

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

FELIPE MORAES DA SILVA

**IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL E FAMILIAR NA
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

São Luís

2019

FELIPE MORAES DA SILVA

**IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL E FAMILIAR NA
QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS**

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

Orientador: Prof^a Dra. Cláudia Teresa Frias Rios

Coorientadora: Prof^a Msc. Paula Cristina Alves da Silva

São Luís

2019

FICHA CATALOGRÁFICA

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

Moraes da Silva, Felipe.

IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL E FAMILIAR NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS / Felipe Moraes da Silva.
- 2019.

79 f.

Coorientador(a): Paula Cristina Alves da Silva.

Orientador(a): Cláudia Teresa Frias Rios.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Apoio social. 2. Mastectomia. 3. Qualidade de vida. I. Alves da Silva, Paula Cristina. II. Frias Rios, Cláudia Teresa. III. Título.

FELIPE MORAES DA SILVA

IMPORTÂNCIA DO APOIO SOCIAL E FAMILIAR NA QUALIDADE
DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

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:

Orientador: Prof^a Dra. Claudia Teresa Frias Rios
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dra. Lísia Divana Carvalho Silva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^a Dra. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias
Universidade Federal do Maranhão

*Dedico esse trabalho e a minha
graduação como Enfermeiro
especialmente à Deus e a minha querida
Mãe Eliana, sem eles nada seria possível.*

AGRADECIMENTOS

Neste momento que tanto esperei para acontecer e lutei todos os dias para que fosse concluído, agradeço primeiramente ao nosso Senhor Deus, que me deu forças, foco, oportunidades, colocou anjos em minha vida, saúde e garra, para trilhar meu caminho na graduação como Enfermeiro.

À minha mãe, Eliana Almeida Moraes, razão do meu existir, motivacional de todos os passos que até aqui dei, o melhor presente que Deus poderia me proporcionar nessa vida terrestre e que me acompanhará por onde eu for e será sempre minha grande companheira e o motivo para levantar a cada dia e cuidar daqueles que mais precisam. A somar, minha família, que me deu apoio de diversas formas.

À minha Tia Carina Werkerling, que já está no céu e foi a primeira a tocar meu coração em relação a ser Enfermeiro. Incentivou-me, cuidou, se preocupou e mesmo em seus últimos meses de vida esteve ao meu lado. Como maior exemplo, ao longo de sua vida como técnica de Enfermagem, demonstrou em todos os seus dias de vida, mesmo com plantões corridos e quase sem vida social, o quanto amava e exercia o dom, arte e ciência do cuidar e o quanto isso era prazeroso e recompensador, fazendo acima de tudo pelo próximo. Feliz daquele que já foi cuidado pelas suas mãos, minha tia, gratidão!

À minha orientadora Prof^ª Dra. Cláudia Teresa Frias Rios por toda a paciência e por me ajudar a concluir este trabalho e à banca de excelente competência composta pela Prof^ª Dra Lísicia Divana Carvalho Silva e Prof^ª Dra. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias por toda as pontuações e orientações ofertadas no intuito de engrandecer meu trabalho.

Ao corpo docente do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão por me proporcionar essa incrível experiência de formação profissional e humana, onde eu inicialmente me apaixonei e ao longo desses 6 anos construí um amor forte e duradouro pela ciência da Enfermagem e seu cuidado holístico ao próximo. Neste tempo me redescobri como pessoa, me qualifiquei como Enfermeiro e adquiri conhecimentos inestimáveis acerca do ser humano e de tudo que o cerca, refletindo diretamente acerca da minha assistência à população e no meu convívio em sociedade, fazendo-me acima de tudo, ser mais humano. Vale ressaltar um agradecimento à disciplina de Urgência-Emergência e Unidade de Terapia Intensiva, que através das minhas mestras Elisângela Milhomem e Flávia Danyelle, que com grande excelência foram minhas professoras da especialidade pela qual me apaixonei intensamente.

Um adendo à todos os funcionários administrativos que me trataram com tanto carinho e atenção durante esse caminho, no mais, um agradecimento especial à instituição Universidade Federal do Maranhão que fortaleceu meus conhecimentos através do tripé ensino, pesquisa e extensão, me proporcionando ir além e integrar-me perante não somente aos outros cursos da área da saúde, mas também, a toda comunidade acadêmica.

Aos meus grandes companheiros de jornada, aqueles que também compartilharam comigo durante esses anos do sonho em ser Enfermeiro, os meus colegas e amigos que adquiri neste curso. Sinto-me honrado por ter a oportunidade de dividir

grandes conquistas e momentos ao lado da minha turma original 105, e em especial, aos que caminharam diretamente comigo, Patrícia Dias, Mateus Veras, Carlos Alberto Campos, João Paulo Almeida, entre tantos outros que me apoiaram e estiveram comigo dentro e fora do ambiente acadêmico. Aos amigos que conquistei sendo pertencente à comunidade acadêmica da UFMA, Orlando Guimarães, Alberto Diniz e James Padilha, grandes amigos que terei eterna gratidão.

RESUMO

INTRODUÇÃO: Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Uma das abordagens mais agressivas no tratamento é a mastectomia e tem em si um caráter agressivo e traumatizante para a vida e saúde da mulher, já que prejudica sua dimensão biopsicossocioespiritual. Para minimizar estes efeitos, a associação entre câncer de mama e apoio social e familiar tem sido descrita como um fator que contribui na recuperação e no tratamento das mulheres. **OBJETIVO:** Conhecer a importância do apoio social e familiar na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **METODOLOGIA:** Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, realizado com 191 mulheres mastectomizadas atendidas em 2 hospitais de referência em oncologia de São Luís – MA, por meio de um questionário socioeconômico e do WHOQOL-bref com seus domínios e facetas. **RESULTADOS E DISCUSSÃO:** A sua maioria possuía idade entre 45 e 65 anos, declaravam-se casadas, pardas, tinham como renda familiar a faixa de 1 a 3 salários mínimos, eram católicas e tinham o ensino médio completo. A média geral da qualidade de vida das mulheres do estudo foi de 73,92, atingindo a região de sucesso. Quando avaliada a das mulheres que relataram possuir apoio familiar, obteve-se um valor médio de 74,25, já aquelas que relataram não possuírem apoio familiar, os escores transformados foram os mais baixos em seus domínios e facetas, tendo 3 de 4 domínios abaixo da região de sucesso e média geral de 63,94, caracterizada como região de indecisão e preditor de baixa qualidade de vida. Na avaliação daquelas que relataram participarem ou não de grupos de apoio, valores similares foram encontrados, ambos acima da região de sucesso e respectivamente 74,44 e 73,80. **CONCLUSÃO:** Portanto, foi revelado que a presença do apoio familiar e social às mulheres mastectomizadas durante o tratamento e acompanhamento se denota como de fundamental importância, onde a parceria estabelecida pela família e a rede social na qual esta mulher está inserida, interfere diretamente na sua qualidade de vida e no enfrentamento perante o câncer da mama e o tratamento cirúrgico.

PALAVRAS-CHAVE: Mastectomia; Qualidade de vida; Apoio social.

ABSTRACT

INTRODUCTION: Cancer is the name given to a group of more than 100 diseases that have in common the disordered growth of cells that invade tissues and organs. One of the most aggressive approaches to treatment is mastectomy and has in itself an aggressive and traumatic character to the life and health of women, as it impairs their biopsychosociospiritual dimension. To minimize these effects, the association between breast cancer and social and family support has been described as a contributing factor in women's recovery and treatment. **OBJECTIVE:** To understand the importance of social and family support in the quality of life of mastectomized women. **METHODOLOGY:** Descriptive and exploratory cross-sectional study with quantitative approach, performed with 191 mastectomized women treated at 2 referral hospitals in São Luís - MA, through a socioeconomic questionnaire and WHOQOL-bref with their domains and facets. . **RESULTS AND DISCUSSION:** Most of them were between 45 and 65 years old, declared themselves married, mixed race, had family income ranging from 1 to 3 minimum wages, were Catholic and had completed high school. The overall average quality of life of the women in the study was 73.92, reaching the region of success. When the women who reported having family support were evaluated, an average value of 74.25 was obtained, whereas those who reported not having family support, the transformed scores were the lowest in their domains and facets, having 3 of 4 domains below. of the region of success and overall average of 63.94, characterized as region of indecision and predictor of low quality of life. In the evaluation of those who reported participating or not in support groups, similar values were found, both above the successful region and respectively 74.44 and 73.80. **CONCLUSION:** Therefore, it was revealed that the presence of family and social support to mastectomized women during treatment and follow-up is of fundamental importance, where the partnership established by the family and the social network in which this woman is inserted, directly interferes with her. quality of life and coping with breast cancer and surgical treatment.

KEYWORDS: Mastectomy; Quality of life; Social support.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

- Gráfico 1** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.47
- Gráfico 2** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.47
- Gráfico 3** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.48
- Gráfico 4** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia que relataram possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.49
- Gráfico 5** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram não possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.50
- Gráfico 6** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia que relataram não possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.50
- Gráfico 7** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram participarem de grupos de apoio em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.53
- Gráfico 8** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram não participarem de grupos de apoio em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.53
- Gráfico 9** - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia participantes e não participantes de grupos de apoio em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.54

LISTA DE TABELAS E QUADROS

| | |
|--|----|
| Quadro 1 – Características dos tumores benignos e malignos..... | 20 |
| Quadro 2 – Domínios e facetas do WHOQOL-bref..... | 38 |
| Tabela 1 – Perfil socioeconômico de mulheres mastectomizadas acompanhadas em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA, 2019. | 44 |
| Tabela 2 – Perfil do apoio familiar e social e cenário emocional de mulheres mastectomizadas acompanhadas em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA, 2019. | 45 |

SUMÁRIO

| | |
|---|-----------|
| 1 INTRODUÇÃO | 14 |
| 2 OBJETIVOS | 17 |
| 2.1 Geral | 17 |
| 2.2 Específicos..... | 17 |
| 3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA | 18 |
| 3.1 Neoplasia | 18 |
| 3.2 Estadiamento clínico..... | 21 |
| 3.3 Epidemiologia..... | 21 |
| 3.4 Câncer de mama | 24 |
| 3.4.1 Etiologia | 25 |
| 3.4.2 Diagnóstico..... | 26 |
| 3.4.3 Tratamento..... | 27 |
| 3.4.4 Tratamento cirúrgico do câncer de mama | 28 |
| 3.5 Mastectomia | 30 |
| 3.6 Reconstrução de mama..... | 30 |
| 3.7 Aspectos emocionais | 31 |
| 4 MÉTODOLOGIA | 35 |
| 4.1 Desenho do Estudo | 35 |
| 4.2 Local e período do estudo..... | 35 |
| 4.3 População do estudo | 36 |
| 4.4 Amostra | 36 |
| 4.5 Coleta de dados e instrumentos | 36 |
| 4.6 Análise estatística | 39 |
| 4.7 Aspectos éticos | 39 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 41 |
| 5.1 Dados socioeconômicos | 41 |
| 5.2 Apoio familiar e social | 45 |
| 5.3 Do cenário emocional..... | 46 |
| 5.4 QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref) | 47 |
| 5.4.1 Avaliação geral..... | 47 |
| 5.4.2 Mulheres com apoio familiar e sem apoio familiar..... | 49 |
| 5.4.3 Mulheres participantes de grupos de apoio e não participantes | 52 |
| 6 CONCLUSÃO | 56 |

| | |
|--------------------------|-----------|
| REFERÊNCIAS | 58 |
| APÊNDICES | 63 |
| APÊNDICE A | 64 |
| APÊNDICE B..... | 66 |
| ANEXOS | 71 |
| ANEXO A | 72 |
| ANEXO B | 75 |
| ANEXO C | 79 |

1 INTRODUÇÃO

A palavra Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (INCA, 2014).

Mundialmente ocorreram em 2012, 14,1 milhões de casos novos de câncer e 8,2 milhões de óbitos. Na América do Sul a taxa de incidência foi considerada média, sendo o câncer de mama o mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma (ALMEIDA et al., 2015b).

No Brasil, para o biênio 2018-2019, a estimativa é de 582,59 casos de câncer, sendo 282,450 em pessoas do sexo feminino, sendo 59.700 em casos de câncer de mama. Para o Maranhão tem-se 720 casos estimados e sua capital, São Luís, 280. A quantidade de óbitos em mulheres acometidas por câncer de mama (CM) em 2015 chegou a marca de 15.403, ficando em primeiro lugar dentre todos os tipos de câncer (BRASIL, 2017; INCA, 2015, 2017, 2018).

Importantes avanços na abordagem do câncer de mama aconteceram nos últimos anos. O tratamento do câncer de mama evolui no intuito de promover menor sofrimento em vários aspectos a mulher, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento (INCA, 2018).

Uma das abordagens mais agressivas é a mastectomia que consiste na retirada cirúrgica de toda a mama, existindo vários tipos sendo diferenciada com base na forma como a cirurgia é realizada e em quanto de tecido é removido. É considerada simples quando o cirurgião remove toda a mama, incluindo o mamilo, mas não remove os linfonodos axilares e o tecido muscular sob a mama; bilateral quando se remove as duas mamas; poupadora da pele; poupadora do mamilo; Radical modificada com dissecação do linfonodo axilar e Radical (American Cancer Society, 2017).

Infelizmente a mastectomia tem em si um caráter agressivo e traumatizante para a vida e saúde da mulher, já que prejudica sua dimensão biopsicossocioespiritual,

proporcionando alterações na sua imagem corporal, identidade e autoestima, podendo repercutir na expressão de sua sexualidade e também despertar sintomas de depressão e ansiedade (LEITE, 2016).

Para Simeão *et al* (2013) as consequências emocionais causadas pela retirada da mama, em decorrência de um câncer, são muito grandes e as mulheres que passam por esta situação necessitam de assistência adequada visando sua reintegração familiar e social, assim como sua adaptação à nova realidade.

A partir do momento em que a mulher é submetida à mastectomia radical sua autoestima pode ser afetada, o que diminui o grau de satisfação com o seu corpo e influi negativamente na qualidade do relacionamento conjugal. A reconstrução mamária devolve a feminilidade, melhora a autoimagem e o relacionamento sexual, permitindo que essas mulheres apresentem atitudes positivas e de satisfação com o corpo, recuperando sua qualidade de vida (SIMEÃO *et al* 2013).

Outro aspecto que contribui para a melhorar a qualidade de vida a participação de grupos de apoio pela mulher mastectomizadas é enfatizada em diversos estudos (Pinheiro, 2008; DONATO, 2018). Neste contexto, (Pinheiro, 2008) destaca:

O significado do suporte social para a mulher com câncer de mama durante todo o processo da doença se reveste de importância, pois ela se vê sendo ajudada para não desistir. Dessa maneira, é necessário destacar o significado atribuído pelas mulheres com câncer de mama quando encontram outras que vivem ou vivenciaram a mesma experiência, ao participarem de grupos de apoio.

O apoio social exercido por uma mulher a outra, causa diversas mudanças no paradigma de vida e enfrentamento:

A associação entre câncer de mama e apoio social tem sido descrita como um fator que contribui na recuperação e no tratamento das mulheres com essa neoplasia. Através da rede de apoio elas são encorajadas a enfrentar todas as difíceis fases da doença, reduzindo assim o impacto negativo provocado pela patologia em sua vida. (DONATO, 2018).

Apesar dos benefícios comprovados sobre a participação em grupos de apoio, percebe-se que há poucos espaços que propõem essas atividades e que, quando existem, nem sempre há envolvimento por parte daquelas que necessitam. (PINHEIRO, 2008).

Considerando que o apoio social e familiar pode exercer grande influência na melhoria significativa do emocional e qualidade de vida das mesmas, o presente estudo busca saber: qual a importância do apoio social e familiar na qualidade de vidas das participantes?

O interesse perante a temática e questionamento do estudo deu-se a partir da vivência com as mulheres mastectomizadas entrevistadas na coleta de dados para a pesquisa intitulada “QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA” na qual sou pesquisador. O contato com as mulheres em diversos âmbitos dos lugares de coleta nos hospitais de referência em oncologia em São Luís - MA, e a partir da conversa e expressão natural das mesmas perante as dificuldades experienciadas, me levou a supor que haviam diferenças entre as participantes que possuíam apoio social e familiar daquelas que não dispunham destas, as diferindo no modo de enfrentamento e qualidade de vida perante o tratamento vigente, surgindo como fator de melhora e diferenças na autoestima destes dois grupos distintos.

O reconhecimento destas diferenças e dos fatores que colaboram ou não para o acometimento de fragilidades emocionais, que repercutem diretamente no enfrentamento e consequente melhor experiência nesse processo complexo e dolorido tanto do ponto biológico, social, emocional e espiritual, é de extrema relevância. A repercussão do acometimento do câncer de mama com consequente mastectomia, pode-se romper e sensibilizar a feminilidade, relações pessoais, familiares e de sua posição social, considerando que a mulher está presente em diversos contextos na sociedade, e com a quebra de paradigmas de cunho patriarcal, cada vez mais, assumem a posição de líderes em todos os contextos que estão inseridas e conquistando novos.

Com a elucidação destas problemáticas, será possível que as instituições e os profissionais que ali exercem suas funções de modo multiprofissional, intervenham com a intenção de melhorar a qualidade de vida dessa mulher, trazendo-a novamente para o seu lugar de fala, atividade e como participante ativa da sociedade, influenciando na reinserção social e familiar, empoderando-a de seus valores, qualidades e capacidades. E ainda reconhecendo-se como promotora da sua própria saúde e bem-estar a partir do autocuidado, levando-a ultrapassar as dificuldades pertinentes a essa fase e reconstruindo sua autonomia de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Geral

- Avaliar a importância do apoio social e familiar na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

2.2 Específicos

- Identificar as características socioeconômicas das participantes;
- Descrever o apoio social e familiar e o cenário emocional;

3 REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

3.1 NEOPLASIA

Proliferação e diferenciação celulares são processos complexos controlados por um sistema integrado que mantém a população celular dentro de limites fisiológicos. Alterações no processo regulatório resultam em distúrbios ora da proliferação, ora da diferenciação, ora das duas ao mesmo tempo. Essas lesões são agrupadas em: alterações do volume celular, proliferação celular, diferenciação celular, da proliferação e diferenciação celular. As lesões resultantes são muito numerosas e têm enorme importância, por sua alta prevalência e gravidade; as neoplasias malignas, em particular, constituem grande problema de saúde-doença no mundo todo (FILHO, 2016).

Quando há proliferação celular e redução ou perda de diferenciação, tem-se a displasia (do grego *dys* = imperfeito, irregular). A proliferação celular autônoma, em geral acompanhada de perda ou redução da diferenciação, é chamada neoplasia (do grego *neo* = novo). Atualmente, existe tendência a unificar o conceito desses dois termos, desaparecendo a palavra displasia. A proliferação celular acompanhada de redução da diferenciação deve ser chamada neoplasia (FILHO, 2016; SAÚDE; INCA, 2019).

Reprodução é atividade fundamental das células. Em geral, existe correlação inversa, de grau razoável, entre diferenciação e multiplicação celulares. Quanto mais avançado é o estado de diferenciação, mais baixa é a taxa de reprodução. Em neoplasias, em geral ocorre, paralelamente ao aumento da proliferação, perda da diferenciação celular. Como resultado de tudo isso, as células neoplásicas progressivamente sofrem *perda de diferenciação* e tornam-se atípicas (CARDOSO et al., 2019).

A célula neoplásica sofre alteração nos seus mecanismos regulatórios de multiplicação, adquire autonomia de crescimento e torna-se independente de estímulos fisiológicos. As atividades celulares que se manifestam continuamente, sem regulação, são chamadas constitutivas; para a célula tumoral, proliferação é atividade constitutiva. Feitas essas considerações, conforme FILHO, (2016) neoplasia pode ser entendida como a lesão constituída por proliferação celular anormal, descontrolada e autônoma, em geral com perda ou redução de diferenciação, em consequência de alterações em genes ou proteínas que regulam a multiplicação e a diferenciação das células. Nesse contexto, o que diferencia uma neoplasia de uma displasia e hiperplasia é exatamente a autonomia de

proliferação. Quando ocorre em um órgão sólido, o maior número de células de uma neoplasia forma um tumor.

Com a evolução do conhecimento, modifica-se a definição. A mais aceita atualmente é: “Neoplasia é uma proliferação anormal do tecido, que foge parcial ou totalmente ao controle do organismo e tende à autonomia e à perpetuação, com efeitos agressivos sobre o hospedeiro” (TAMAYO; CORELLA, 2013).

Os tumores podem ser classificados de acordo com vários critérios: (1) pelo comportamento clínico (benignos ou malignos); (2) pelo aspecto microscópico (critério histomorfológico); (3) pela origem da neoplasia (critério histogenético). Nem sempre esses elementos são usados na denominação da lesão, sendo comuns alguns epônimos, como tumor de Wilms, linfoma de Hodgkin, tumor de Burkitt etc.

O critério mais adotado para se dar nome a um tumor é o histomorfológico, pelo qual a neoplasia é identificada pelo tecido ou célula proliferante (FILHO, 2016).

A metástase classifica-se como a formação de um novo tumor a partir do primeiro, mas sem continuidade entre os dois. A formação de metástases é um processo complexo que depende de inúmeras interações entre células malignas e componentes dos tecidos normais, especialmente do estroma. A formação de metástases envolve: (1) destacamento das células da massa tumoral original; (2) deslocamento dessas células através da matriz extracelular (MEC); (3) invasão de vasos linfáticos ou sanguíneos; (4) sobrevivência das células na circulação; (5) adesão ao endotélio vascular no órgão em que as células irão se instalar; (6) saída dos vasos nesse órgão (diapedese); (7) proliferação no órgão invadido; (8) indução de vasos para o suprimento sanguíneo da nova colônia (FILHO, 2016; SAÚDE; INCA, 2019).

As duas propriedades principais das neoplasias malignas são: a capacidade invasivo-destrutiva local e a produção de metástases. Por definição, a metástase constitui o crescimento neoplásico à distância, sem continuidade e sem dependência do foco primário.

O quadro abaixo estabelece as características dos tumores benignos e malignos:

Quadro 1: Características dos tumores benignos e malignos

| Critério | BENIGNO | MALIGNO |
|----------------|--------------------------------------|--|
| ENCAPSULAÇÃO | Frequente | Ausente |
| CRESCIMENTO | Lento Expansivo Bem Delimitado | Rápido Infiltrativo Pouco Delimitado |
| MORFOLOGIA | Semelhante À Origem | Diferente |
| MITOSES | Raras E Típicas | Frequente e atípicas |
| ANTIGENICIDADE | Ausente | Presente |
| METÁSTASE | Não Ocorre | Frequente |

(FILHO, 2016)

A designação dos tumores baseia-se na sua histogênese e histopatologia. Para os tumores benignos, a regra é acrescentar o sufixo “oma” (tumor) ao termo que designa o tecido que os originou. Exemplos: tumor benigno do tecido cartilaginoso – condroma; tumor benigno do tecido gorduroso – lipoma; tumor benigno do tecido glandular – adenoma.

Quanto aos tumores malignos, é necessário considerar a origem embrionária dos tecidos de que deriva o tumor. Quando sua origem for dos tecidos epiteliais de revestimento externo e interno, os tumores são denominados carcinomas. Quando o epitélio de origem for glandular, passam a ser chamados de adenocarcinomas.

Os tumores malignos originários dos tecidos conjuntivos ou mesenquimais terão o acréscimo de sarcoma ao vocábulo que corresponde ao tecido. Por sua vez, os tumores de origem nas células blásticas, que ocorrem mais frequentemente na infância, têm o sufixo blastoma acrescentado ao vocábulo que corresponde ao tecido original. Exemplos: carcinoma basocelular de face – tumor maligno da pele; adenocarcinoma de ovário – tumor maligno do epitélio do ovário; condrossarcoma - tumor maligno do tecido cartilaginoso; lipossarcoma - tumor maligno do tecido gorduroso; leiomiossarcoma - tumor maligno do tecido muscular liso; hepatoblastoma - tumor maligno do tecido hepático jovem; nefroblastoma - tumor maligno do tecido renal jovem (FILHO, 2016).

A graduação histopatológica dos tumores baseia-se no grau de diferenciação das células tumorais e no número de mitoses. O primeiro refere-se a maior ou menor semelhança das células tumorais com as do tecido normal que se supõe ter-lhe dado

origem. Para tanto, há quatro graus descritivos de diferenciação: bem diferenciado (G1), moderadamente diferenciado (G2), pouco diferenciado (G3) e anaplásico (G4).

3.2 Estadiamento clínico

Este sistema, denominado, no Brasil, de “estadiamento”, tem como base a avaliação da dimensão do tumor primário (representada pela letra T), a extensão de sua disseminação para os linfonodos regionais (representada pela letra N) e a presença, ou não, de metástase à distância (representada pela letra M) e é conhecido como Sistema TNM de Classificação de Tumores Malignos. Para algumas neoplasias malignas (de pele e de ovário, por exemplo), o exame histopatológico de material biopsiado, excisional ou incisionalmente, faz-se necessário mesmo para o estadiamento dito clínico (INCA, 2016).

Cada categoria do estadiamento clínico apresenta diversas subcategorias: para o tumor primitivo, vão de T1 a T4; para o acometimento linfático, de N0 a N3; e para as metástases, de M0 a M1 – sendo que alguns tumores não preenchem obrigatoriamente todas as categorias T ou N.

A combinação das diversas subcategorias do TNM (letra e números) determina os estádios clínicos, que variam de I a IV, na maioria dos casos, havendo caso de tumor, como o de testículo, que tem sua classificação máxima no estágio III, ou seja, não tem o estágio IV. Assim, o estadiamento geral dos tumores (estádio e descrição), considera-se: 0 - carcinoma “in situ” (TisN0M0); I - invasão local inicial; II - tumor primário limitado ou invasão linfática regional mínima; III - tumor local extenso ou invasão linfática regional extensa; IV - tumor localmente avançado ou presença de metástases (SAÚDE; INCA, 2019).

3.3 Epidemiologia

O número de novos casos de câncer no mundo em 2018, incluindo todas as idades, teve um total de 18.078.957 casos e os 5 maiores foram: pulmão com 2.093.876 (11,6%), mama com 2.088.849 (11,6%), colorretal com 1.849.518 (10,2%), próstata com 1.276.106 (7,1%) e estômago com 1.033.701 (5,7%), contudo, o número de mortes no mesmo ano, considerando ambos os sexos e todas as idades, teve um total de 9.555.027 mortes, e os cinco maiores tipos foram: pulmão com 1.761.007 mortes (18,4%), colorretal com 880.79 (9,2%), estômago com 782.685 (8,2%), fígado com 781.631 (8,2%) e mama com 626.679 (6,6%) (THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2019).

Com relação ao câncer de mama, mundialmente em 2018, o maior número de casos se localizou na Ásia com 911.014 casos (43.6%), seguidos da Europa com 522.513 (25%), América do Norte com 262.347 (12,6%) e América Latina e Caribe com 199.734 (9.6%). A mortalidade seguiu a mesma ordem da incidência, com exceção do 3º lugar que foi ocupado pela África, portanto, temos: Ásia com 310.577 (49.6%), Europa com 137.707 (22%), África com 74.072 (11.8%) e América Latina e Caribe com 52.558 (8.4%) (THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2018a).

O número previsto de novos cânceres de mama em 28 países da União Europeia (UE) era 404.920, com incidência anual ajustada à idade estimada de câncer de mama de 144,9/100.000 e mortalidade de 32,9 /100.000, com 98.755 mortes previstas. Em todo o mundo, havia cerca de 2,1 milhões de casos de câncer de mama recém-diagnosticados em 2018, representando quase um em cada quatro casos de câncer entre mulheres, e 630.000 morreram por causa disso (ECMI, 2019; BRAY et al., 2018).

As taxas de incidência do câncer de mama tiveram seus maiores números na Austrália e Nova Zelândia (94,2 de incidência e 12.6 para mortalidade) e Europa Ocidental (92,6 de incidência e 15.5 para mortalidade), ficando a América do Sul com 56,8 para incidência (150.288 novos casos) e 13.4 para mortalidade (37.721 mortes) (THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2018a).

O Brasil teve 559.371 novos casos de câncer em 2018, com um total de 243.588 número de mortes e uma prevalência nos últimos 5 anos de 1.307.120. Os tipos de câncer com maior acometimento na população foram: mama com 85.620 casos (15.3%), próstata com 84.992 (15.2%), colorretal com 51.783 (9.3%), pulmão com 34.511 (6.2%), tireoide com 21.470 (3.8%) e os outros cânceres equivaleram a 280.995 casos (50.2%) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017; THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2019, 2018b).

As mulheres tiveram 280.764 novos casos em todas as idades, tendo em primeiro lugar o de mama com 85.620 casos (30.5%), seguido pelo colorretal com 27.046 (9.6%), tireoide com 16.901 (6%), colo de útero com 16.298 (5.8%) e pulmão com 15.342 (5.5%) (THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2018b, 2018a).

As taxas de incidência e mortalidade foram maiores no câncer de próstata com uma incidência de 74 e mortalidade em 13,6, seguido pelo de câncer de mama com 62.9 de incidência e 13 de mortalidade, colorretal de incidência 19.6 e mortalidade 19, pulmão de incidência 13 e mortalidade 12 e de colo uterino com incidência de 12.2 e mortalidade de 5.8 (THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, 2018b).

Estimou-se para o Brasil, no biênio 2018-2019, com exceção do de pele não melanoma, em primeiro lugar, 59.700 casos novos de câncer de mama para cada biênio, com um risco estimado de 56,33 casos para cada 100 mil mulheres, seguidos do colorretal com 18.980 (9,4%), colo do útero com 16.370 (8,1%), traqueia, brônquio e pulmão com 12.530 (6,2%), e tireoide com 8.040 (4,0%) (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Nos Estados, a maior estimativa de incidência de câncer de mama ficou na Região Sudeste com um total de 30.880 casos, com uma taxa de incidência de 69,50, sendo São Paulo em primeiro lugar com 16.340 casos, Rio de Janeiro com 8.050 casos e Minas Gerais com 5.360 casos. Entretanto, mesmo a Região Sudeste sendo a maior em estimativas de novos casos, a taxa de incidência para cada 100 mil mulheres se equipara com a Região Sul, variando de 54,37 a 68,78 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Em segundo lugar, ficou a Região Nordeste, com estimativa de 11.860 casos, as maiores foram: Bahia (2.870), Pernambuco (2.680), Ceará (2.200), ficando o Maranhão no 7º lugar com 720 casos previstos, sendo sua capital, São Luís, comportando 280 casos deste total, tendo uma taxa de incidência bruta no Estado de 20,26 e na capital de 49,26 (BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2017).

Com relação ao diagnóstico e tempo do primeiro tratamento no câncer de mama pelo Sistema Único de Saúde, nos últimos 7 anos (2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018 e 2019), foram diagnosticados 217.860 casos no Brasil, destes, 24,4% tiveram o primeiro tratamento de 0 a 30 dias após o diagnóstico, 19,9% de 31 a 60 dias, 49,1% após mais de 60 dias e 3,4% sem informação sobre o tratamento. A Região Sudeste foi responsável por 45,9% destes, sendo a maioria do tempo de primeiro tratamento acima de 60 dias (54,1%), o Nordeste teve 23,4% do total e seu primeiro tratamento foi realizado em sua maioria também acima de 60 dias do diagnóstico (45,6%) (INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA, 2019).

No período compreendido de 2013 a 2017, no Brasil, 77.948 mulheres vieram a óbito pelo câncer de mama, ficando a Região Sudeste com o maior número de óbitos, sendo 39.198 (50,2%) e em segundo, o Nordeste, obtendo 16.803 (21,5%). Os Estados do Nordeste com os maiores índices foram: Bahia com 4.314 mortes, seguido do Pernambuco com 3.500 e, em 6º lugar, o Maranhão, com um total de 1.103, destes, 422 ocorreram na capital, São Luís (SIM - DATASUS, 2019).

3.4 Câncer de mama

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo, sem considerar os tumores de pele não melanoma, seja em países em desenvolvimento, seja em países desenvolvidos (DAGNONI et al., 2016). É um câncer que se forma nos tecidos da mama - geralmente nos ductos ou lóbulos e ocorre em homens e mulheres, embora o câncer de mama masculino seja raro e pode ser classificado como não invasivo ou invasivo.

Câncer de mama não invasivo (in situ): O carcinoma ductal in situ (CDIS) é uma lesão pré-maligna - ainda não é câncer, mas pode progredir para se tornar uma forma invasiva de câncer de mama. Neste tipo de câncer, as células cancerígenas estão nos ductos da mama, mas não se espalham para o tecido mamário saudável.

Câncer de mama invasivo: Câncer de mama invasivo é o nome dado a um câncer que se espalhou para fora dos ductos (câncer de mama ductal invasivo) ou lóbulos (câncer de mama lobular invasivo). Estes podem ser ainda classificados pela sua histologia; por exemplo, tumores mamários tubulares, mucinosos, medulares e papilares são subtipos mais raros de câncer de mama (ESMO, 2018).

As neoplasias da mama têm apresentação clínico-patológica e comportamento biológico extremamente heterogêneo. Entre os fatores histopatológicos com valor prognóstico, o tamanho do tumor e o envolvimento linfonodal são as variáveis de maior impacto na definição do risco individual, mas a avaliação da expressão de receptores de estrogênio, de progesterona e do HER2 (Human Epidermal growth factor Receptor-type 2) é fundamental para a classificação das neoplasias mamárias, além de orientar a escolha do tratamento (DAGNONI et al., 2016)

O câncer de mama também é categorizado por quão avançada é a doença:

Câncer de mama precoce: O câncer de mama é descrito precocemente se o tumor não se espalhar além da mama ou dos linfonodos axilares (também conhecido como câncer de mama no estágio 0 IIA). Esses cânceres geralmente são operáveis e o tratamento primário geralmente é a cirurgia para remover o câncer, embora muitos pacientes também tenham terapia sistêmica neoadjuvante pré-operatória.

Câncer de mama localmente avançado: O câncer de mama é avançado localmente se tiver se espalhado da mama para tecidos ou linfonodos próximos (Estágio

IIB III). Na grande maioria das pacientes, o tratamento para o câncer de mama localmente avançado começa com terapias sistêmicas. Dependendo de quão longe o câncer se espalhou, os tumores localmente avançados podem ser operáveis ou inoperantes (nesse caso, a cirurgia ainda pode ser realizada se o tumor diminuir após o tratamento sistêmico).

Câncer de mama metastático: O câncer de mama é descrito como metastático quando se espalha para outras partes do corpo, como ossos, fígado ou pulmões (também chamado de estágio IV). Os tumores em locais distantes são chamados de metástases. O câncer de mama metastático não é curável, mas é tratável.

Câncer de mama avançado: Câncer de mama avançado é um termo usado para descrever câncer de mama inoperável localmente avançado e câncer de mama metastático (ESMO, 2018).

Subtipos baseados no status dos receptores hormonais e na expressão do gene HER2:

O crescimento de alguns tumores é estimulado pelos hormônios estrogênio e progesterona. É importante descobrir se um tumor é positivo ou negativo para o receptor de estrogênio (ER) ou para o receptor de progesterona (PgR), pois os tumores com alto nível de receptores hormonais podem ser tratados com medicamentos que reduzem o suprimento de hormônio ao tumor (SAÚDE; INCA, 2019).

O HER2 também é um receptor envolvido no crescimento das células e está presente em cerca de 20% dos cânceres de mama. Os tumores com um alto nível de HER2 podem ser tratados com medicamentos anti-HER2. Os tumores que não apresentam ER, PgR ou altos níveis de HER2 são descritos como tumores triplos negativos (CARDOSO et al., 2019).

Os tumores podem ser classificados em subtipos com base no status dos receptores hormonais e HER2, como a seguir: tipo A luminal (ER e PgR positivo, tumores HER2 negativos), tipo B luminal (tumores ER e / ou PgR positivos, tumores HER2 positivos ou negativos), Superexpressão de HER2 (tumores ER e PgR negativos, HER2 positivos) e basais (tumores triplos negativos) (PALUCH-SHIMON et al., 2016).

3.4.1 Etiologia

A etiologia exata do câncer de mama é desconhecida, mas vários fatores de risco para o desenvolvimento da doença foram identificados. É importante lembrar que

ter um fator de risco aumenta o risco de desenvolvimento de câncer, mas isso não significa que você definitivamente terá câncer. Da mesma forma, não ter um fator de risco não significa que você definitivamente não vai ter câncer (ESMO, 2018).

Os fatores de risco mais importantes são o gênero feminino, idade avançada, predisposição genética (história familiar ou mutações em certos genes BRCA1 e BRCA2), exposição a estrógenos, exposição à radiação ionizante, ter poucos filhos, histórico de hiperplasia atípica, obesidade e uso de álcool (CARDOSO et al., 2019; ESMO, 2018).

Cerca de 5% dos cânceres de mama e até 25% dos casos familiares de câncer de mama são causados por uma mutação BRCA1 ou BRCA2. Uma mulher portadora de uma mutação BRCA1 tem um risco de câncer de mama de 65% a 95% na vida, e acredita-se que mais de 90% dos cânceres de mama e ovário hereditários sejam causados por uma mutação no BRCA1 ou BRCA2 (SKOL; SASAKI; ONEL, 2016).

A mulher com teste positivo de mutação BRCA1 e BRCA2 com base em sua história familiar e origem étnica, sendo ela portadora de uma mutação em um ou em ambos os genes, será oferecida aconselhamento durante o qual suas opções para reduzir o risco de desenvolver câncer de mama, como uma mastectomia dupla preventiva e/ou salpingooforectomia (remoção dos ovários e trompas), sendo necessária a discussão. Caso as mulheres que sofrem de uma mutação BRCA não optarem por uma cirurgia de redução de risco, estas devem receber um exame clínico a cada 6 a 12 meses a partir dos 25 anos (ou 10 anos antes do diagnóstico de câncer de mama mais jovem da família, se houver), ressonância magnética (RM) a cada 12 meses e mamografia a cada 12 meses a partir dos 30 anos (PALUCH-SHIMON et al., 2016).

3.4.2 Diagnóstico

O diagnóstico do câncer de mama é baseado no exame clínico combinado à imagem e confirmado por avaliação patológica. O exame clínico inclui palpação bimanual das mamas e linfonodos regionais e avaliação de metástases distantes (ossos, fígado e pulmões; um exame neurológico é necessário apenas quando os sintomas estão presentes) (CARDOSO et al., 2019). Portanto, o diagnóstico é definido conforme os critérios apresentados no quadro abaixo:

| | |
|------------------------------------|---------------------------------|
| Avaliação do estado geral de saúde | História do status da menopausa |
|------------------------------------|---------------------------------|

| | |
|--|---|
| | Exame físico Hemograma completo Testes de função hepática, renal e cardíaca (em pacientes planejados para tratamento com antraciclina e/ou trastuzumabe), Fosfatase alcalina e cálcio |
| Avaliação do tumor primário | Exame físico Mamografia US de mama RM de mama em casos selecionados Biópsia nuclear com determinação patológica de histologia, grau, ER, PgR, HER2 e Ki67 |
| Avaliação de linfonodos regionais | Exame físico US Biópsia guiada pelo US se houver suspeita |
| Avaliação de doença metastática | Exame físico Outros testes não são recomendados rotineiramente, a menos que a carga tumoral seja alta, a biologia agressiva ou quando houver sintomas sugestivos de metástases |
| ER, receptor de estrogênio; HER2, receptor 2 do fator de crescimento epidérmico humano; RM, ressonância magnética; PgR, receptor de progesterona; US, ultrassom. | |

(CARDOSO et al., 2019)

3.4.3 Tratamento

Existem quatro formas gerais de tratamento do câncer de mama: cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. Elas são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e a ordem de sua indicação.

O tratamento dependerá de vários fatores, incluindo o grau de evolução do câncer, o tipo de câncer (veja a seção abaixo) e a avaliação de risco. A equipe que o trata normalmente inclui um cirurgião, oncologista, radiologista e patologista. Um enfermeiro

especialista também deve estar disponível para orientá-lo em cada estágio do diagnóstico e tratamento (ESMO, 2018).

Quimioterapia neoadjuvante para tumores luminais: Consiste no tratamento do câncer de mama antes do tratamento cirúrgico definitivo, no intuito de reduzir a ocorrência de recidiva à distância, Downstaging tumoral, proporcionar melhor resultado cirúrgico e reduzir complicações pós-operatórias e avaliar precocemente a eficácia do tratamento sistêmico.

Quimioterapia neoadjuvante: O tratamento quimioterápico realizado em câncer de mama não-metastático tem como principal objetivo a redução do risco de recorrência e consequentemente aumento da sobrevida global. A administração em caráter neoadjuvante tem como propostas adicionais a redução do tumor, permitindo cirurgia menos extensa com melhora dos resultados estéticos e redução de complicações pós-operatórias como linfedemas.

Hormonioterapia neoadjuvante no câncer de mama: Caracteriza-se pelo uso de terapia endócrina, em pacientes selecionadas, como forma de tratamento sistêmico antes de cirurgia definitiva. Tem o objetivo de redução tumoral com fins de evitar mastectomia ou para tornar operáveis lesões inoperáveis ao diagnóstico. É indicada à paciente pós-menopausa, com tumor localmente avançado, positivo para receptor hormonal, Her2-negativo, inelegíveis para quimioterapia.

Radioterapia após mastectomia: O objetivo da radioterapia após mastectomia é o controle de doença subclínica, na parede torácica e/ou drenagem linfática, em pacientes de alto risco para recidiva locorregional. Os dois fatores preditivos positivos para recidiva locorregional mais importantes são tamanho tumoral e o número de linfonodos acometidos. Somados a esses, outros fatores prognósticos e preditivos devem ser avaliados pelo radio-oncologista para indicar ou não radioterapia após mastectomia: subtipo histológico, grau histológico e grau nuclear, receptores de estrogênio e progesterona e amplificação do Her-2 e Ki-67.

3.4.4 Tratamento cirúrgico do câncer de mama

A cirurgia do câncer de mama tem como objetivo primordial atingir o equilíbrio entre: obtenção de margens livres, respeito aos princípios oncológicos do tratamento; preservação de parênquima mamário e resultado estético satisfatório. Durante décadas, o tratamento cirúrgico padrão para o câncer de mama era a mastectomia radical

modificada. Entretanto, depois que inúmeros estudos demonstraram que a cirurgia preservadora da mama seguida de radioterapia tem resultados oncológicos semelhantes (sobrevida) em comparação à mastectomia no tratamento do câncer de mama inicial (estádio I e II) 1-3, tem-se, sempre que possível, tentado oferecer a cirurgia conservadora; desde que um bom resultado estético possa ser alcançado (MASTOLOGIA, 2017).

A principal mudança no tratamento cirúrgico do câncer de mama primário foi uma mudança para as técnicas de conservação da mama, iniciadas há mais de 30 anos. Atualmente, na Europa Ocidental, 60% a 80% dos cânceres recém-diagnosticados são passíveis de conservação da mama (ampla excisão local e radioterapia), no diagnóstico ou após Terapia Sistêmica Primária. Uma abordagem neoadjuvante deve ser preferida em subtipos altamente sensíveis à quimioterapia, como triplo-negativo e HER2-positivo, em tumores > 2 cm [II, A] e/ou axila positiva (CARDOSO et al., 2019).

Em alguns pacientes, a mastectomia ainda é realizada devido a: Tamanho do tumor (em relação ao tamanho da mama); Multicentricidade tumoral; Incapacidade de obter margens cirúrgicas negativas após múltiplas ressecções; Radiação prévia na parede torácica/mama ou outras contra-indicações à radioterapia; Inadequação para conservação de mama oncoplástica; e escolha do paciente (SURGICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF BREAST CANCER, 2009).

Cirurgia de conservação de mama: A cirurgia de conservação de mama (CCM) é a principal opção cirúrgica para o câncer de mama. Para pacientes submetidos a extensa excisão local, maior ênfase é colocada agora na obtenção de cosmese aceitável, e os cirurgiões da mama são treinados para adotar abordagens oncoplásticas para reduzir o impacto da excisão local do tumor na cosmese, geralmente usando técnicas de deslocamento tecidual (CARDOSO et al., 2019).

Os procedimentos oncoplásticos podem resultar em melhores resultados estéticos, especialmente em pacientes com mamas grandes, uma relação tumor / tamanho da mama menos favorável ou uma localização cosmeticamente desafiadora (central ou inferior) do tumor dentro da mama. Apesar da tendência geral de conservação da mama, um número crescente de pacientes com câncer de mama está optando pela mastectomia bilateral (incorporando cirurgia contralateral de redução de risco) em vez da conservação preferida da mama e vigilância mamográfica da mama irradiada (HUDIS et al., 2016).

3.5 Mastectomia

Mastectomia Simples: Ablação higiênica de tumores localmente avançados
Tratamento dos sarcomas Recidivas do tratamento conservador CDIS de mau prognóstico com componente extenso.

Mastectomia Poupadora De Pele: Retirada de toda glândula mamária, cicatriz prévia quando presente, pele acima do tumor quando este é superficial e do CAP. Técnica mais usada quando se realiza a reconstrução imediata. BENEFÍCIO: preservação de quase todo o envelope cutâneo e do sulco inframamário; melhor resultado estético, melhor possibilidade de utilização de expansores e próteses DESVANTAGEM: risco de isquemia, necrose e infecção do retalho com impacto em possível atraso no início da terapia adjuvante.

Mastectomia Poupadora De Papila: Remove-se exclusivamente o parênquima mamário preservando-se toda a pele e o CAP. Estudos mostram que se trata de conduta oncológica segura quando lesão a se encontra distante da papila e o exame intraoperatório mostra que a margem do leito areolopapilar se encontra livre. A taxa de recidiva no CAP fica em torno de 0 a 2 % quando as pacientes são bem selecionadas (CARDOSO et al., 2019; MASTOLOGIA, 2017).

A reconstrução imediata na maioria das mulheres pode facilitar a aceitação de perder um seio. A única razão oncológica para desaconselhar a reconstrução imediata é o caso de câncer de mama inflamatório. No entanto, algumas mulheres podem recusar ou adiar a reconstrução por causa de preferências pessoais. Não há evidências de que a reconstrução torne a detecção da recorrência local mais difícil, e não há base para a visão desatualizada de que os pacientes devem esperar 1 a 2 anos após a mastectomia antes de receber a reconstrução. As técnicas autólogas baseadas em tecidos geralmente toleram bem a radioterapia pós-operatória. A reconstrução baseada em implantes pode resultar em um resultado estético desfavorável, após a radioterapia pós-operatória. Se a radioterapia pós-mastectomia (PMRT) for indicada, o uso de um expansor temporário antes da radioterapia poderá facilitar o planejamento da radioterapia em alguns casos (URBAN et al., 2015).

3.6 Reconstrução de mama

Todos os pacientes, nos quais a mastectomia é uma opção de tratamento, devem ter a oportunidade de receber conselhos sobre cirurgia reconstrutiva da mama.

Nem todos os pacientes estarão em boa forma física ou desejam considerar a reconstrução. Se isso não estiver disponível na unidade de mama, a equipe de mama deve ter uma linha de referência reconhecida para um cirurgião de mama ou plástico com especial experiência em reconstrução de mama. O acesso oportuno para os pacientes que consideram a reconstrução é essencial para que eles não sejam desencorajados pelo processo (SURGICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF BREAST CANCER, 2009).

Para mulheres em reconstrução mamária, imediatas ou retardadas, muitas opções cirúrgicas estão disponíveis. Os implantes de gel de silicone são componentes seguros e aceitáveis do arsenal reconstrutivo [III, A]. Os avanços na reticulação de gel reduziram o extravazamento de silicone, e os implantes coesivos de gel provavelmente apresentam menos problemas relacionados à ruptura capsular. Ao considerar a reconstrução baseada em implantes, os pacientes devem ser informados sobre o risco de linfoma anaplásico de células grandes. Retalhos autólogos de tecido podem substituir volumes relativamente grandes de tecido mamário. O tecido pode ser retirado do músculo latissimus dorsi, do músculo reto abdominal, ou do retalho epigástrico inferior profundo do perfurador, entre outros. A técnica de reconstrução ideal para cada paciente deve ser discutida individualmente, levando em consideração fatores e preferências anatômicos, relacionados ao tratamento e ao paciente (CARDOSO et al., 2019).

Para pacientes que manifestam interesse na reconstrução mamária, as discussões devem ocorrer sobre o momento ideal da reconstrução. Isso deve incluir os riscos e benefícios de técnicas imediatas versus técnicas atrasadas. Idealmente, as unidades mamárias devem ter médicos com experiência oncoplástica e/ou cirurgiões de mama que trabalhem com cirurgiões plásticos e reconstrutores com um interesse estabelecido na reconstrução mamária, que possam prestar esse serviço. Onde as unidades oferecem reconstrução mamária, devem estar disponíveis instalações adequadas e devem estar disponíveis para cirurgia revisional (SURGICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF BREAST CANCER, 2009; URBAN et al., 2015).

3.7 Aspectos emocionais

Os aspectos que influenciam na vida da mulher após o diagnóstico da neoplasia na mama e durante o tratamento, existem os capazes de afetar relações pessoais, sociais e familiares. Com a retirada da mama vem a dificuldade de retornar às atividades

de vida diária, de retornar ao trabalho, alteração da imagem corporal, alterações psicológicas e outras, as quais podem apresentar-se como positivas ou negativas. A mulher vivencia momentos de angústia, sofrimento e ansiedade, além de ter a sua vaidade comprometida, a mulher sofre preconceitos e discriminação principalmente pelo fato de essa ser uma doença estigmatizante (ALMEIDA et al., 2016; BARROS et al., 2018).

Como fatores positivos estão o apoio familiar, atuando por meio de uma relação compartilhada e de cuidar, e o apoio profissional, provendo um cuidado direcionado com o objetivo de alcançar melhor qualidade de vida à mastectomizada. Inclui-se neste âmbito, ainda, o apoio social, oferecendo suporte emocional e encoraja na luta contra a doença (LAGO et al., 2015).

Entre os aspectos negativos, citam-se: hábitos de vida não saudáveis, considerados propícios ao desenvolvimento do câncer de mama (ESMO, 2018) e condição financeira prejudicada pela ausência da atividade laboral fora do lar em virtude do tratamento e medo da morte devido à agressividade da doença (CANIELES et al., 2014).

Esses sentimentos trazem, às mulheres, o isolamento social e familiar, proporcionado a perda de sua identidade diante da sociedade. Ainda, nos dias atuais, a sociedade atribui que cabelos longos e mamas belas são sinônimos de feminilidade, sendo o câncer de mama uma ameaça à vaidade das mulheres, promovendo importante desequilíbrio psicológico e da qualidade de vida (BARROS et al., 2018).

Nesse sentido, autores descrevem que a qualidade de vida deve ser avaliada do ponto de vista do paciente: “Qualidade de vida se refere à apreciação do paciente e sua satisfação com o nível de funcionamento, comparando com o que ele percebe como sendo possível ou ideal”. Medidas quantitativas de qualidade de vida poderiam servir como indicadores para nortear estratégias de intervenção terapêutica e criar parâmetros para definição de ações no sentido da promoção de saúde individual ou coletiva (BARROS et al., 2015; SOUSA et al., 2014).

A qualidade de vida abrange uma variedade potencial de condições que afeta a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define qualidade de vida como: a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da

cultura, sistemas de valores nos quais ele vive em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (SOUSA; SANTANA; COSTA, 2014).

Mesmo quando comparada com a de mulheres submetidas a tratamento conservador da mama, realizando a quimioterapia, a qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia é baixa. Os sintomas apresentados por elas, durante a quimioterapia, são a fadiga, a diminuição da atividade sexual e a disfunção cognitiva (AMBRÓSIO; DOS SANTOS, 2015).

Concomitantemente às mudanças sentidas no nível corporal, tem-se certa incapacidade de assumir os compromissos sociais e alterações em relação ao convívio social. Isto devido, em parte, ao preconceito e ao estigma que resulta no afastamento de algumas pessoas e em situações de constrangimento, dificultando a elaboração das mulheres acerca do CA. Por isto, é importante que a mulher tenha uma rede social de apoio que não a permita desistir e que torne mais fácil o enfrentamento da doença (GOMES; DA SILVA, 2016).

O apoio social caracteriza-se por laços de afeto, consideração, confiança, entre outros, que ligam as pessoas que compartilham o convívio social e que podem exercer influência no comportamento e na percepção de quem compõem a rede social. Este é fornecido pelas redes sociais disponíveis, tais como: familiares, amigos, vizinhos e profissionais, que podem auxiliar de diversas maneiras: fornecendo apoio material ou financeiro, executando tarefas domésticas, cuidando dos filhos e oferecendo suporte emocional (AMBRÓSIO; DOS SANTOS, 2015).

Portanto, introduz uma estratégia de enfrentamento emocional, instrumental ou informativo como forma de facear a situação causadora de estresse produzida pela própria doença, que é marcada pelo seu estigma. No momento em que a mulher se põe diante da doença, câncer de mama, isso implica grandes repercussões na sua vida: projeta-se ao encontro de apoio, segurança, conforto e ajuda da família (ALMEIDA et al., 2016).

Há evidências de que o apoio social atua como proteção à saúde humana. A influência positiva da rede de apoio é constituída pela família, amigos e religião, bem como apoio do próprio grupo que está alicerçado na presença e no suporte que essa rede proporciona durante as etapas que envolvem a nova condição de vida (ALMEIDA et al., 2016).

O suporte recebido é de fundamental importância à manutenção da saúde física e mental da pessoa doente, na medida em que facilita o enfrentamento de eventos estressantes e produz efeitos benéficos para quem está vivenciando uma situação de estresse. Sendo este tema de grande importância, pois demonstra o quanto os relacionamentos interpessoais são importantes durante o processo que envolve o câncer, desde o diagnóstico até a fase de reabilitação, visto que, a situação da doença e da retirada da mama, para a mulher, resulta em alterações de ordem física, emocional e social (AMBRÓSIO; DOS SANTOS, 2015; CANIELES et al., 2014).

4 MÉTODOLOGIA

4.1 Desenho do Estudo

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, que fez parte da pesquisa "QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA". Desenvolvido por discentes e docentes pertencentes ao Núcleo de Estudos e Pesquisa de Enfermagem em Educação e Saúde da Mulher (NEPESM) vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

4.2 Local e período do estudo

A pesquisa norteadora foi desenvolvida em dois hospitais de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, ambos situados na capital São Luís, sendo estes o Instituto Maranhense de Oncologia – Hospital Aldenora Belo (IMOAB) e o Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho (HCTLF).

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.

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.

A coleta de dados ocorreu no período de novembro de 2018 a novembro de 2019.

4.3 População do estudo

A população foi composta de mulheres previamente tratadas em cirurgias oncológicas da mama, e os critérios de inclusão foram ser maiores de 18 anos, que receberam tratamento cirúrgico para câncer de mama unilateral há mais de 6 meses até 10 anos, seja por cirurgias classificadas como mastectomia radical ou conservadora, tendo realizado ou não reconstrução mamária, independente da terapia coadjuvante já realizada e que tenham finalizado o tratamento com quimioterápicos. Foram excluídas as mulheres onde não foram identificados os prontuários, pois a partir destes eram obtidos os dados de estadiamento clínico, muitas vezes não conhecido pela mulher e pacientes que apresentem déficit cognitivo que incapacite a obtenção das respostas.

4.4 Amostra

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

O cálculo do tamanho amostral do número de pacientes a serem entrevistados nos Hospitais Aldenora Belo e 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, com um total de 410 e a prevalência de cirurgias oncológicas mamárias de 70,7%, nível de significância (α) de 5% e erro tolerável de 5%, o tamanho mínimo é de 249 mulheres (PASS,2017). No entanto, neste estudo a amostra foi composta de 191 mulheres.

4.5 Coleta de dados e instrumentos

As participantes foram abordadas pelos discentes participantes do grupo de pesquisa nos dois hospitais enquanto esperavam as consultas de acompanhamento pós-operatório e as reuniões dos grupos de apoio, caso necessário, a participação da mesma será interrompida para não ocasionar danos no compromisso original da paciente, retomando, após o término da consulta ou da reunião no grupo de apoio.

Inicialmente foi apresentado a elas o Termo de Consentimento de Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice A), e após esclarecimento do teor da pesquisa e

concordância na participação, foram aplicados os instrumentos de forma assistida pelos entrevistadores, onde ao final foi assinado duas vias do TCLE e entregue uma via a participante. A fim de complementar a entrevista, confirmando dados e buscando outros não informados, será realizada a consulta ao prontuário.

Na coleta de dados foram utilizados dois questionários. O primeiro elaborado pelos pesquisadores contendo 65 questões abordando a caracterização da amostra, hábitos, hereditariedade, rastreamento, diagnóstico, clínica, do suporte familiar e social e do cenário emocional (Apêndice B). O segundo tratou-se sobre O *The World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-bref) (Anexo A) sendo um questionário multidimensional dividido em cinco domínios que avaliam dimensões distintas da qualidade de vida da entrevistada: físico; relações sociais; meio ambiente e psicológico; o que permite a avaliação geral de qualquer tipo de câncer. (CONDE, 2006; AMADO, 2006; RODARY, 2004).

Quanto ao estudo sobre qualidade de vida, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e organizou um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do *World Health Organization Quality of Life-100* (RODARY, 2004). Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (CONDE, 2006).

As 26 questões são divididas por 4 domínios e 24 facetas (Quadro 3), sendo estes: psicológico, físico, ambiente, relações sociais e ambiente. Cada domínio é composto por questões, cujas pontuações das respostas variam entre 1 e 5 e estas estão divididas em Os escores finais de cada domínio são calculados por uma sintaxe, que considera as respostas de cada questão que compõe o domínio, resultando em escores finais numa escala de 4 a 20, comparáveis aos do WHOQOL-100, que podem ser transformados em escala de 0 a 100 (SALES; FERREIRA, 2011).

Quadro 2: Domínios e facetas do WHOQOL-bref

| DOMÍNIOS | FACETAS |
|----------------------------------|--|
| Domínio I - Físico | 1. Dor e desconforto 2. Energia e fadiga 3. Sono e repouso 4. Mobilidade 5. Atividades da vida cotidiana 6. Dependência de medicação ou de tratamentos 7. Capacidade de trabalho |
| Domínio II - Domínio psicológico | 8. Sentimentos positivos 9. Pensar, aprender, memória e concentração 10. Auto-estima 11. Imagem corporal e aparência 12. Sentimentos negativos 13. Espiritualidade/religião/crenças pessoais |
| Domínio III - Relações sociais | 14. Relações pessoais 15. Suporte (Apoio) social 16. Atividade sexual |
| Domínio IV- Meio-Ambiente | 17. Segurança física e proteção 18. Ambiente no lar 19. Recursos financeiros 20. Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade 21. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades 22. Participação em, e oportunidades de recreação/lazer 23. Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima) 24. Transporte |

O instrumento em questão é auto-aplicável, mas, neste estudo, optou-se pela entrevista direta, dada a dificuldade de leitura, os problemas visuais e o analfabetismo.

A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias.

Assim, será possível descrever o cenário da população em estudo (CONDE, 2006; AMADO, 2006; RODARY, 2004).

Para esta pesquisa utilizou-se do primeiro questionário as seguintes variáveis: caracterização das condições socioeconômicas da amostra, do suporte familiar e social e do cenário emocional. Em relação ao WHOQOL, as questões foram abordadas de forma integral com todas as suas variáveis.

Os instrumentos foram aplicados em uma única etapa, por uma equipe de pesquisadores treinados. Além da coleta com as participantes, foi realizada consulta aos prontuários. Os dados a serem encontrados foram tabulados em planilhas do Microsoft Excel[®].

4.6 Análise estatística

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

Para análise da qualidade de vida por meio do WHOQOL-BREF, inicialmente, foi calculado um Escore Bruto (EB) mediante a soma das pontuações de cada questão e posteriormente foi gerado um Escore Transformado 4-20 (ET 4-20), cujos valores variam de 4 a 20. Na sequência, calculou-se o Escore Transformado 0-100 (ET 0-100), onde os valores variam de 0 a 100. Para a análise dos dados de QV dos quatro domínios estudados, utilizou-se uma escala adaptada. Essa escala é categorizada da seguinte maneira: valores entre 0 e 40 são considerados região de insatisfação; de 41 a 69, correspondem à região de indefinição; e, acima de 70, como tendo atingido a região de sucesso. (PEDROSO et al., 2010; RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES et al., 2014).

4.7 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 Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) obtendo parecer favorável nº 2.892.351 (Anexo B) e aprovado pelo Colegiado do Curso de Enfermagem (Anexo C). O trabalho atendeu as exigências científicas e éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, ao implicar, conforme a resolução vigente no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos sociais.

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 propõe 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.

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, ao proporcionar o retorno social com a elaboração de estratégias que estejam empenhadas em garantir o aumento da qualidade de vida das mulheres cirurgicamente tratadas do câncer de mama.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 Dados socioeconômicos

As características socioeconômicas gerais estão demonstradas na tabela 1.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico de mulheres mastectomizadas acompanhadas em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA, 2019.

| VARIÁVEL | CATEGORIA | N | % |
|---------------------------------|-------------------------------|------------|------------|
| FAIXA ETÁRIA | 25 a 35 anos | 4 | 2,5 |
| | 35 a 45 anos | 37 | 19 |
| | 45 a 55 anos | 75 | 39 |
| | 55 a 65 anos | 48 | 25 |
| | 65 a 75 anos | 23 | 12 |
| | 75 anos ou mais | 4 | 2,5 |
| ESTADO CIVIL | Casada | 86 | 45 |
| | Solteira | 59 | 31 |
| | Viúva | 28 | 15 |
| | Divorciada | 18 | 9 |
| COR DA PELE AUTOREFERIDA | Branca | 30 | 16 |
| | Preta | 33 | 17 |
| | Parda | 118 | 62 |
| | Amarela | 10 | 5 |
| RENDA FAMILIAR | Até 1 salário | 84 | 44 |
| | De 1 a 3 salários | 92 | 48 |
| | De 3 a 5 salários | 13 | 7 |
| | Acima de 5 salários | 2 | 1 |
| RELIGIÃO | Evangélica | 78 | 40,5 |
| | Católica | 107 | 56 |
| | Agnóstica | 5 | 3 |
| ESCOLARIDADE | Analfabeta | 2 | 1 |
| | Ensino Fundamental Incompleto | 43 | 22 |
| | Ensino Fundamental Completo | 26 | 14 |
| | Ensino Médio Incompleto | 11 | 6 |
| | Ensino Médio Completo | 79 | 41 |
| | Ensino Superior Incompleto | 5 | 3 |
| | Ensino Superior Completo | 25 | 13 |
| | TOTAL | 191 | 100 |

Em relação a faixa etária, as faixas de 45 a 55 anos (39%) e de 55 a 65 anos (25%), que totalizaram 64% da amostra, foram as maiores. 37 destas mulheres (19%) estavam entre 35 e 45 anos, as de 65 a 75 anos com 23 mulheres (12%) e, por último, as faixas etárias de 25 a 35 anos e de 75 para cima, com 4 representantes, consideradas 2,5% da amostra cada.

No estudo de (GALDINO et al., 2017), foi demonstrado que 58.5% das mulheres entrevistadas possuíam faixa etária entre 40 a 59 anos, no de (ALVES et al., 2017), a idade média das participantes foi de 50 anos, encontrou-se também no estudo de (QUINTILIANO MONTENEGRO BOMFIM; SANTOS BATISTA; MELO DE CARVALHO LIMA, 2014) que a média das idades ficou em 52,3 anos, (SILVA; PESSOA JÚNIOR; MIRANDA, 2016) e (DOS SANTOS MENDES et al., 2014) demonstraram também em seus estudos que 60% e 67,4% das entrevistadas estavam entre 41 e 60 anos, respectivamente.

Conforme o Ministério da Saúde em associação com o Instituto Nacional do Câncer (ARN MIGOWSKI, 2017), é indicado o rastreio de mulheres em relação ao câncer de mama na faixa dos 50 aos 69 anos a cada dois anos, idades menores a essas tem recomendação contrária forte,

Demonstrando-se assim, que a maior faixa de idade do presente estudo está em consonância com as recomendações do Ministério da Saúde e diversos estudos acima citados, supondo-se que as mulheres orientadas a partir dos 50 anos estão realizando o rastreio, conseqüentemente, implicando na quantidade de pacientes admitidas nos serviços de oncologia de referência para tratamento e acompanhamento. Portanto, entende-se que as ações de saúde em relação ao rastreio do câncer de mama e a busca das mulheres pelos estabelecimentos de saúde, visto que o público feminino já é o maior cliente do Sistema Único de Saúde, se demonstram efetivos.

No que se diz respeito ao estado civil do grupo de mulheres avaliado, a maioria se declarava como casada, sendo 86 (45%), seguido das solteiras com 59 (31%), 28 viúvas (15%), e em menor quantidade as divorciadas, com um total de 18 mulheres (9%).

Das mulheres entrevistadas no estudo de (ALVES et al., 2017), 63,3% do total se declaravam, (QUINTILIANO MONTENEGRO BOMFIM; SANTOS BATISTA; MELO DE CARVALHO LIMA, 2014) cita que 47,1% de sua amostra era composta por

característica, (DOS SANTOS MENDES et al., 2014) demonstrou que 55,1% das mulheres eram casadas.

Contudo, supõe-se que com passar dos anos, a busca por relacionamentos estáveis aumenta e as mulheres acima de 50 anos, em geral, já estão em relacionamentos estáveis. Parte pelo conceito social da necessidade de obter-se um relacionamento e criar-se um lar, para ter a estabilidade e prestígio social, outra parte pela necessidade afetiva em ter um parceiro para compartilhar seus sentimentos e conseguinte formar uma família, tendo filhos ou não, sendo a arquitetura familiar fora dos padrões tradicionais.

Por fim, todos os estudos e pesquisas citados corroboram com os dados obtidos, sejam eles relatando que em sua maioria eram compostas por mulheres casadas, quanto que em sua totalidade de amostra.

A cor da pele das participantes teve em sua maioria autodeclaradas pardas com 118 mulheres (62%), pretas com 33 (17%), brancas com 30 (16%) e amarelas com 10 mulheres, equivalente a 5% da amostra.

No estudo de GALDINO et al., (2017), sua amostra se autodeclarou predominantemente parda (69,9%) e no de AZEVEDO BATISTA et al., (2017), 80% se autodeclararam pardas e brancas e, 20% amarela. Ambos os estudos concordam com os dados obtidos na presente pesquisa, com exceção da etnia amarela, que obteve maior percentual no último estudo citado.

O Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística através da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua em 2016, mostrou que a população no Brasil de 2012-2016, do total de 205,5 milhões de brasileiros, 46,7% se autodeclarava parda, 46,6% brancas e 7,4% pretas, estes dados concordam com os dados obtidos neste estudo, dada a miscigenação da população no Brasil e em especial na região nordeste.

Com relação a renda familiar das participantes do estudo, 92 mulheres, declararam viver com uma faixa de 1 a 3 salários mínimos, equivalente a 48%, seguida da renda de até 1 salário mínimo com 84 mulheres (44%), de 3 a 5 salários mínimos foram declarados por 13 mulheres (7%), e por último, 2 (1%) vivem com uma renda superior a 5 salários mínimos.

Conforme ALMEIDA et al., (2016) em sua população de estudo, a renda familiar estava entre dois e três salários mínimos, 94% da amostra de (SILVA et al., 2010)

vive com até dois salários mínimos e apenas 6% vive com renda de três ou mais salários, já na pesquisa de DE SOUSA, ANA LETÍCIA VARONILIA ; SANT ANA, GEISA; DA COSTA, (2014) a maioria das mulheres vive com uma renda entre 1 e 2 salários mínimos (53%), 40% até 1 salário mínimo e 3 salários mínimos ou mais (6%).

Os dados obtidos neste estudo se encaixam nos encontrados pelo IBGE em 2018, a partir da renda nominal domiciliar per capita da população residente, segundo as Unidades da Federação, o Maranhão obteve o valor mais baixo do país, que foi o de 605 reais, considerado, portanto, a menor renda per capita domiciliar brasileira, que concorda com os dados da presente pesquisa, onde o primeiro lugar equivale a renda de 1 a 3 salários mínimos (48%) e logo em seguida, com valores bem próximos e consideráveis, a de até 1 salário mínimo (44%), demonstrando a baixa renda das mulheres da amostra em consonância com os dados referentes ao Maranhão.

Entre a variável do estudo “religião”, a católica obteve o maior número, com 107 mulheres, equivalente a 57% da amostra, conseguinte da evangélica com 78 (40,5%), agnóstica 5 (3%), e espírita 1, com 0,5% do total.

Na amostra de SILVA et al., (2010), houve predominância da católica, com 78%, enquanto que 22% eram evangélicas, ALVARENGA et al., (2018) demonstrou que a religião católica também predominou com 63,3%, seguida da evangélica com 20%, espírita (13,3%) e testemunha de Jeová (3,3%), já DE SOUSA, ANA LETÍCIA VARONILIA ; SANT ANA, GEISA; DA COSTA, (2014) evidenciou-se que a religião católica ficou em primeiro lugar com 73% das mulheres e a evangélica com 26% do total. A partir destes estudos, o catolicismo se mostrou predominante, concordando com os dados deste estudo.

Ao considerarmos que o Brasil é o país com a maior comunidade de católicos no mundo, os dados obtidos nesta pesquisa equivalem com esta afirmativa. Conforme o último censo do IBGE em 2010, 64,5% da população brasileira se declarava como Católica Apostólica Romana, e a Evangélica correspondia a 22,1% da população. O levantamento deste concordou com os dados obtidos no presente estudo, onde ambas as religiões ocuparam respectivamente o primeiro e segundo lugar na amostra obtida e declaradas pelas mulheres da pesquisa.

A maioria das participantes do estudo declararam ter Ensino Médio Completo (EMC), sendo 79 destas, equivalente a 41%, no segundo lugar ficaram as mulheres que

possuíam Ensino Fundamental Incompleto (EFI), com 43 (22%), Ensino Fundamental Completo (EFC) com 26 (14%), Ensino Superior Completo (ESC) com 25 (13%), Ensino Médio Incompleto (EMI) com 11 mulheres (6%) e Ensino Superior Incompleto (ESI) representado por 5 participantes, correspondente a 3% do total.

Em relação às mulheres do estudo de SILVA; PESSOA JÚNIOR; MIRANDA, (2016), 40% cursaram o ensino médio; 30%, o superior, e igual número para o ensino fundamental, no estudo de FURLAN et al., (2013), o grupo 2 foi composto, em sua maioria (45,5%), por voluntárias com ensino médio completo. Os autores AZEVEDO BATISTA et al., (2017) relataram que 40% das mulheres tinham o ensino médio completo e o ensino fundamental completo com o mesmo percentual.

Os dados obtidos da Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios Contínua no quesito Educação, em 2016, afirmam que cerca de 66,3 milhões de pessoas de 25 anos ou mais de idade (ou 51% da população adulta) tinham no máximo o ensino fundamental completo. Além disso, menos de 20 milhões (ou 15,3% dessa população) haviam concluído o ensino superior.

Já em relação ao primeiro lugar, que ficou com o EMC (41%), supõe-se que as mulheres com o passar dos anos, buscam retomar sua educação após longos anos fora das atividades acadêmicas, e que as mesmas obtenham o ensino médio completo, trazendo-lhes maior autonomia e conhecimento acerca de si e conseqüente busca pelos serviços de saúde, que já abrange de forma mais ampla a saúde da mulher com políticas mais assertivas e resolutivas para essa população.

5.2 Apoio familiar e social

As características de apoio familiar e social gerais estão demonstradas na tabela 2.

Com relação ao apoio da família no tratamento, as participantes do estudo relatam que 97% (185) possuem suporte familiar, enquanto apenas 3% (6) afirmaram que não tinham qualquer apoio familiar no período de tratamento e acompanhamento.

Quando indagadas quanto a presença de algum acompanhante durante o tratamento, 165 (86%) relatam possuir e 26 (14%) disseram estar sozinhas durante o período de tratamento.

No quesito participação em grupos de apoio, 130 mulheres (68%), ou seja, sua maioria, afirmaram nunca participarem de quaisquer grupos, 40 (21%) disseram participar e 21 (11%) não participam atualmente, mas já fizeram parte de algum grupo.

Das que participam e não participam, mas já participaram, totalizaram 61, e destas todas (100%) afirmaram que o grupo de apoio se caracteriza como importante para o enfrentamento e seguimento do tratamento.

Entre as 61 elegíveis no critério de avaliação dos grupos de apoio, 59 (98,5%) acreditam que os grupos de apoio melhoram sua autoestima, enquanto apenas 2 (1,5%) relataram não sentirem alteração neste quesito.

5.3 Do cenário emocional

Quanto ao sentimento de tristeza durante o tratamento vigente, 154 (81%) relataram não se sentirem tristes, entretanto, 36 (19%) afirmaram estarem tristes atualmente.

Com relação ao diagnóstico de depressão durante este período, 170 (89%) negaram e 21 (11%) confirmaram este diagnóstico.

Tabela 2 – Perfil do apoio familiar e social e cenário emocional de mulheres mastectomizadas acompanhadas em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA, 2019.

| VARIÁVEL | CATEGORIA | N | % |
|--|------------------------|-----|-----|
| Apoio da família no tratamento | Sim | 185 | 97 |
| | Não | 6 | 3 |
| Presença de acompanhante durante o tratamento | Sim | 165 | 86 |
| | Não | 26 | 14 |
| Participação em grupos de apoio | Sim | 40 | 21 |
| | Não | 130 | 68 |
| | Não, mas já participei | 21 | 11 |
| Importância do grupo de apoio no enfrentamento e seguimento | Sim | 61 | 100 |
| | Não | 0 | 0 |
| Importância do grupo de apoio na melhora da autoestima | Sim | 59 | 97 |
| | Não | 2 | 3 |

| | | | |
|---------------------------------|-----|-----|-----|
| Sentimento de tristeza | Sim | 154 | 81 |
| | Não | 36 | 19 |
| Diagnóstico de depressão | Sim | 21 | 11 |
| | Não | 170 | 89 |
| TOTAL | | 191 | 100 |

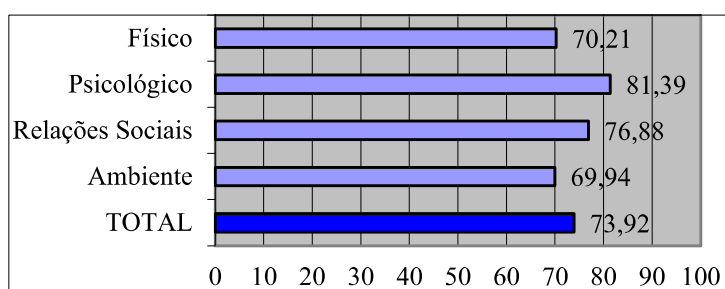
5.4 QUALIDADE DE VIDA (WHOQOL-bref)

5.4.1 Avaliação geral

Em relação a avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas em avaliação geral, considerando que o instrumento WHOQOL-bref possui 4 domínios (Gráfico 1) e facetas (Gráfico 2), os respectivos resultados foram:

No que tange a avaliação da qualidade de vida geral da população estudo, o escore obtido foi de 73,92, ultrapassando a região de sucesso, demonstrando um escore transformado positivo da qualidade de vida. Quando avaliado os domínios, o com maior escore foi o Psicológico (81,39), seguido das Relações Sociais (76,88) e físico (70,21), ambos alcançando um escore acima de 70, evidenciando região de sucesso. O domínio ambiente foi o único a não alcançar a marca positiva, porém, com uma avaliação ainda assim boa, com um escore de 69,94.

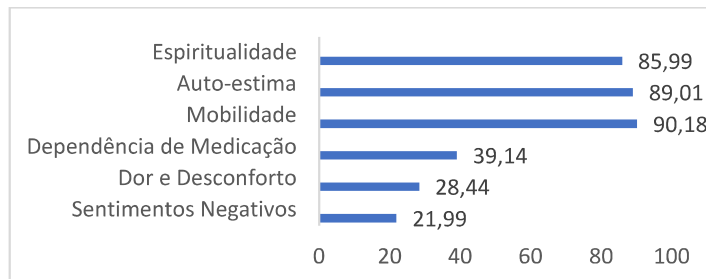
Gráfico 1 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



No gráfico 2, observa-se a qualidade de vida avaliada através das facetas dos domínios. A faceta “sentimentos negativos” do domínio psicológico, obteve o pior escore, com um valor de 21,99, seguidas das facetas “dor e desconforto” (28,44) e “dependência de medicação” (39,14), que são pertencentes ao domínio físico. Os melhores escores ficaram com as facetas “mobilidade” (90,18) pertencente ao domínio físico, “auto-

estima” (89,01) e “espiritualidade/religião/crenças pessoais” com 85,99, ambas pertencentes ao domínio psicológico.

Gráfico 2 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



Ao avaliar a amostra geral, os resultados demonstraram que as mulheres obtiveram escore transformado acima de 70 (73,92), indicando que estas possuem uma qualidade de vida em região de sucesso. Com relação aos domínios, o Psicológico (81,39) e Relações Sociais (76,88) se revelaram os melhores.

Em 2017, no estudo de (GALDINO et al., 2017), O tratamento cirúrgico para neoplasia maligna da mama provoca importantes alterações no indivíduo. Quando realizada a mastectomia, a imagem corporal alterada da mulher além de provocar sensação de mutilação e perda da sensualidade, devido à ausência da mama, também provoca diminuição das atividades de lazer, religiosas e sexuais, tais fatores interferiram diretamente na dimensão Social/Familiar e psicológica das pacientes do estudo.

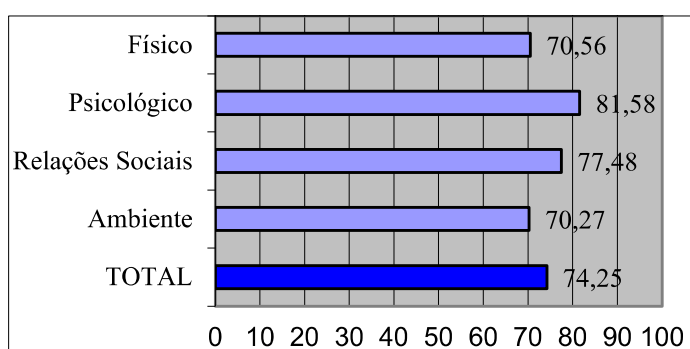
A resiliência destas mulheres se denota como fator importantíssimo no enfrentamento, conforme (SILVA; PESSOA JÚNIOR; MIRANDA, 2016), o diagnóstico do câncer de mama causou, entre uma parcela expressiva das participantes de seu estudo, um impacto psicológico importante, uma vez que desencadeou experiências de surpresa e tensão, ensejou demonstrações de aceitação e força, motivou tentativas de explicação, redefiniu relacionamentos e intensificou o recurso à religiosidade.

Portanto, o apoio psicológico ofertado por diversas formas a vida dessas mulheres, levando ao fortalecimento das relações sociais, sejam elas de cunho familiar ou outras fontes, somadas a sua resiliência frente ao tratamento, demonstraram-se como fortes fatores determinantes da qualidade de vida das mulheres deste estudo.

5.4.2 Mulheres com apoio familiar e sem apoio familiar

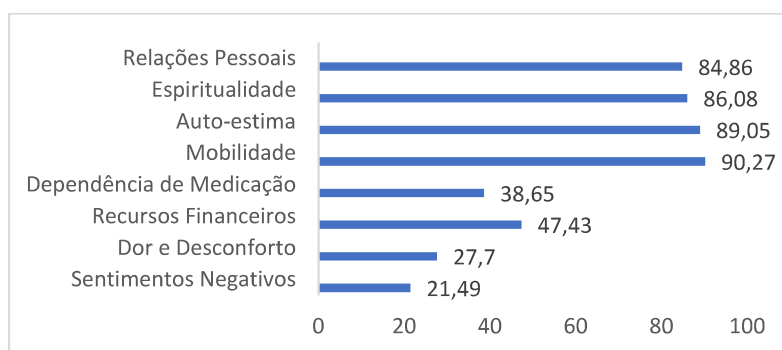
A partir da avaliação por domínios no gráfico 3, o grupo de mulheres que relataram ter apoio familiar obtiveram melhores escores no domínio psicológico (81,58) e relações sociais (77,48), entretanto, os outros dois domínios, físico (70,56) e meio ambiente (70,27) também obtiveram escores acima de 70. A média total obtida da amostra que possuía apoio familiar foi de 74,25, demonstrando resultados exitosos em relação à qualidade de vida.

Gráfico 3 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



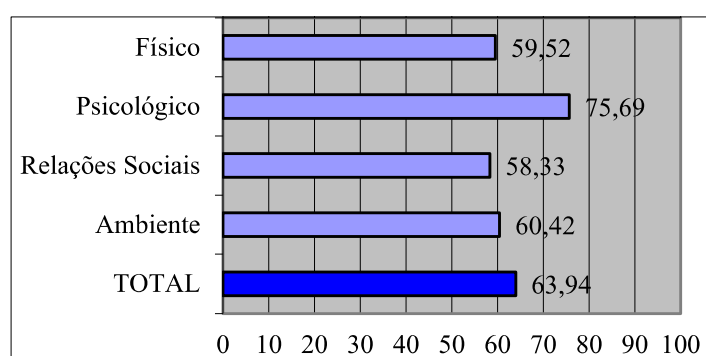
Quando avalia-se por facetas dos domínios, demonstrado no gráfico 4, as facetas mobilidade (90,27), auto-estima (89,05), espiritualidade (86,08) e relações pessoais (84,86), demonstraram os melhores escores, em contrapartida, os resultados dos escores menos favoráveis foram: sentimentos negativos (21,49), dor e desconforto (27,70), dependência de medicação ou outro tratamento (38,65) e recursos financeiros (47,43), demonstrando portanto, valores similares com os da avaliação global, tendo seus melhores e piores escores nos mesmos domínios e facetas.

Gráfico 4 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia que relataram possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



A avaliação por domínios deste quesito conforme o gráfico 5, o grupo de mulheres que não tinham apoio familiar durante o tratamento foi onde encontraram-se os menores escores. Teve-se os domínios psicológico (75,69) como o maior e em seguida o ambiente (60,42), que está abaixo do valor de sucesso, tendo como média geral dos domínios o valor de 63,94, demonstrando região de indefinição e abaixo do valor de sucesso acerca da qualidade de vida.

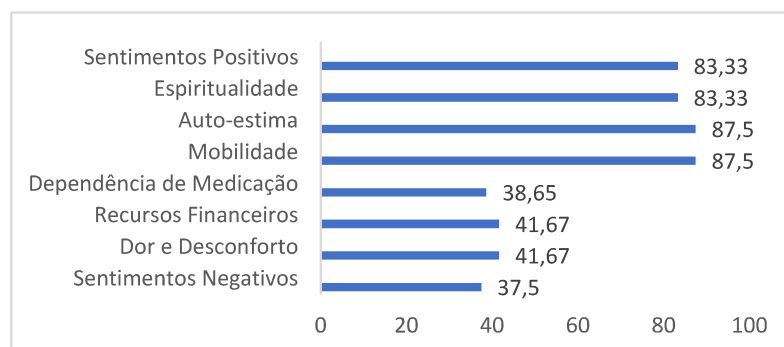
Gráfico 5 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram não possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



Na avaliação por facetas (gráfico 6), este grupo também obteve as menores médias dos escores dos grupos avaliados, mesmo obtendo valores um pouco acima em relação aos outros grupos nas piores facetas (sentimentos negativos – 37,50; dor e desconforto e recursos financeiros – 41,67), nos outros itens avaliados, apenas 9 de 26 alcançaram escores acima de 70, demonstrando uma grande região de indecisão, não alcançando-se assim, a região de sucesso.

Vale ressaltar que as melhores facetas obtiveram valores bons assim como no grupo que possuía apoio familiar: autoestima/mobilidade (87,50); sentimentos positivos/espiritualidade (83,33) e relações pessoais (75,00).

Gráfico 6 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia que relataram não possuir apoio familiar em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



Na avaliação da qualidade de vida das mulheres que possuem apoio familiar e daquelas que não possuem apoio, foram onde os resultados denotaram-se como mais expressivos. Quando avaliadas mais a fundo em relação aos domínios, o primeiro grupo teve escores melhores no Psicológico (81,58) e Relações Sociais (77,48), enquanto no outro, foram Psicológico (75,69) e Ambiente (60,42), ficando com o pior escore o domínio Relações Sociais (58,33).

Conforme o estudo de (DE SOUSA, ANA LETÍCIA VARONILIA ; SANTANA, GEISA; DA COSTA, 2014), onde foram abordadas 15 mulheres mastectomizadas e acompanhadas em um ambulatório de mastologia, demonstrou-se que no que tange as relações pessoais, a atenção e o apoio psicológico atribuído à paciente pelos familiares e amigos são importantes neste momento crítico, no qual a maioria das mulheres encontra-se fragilizada durante a experiência da doença o que pode dificultar as relações sociais, neste estudo ainda, a maioria (60%) estavam satisfeitas com as relações pessoais e o apoio que recebem dos amigos, corroborando com os dados achados no presente estudo.

Os resultados da qualidade de vida das mulheres que não possuem apoio familiar se evidenciaram como bastante prejudicadas. Contudo, não somente em sua média total, mas também em seus domínios, onde 3 de 4, resultaram em escores abaixo da região de sucesso, especialmente o de Relações Pessoais, com o escore mais baixo, evidenciando o quanto a falta desse apoio interfere negativamente de modo holístico na vida dessas mulheres, resultando em déficits em vários quesitos de sua vida.

No trabalho de (ALMEIDA et al., 2015b), realizado em um ambulatório de mastologia de uma Maternidade Escola de Fortaleza-CE, com 21 mulheres, afirmou-se

que a qualidade de vida é multidimensional e tem o conceito relacionado com as condições de vida individuais. Assim, cada população tem sua definição, e a mulher mastectomizada a percebe como ligada a ter saúde, vinculando-se também à alimentação saudável, além da busca pela paz, espiritualidade, trabalho, moradia e, não menos importante, a prática de atividade física, portanto, quando um desses alicerces falha ou não está presente, essa multidimensionalidade se afeta e por consequência, afeta outros quesitos, portanto, concordando com os resultados do presente estudo, onde a falta do apoio familiar e emocional debilitou outras áreas da vida desta mulher.

Neste contexto, também, a rede de apoio social tem sido apontada como um importante fator na recuperação da saúde. Essa rede pode ser composta tanto pelas pessoas do círculo de convivência da mulher, quanto pelos profissionais de saúde que estão lhe assistindo. O apoio social tende a trazer muitos benefícios, especialmente auxiliando-a a enfrentar as situações difíceis do tratamento (MONTIEL, 2017).

Nos estudos de (ALMEIDA et al., 2016) e (GALDINO et al., 2017), estes colocam que o apoio social introduz uma estratégia de enfrentamento emocional, instrumental ou informativo como forma de facear a situação causadora de estresse produzida pela própria doença, que é marcada pelo seu estigma. No momento em que a mulher se põe diante da doença, câncer de mama, isso implica grandes repercussões na sua vida: projeta-se ao encontro de apoio, segurança, conforto e ajuda da família, onde está se comove com a situação vigente e promove maior afeto, apoio e atenção à mulher com câncer a mastectomizada, a transmitindo maior confiança e força de enfrentamento, e o apoio oferecido por amigos e principalmente pela família é fator crucial para que essa mulher encare a doença e o tratamento da melhor forma possível (OLIVEIRA, 2010).

Dessa forma, o apoio da família e amigos é fundamental principalmente na recuperação psicológica dessa mulher que apresenta dificuldade de enfrentamento frente à doença e as consequências do tratamento e que a qualidade do relacionamento influencia diretamente na qualidade de vida.

5.4.3 Mulheres participantes de grupos de apoio e não participantes

Os escores de avaliação por domínios e facetas dos grupos de mulheres que participavam de Grupos De Apoio (GDA) e das que não participavam de Grupos De Apoio (GDA) obtiveram valores próximos, portanto, serão avaliados em conjunto.

Com relação à avaliação das mulheres que participaram ou não de grupos de apoio, os escores foram relativamente próximos. A média geral daquelas que participaram foi de 74,44 e das não participantes de 73,80. Quanto aos domínios, resultados parecidos também foram evidenciados, o Psicológico ficou com o maior escore (81,90 e 81,32, respectivamente), Físico (68,64 e 70,60), Ambiente (71,34 e 69,64). Um domínio em especial, e que teve diferença maior nesse grupo avaliado foi o de Relações Sociais, onde a amostra que participava destes grupos de apoio obteve maior diferença de escores, onde este obteve 80,88, enquanto o das não participantes 75,99 (gráficos 7 e 8). Evidenciando, portanto, que mesmo com valores próximos, a maioria dos escores estavam acima de 70, avaliada como positiva pelo instrumento.

Gráfico 7 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram participarem de grupos de apoio em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.

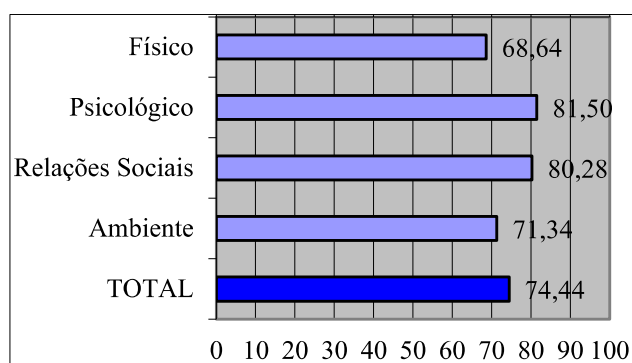
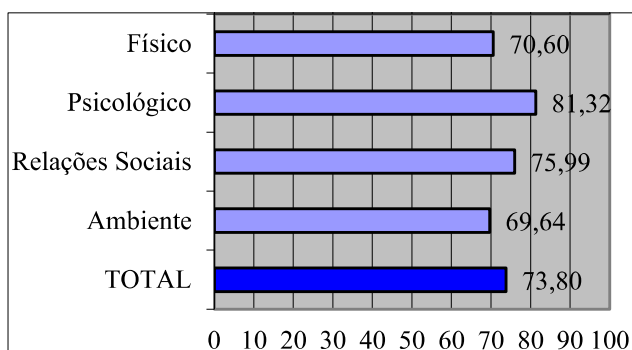


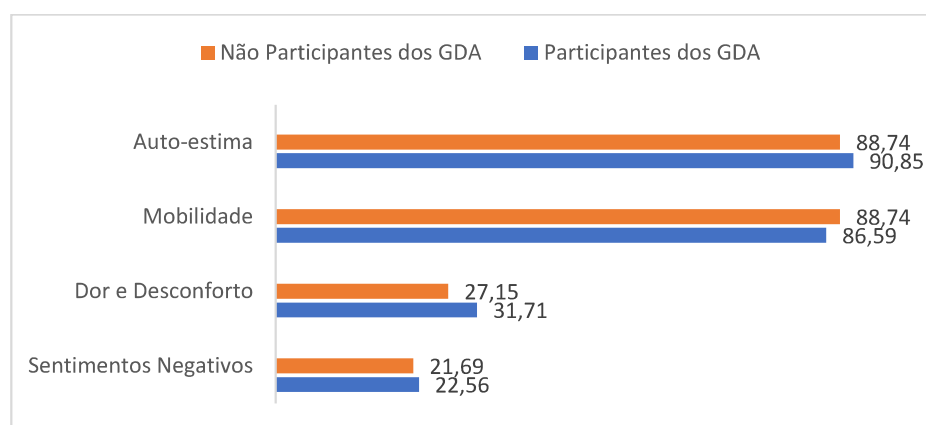
Gráfico 8 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por domínios de mulheres submetidas a mastectomia que relataram não participarem de grupos de apoio em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



Resultados semelhantes dos grupos também foram obtidos quando avaliados pelas facetas dos domínios (gráficos 9). Os piores escores foram evidenciados em ambos pelos sentimentos negativos (22,56 e 21,69) e dor e desconforto (31,71 e 27,15), já os

escores mais positivos foram autoestima (90,85 e 88,74) e mobilidade (86,59 e 88,74), sendo possível ser entendido que ambos os grupos possuem qualidades de vida próximas e questões avaliadas pelo WHOQOL-bref com a mesma intensidade de necessidades a serem atendidas como de pontos positivos como a autoestima, revelada através dos escores pelas mulheres participantes da pesquisa.

Gráfico 9 - Avaliação da qualidade de vida através do WHOQOL-bref por facetas de mulheres submetidas a mastectomia participantes e não participantes de grupos de apoio em dois hospitais de referência em oncologia na cidade de São Luís – MA.



Com relação à avaliação das mulheres que participaram ou não de grupos de apoio, os escores foram relativamente próximos. Subentende-se com os dados que não houve grande diferença da qualidade de vida geral entre os dois grupos, com exceção do domínio das relações sociais, onde se é esperado de fato valores abaixo. Todavia, não demonstrando neste presente estudo, relevante significância na participação ou não destas mulheres em sua qualidade de vida.

Não obstante, é importante ressaltar que os resultados dos escores demonstraram um valor positivo, acima de 70, não trazendo qualquer suposição ou afirmação acerca da deslegitimidade da importância de tais grupos de apoio no enfrentamento e resiliência durante o processo de tratamento do câncer de mama às mulheres submetidas à mastectomia.

O grupo de apoio à mulheres mastectomizadas em um hospital geral no Rio Grande do Sul, estudado por (FROHLICH; BENETTI; STUMM, 2014) a partir de relatos, pôde identificar-se que elas buscaram participar de grupos de apoio para conversar com pessoas diferentes, descobrir coisas novas, rirem e confortam umas às outras, compartilham dificuldades, coisas boas, relatando saírem realizadas das reuniões.

A partir da avaliação de estudos qualitativos como os de (ALMEIDA et al., 2015a; DE SOUSA, ANA LETÍCIA VARONILIA ; SANT ANA, GEISA; DA COSTA, 2014; DO NASCIMENTO et al., 2015), demonstrou-se também real importância destes, porém, a falta de artigos quantitativos para vias de comparação impediu a conclusão assertiva acerca desta questão, pondo em questão se o método quantitativo, o qual este utilizou como metodologia, é legítimo para avaliar este quesito em especial.

Em outro ponto do estudo de (FROHLICH; BENETTI; STUMM, 2014), as mulheres relatam recorrer a outros auxílios, como a ajuda de profissionais da psicologia e a fé em um Ser Superior, para minimizar o estresse. As mulheres do estudo reconheceram que o fato de ter câncer de mama contribuiu para mudanças positivas nas suas vidas, no cuidado de si, em atividades prazerosas, bem como o conhecimento dos danos que o estresse pode causar.

Considera-se então, quando se tem um apoio familiar, onde independente da forma que esta família ou meio social se caracterizou e formou-se um ambiente de proteção, a mulher adquire mais forças para lutar, repercutindo diretamente no enfrentamento, adesão e êxito no tratamento ao câncer de mama , que por muitas vezes, não se encerra após o tratamento cirúrgico.

6 CONCLUSÃO

A partir dos resultados e avaliação do presente estudo, considerando o total de mulheres voluntárias e pesquisadas (191), pôde-se revelar que a sua maioria possuía idade entre 45 e 65 anos, declaravam-se casadas, pardas, tinham como renda familiar a faixa de 1 a 3 salários mínimos, eram católicas e tinham o ensino médio completo. Quando avaliada a qualidade de vida deste grupo, escores transformados positivos foram encontrados a partir dos domínios Psicológico, Relações Sociais, Físico e Meio-Ambiente, classificadas em região de sucesso, demonstrando portanto, uma boa qualidade de vida.

Quando avaliada a qualidade de vida das mulheres que relataram ter apoio familiar durante o tratamento, os escores transformados tanto dos domínios, quanto da média geral, obtiveram valores superiores em relação à média geral do estudo, em especial os domínios Psicológico e Relações Sociais, demonstrando uma qualidade de vida superior deste grupo em todos os quesitos. Na avaliação desta qualidade de vida no grupo que relatou não ter apoio familiar durante o tratamento, foram onde os escores transformados tiveram os menores valores, sendo 3 de 4 domínios abaixo da região de sucesso, evidenciando-se que o apoio familiar é diretamente proporcional à qualidade de vida destas mulheres. No que tange a avaliação das mulheres participantes ou não de grupos de apoio, valores similares foram observados, não inferindo diferenças no que se diz respeito à qualidade de vida destas, entretanto, todas obtiveram escores transformados acima de 70, revelando região de sucesso no que se refere a qualidade de vida das mulheres participantes ou não destes grupos.

Portanto, foi revelado que a presença do apoio familiar e social às mulheres mastectomizadas durante o tratamento e acompanhamento se denota como de fundamental importância, onde a parceria estabelecida pela família e a rede social na qual esta mulher está inserida, interfere diretamente na sua qualidade de vida e no enfrentamento perante o câncer da mama e o tratamento cirúrgico, onde essa mulher, nesse momento de suas vidas estão fragilizadas, sensíveis e inseguras acerca do dia seguinte e de sua atual condição como mulher, mãe, irmã, esposa, amiga, cidadã e participante da sociedade como um todo.

O fortalecimento das relações sociais se coloca como fator primordial na melhora não somente clínica da mulher, mas também diretamente ao seu conforto psicológico, deveras importante nesta fase, onde estas ressignificam os valores adquiridos

durante toda sua vida, reforçam sua espiritualidade, tornando-se mais resilientes frente as dificuldades, dores e notícias difíceis.

O presente estudo teve limitações referente a ausência da avaliação estatística com conseqüente significância entre os grupos analisados. Entretanto, os objetivos propostos foram alcançados, onde pode-se conhecer a importância do apoio social e familiar às mulheres mastectomizadas. Evidenciando também, grande relevância no que se diz respeito a um futuro fortalecimento de iniciativas nos estabelecimentos de saúde das práticas inclusivas de familiares e entes importantes para as mulheres no processo de tratamento do câncer de mama e nas práticas integrativas acadêmicas dos cursos da área da saúde, onde se é necessário haver mais humanização no ensino e conseqüente retorno à sociedade com a prestação de serviços em saúde.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, N. G. DE et al. Aspectos que podem influenciar a qualidade de vida da mulher mastectomizada/ Aspects that may influence on the quality of life of a mastectomized woman. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 15, n. 3, p. 452, 2016.
- ALMEIDA, T. G. DE et al. Experience of young women with breast cancer and mastectomized. **Escola Anna Nery - Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 432–438, 2015a.
- ALMEIDA, N. G. et al. Qualidade de vida e cuidado de enfermagem na percepção de mulheres mastectomizadas. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 4, p. 607–617, 2015b.
- ALVARENGA, J. T. A. et al. Perfil Socioeconômico, Demográfico E Indicativo De Depressão Em Mulheres Submetidas À Mastectomia No Pós-Operatório Tardio. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v. 7, n. 2, p. 3–16, 2018.
- ALVES, V. L. et al. Assessment of the quality of life and self-esteem of mastectomized patients submitted or not to breast reconstruction. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery**, v. 32, n. 2, p. 208–217, 2017.
- AMADO, Fernanda *et al.* Metastatic breast cancer: do current treatments improve quality of life? A prospective study. **Sao Paulo Med J**. 2006;124(4):203-7.
- AMBRÓSIO, D. C. M.; DOS SANTOS, M. A. Apoio social à mulher mastectomizada: Um estudo de revisão. **Ciencia e Saude Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 851–864, 2015.
- ARN MIGOWSKI, M. B. K. D. E D. R. S. A. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil - Sumário Executivo. **Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva**, 2017.
- AZEVEDO BATISTA, K. et al. Sentimentos De Mulheres Com Câncer De Mama Após Mastectomia Feelings of Women With Breast Cancer After Mastectomy Sentimientos De Mujeres Con Câncer De Mama Después De La Mastectomia Artigo Original. **Rev enferm UFPE on line**, v. 11, n. 7, p. 2788, 2017.
- AZEVEDO, DB *et al.* Perfil das Mulheres com Câncer de Mama. **Rev. enferm UFPE on line.**, Recife, 11(6):2264-72, jun., 2017.
- BARROS, A. E. D. S. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres ao receberem o diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 12, n. 1, p. 102, 2018.
- BARROS, L. M. et al. Qualidade de vida entre obesos mórbidos e pacientes submetidos à cirurgia bariátrica. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 17, n. 2, p. 312–321, 2015.
- BRASIL, MINISTÉRIO DA SAÚDE, I. N. DO C. **Estimate/2018 – Cancer Incidence in Brazil**.
- BRAY, F. 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**, v. 68, n. 6, p. 394–424, 2018.
- CANIELES, I. M. et al. Rede de apoio a mulher mastectomizada. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 4, n. 2, p. 450–458, 2014.

- CARDOSO, F. et al. Early breast cancer: ESMO Clinical Practice Guidelines for diagnosis, treatment and follow-up†. **Annals of Oncology**, v. 30, n. 8, p. 1194–1220, 2019.
- CESNIK, Vanessa Monteiro *et al.* Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Rev. esc. enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, ago. 2012.
- CONDE, Délio Marques *et al.* Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Rev Bras Ginecol. Obstet.** 2006;28(3):195-204.
- DAGNONI, C. et al. Perfil clínico e tumoral de pacientes submetidas a tratamento neoadjuvante de câncer de mama no Hospital Erasto Gaertner. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 26, n. 4, p. 158–163, 2016.
- DA SILVA, Lucia Celia. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.
- DE SOUSA, ANA LETÍCIA VARONILIA ; SANT ANA, GEISA; DA COSTA, Z. M. B. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. **Com. Ciências Saúde**, p. 13–24, 2014.
- DO NASCIMENTO, K. T. S. et al. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Revista Enfermagem**, v. 23, n. 1, p. 108–114, 2015.
- DONATO, Ana Paula et al. Apoio Social a mulheres com câncer de mama. **Saúde (Santa Maria)**, [S.l.], ago. 2018. ISSN 2236-5834.
- DOS SANTOS MENDES, I. et al. Correlação da dor e qualidade de vida de mulheres pós-tratamento cirúrgico de câncer de mama. **Mundo da Saude**, v. 38, n. 2, p. 189–196, 2014.
- ESMO. What is Breast Cancer ? Let us answer some of your questions. **European Society for Medical Oncology**, v. 1, p. 1–55, 2018.
- FILHO, G. B. **Patologia, Bogliolo - 9. edição - 2016**. [s.l: s.n.].
- FROHLICH, M.; BENETTI, E. R. R.; STUMM, E. M. F. Vivências de mulheres com câncer de mama e ações para minimizar o estresse. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 8, n. 3, 2014.
- FURLAN, V. L. A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 2, p. 264–269, 2013.
- GALDINO, A. R. et al. Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação Quality of life of mastectomized women enrolled in a rehabilitation program. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 9, n. 2, p. 451, 2017.
- GOMES, N. S.; DA SILVA, S. R. Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 1–6, 2016.
- HUDIS, A. et al. Early Stage Breast Cancer : The Role of Breast Reconstruction. v. 135, n. 6, p. 1518–1526, 2016.
- INCA, I. N. DE C. Fisiopatologia do câncer. In: **A situação do câncer no Brasil**. p. 29, 2018.

INSTITUTO NACIONAL DE CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Relatório Painel-Oncologia. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CâNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA; MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Estimativa 2018: incidência de câncer no Brasil**. Coordenação de Prevenção e Vigilância, Rio de Janeiro, 2017.

LAGO, E. D. A. et al. Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. **Ciência & Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15, 2015.

Mastectomy. **American Cancer Society**, 2018. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer/mastectomy.html>. Acesso em: 24 jan. 2019.

MASTOLOGIA, S. B. DE. **Câncer de Mama - Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia - Regional Piauí**. v. 66, 2016.

MONTIEL, J. M. IMPORTANCE OF COUNSELING IN WOMEN WITH MASTECTOMIES : REVIEW. v. 46, n. 1, p. 164–172, 2017.

NERIS, Rhyquelle Rhibna *et al.* Experiência do cônjuge diante da mulher com câncer de mama e em quimioterapia: estudo de caso qualitativo. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, e20180025, 2018.

Números de Câncer. **INCA**, 2018. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/numeros-de-cancer>. Acesso em: 24 jan. 2019.

OLIVEIRA, J. L. DE. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 727–734, 2010.

PALUCH-SHIMON, S. et al. Prevention and screening in BRCA mutation carriers and other breast/ovarian hereditary cancer syndromes: ESMO clinical practice guidelines for cancer prevention and screening. **Annals of Oncology**, v. 27, n. Supplement 5, p. v103–v110, 2016.

PASS 15 Power Analysis and Sample Size Software (2017). NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA, ncss.com/software/pass.

PEDROSO, B. et al. Cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-bref através do Microsoft Excel. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 2, n. 1, p. 31–36, 2010.

PINHEIRO, Cleoneide Paulo Oliveira *et al.* Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 733-738, ago. 2008.

QUINTILIANO MONTENEGRO BOMFIM, I.; SANTOS BATISTA, R. P.; MELO DE CARVALHO LIMA, R. Avaliação da função sexual em um grupo de mastectomizadas. **Revista Brasileira em promoção da Saúde**, v. 27, n. 1, p. 77–84, 2014.

RAMOS DE ANDRADE ANTUNES GOMES, J. I. et al. BREF in a community segment as a subsidy for health promotion actions. **Rev BRas epidemiol aBR-jun**, 2014.

RODARY, C. *et al.* Patient Preference for Either the EORTC QOQ-C30 or the FACIT Quality of Life (QOL) Measures: a study performed in patients suffering from carcinoma of na unknown primary site (CUP). **Eur J Cancer**. 2004;40(4):521-8.

SANTOS, Luana *et al.* ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ÀS MULHERES ACOMETIDAS POR CÂNCER DE MAMA COM CONSEQUENTE MASTECTOMIA. **Revista Universo & Extensão**, América do Norte, 4, mar. 2016.

SALES, G. P.; FERREIRA, T. F. Aplicação do Questionário “Whoqol-bref” para avaliação da qualidade de vida nos participantes do projeto de promoção em saúde corra pela vida de São Roque do Canaã/ES. **Revista Brasileira de Prescrição e Fisiologia do Exercício**, v. 5, n. 28, p. 366–374, 2011.

SAÚDE, M. DA; INCA, I. N. DE C.-. **MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA - SIM.**

SILVA, M. B. DA; PESSOA JÚNIOR, J. M.; MIRANDA, F. A. N. DE. Trajetória de vida de mulheres mastectomizadas à luz do discurso do sujeito coletivo Life trajectory of mastectomized women based on the collective subject discourse. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 2, p. 4365, 2016.

SILVA, S. É. D. DA *et al.* Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, p. 727–734, 2010.

SIMEAO, Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó *et al.* Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, Mar. 2013.

SISMAMA. DATASUS, 2015. Disponível em:

<http://w3.datasus.gov.br/siscam/sismama/princ.html>. Acesso em: 24 jan. 2019.

SKOL, A. D.; SASAKI, M. M.; ONEL, K. The genetics of breast cancer risk in the post-genome era: Thoughts on study design to move past BRCA and towards clinical relevance. **Breast Cancer Research**, v. 18, n. 1, p. 1–8, 2016.

SOUSA, A. L. V. DE; SANTANA, G.; COSTA, Z. M. B. DA. Análise da qualidade de vida em mulheres mastectomizadas atendidas no ambulatório do HBDF. **Com. Ciências Saúde**, p. 13–24, 2014.

SURGICAL GUIDELINES FOR THE MANAGEMENT OF BREAST CANCER. Surgical guidelines for the management of breast cancer Association of Breast Surgery at Breast cancer. **European Journal of Surgical Oncology**, p. 1–22, 2009.

TAMAYO, P.; CORELLA, L. **Principios de Patología.**

TAMANINI, José Tadeu Nunes *et al.* Tradução, confiabilidade e validade do “King’s Health Questionnaire” para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária. **Rev Saude Publica**. 2003;37:203-11.

THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY. Cancer fact sheet. **World Health Organization**, v. 876, p. 1–2, 2019.

THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, G. Breast Cancer. Source: Globocan 2018. **World Health Organization**, v. 876, p. 2018–2019, 2018a.

THE GLOBAL CANCER OBSERVATORY, G. Population fact sheets: Brazil. **Global Cancer Observatory**, v. 620, p. 2018–2019, 2018b.

THE WHOQOL GROUP. The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): position paper from World Health Organization. **Soc Sci Med**. 1995; 41 (10): 1403-1409.

URBAN, C. et al. Cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama: Reunião de Consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 25, n. 4, p. 118–124, 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

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

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

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

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

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

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

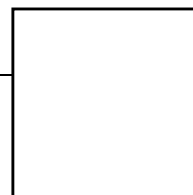
por esta pesquisa pelo e-mail dr.paulacristina@yahoo.com.br ou ligar para ela (98) 98734-3164.

Consentimento pós-informação

São Luís, ____ de _____ de ____.

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

Assinatura do participante ou impressão digital



Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B
QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Formulário N°: _____

Nome: _____

Número do prontuário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA

1. Identificação:

2. Idade:

3. Situação Conjugal: () casada () união estável () solteira () viúva () outros:

4. Filhos: () Sim () Não

5. Caso sim, quantos:

6. Raça/cor da pele auto referida: () branca () preta () parda () amarela () indígena

7. Endereço de residência:

8. Onde mora atualmente: () casa ou apartamento () quarto ou cômodo alugado () em casa de outros familiares () em casa de amigos () em habitação coletiva: hotel, hospedaria, pensionato, outros

9. Quem mora com você: () moro sozinha(o) () pai/mãe () cônjuge () filhos () irmãos () outros parentes () amigos () desconhecidos

10. Renda familiar: () até 01 salário mínimo () de 01 a 03 salários mínimos () de 03 a 05 salários mínimos () de 05 a 15 salários mínimos () + de 15 salários mínimos

11. Ocupação:

12. Religião:

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

() ensino médio incompleto () ensino médio completo

() ensino superior incompleto () ensino superior completo

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

Pansexual Intersexual* Assexual

CARACTERIZAÇÃO DE HÁBITOS

15. Etilismo (consumo de bebidas alcoólicas): não ingere álcool 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
QUESTIONÁRIO WHOQOL-BREF

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

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada.

Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

| | | | | | |
|---|------|-------------|-------|-------|---------------|
| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completamente |
| Você recebe dos outros o apoio de que necessita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo. Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

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

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

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

| | | NADA | MUITO POUCO | MAIS OU MENOS | BASTANTE | EXTREMAMENTE |
|---|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|
| 3 | Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 | O quanto você aproveita a vida? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|---|--|---|---|---|---|---|
| 7 | O quanto você consegue se concentrar | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 | Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

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

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

| | | MUITO RUIM | RUIM | NEM RUIM NEM BOA | BOA | MUITO BOA |
|----|---|--------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|
| 15 | Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | MUITO INSATISFEITO | INSATISFEITO | NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO | SATISFEITO | MUITO SATISFEITO |
| 16 | Quão satisfeito (a) você está com o seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 | Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 | Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 | Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | | | | | |
|----|---|---|---|---|---|---|
| 20 | Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 | Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 | Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 | Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 | Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 | Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

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

| | | NUNCA | ALGUMAS VEZES | FREQUENTEMENTE | MUITO FREQUENTEMENTE | SEMPRE |
|----|---|-------|---------------|----------------|----------------------|--------|
| 26 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

Você tem algum comentário sobre o questionário?

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

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

Pesquisador: Paula Cristina Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85800318.9.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.892.351

Apresentação do Projeto:

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

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

Continuação do Parecer: 2.892.351

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 propõe a gerar riscos de impacto leve e indireto que não tragam prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), terá direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte do pesquisador. O estudo será desenvolvido respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

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

Objetivo Secundário:

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

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

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

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

Continuação do Parecer: 2.892.351

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

Benefícios:

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

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

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

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

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

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

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

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

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

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

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

UF: MA **Município:** SAO LUIS

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

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.892.351

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

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 13 de Setembro de 2018

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

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

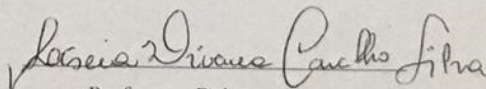
ANEXO C
PARECER DO COLEGIADO DE CURSO



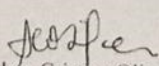
MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM
PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. ASPECTOS DA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS E SUA RELAÇÃO COM O GRUPO DE APOIO.
2. ALUNA: FELIPE MORAES DA SILVA.
3. ORIENTADORA: PROFA. DRA. CLÁUDIA TERESA FRIAS RIOS.
3.1 CO-ORIENTADORA: PROFA. MSC. PAULA CRISTINA ALVES DA SILVA.
4. INTRODUÇÃO: Apresenta-se fundamentada, objetiva e pertinente com a temática
5. JUSTIFICATIVA: Adequada.
6. OBJETIVOS: Explicita-se de forma clara o objetivo geral do estudo no que concerne conhecer os aspectos da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas e sua relação com o grupo de apoio. Sugiro adequar os objetivos específicos.
7. PROCESSO METODOLÓGICO: Trata-se de um subprojeto que faz parte de uma pesquisa maior intitulada "Qualidade de vida das mulheres submetidas a mastectomia". A metodologia apresenta-se adequada, sendo obedecidos todos os preceitos éticos determinados para o desenvolvimento do estudo, tendo recebido parecer favorável do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão sob o número 2.892.351.
8. CRONOGRAMA: Adequado.
9. TERMO DE CONSENTIMENTO: Pertinente.
10. NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA: Adequada.
11. CONCLUSÃO DO PARECER: Estudo com temática relevante e atual que acrescenta conhecimento a área específica, sendo de parecer favorável a sua execução.

São Luís, 16 de abril de 2019.


Professora Relatora

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 16 / 04 / 19.
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 08 / 05 / 2019


Profa. Dr.ª Andrea Cristina Oliveira Silva
Coordenadora do Curso de Enfermagem