010.pdf>. Acesso em: 23 jul. 2019.

FEMAMA. **Tipos de tratamento para câncer de mama**. [S. l.], 12 jul. 2019.

Disponível em: <https://www.femama.org.br/2018/br/noticia/tipos-de-tratamento-para-cancer-de-mama?t=1569863777>. Acesso em: 1 out. 2019.

FERLAY, J. et al. **Incidência e mortalidade por câncer em todo o mundo: fontes, métodos e padrões principais no GLOBOCAN 2012**. Revista Internacional de Câncer, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FREITAS, E. C.; PRODANOV, C.C. **Metodologia do trabalho científico: Métodos e Técnicas da Pesquisa e do Trabalho Acadêmico**. 2ed. Universidade FEEVALE: Novo Hamburgo, 2013.

FREITAS, Hellen Silva; GUIMARÃES, Márcia Meira. **A influência positiva da maquiagem em mulheres com câncer de mama**. 2015. Trabalho de conclusão de curso (Graduação em estética e cosmética) - Faculdade Independente do Nordeste-FAINOR, Vitória da Conquista, 2015. Disponível em: [https://issuu.com/biblioteca.fainor/docs/tcc-hellen\\_freitas](https://issuu.com/biblioteca.fainor/docs/tcc-hellen_freitas). Acesso em: 23 jul. 2019.

GEORGE, Marshalee; ASHING, Kimlin Tam (ed.). **Detectando e vivendo com câncer de mama para leigos**. Tradução: Edite Siebert. 1ª. ed. Rio de Janeiro: Alta Books, 2019. 384 p. ISBN 978-85-508-0877-2. Disponível em: <https://books.google.com.br/books?id=rpifDwAAQBAJ&printsec=frontcover&dq=c%C3%A2ncer+de+mama&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwjs6Yj7rkAhUtGLkGHX1-DolQ6AEIPDAD#v=onepage&q=c%C3%A2ncer%20de%20mama&f=false>. Acesso em: 11 set. 2019.

HADDAD, Natalia C.; CARVALHO, Ana C. de A.; NOVAES, Cristiane de O. Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama. **HOSPITAL UNIVERSITÁRIO PEDRO ERNESTO**, Rio de Janeiro, ano 2015, v. 14, p. 28-35, 15 jul. 2019.

HOSPITAL ISRAELITA ALBERT EINSTEIN. **Câncer**. São Paulo, [2016?]. Disponível em: <https://www.einstein.br/especialidades/oncologia/tipos-cancer/cancer>. Acesso em: 23 jul. 2019.

IBGE. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010**. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível: <<https://biblioteca.ibge.gov.br/visualizacao/livros/liv98965.pdf>> Acesso: 22 de outubro de 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Câncer de mama**. [S. l.], 5 fev. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/tipos-de-cancer/cancer-de-mama>. Acesso em: 30 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **O que é câncer?** [S. l.], 3 abr. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/o-que-e-cancer>. Acesso em: 28 abr. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: [s. n.], 2017. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro-abc-3ed-8a-prova.pdf>. Acesso em: 23 maio 2019.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Causas do Câncer**. [S. l.], 2 dez. 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/causas-do-cancer/80/1/>. Acesso em: 28 abr. 2019.

INSTITUTO ONCOGUIA. **Sobre o câncer:** Tipos de Câncer de Mama. [S. l.: s. n.], 20 jun. 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/tipos-de-cancer-de-mama/1382/34/>. Acesso em: 2 maio 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (Brasil). **Estadiamento.** [S. l.]: [s. n.], 22 abr. 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/estadiamento>. Acesso em: 3 out. 2019.

LIMA, Eunice de Oliveira Lacerda. **Qualidade de vida de mulheres acometidas por câncer de mama localmente avançado ou metastático.** Orientador: Marcelle Miranda da Silva. 2018. 156 f. Dissertação de Mestrado (Mestre em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Anna Nery da Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018. Disponível em: <http://objdig.ufrj.br/51/teses/870115.pdf>. Acesso em: 30 set. 2019.

LIMA, Maria José de. **O que é enfermagem.** 3<sup>a</sup>. ed. atual. São Paulo: Editora brasiliense, 2010. 125 p. ISBN 9788511012774.

LORENZ, Andressa Schirmann. **Impactos da mastectomia em mulheres diagnosticadas com câncer de mama em relação a autoimagem.** 2018. Artigo (Graduação) – Curso de Enfermagem, Universidade do Vale do Taquari - Univates, Lajeado, 22 nov. 2018. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/10737/2384>>

MEDEIROS, Giselle Coutinho et al. Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1269-1282, Jun. 2015. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2015000601269&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601269&lng=en&nrm=iso)>. Acessado em: 23 Out. 2019.

MOORE, Keith L.; DALLEY, Arthur F.; AGUR, Anne M.R. **Anatomia orientada para a clínica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014. Disponível em: <http://www.unipacgv.com.br/capa/wp-content/uploads/2017/10/Anatomia-Orientada-Para-a-Cl%C3%ADnica-Moore-7%C2%AA-Ed.-1.pdf>. Acesso em: 8 jul. 2019.

OLIVEIRA, Deilson Elgui *et al.* Câncer: neoplasias e carcinogênese. *In*: FRANCO, Marcelo *et al.* (ed.). **Patologia:** Processos gerais. 6<sup>a</sup>. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 15, p. 269-298.

ONCOGUIA. **Mastectomia para Câncer de Mama.** [S. l.], 22 jun. 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/mastectomia-para-cancer-de-mama/6564/265/>. Acesso em: 1 out. 2019.

ONCOGUIA. **Cirurgia Conservadora da Mama.** [S. l.], 22 jun. 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cirurgia-conservadora-da-mama/1396/265/>. Acesso em: 1 out. 2019.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Câncer**. [S. l.], setembro 2018.

Disponível em:

[https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094). Acesso em: 28 abr. 2019.

PEREIRA, CÁSSIA APARECIDA. **A IMPORTÂNCIA DOS MÉTODOS DE RASTREAMENTO PARA A PREVENÇÃO E DIAGNÓSTICO DO CÂNCER DE MAMA**. Orientador: João Arthur de Carvalho. 2018. 43 f. Trabalho de conclusão de curso (Bacharel em biomedicina) - FUNDAÇÃO EDUCACIONAL VALE DO SÃO FRANCISCO, IGUATAMA-MG. Disponível em:

<http://repositorio.fevasf.edu.br/bitstream/FEVASF/29/1/2018%20CASSIA%20BIOM.pdf>. Acesso em: 26 set. 2019.

RAMOS, Bianca Figueiredo; LUSTOSA, Maria Alice. **CÂNCER DE MAMA FEMININO E PSICOLOGIA**. *Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, [S. l.], ano 2009, v. 12, n. 1, p. 85-97, 2009. Disponível em:

[http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582009000100007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007). Acesso em: 1 out. 2019.

RAUPP, Gustavo dos Santos *et al.* **Câncer de mama: diagnóstico e abordagem cirúrgica**. [S. l.], 30 maio 2017. Disponível em:

[http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883238/ca-de-mama-finalb\\_rev.pdf](http://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/05/883238/ca-de-mama-finalb_rev.pdf). Acesso em: 1 out. 2019.

REIS, Flávia Prazeres *et al.* **PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DAS PACIENTES COM CÂNCER DE MAMA ATENDIDAS EM UMA UNIDADE DE SAÚDE EM SÃO FRANCISCO DO CONDE, BA**. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, Salvador, ano 2016, v. 15, n. 2, p. 144-150, 2016. Disponível em:

<https://portalseer.ufba.br/index.php/cmbio/article/view/15194>. Acesso em: 28 out. 2019.

RIBEIRO GS, CAMPOS CS, ANJOS ACY. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. *Rev Fun Care Online*. 2019 jul/set; 11(4):849-856. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i4.849-856>.

SÁ, GISELE SILVA. **ESTIMA CORPORAL E HABILIDADES SOCIAIS EM MULHERES EM TRATAMENTO DE CÂNCER DE MAMA**. Orientador: NÁDIA PRAZERESPINHEIRO CAROZZO. 2017. 61 p. Trabalho de conclusão do curso (Bacharel em PSICOLOGIA) - UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO, SÃO LUIS, 2017. Disponível em:

<https://monografias.ufma.br/jspui/bitstream/123456789/3021/1/GISELE-S%c3%81.pdf>. Acesso em: 1 out. 2019.

SANTANA, Nayara Priscilla Pessôa; BORGES, Alex Rodrigo. Exames de imagem no rastreio e diagnóstico de câncer de mama: ressonância magnética das mamas em face da mamografia. *Psicologia e saúde em debate*, Minas Gerais, 2015. *E-book*.

SILVA, Ronaldo Corrêa Ferreira; HORTALE, Virginia Alonso. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, [s. l.], ano 2012, v. 1, n. 58, p. 67-71, 2011. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v01/pdf/10b\\_artigo\\_opiniao\\_rastreamento\\_cancer\\_mama\\_brasil\\_quem\\_como\\_por\\_que.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v01/pdf/10b_artigo_opiniao_rastreamento_cancer_mama_brasil_quem_como_por_que.pdf). Acesso em: 26 set. 2019.

SILVA, BÁRBARA JEANNINE DE OLIVEIRA. **ABORDAGEM FISIOTERAPÊUTICA EM MULHERES COM CÂNCER DE MAMA E SUBMETIDAS A TRATAMENTO PÓS-CIRÚRGICO**. Orientador: Patricia Kishi. 2017. 29 p. Trabalho de conclusão do curso (Bacharel em Fisioterapia) - Universidade de Cuiabá, [S. l.], 2017. Disponível em: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:d-Y5svRi0-EJ:https://repositorio.pgskroton.com.br/bitstream/123456789/20001/1/BARBARA%20JEANNINE%20DE%20OLIVEIRA%20SILVA.pdf+%cd=1&hl=pt-BR&ct=clnk&gl=br>. Acesso em: 1 out. 2019

SOCIEDADE BRASILEIRA DE CANCEROLOGIA. **Conheça os principais tipos de tratamentos de câncer**. Bahia: [s. n.], 6 out. 2016. Disponível em: <http://www.sbcancer.org.br/conheca-os-principais-tipos-de-tratamentos-de-cancer/>. Acesso em: 1 out. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Sociedades brasileiras recomendam mamografia a partir dos 40 anos**. [S. l.]: SBM, 2017. Disponível em: <https://www.sbmastologia.com.br/noticias/sociedades-medicas-brasileiras-recomendam-mamografia-anual-a-partir-dos-40-anos/>. Acesso em: 26 set. 2019.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA (Rio de Janeiro, RJ). **O que você precisa saber sobre o câncer de mama**. [S. l.: s. n.], 2018. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/medicos/cartilhas/>. Acesso em: 2 maio 2019.

SOUZA, Nazareth Hermínia Araújo de *et al.* CÂNCER DE MAMA EM MULHERES JOVENS: ESTUDO EPIDEMIOLÓGICO NO NORDESTE BRASILEIRO. **SANARE: Revista de Políticas Públicas**, Sobral, v. 16, ed. 2, p. 60-67, 2017.

SOUZA, Juliana Cunha e Silva Ominelli de. Dados do Mundo Real sobre Câncer de Mama não Metastático em Mulheres Jovens: Experiência em uma Única Instituição. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n. 64, p. 45-53, 2018. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_64/v01/pdf/05-article-dados-do-mundo-real-sobre-cancer-de-mama-nao-metastatico-em-mulheres-jovens-experiencia-em-uma-unica-instituicao.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_64/v01/pdf/05-article-dados-do-mundo-real-sobre-cancer-de-mama-nao-metastatico-em-mulheres-jovens-experiencia-em-uma-unica-instituicao.pdf). Acesso em: 3 nov. 2019.

SULEIMAN, Nader Nazir et al. Panorama do câncer de mama em mulheres no norte do Tocantins - Brasil. **Revista do Colegio Brasileiro de Cirurgiões**, Rio de Janeiro, v. 44, n. 4, p. 316-322, Agos. 2017. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-69912017000400316&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912017000400316&lng=en&nrm=iso). Acessado em: 22 Out. 2019.

TAGA, Rumio. A célula normal. *In*: FRANCO, Marcelo *et al* (ed.). **Patologia: Processos gerais**. 6ª. ed. São Paulo: Atheneu, 2015. cap. 1, p. 1-29.

TEXEIRA, Luiz. **Câncer de mama e de colo de útero: conhecimentos, políticas e práticas**. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2015. Disponível em: <http://observatoriohistoria.coc.fiocruz.br/local/File/Livro%20Cancer%20de%20mama%20e%20de%20colo%20de%20uterio.pdf>. Acesso em: 30 abr. 2019.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (EUA). National Cancer Institute. **About Cancer: Understanding Cancer**. EUA: [s. n.], 9 fev. 2015. Disponível em: <https://www.cancer.gov/about-cancer/understanding/what-is-cancer>. Acesso em: 17 jul. 2019.

VIEIRA, Sabas Carlos *et al*. **Oncologia básica**. Teresina: Fundação Quixote, 2012. Disponível em: [https://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD\\_10/Imagenologia/JCS%20Junior.pdf](https://www.usfx.bo/nueva/vicerrectorado/citas/SALUD_10/Imagenologia/JCS%20Junior.pdf). Acesso em: 23 maio 2019.

XAVIER, Larissa Borges. **Aplicação da cinesioterapia no membro superior em uma paciente submetida a quadrantectomia**. 2018. Estudo de caso (Bacharelado em Fisioterapia) - Faculdade Tecsona, Paracatu, 2018. Disponível em: [http://www.tecsoma.br/fisioterapia/tcc's/2018/TCC%20Larissa%20Borges%20correto1%20\(1\).pdf](http://www.tecsoma.br/fisioterapia/tcc's/2018/TCC%20Larissa%20Borges%20correto1%20(1).pdf). Acesso em: 23 jul. 2019.

## APÊNDICES

## Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### 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.<sup>a</sup> 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](mailto: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](mailto:dr.paulacristina@yahoo.com.br) ou ligar para ela (98) 987343164.

**Consentimento pós-informação**

São Luís, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2017

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

### QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Nome: \_\_\_\_\_ Formulário No: \_\_\_\_\_

Número do prontuário: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Nome do entrevistador: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### 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 ( ) 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. Consume 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: ( ) quadrado superior externo ( ) outros

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

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

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

**ANEXOS**

## Anexo A– Parecer Consubstanciado do CEP

### 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 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<sup>12,16</sup>. 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 Tarquino 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 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 se submeteram 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 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

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_PESQUISA.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_FINANCEIRA.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.pdf	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)**

## Anexo B – Parecer do Colegiado do Curso de Enfermagem



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO  
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

### PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** RELAÇÃO ENTRE ESTADIAMENTO E O TRATAMENTO CIRÚRGICO DE MULHERES COM CARCINOMA DE MAMA NO MARANHÃO.
2. **ALUNO:** MAYSSA JANE DIAS RBEIRO.
3. **ORIENTADORA:** PROF. DRA. CLÁUDIA TERESA FRIAS RIOS.
4. **INTRODUÇÃO:** Apresenta-se fundamentada, atualizada e contextualizada.
5. **JUSTIFICATIVA:** Descreve claramente a justificativa para realização do estudo.
6. **OBJETIVOS:** Explicitam-se de forma clara os objetivos do estudo no que concerne o objetivo geral de relacionar o estadiamento clínico do carcinoma de mama com os tratamentos cirúrgicos realizados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Apresenta descrição clara do tipo de estudo e proposta metodológica.
8. **CRONOGRAMA:** Adequado.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO:** Pertinente.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Adequada.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** O estudo contribui para o conhecimento e/ou prática na área abordada, sendo de parecer favorável a sua execução.

São Luís, 30 de agosto de 2019.

*Maísa Divana Cavallho Silva*  
Professora Relatora

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 04 / 09 / 19.
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em    /   /   .
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia    /   /   .

*Andréa*  
Profª Drª Andréa Cristina Oliveira Silva  
Coordenadora do Curso de Enfermagem