



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
CURSO DE ENFERMAGEM

THAYSE EMANUELE FRANKLIN ARAÚJO

CÂNCER DE MAMA: *IMPACTO DA QUIMIOTERAPIA*

CAMPINA GRANDE – PB
2011

THAYSE EMANUELE FRANKLIN ARAÚJO

CÂNCER DE MAMA: *IMPACTO DA QUIMIOTERAPIA*

Monografia apresentada à Coordenação do Curso de Enfermagem em cumprimento às exigências para obtenção do título de Bacharel e Licenciado em Enfermagem pela Universidade Estadual da Paraíba – UEPB.

Orientador(a): Prof^a Ms. Eliane M^a Nogueira Costa de Vasconcelos

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

A663c Araújo, Thayse Emanuele Franklin.

Câncer de Mama [manuscrito]: impacto da quimioterapia / Thayse Emanuele Franklin Araújo. – 2011.

122 f. : il. color.

Digitado.

Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, 2011.

“Orientação: Profa. Ma. Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos, Departamento de Enfermagem.”

1. Câncer de mama. 2. Quimioterapia. 3. Saúde da mulher. I. Título.

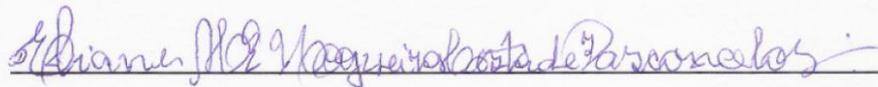
21. ed. CDD 616.994

THAYSE EMANUELE FRANKLIN ARAÚJO

CÂNCER DE MAMA: IMPACTO DA QUIMIOTERAPIA

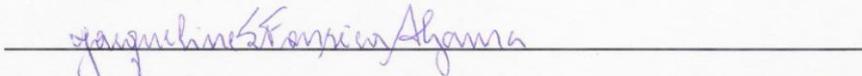
Aprovado em 20 de JULHO de 2011.

COMISSÃO EXAMINADORA



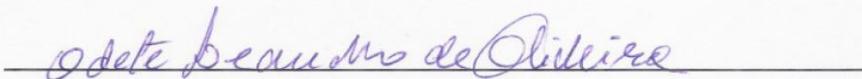
Profª Ms. Eliane Mª Nogueira Costa de Vasconcelos – Orientadora

Departamento de Enfermagem - UEPB



Prof. Ms. Jacqueline Santos da Fônsaca Almeida Gama - Examinadora

(Departamento de Enfermagem – UEPB)



Prof. Ms. Odete Leandro de Oliveira - Examinadora

(Departamento de Enfermagem – UEPB)

**CAMPINA GRANDE – PB
2011**

*Dedico este trabalho a meus queridos pais, por
todo o apoio que tem me dado em toda minha
vida, assim como em o todo período do curso.*

Agradecimentos

Não pretendo ser metódica agradecendo primeiramente a Deus. Mas é que sem Ele ter permitido nada disso teria acontecido. Portanto, agradeço a Deus por ter inicialmente me dado forças pra estudar, apesar de todos os obstáculos, e ter passado no vestibular e por estar permitindo a conclusão do curso. E espero que ele me proporcione muitas outras conquistas.

Agradeço a meus pais, Gilberto de Couto Araújo e Sonia Maria Franklin Araújo. A meu pai por plantar em mim o desejo pelo estudo desde muito cedo e sempre acreditar no meu potencial. A minha mãe pelo apoio que me deu desde sempre na vida, nos momentos tristes e alegres, e por superar todos os desafios com abnegação pra nos dar de tudo de melhor que pode oferecer.

À meu irmão David Emanuel Franklin Araújo, pelo companheirismo e apoio em todos esses anos, e minha irmã Clarice Emanuele Franklin Araújo, pela forma de demonstrar seu carinho por mim de uma forma peculiar.

À meus avós Honorato (in memoriam) e Josefa (in memoriam), pelo carinho que sempre demonstraram ter por mim. À meus outros avós Rita e Eudeci pelas lembranças muito boa que me deram da minha infância e por estarem sempre torcendo pelas minhas conquistas ainda hoje, eu sinto isso. Um singelo agradecimento a minha bisavó Maria (in memoriam) e meu bisavô Gonçalves.

Também agradeço a todas minhas tias e tios, especialmente Socorro, Eudarice, Geovânia e Maria Cristina, por todo o apoio e todo o carinho que demonstram ter por mim. Digo sempre que são minhas segundas mães. Estendo meus agradecimentos a seus esposos Geraldo, Walber, Rivanildo e Joilton que muito contribuíram para essa conquista.

Agradeço também a todos os primos e primas, amigos e amigas, que direta ou indiretamente participaram desta minha conquista, especialmente Cristiana, Chris, Neto, Conceição, Klivia e Kleano, Ana Clara, Maurílio, Diago, Thiago e Luana.

Agradecimentos especiais dedico a uma pessoa especial que conheci dentro do curso: meu amigo, namorado, confidente, Rodrigo Josafá de Sousa. É uma pessoa que me ajudou a desenvolver como pessoa, que me estimulou a chegar até aqui e continua a acreditar que posso ir mais longe. É um presente que o curso me deu. Também agradeço a seus pais Elizabeth e Josafá por sempre estar torcendo pelo meu sucesso.

Pra finalizar, gostaria também de agradecer a minha orientadora Eliane, pela prontidão com que aceitou me ajudar nesta jornada e por se prontificar a ir além do seu período de trabalho para que essa pesquisa fosse finalizada. Da mesma forma, agradeço as professoras participantes da banca de avaliação, Jaqueline e Odete. E também agradeço as mulheres que aceitaram participar da entrevista, expondo seus problemas e sua vida para que esse trabalho pudesse ser realizado.

ARAÚJO, T. E. F. **Câncer de Mama: *Impacto da Quimioterapia***. Monografia de Conclusão de Curso (Bacharelado e Licenciatura em Enfermagem). Campina Grande – PB, Departamento de Enfermagem – CCBS/UEPB, 2011, 123p.

RESUMO

O ritmo estressante e frenético da vida moderna colocou em evidência uma doença que não tem origens recentes: o câncer. Desde sempre acompanhou o homem em toda sua existência, trazendo sofrimento e angústia para o doente e familiares. Nenhum tipo de câncer parece ser tão assolador e impactante como o câncer de mama feminino, onde a mulher passa a enfrentar profundas alterações corporais decorrentes da busca pela cura. Dentre os tratamentos, a quimioterapia é um dos que provocam grandes impactos na mulher devido aos vários efeitos indesejados que provoca, tais como fadiga, náuseas, diarreia e, principalmente, a alopecia, grande provocador de distúrbios na auto-imagem da mulher. O objetivo da presente pesquisa é avaliar os impactos que o tratamento quimioterápico provoca em mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Para isso, através de uma pesquisa descritiva de caráter exploratório e abordagem quanti-qualitativa, foi aplicado um formulário para 16 mulheres com câncer de mama e em tratamento quimioterápico na FAP. A maioria das entrevistadas estava numa faixa de idade superior aos 50 anos (60,5%), eram pardas (50%), casadas (38%), tinham filhos (88%), ensino fundamental incompleto (56,25%), católicas (69%). Ainda uma parcela considerável delas não exercia nenhuma atividade remunerada (43,75%) e também não recebiam aposentadoria. Metade das mulheres negaram ter problemas decorrentes da quimioterapia, mas todas elas apontaram ao menos um sintoma indesejado resultante da ação de drogas antineoplásicas. Náuseas e vômitos foram os problemas que afetaram mais mulheres (56,25%), seguidos pela anorexia (50%), dor (43,75%) e insônia (43,75%). 63% se dizem incomodadas com tais efeitos. 69% revelam se incomodar em algum grau com a queda dos cabelos. No desempenhar de suas atividades, 56% afirmaram requerer assistência ocasional. Quanto ao bem estar psicossocial, 75% delas se sentem próximas dos amigos, 94% disseram que seus familiares aceitaram a doença e fornecem apoio emocional. Entretanto, metade delas se sentem tristes, a maioria se preocupa com a morte e 67% afirmaram sentir algum grau de nervosismo. Metade também não se sente sexualmente atraente e a minoria (31,25%) mantém uma vida sexual ativa.

Palavras Chave: Câncer de Mama, Quimioterapia, Impactos.

Araujo, T. E. F. *Breast Cancer: Impact of Chemotherapy*. Monograph of Course Completion (Bachelor Degree in Nursing). Campina Grande - PB, Nursing Department - CCBS / UEPB, 2011, 123p.

ABSTRACT

The stress of modern life has brought to light a disease whose origins are not recent: cancer. It had always affected mankind throughout its lifetime, bringing suffering for the patient and his/her family. No type of cancer seems to be so devastating and shocking as breast cancer in woman, who has to face profound changes in her body as consequence of its treatment. Among the methods to treat the disease, chemotherapy is one of the major impacts on women's organism, causing side effects such as fatigue, nausea, diarrhea, and especially alopecia, what causes low self-image in women. The aim of this study was to analyze the impacts that chemotherapy causes in women with breast cancer. To begin the study, it was applied a descriptive form with quantitative and qualitative approach to 16 women with breast cancer in chemotherapeutic treatment in FAP Hospital – Campina Grande - Paraíba - Brazil. The majority of interviewed patients are more than 50 years (60.5%) brown skin (50%), married (38%) with children (88%), uncompleted elementary education (56.25%) Catholic (69%), do not carry out any gainful activity or get no retirement salary (43.75%). Half of the interviewed women have not confirmed feeling no side effects caused by chemotherapy. However, all they reported, at least, one undesirable side effect resulting from the action of anticancer drugs. The symptoms more mentioned were nausea and vomiting (56.25%), followed by anorexia (50%), pain (43.75%) and insomnia (43.75%). 63% of all interviewed said they became uncomfortable by those effects. 69% said bothering with the hair loss. In carrying out their activities, 56% said they require help in the houseworks occasionally. In relation to the psychosocial well-being, 75% of them feel close friends, 94% said their family accepted the disease and provide them emotional support. However, half of them feel sad, afraid of death and 67% reported feeling some degree of nervousness. 50% of the interviewed do not feel themselves attractive sexually and the minority (31,25%) maintains an active sexual life.

Keywords: Breast Cancer, Chemotherapy, side affects

LISTA DE FIGURAS

- FIGURA 1-** Incidência de Câncer por Gênero
- FIGURA 2-** Distribuição do total de mulheres com câncer quanto a faixa etária
- FIGURA 3-** Distribuição do câncer de mama quanto a cor/etnia
- FIGURA 4-** Estado civil das mulheres entrevistadas
- FIGURA 5-** Relato de Filhos declarado pelas Mulheres com Câncer de Mama
- FIGURA 6-** Número de membros na família
- FIGURA 7-** Nível de escolaridade das mulheres entrevistadas com câncer de mama
- FIGURA 8-** Distribuição percentual da situação ocupacional da mulher com câncer de mama
- FIGURA 9-** Religião declarada pelas mulheres com câncer de mama
- FIGURA 10-** Contribuição da religião para o melhor enfrentamento da doença
- FIGURA 11-** Distribuição percentual do relato de incidência de câncer em familiares de mulheres com câncer de mama
- FIGURA 12-** Conhecimento das mulheres à respeito do diagnóstico de sua doença
- FIGURA 13-** Métodos utilizados no tratamento de mulheres com câncer de mama
- FIGURA 14-** Problemas relacionados com o tratamento de quimioterapia
- FIGURA 15-** Estado Nutricional das Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico
- FIGURA 16-** Insatisfação com o peso atual em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico
- FIGURA 17-** Incômodo relatado pelas mulheres relacionado ao tratamento quimioterápico
- FIGURA 18-** Capacidade de realização das atividades da vida cotidiana das mulheres com câncer de mama
- FIGURA 19-** Sentimentos de distância em relação aos amigos de mulheres com câncer de mama
- FIGURA 20-** Recebimento de apoio por parte dos amigos de mulheres com câncer de mama
- FIGURA 21-** Aceitação dos familiares do acometimento de seu parente por câncer de mama
- FIGURA 22-** Apoio emocional recebido pelas mulheres com câncer de mama de familiares
- FIGURA 23-** Qualidade da comunicação com familiares sobre a doença por parte de mulheres com câncer de mama
- FIGURA 24-** Pessoa que a mulher com câncer de mama se sente mais próxima
- FIGURA 25-** Confiança relatada no médico que acompanha a mulher com câncer de mama
- FIGURA 26-** Sentimentos de tristeza recorrentes em mulheres com câncer de mama
- FIGURA 27-** Sentimentos de confiança vivenciados pelas mulheres com câncer em relação a sua cura
- FIGURA 28-** Sentimento de nervosismo vivenciado pela mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico
- FIGURA 29-** Preocupação em relação ao risco de morte iminente por parte de mulheres com câncer de mama

FIGURA 30- Satisfação das mulheres com câncer de mama em relação a forma em que lidam com a doença

FIGURA 31- Sentimento de atração sexual vivenciado por mulheres com câncer de mama

FIGURA 32- A mulher com câncer de mama e sua capacidade de sentir-se “mulher”

FIGURA 33- Incômodo gerado pela queda de cabelo em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico

FIGURA 34- Qualidade de Vida relatada pelas mulheres com câncer de mama em tratamento de quimioterapia

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição Percentual da Quantidade de Filhos Comunicados

TABELA 2- Distribuição Absoluta e Percentual dos Tratamentos Realizados pelas Mulheres Entrevistadas com Câncer de Mama

TABELA 3- Percentual de Mulheres Afetadas por Determinados Efeitos Colaterais Decorrentes da Quimioterapia

TABELA 4- Relacionamento Sexual e Satisfação da Mulher com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico

LISTA DE SIGLAS

a.C – Antes de Cristo

ACS – American Cancer Society

ANVISA – Agência Nacional de Vigilância Sanitária

CONEP – Conselho Nacional em Pesquisa

DNA – Ácido Desoxibonucléico

ECM – Exame Clínico das Mamas

EPV – Vírus de Epstein-Barr

FAP – Fundação Assistencial da Paraíba

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HTLV – Vírus T-linfotrópicos humanos

IARC – International Agency for Research on Cancer

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

IMC – Índice de Massa Corporal

INCA – Instituto Nacional do Câncer

OMS – Organização Mundial de Saúde

PAAF – Punção Aspirativa por Agulha Fina

PAG – Punção com Agulha Grossa

QT – Quimioterapia

RNA – Ácido Ribonucléico

SERM – Modulador Seletivo do Receptor do Estrógeno

TNM – Tamanho do Tumor, Número de Linfonodos e Metástase

UICC – União Internacional Contra o Câncer

USG – Ultra-sonografia

SUMÁRIO

1- Introdução	14
2- Objetivos	18
2.1 – Objetivo Geral	18
2.2 – Objetivos Específicos	18
3- Revisão de Literatura	
CAPÍTULO 1 – Compreendendo o Câncer e sua Fisiopatologia ...	20
1.1- O processo carcinogênico	22
1.2- Os oncogenes	23
1.3- Agentes carcinogênicos	24
A- Agentes Biológicos	24
B- Agentes Físicos	25
C- Agentes Químicos	25
D- Fatores relacionados à Dieta	26
CAPÍTULO 2 – O Câncer de Mama e o Universo Feminino	27
2.1 – Anatomia e Fisiologia das Mamas	27
2.2 – Câncer de Mama – Contextualização Histórica	28
2.3 – O Câncer de Mama	30
2.4 – Fatores de Risco para o Câncer de Mama	31
2.5 – Diagnóstico e Rastreamento do Câncer de Mama	35
2.6 – O estadiamento do Câncer de Mama	39
2.7 – Manifestações Clínicas	39
CAPÍTULO 3 – O Tratamento do Câncer de Mama e o Impacto da	
Quimioterapia na Vida da Mulher	40
3.1 – Cirurgia	41
3.2 – Radioterapia	42
3.3 – Terapia Hormonal	42
3.4 – Imunoterapia	43
3.5 – Quimioterapia	43
3.5.1 – Breve Histórico da Quimioterapia	45
3.5.2 – Classificação da Quimioterapia	46
3.5.3 – Principais Agentes Antineoplásicos	47
3.5.4 – Efeitos Colaterais da Quimioterapia	48
3.6 – O Estar Com Cancer De Mama E A Subjetividade Da	
Mulher.....	50

4 – Metodologia	54
4.1 – Tipo de Pesquisa	54
4.2 – Local da Pesquisa	54
4.3 – População e Amostra	55
4.4 – Critérios de Inclusão e Exclusão	56
4.5 – Instrumento de Coleta de Dados	56
4.6 – Processamento e Análise dos Dados	57
4.7 – Aspectos Éticos	57
5 – Resultados e Discussão	59
5.1 – Aspectos Epidemiológicos	59
5.2 – Aspectos Sócio-Culturais	62
5.3 – Aspectos relacionados com a Doença e seu Tratamento	70
5.4 – Aspectos relacionados ao Bem-Estar Psicossocial e	
Sexualidade	80
6 – Considerações Finais	97
7 – Referências Bibliográficas	100
APÊNDICES	
APÊNDICE A – Instrumento de Coleta de Dados	109
APÊNDICE B – Estadiamento do Câncer de Mama segundo a	
Classificação TNM	112
ANEXOS	
ANEXO A – Declaração de Concordância com Projeto de Pesquisa	116
ANEXO B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)	117
ANEXO C – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	119
ANEXO D – Comprovante de Aprovação	120
ANEXO E – Declaração de Aprovação da FAP	121
ANEXO F – Folha de Rosto Para Pesquisa Envolvendo Seres	
Humano.....	122



1 Introdução

1 INTRODUÇÃO

A vida moderna, juntamente com a globalização e os avanços tecnológicos, provocou e continua provocando modificações no padrão de vida das pessoas, trazendo como consequência um ritmo de vida e de trabalho cada vez mais acelerado e estressante. Por outro lado, melhorias nas condições de vida, como o desenvolvimento da medicina, por exemplo, contribuíram para o aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, para o envelhecimento da população, aumentando o número de casos de várias doenças crônico-degenerativas, incluindo o câncer. No entanto, vale ressaltar que essa não é uma doença recente. Os primeiros registros remontam há milhares de anos antes de Cristo (a.C), escrito em papiros, conhecidos como Edwin Smith, por volta de 3000 a 2500 a.C (KUSHNER, 1977, *apud* QUADROS, 2005)

O impacto mundial gerado pelas neoplasias mais que duplicou em três décadas, segundo Relatório recente da Agência Internacional para Pesquisa em Câncer (IARC)/OMS. Esse impacto será cada vez mais significativo à medida que a população aumenta, assim como o seu envelhecimento, e será mais sentido principalmente em países de médio e baixo desenvolvimento, que pouco investem em ações de prevenção e no tratamento da doença (BRASIL, 2009).

Para o ano de 2008 eram esperados 12,4 milhões de novos casos de câncer no mundo, sendo o de pulmão o mais incidente, seguido pelo de mama, cólon e reto (INCA, 2009). Estudos apontam que, a partir do corrente ano, o câncer torna-se a principal causa de morte isolada no mundo. No ano de 2020 se espera uma quantidade de 16 milhões de novos casos da doença, e para 2030, 27 milhões, o que representa quase o triplo da ocorrência atual do câncer em todo o mundo (IARC/OMS).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que, anualmente, ocorram um número superior a 1.050.000 novos casos de câncer de mama no mundo, o tornando o tipo de neoplasia mais comum no público feminino (INCA,2004). É também o segundo maior responsável pelas mortes por cânceres nessa população, representando um total de 15% de óbitos (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

No Brasil, estimativas feitas para o ano de 2010 também são válidas para 2011, e aguarda uma ocorrência de 489.270 novos casos de câncer. Os mais freqüentes para o sexo masculino, com exceção do câncer de pele e melanoma, serão as neoplasias de próstata e de pulmão para o sexo masculino, totalizando 236.240 novos casos. No sexo feminino, entre os 253.030 novos casos de câncer para o período, os tipos mais esperados são os de mama e o de colo de útero. Para o mesmo período considerado, aguarda-se uma ocorrência de 49.240 novos casos de neoplasia mamária e um risco estimado de 49 casos a cada 100.000 mulheres. (BRASIL, 2009). Assim, conclui-se que a doença é a segundo tipo de câncer mais comum no mundo e o mais freqüente no sexo feminino, a colocando como uma razão de grande preocupação entre as mulheres.

Na Paraíba, dados do Registro de Câncer de Base Populacional mostram que entre os anos de 1999 e 2000 foram registrados apenas na cidade de João Pessoa um número de 296 novos casos de câncer de mama, cinco deles no sexo masculino. O número previsto de novos casos da doença para o ano de 2010 em todo o Estado era de 760, apenas no sexo feminino (INCA, 2009).

O aumento da incidência da doença desde os anos 60 no Brasil está relacionado ao processo de industrialização que acaba inserido a mulher no mercado de trabalho, fazendo com que a fase materna ocorra mais tardiamente, após os 30 anos de idade. É importante também mencionar mudanças nos hábitos alimentares, com a inserção de alimentos mais artificiais e de preparo rápido no cotidiano da vida moderna.

Apesar de todo temor e estigma, é reconhecido mundialmente que o câncer de mama é uma doença controlável quando identificado precocemente. Entretanto, um considerável número de casos é diagnosticado em estágios avançados, o que diminui as possibilidades de cura. Segundo Thuler (2003), 60% dos tumores de mama são diagnosticados nessa situação, em estágio III ou IV. Esse fato contribui para que a neoplasia mamária seja a primeira causa de óbito de mulheres no Brasil.

Entre os tratamentos disponíveis para o câncer de mama, encontra-se a quimioterapia, que consiste no uso de agentes químicos no combate a células tumorais e será o foco do presente estudo, que teve como objetivo avaliar o impacto que o uso de drogas antineoplásicas provoca na vida da mulher. Outros tratamentos

comumente utilizados, associados ou não a quimioterapia, são a radioterapia, hormonioterapia e a cirurgia, conservadora ou não.

Apesar da quimioterapia antineoplásica, isolada ou em combinação, ter se tornado uma das mais importantes e promissoras formas de se tratar o câncer de mama, diversos efeitos adversos são associados a essa modalidade de tratamento, podendo-se citar a fadiga, dor, irritabilidade, prurido, alopecia, entre outros. Diante dessa situação, esforços tem sido realizados para se desenvolver novos agentes análogos aos existentes, porém com efeitos tóxicos menos agressivos, sobretudo ao coração, pulmões, rins e sistema nervoso (FRANZI e SILVA, 2003).

O impacto do câncer de mama para a mulher é considerável não apenas pela sua grande incidência no Brasil e no mundo, mas principalmente devido ao estigma que a doença traz em si, sendo acompanhada não apenas de sofrimento físico, mas também psicológico, considerando-se a representação que a mama tem para mulher, estando intimamente ligada a feminilidade, maternidade e sexualidade (VENÂNCIO, apud MULLER, HOFFMANN e FLECK, 2006).

Diante do que está aqui exposto e da experiência vivenciada em estágio prático, surgiu o interesse de se pesquisar os efeitos relacionados com o uso do tratamento quimioterápico em mulheres diagnosticadas com câncer de mama. A metodologia do trabalho está pautada em uma pesquisa de cunho quali-quantitativa, de caráter exploratório, que englobou uma amostragem de 16 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e submetidas a tratamento quimioterápico na FAP.

A fundamentação teórica, para uma melhor compreensão, está dividida em três capítulos. No primeiro será abordada a forma como ocorre o processo carcinogênico ou de origem do câncer, considerando-se os diferentes aspectos correlacionados. O segundo capítulo procura discutir desde a anatomofisiologia da mama até a ocorrência do câncer nessa região, debatendo seus fatores de riscos, como é diagnosticado e suas principais manifestações clínicas. No último capítulo serão ressaltados, dentre outras coisas, os tratamentos mais específicos e os impactos mais esperados para essa mulher, desde aqueles de ordem fisiológica até psicológica. Por fim, apresentaremos os resultados da pesquisa realizada que serão analisados e discutidos com respaldo na bibliografia referendada.



2 Objetivos

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

O presente trabalho teve como objetivo geral avaliar os impactos que o tratamento quimioterápico provoca em mulheres com diagnóstico de câncer de mama com acompanhamento hospitalar.

2.2 Objetivos Específicos

- a) Traçar o perfil sociocultural de mulheres com câncer de mama que realizam tratamento de quimioterapia;
- b) Identificar as reações adversas provenientes do tratamento;
- c) Avaliar de que forma a imagem corporal vem sendo comprometida com o tratamento quimioterápico.



3 Revisão de Literatura

Capítulo 1 – Compreendendo o Câncer e sua Fisiopatologia

Capítulo 2 – O Câncer de Mama e Fatores Correlacionados

Capítulo 3 – O Tratamento do Câncer de Mama e o Impacto da Quimioterapia na Vida da Mulher

CAPÍTULO 1 – Compreendendo o Câncer e sua Fisiopatologia

O termo “câncer” é a designação dada a um conjunto de mais de 100 doenças caracterizadas pelo crescimento desordenado e agressivo de células, que acabam por invadir tecidos e órgãos, se disseminando para outras regiões do corpo (INCA, 2011).

Para Brunner e Suddarth (2009), o câncer se coloca como sendo um processo patológico por meio do qual as células se multiplicam de modo anormal, ignorando os sinais de regulação do crescimento no ambiente adjacente às células, através do processo de carcinogênese.

Hipócrates, médico grego, considerado pai da medicina moderna, em 400 a.C, foi responsável pela denominação da doença como “*câncer*”, palavra de origem latina e que significa caranguejo, nome pelo qual a patologia é reconhecida até hoje. Esse nome foi escolhido devido as semelhanças que apresentavam as veias intumescidas que circundam a região do corpo afetado pelo tumor com as patas de um caranguejo. Essas últimas são dotadas de grande agilidade em alcançar regiões distantes rapidamente. Assim são também as células cancerosas, com grande capacidade de atingir outras partes do corpo através de vasos sanguíneos, linfáticos ou regiões contiguas (QUADROS, 2005).

Durante o período de vida das células, os vários tecidos orgânicos estão sujeitos normalmente a períodos de crescimento rápido ou proliferativo, que são diferenciados do crescimento anormal apresentado pelas células em atividade com padrão de malignidade (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). Existem diversos padrões de crescimento celular, a saber, hiperplasia, metaplasia, displasia, anaplasia e neoplasia.

A hiperplasia corresponde ao aumento do número de células em determinado órgão ou tecido. O termo metaplasia refere-se à conversão de um tipo de célula madura em outro tipo de célula. A displasia é a terminologia utilizada para definir um crescimento celular considerado bizarro, resultante em células que se diferem em tamanho, forma ou disposição das outras células do mesmo tipo de tecido. Células com ausência de características celulares normais, diferindo em formato e

organização das células de origem são resultantes de um crescimento celular anaplásico, que usualmente, são consideradas malignas.

A neoplasia sugere um padrão de crescimento celular descontrolado, que já não obedece aos comandos fisiológicos (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). O conceito mais aceito atualmente para neoplasia é o definido por Pérez-Tamayo e Robins (1987;1994; apud INCA, 2004), que afirmam que a mesma “[...] 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”.

As neoplasias podem ser divididas, de acordo com seu comportamento biológico, em benignas e malignas. Ainda podem receber o nome de *limitrofes* ou *bordeline*, quando a diferenciação entre ser maligna ou benigna não é bem estabelecida. Determinar essa diferença constitui uma importante etapa no estudo das neoplasias, pois fornecerá subsídios para a escolha de um tratamento mais adequado (BRASIL, 2008).

Os tumores ou neoplasias benignas possuem pseudocápsulas fibrosas, formadas em decorrência da compressão dos tecidos adjacentes através do crescimento lento e expansivo do tecido tumoral. São células bem diferenciadas, reproduzindo o aspecto das do tecido de origem, raramente se observando atipias. Possuem um estroma adequado, com bom suprimento vascular, raramente ocorrendo necrose e hemorragia (INCA, 2008).

Por outro lado, as neoplasias malignas, pelo fato de apresentarem crescimento rápido, desordenado e infiltrativo do tecido, não permite a formação das pseudocápsulas. Conseqüentemente, geralmente apresentam uma desproporção muito grande entre o parênquima tumoral e o estroma vascularizado, resultando em extensas áreas de necrose ou hemorragia. Além disso, apresentam células com menores graus de diferenciação, que não reproduzem as características das células do tecido de origem (INCA, 2008).

Nos tumores benignos, a quantidade de mitoses são raras e todas tem aspecto típico, enquanto que nas neoplasias malignas, as mitoses ocorrem em maiores freqüências, podendo ter aspecto atípico, requerendo com isso um maior suprimento de glicose e oxigênio (INCA, 2008). A indisponibilidade de oxigênio para uma célula maligna, entretanto, não constitui um grande problema, pois a mesma é

capaz de utilizar de processos metabólicos anaeróbicos para produção de energia (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Os tumores benignos, por serem bem diferenciados, não apresentam a capacidade de produzir antígenos, substâncias estranhas ao corpo humano. Entretanto, as células cancerosas ou malignas possuem esta capacidade. Essa propriedade que células desse tipo apresentam tem sido utilizada no diagnóstico de alguns tipos de câncer (INCA, 2008).

Outra característica pertinente a processos patológicos malignos é o potencial de disseminação para outro órgão ou região do corpo, por meio da invasão e metástase. As invasões ocorrem de diversas formas e constitui o crescimento do tumor primário para dentro dos tecidos hospedeiros adjacentes. Uma das formas de invasão ocorre por pressão mecânica exercida pelas neoplasias proliferativas que forçam as células tumorais para dentro do tecido adjacente e espaços intersticiais. Além disso, acredita-se que essas células atípicas produzam enzimas destrutivas específicas, como a colagenase, ativadores do plasminogênio e hidrolases lisossomiais, que danificam o tecido adjacente, facilitando a invasão das células malignas (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). Ou seja, as metástases consistem no crescimento neoplásico secundário, através da circulação linfática ou sanguínea (INCA, 2008).

1.1 O processo Carcinogênico

Denomina-se carcinogênese o processo em que as células normais se transformam em células malignas (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). O ser humano, durante sua existência, está exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos, espontâneos ou provocados pela exposição a agentes cancerígenos.

Tem-se o conhecimento que fatores genéticos exercem um papel decisivo no resultado final da exposição a fatores carcinógenos. Entretanto, não se sabe o grau que essa herança individual influencia na relação entre dose e o tempo de exposição ao agente carcinogênico (INCA, 2008).

De acordo com Brunner e Suddarth (2009), o processo de carcinogênese se dá, pelo menos, em três etapas, que envolvem a iniciação, promoção e progressão.

Na **iniciação**, fatores carcinogênicos escapam dos mecanismos de reparação do DNA¹ ou da morte celular programada (apoptose²), alterando a estrutura genética da célula. Entretanto, essa etapa isoladamente não é o suficiente para se iniciar o desenvolvimento de uma neoplasia.

Durante a segunda etapa, a **promoção**, ocorre uma exposição prolongada e repetida que acaba por provocar uma expressão de informações genéticas anormais ou mutantes, mesmo tendo cessada a exposição.

Por último, na etapa de **progressão**, as alterações produzidas durante a iniciação e promoção passam a exibir um aumento no comportamento maligno, com a tendência a invadir tecidos adjacentes, gerando metástases.

É provável que a ocorrência dessas etapas dependa da expressão aumentada de oncogenes, ocasionada pelo aumento do número de cópias do mesmo, por expressão alterada de genes repressores ou por mutações críticas em áreas de determinado oncogene (INCA, 2008).

1.2 – Os oncogenes

Os oncogenes são genes responsáveis pelos processos de crescimento e diferenciação celular. Foram primeiramente descritos como genoma viral que induziam a formação de tumores em animais. Posteriormente, foi descoberto que os oncogenes apresentavam sequências consideravelmente semelhantes às da sequência do DNA normal. Assim, passaram a ser chamados de proto-oncogenes. Esses podem se transformar em oncogenes mediante mudanças na estrutura do gene, resultando na síntese de oncoproteínas, ou através de mudanças na regulação da expressão do gene, implicando no aumento ou produção inadequada de proteínas promotoras do crescimento celular normal (FARIA e RABENHORST, 2006).

Os genes supressores de tumor, também conhecidos como anti-oncogenes, regulam a proliferação celular desnecessária. O p53 é o gene supressor de tumor

¹ Estima-se que os mecanismos de reparo do DNA corrijam 99,99% dos erros iniciais (BERNARDI, 2005).

² A **apoptose** é caracterizada como um processo ativo de alterações morfológicas e bioquímicas e é responsável pelo constante processo de renovação celular devido ao equilíbrio entre proliferação e morte celular. É ainda um mecanismo de defesa ativado sempre que a célula sofre uma invasão por agentes patogênicos e ainda quando o DNA for lesado, neste caso, numa tentativa de evitar a ocorrência de um processo cancerígeno (GRIVICICH, REGNER e ROCHA, 2007).

mais relacionado com os cânceres humanos, encontrando-se, por exemplo, alterações nesses genes em 50% dos casos de câncer de mama, sendo também encontrado em leucemias, linfomas, câncer de pulmão, dentre outros. É considerado o “guardião do genoma”, sendo responsável pela integridade do mesmo (FETT-CONTE e SALLES, 2002; LOPES, OLIVEIRA e PRADO, 2002).

Como todo o genoma, os genes supressores do tumor também estão sujeitos a mutações. Assim, quando o gene p53 sofre mutações, células com DNA modificados não são reparadas nem destruídas, podendo iniciar um processo maligno. Outro aspecto interessante relacionado a mutações no p53 está relacionado a possibilidade de aumento da resistência celular ao tratamento de quimioterapia (CONTE e SALLES, 2002).

1.3 – Agentes Carcinogênicos

A incidência e o comportamento de tipos específicos de cânceres estão relacionados a diversos fatores, dentre eles o sexo, idade, raça, predisposição genética e exposição a agentes carcinogênicos ambientais (INCA, 2008). Os fatores ambientais são, provavelmente, os mais importantes e também serão abordados nesse sub-tópico.

A- Agentes Biológicos

Acredita-se que alguns vírus se incorporam à estrutura genética das células levando, provavelmente, ao câncer (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). Existe suspeita que o vírus de Epstein-Barr (EBV)³ seja o causador do linfoma de Burkitt, cânceres nasofaríngeos e alguns tipos de linfoma não-Hodgkin.

Ainda, segundo Brunner e Suddarth (2009), os vírus da herpes simples tipo II, o citomegalovírus e o papilomavírus humanos (tipos 16, 18, 31 e 33) estão relacionados à displasia e ao câncer de colo de útero. Os vírus da hepatite B e C estão associadas a ocorrência de câncer de fígado. O vírus da imunodeficiência humana (HIV) está relacionado ao sarcoma de Kaposi. Entretanto, o único

³ O Epstein-Barr (EBV) é um vírus da família Herpes, descoberto em 1964, causador da mononucleose infecciosa humana. Há também evidências que esse vírus possa estar relacionado a outros cânceres malignos, principalmente carcinomas gástricos, mamários, leiomiossarcomas, linfomas T e carcinomas linfoepitelioma-like de glândulas salivares, pulmão e timo (RIBEIRO-SILVA e ZUCOLOTO, 2003).

comprovadamente oncogênico é o retrovírus HTLV 1, vírus linfotrópico da célula T humana, responsável pelo desenvolvimento de alguns tipos de leucemias linfocíticas e linfomas (BRUNNER e SUDDARTH, 2009; INCA, 2008).

A bactéria conhecida como *Helicobacter pylori*, umas das mais prevalentes no homem e causadora da gastrite crônica, foi associada a uma incidência aumentada de cânceres gástricos, talvez relacionados com inflamação e lesão das células gástricas (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

B- Agentes Físicos

Os agentes físicos incluem a exposição a luz solar ou radiação. A exposição excessiva aos raios solares ultravioletas, principalmente em pessoas de pele mais clara, leva a uma incidência aumentada de casos de câncer de pele. Uma exposição prolongada a procedimentos diagnósticos radiológicos ou o uso de radioterapia para o tratamento de doenças pode incorrer no aumento do risco de desenvolver câncer, sobretudo leucemias, câncer de pulmão, mama, tireóide e em outros tecidos (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

C- Agentes Químicos

Uma parcela razoável dos agentes químicos carcinogênicos encontra-se intimamente relacionado aos hábitos sociais, alimentares e ocupacionais do ser humano. Uma dessas substâncias mais relacionadas é o tabaco. É responsável por aproximadamente 30% das mortes por câncer (CASCIATO apud BRUNNER e SUDDARTH, 2009), estando associado a neoplasias de pulmão, cabeça e pescoço, esôfago, dentre outros.

O álcool é outro agente químico que tem contribuído para o aumento do risco de câncer de boca, faringe, laringe, esôfago, fígado e mama, independentemente do tipo de bebida que se consuma. Esse risco é ainda maior para pessoas que bebem e fumam.

De acordo com Brunner e Suddarth (2009), outras substâncias químicas suspeitas de induzir o processo de carcinogênese incluem as aminas aromáticas e corantes de anilina, pesticidas, formaldeído, arsênico, fuligem e derivados do alcatrão, asbesto, benzeno, entre outros. O fígado, pulmões e rins são os órgãos mais afetados pela ação dos carcinogênicos químicos.

D- Fatores Relacionados à Dieta

Os alimentos que compõem a dieta podem ser pró-ativos, ou seja, protetores, ou carcinogênicos. Uma dieta prolongada de alimentos carcinógenos e ausência de alimentos protetores pode aumentar o risco de câncer (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Substâncias como gorduras, álcool, carnes salgadas ou defumadas, que contenham nitrato ou nitrito aumentam o risco de desenvolvimento de um processo carcinogênico. Por outro lado, uma alimentação rica em fibras (frutas, cereais integrais, entre outros) e vegetais crucíferos (repolho, brócolis, entre outros), parece estar relacionada a uma incidência diminuída de câncer (KEMP et al, 2002).

O sobrepeso e obesidade estão incluídos como a segunda causa evitável de câncer, atrás apenas do tabagismo (RADIS, 2006). O excesso de peso pode estar associado ao um aumento do risco de câncer de mama em mulheres na pós-menopausa, câncer de cólon, endométrio, vesícula, esôfago, pâncreas e rins.

CAPÍTULO 2: O Câncer de Mama e Fatores Correlacionados

2.1 Anatomia e Fisiologia das Mamas

As mamas são órgãos acessórios do sistema reprodutor feminino e estão intimamente relacionadas com a essência da mulher. Respondem ao estímulo hormonal relacionado com a ovulação, menstruação e lactação (TIMBY e SMITH, 2005). As mamas possuem um vasto suprimento de vasos sanguíneos e linfáticos e, quando as glândulas mamárias são estimuladas pelo hormônio prolactina, passam a produzir leite a partir dos elementos do sangue. Cada glândula mamária consiste de 15 a 20 lobos divididos por tecido adiposo, que determina o tamanho da mama, mas não o volume de leite produzido. Os linfonodos axilares e mamários são responsáveis pela drenagem das mesmas (TIMBY e SMITH, 2005).

Os lóbulos mamários são conjuntos de ácinos, células especializadas na produção do leite. O conjunto de lóbulos mamários constituem o lobo mamário e é ligado a papila através do orifício ductal. A papila é uma protuberância composta de fibras musculares onde os ductos lactíferos, sistema de canais que conduz o leite até ela, desemboca através do orifício ductal. A aréola é uma estrutura central da mama onde se projeta a papila (TIMBY e SMITH, 2005).

Todo o restante da mama é preenchido por tecido adiposo, cuja quantidade varia de acordo com as características físicas, nutricionais e a idade da mulher. As mulheres mais jovens apresentam mamas com maior quantidade de tecido glandular, o que torna o órgão mais denso e firme. À medida que a idade vai avançando e a menopausa se aproxima, o tecido mamário vai se atrofiando e sendo substituído gradativamente por tecido gorduroso ou adiposo. Na fase pós-menopausa, a mama é constituída, quase que exclusivamente, de gordura e resquícios de tecido glandular (INCA, 2002).

O crescimento e o desenvolvimento do tecido mamário são estimulados pelo hormônio denominado estrogênio, secretado pelos ovários. Entretanto, a ação de outros hormônios durante a gravidez pode acarretar em crescimento e desenvolvimento adicional das mamas, como a prolactina. Outro hormônio, a

progesterona, produzido pela placenta, estimula o desenvolvimento dos alvéolos mamários. O estrógeno, por sua vez, estimula o aumento da produção dos túbulos e ductos para transportar o leite para o ducto lactífero, que drena no mamilo (TIMBY e SMITH, 2005). Pode-se dizer que a plenitude funcional das mamas ocorre no período da amamentação, ou seja, a mulher que não amamenta não atinge a maturidade desse órgão (INCA, 2002).

Sendo este órgão muito susceptível à ação hormonal, é comum ocorrerem alterações, benignas ou não. Um distúrbio benigno da mama é conceituado como sendo qualquer anormalidade não relacionada a neoplasia mamária. Os mais comuns nas mulheres são as mamas fibrocísticas, os fibroadenomas, o papiloma intraductal, a ectasia dos ductos mamários e a mastite (RICCI, 2008).

De acordo com Ricci (2008), o câncer de mama é a representação de uma alteração maligna da mama, tratando-se de uma doença neoplásica na qual as células normais são transformadas em malignas.

Na nossa sociedade, as mamas também são tidas como órgãos de estimulação e prazer sexual, além de serem representativas da feminilidade, sendo constituinte importante da auto-estima e auto-imagem da mulher (JESUS e LOPES, 2003).

2.2 Câncer de Mama – Contextualização Histórica

A relação da mulher com o câncer de mama e seu tratamento é emblemática. A história da doença inicia-se no século IV a.C quando Hipócrates em seu livro “Doença de Mulheres” a descreve como um mal que esgota diariamente as energias, começando pela interrupção dos ciclos menstruais e terminando com a morte (SILVA, 2008).

Também de acordo com a referida autora, no século XIX e início do século XX, o câncer era considerado uma doença contagiosa relacionada intimamente a falta de higiene e moral. Contribuíam com a higiene precária a imundície das cozinhas, a sujeira das fábricas, proliferação de ratos e insetos, dentre outros fatores, acarretando o adoecimento da população por uma variedade de doenças, entre elas o câncer.

Da mesma forma, acreditava-se que o câncer era uma doença relacionada aos excessos de prazer, especialmente provocados pelas práticas sexuais,

particularmente pelo sexo oral, praticado principalmente por mulheres. O câncer seria então considerado um castigo divino através do qual o doente poderia alcançar sua absolvição e libertação dos pecados caso conseguisse suportar todo o sofrimento provocado pela patologia.

Comentando a respeito de como seria enfrentar o câncer de mama entre os séculos XIX e XX, Sant'Anna (2007; apud SILVA, 2008, p.234) afirma que:

[...] Enfrentar o câncer de mama, por exemplo, implicava, acima de todas as preces e "benzedeiras", em suportar todo o sofrimento, até o momento da morte. Por conseguinte, o corpo sofredor da mulher parecia atingir qualquer coisa da ordem do sagrado.

Os órgãos de saúde pública norteavam suas ações a partir do ideal higienista, adotando como estratégia de intervenção para pacientes com câncer o isolamento e desinfecção minuciosa das residências por ocasião da morte dos doentes, não por acaso, a mesma estratégia utilizada no controle da tuberculose e da sífilis. Segundo Bodstein (1987; apud SILVA, 2008), no Brasil as informações referentes a casos de câncer eram controlados e coordenados pela Inspetoria de Lepra e Doenças Venéreas.

Nos anos 30 e 40 a etiologia moral do câncer não foi abandonada, mas foi mesclada a outras causas que foram se tornando mais evidentes, como a ingestão de alimentos industrializados, o tabagismo, o excesso de trabalho e aumento do estresse.

A partir da década de 50, com o avanço de métodos diagnósticos e terapêuticos, houve um aumento de sobreviventes concomitantemente com aumento da sobrevida dos afetados. Contudo, nesse momento a hipótese da etiologia moral do câncer também não foi abandonada, mas reformulada. Os agora afetados seriam os indivíduos fracos e impotentes, os pervertidos sexuais e os doentes do sexo (SANT'ANNA, 2000 apud SILVA, 2008).

Gradativamente, a noção molarizadora foi sendo substituída. De acordo com Palmeira (1997; apud SILVA, 2008), a pauta nos anos 60 e 70 era que fatores relacionados a estados disfóricos, como depressão, tristeza, infelicidade, abatimento, desânimo, desamparo, desapontamento, dentre outros, e a ansiedade juntamente com situações traumáticas seriam os verdadeiros fatores relacionados com a carcinogênese.

Na atualidade, não apenas características da personalidade merecem atenção, mas a história familiar tem se enquadrado como um importante fator de risco para o desenvolvimento da doença, incluindo o câncer de mama, além de outros fatores predisponentes (SILVA, 2008).

2.3 O Câncer de Mama

O período crítico de oncogênese para o câncer de mama parece corresponder ao intervalo entre a menarca e a primeira gestação a termo, pois é nesse momento que o lóbulo mamário encontra-se em amplo processo de divisão celular (BERGMANN, 2000). Sabe-se que células em intensa divisão celular estão mais susceptíveis a ação de agentes carcinogênicos, o que pode resultar em mutações e transformações malignas. Tendo ocorrido esse processo, o desenvolvimento do câncer se dará de forma lenta, podendo levar aproximadamente 10 anos para se tornar um tumor de 1 cm, quando então é possível a palpação (INCA, 2002).

Segundo Ricci (2008), o câncer de mama tem início nas células epiteliais que revestem os ductos mamários no interior da mama. A velocidade no crescimento do tumor depende de diversos fatores, principalmente hormonais, como a ação do estrogênio e da progesterona.

Há duas categorias principais de classificação para o câncer de mama: a não-invasiva e a invasiva. Os não-invasivos (*in situ*) são aqueles que não se estendem além do seu ducto, lóbulo ou ponto de origem, para um tecido circunvizinho. Os cânceres de mama invasivos ou infiltrativos, por outro lado, se estendem para um tecido circunvizinho, podendo originar metástases (RICCI, 2008).

O Carcinoma Ductal *In Situ* é definido como a proliferação de células epiteliais malignas, originárias dos ductos mamários e que crescem sem romper a membrana basal e sem infiltrar o estroma. O Carcinoma Lobular *In Situ* é uma neoplasia não-invasiva que se origina dos lóbulos e ductos terminais da mama. Trata-se de uma lesão multicêntrica, que pode não ser identificada clinicamente ou através de exames macroscópicos (KEMP et al, 2002).

O carcinoma ductal invasivo pode assumir diferentes formas histológicas, podendo apresentar-se bem diferenciado e com crescimento lento, mal diferenciado e infiltrativo ou muito maligno e indiferenciado com muitas metástases,

representando de 70 a 80% dos casos de neoplasia mamária sendo, portanto, o mais comum (MAKHOUL et al, 2004; apud RICCI, 2008). Os carcinomas lobulares invasivos apresentam prognóstico sombrio e representam 10 a 15% dos casos de câncer de mama, se localizando geralmente no quadrante superior externo da mama (RICCI, 2008).

Ainda segundo o autor acima citado, outras variações de câncer invasivo da mama incluem o carcinoma tubular e o carcinoma colóide. Primeiro representa 29% dos casos, relativamente incomum e ocorre com maior freqüência em mulheres com idade superior a 55 anos. Por outro lado, o carcinoma colóide se caracteriza por grandes quantidades de muco entremeadas por ilhotas de células tumorais. É relativamente raro, apresentando uma freqüência de 2 a 4% dos casos de neoplasias mamárias, acometendo mulheres entre 60 e 70 anos de idade.

O carcinoma medular ocorre com maior freqüência em mulheres com idade inferior a 50 anos, se caracterizando por formar grandes massas tumorais ao se desenvolver. O câncer da mama inflamatório, com incidência inferior a 4%, geralmente se manifesta com edema, hiperemia e calor cutâneo, com prognóstico ruim. A doença de Paget (2 a 4%) se origina no mamilo, estando associado tipicamente ao carcinoma ductal (MAKHOUL et al, 2004; PENNY, 2002; apud RICCI, 2008).

A metástase do câncer de mama alcança praticamente todos os órgãos do corpo, principalmente os ossos, pulmões, linfonodos, fígado e cérebro. As primeiras metástases geralmente são locais ou regionais, e envolvem a parede torácica ou os linfonodos supraclaviculares, axilares ou os ossos (HOLMES, 2004; apud RICCI, 2008).

2.4 – Fatores de Risco para o Câncer de Mama

Embora a etiologia do câncer de mama não seja bem esclarecida, diversos fatores de risco para a doença são descritos na literatura científica sobre o assunto, uns totalmente aceitos, outros ainda controversos.

Os fatores de risco para o câncer de mama podem ser divididos entre aqueles que podem ser passíveis de modificação e os que não podem ser modificados ou evitados.

Os fatores não modificáveis são: sexo feminino; idade superior a 50 anos; história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha); história pessoal de câncer de mama, que aumenta de três a quatro vezes o risco de recorrência; raça caucasiana; menarca precoce, antes dos doze anos de idade, ou menopausa tardia, em idade superior a 55 anos, indicando numa exposição prolongada ao estrogênio; dentre outros fatores.

O câncer de mama é uma doença eminentemente feminina. Estudos apontam que apenas 1% dos cânceres de mama ocorre no sexo masculino⁴ e predominantemente (90%) são carcinomas invasores (MENKE et al, 2001; apud FONTANELLA e SILVA, 2003; SILVA, TOSCANI e GRAUDENZ, 2009).

A predisposição hereditária do câncer de mama feminino é responsável por 5 a 10% dos casos e a maioria ocorre devido a mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2⁵. Um antecedente familiar em parentes de primeiro grau aumenta o risco da doença em cerca de duas vezes (PIRHARDT e MERCÊS, 2009).

A idade constitui outro fator de risco devido ao fato de que quanto mais avançada a idade cronológica, maior a exposição a fatores de risco para o desenvolvimento de diferentes tipos de cânceres, incluindo a neoplasia mamária.

Os fatores de risco modificáveis estão relacionados ao estilo de vida e incluem: nuliparidade ou maternidade tardia (após os 30 anos de idade), por não ocorrer a redução do número de ciclos menstruais; consumo de álcool que acarreta no aumento dos níveis de estrogênio na corrente sanguínea; exposição a agentes carcinogênicos associados ao cigarro através do tabagismo; sedentarismo e falta de exercícios físicos; obesidade; dentre outros (RICCI, 2008).

Em relação aos hábitos alimentares, estudos realizados não encontraram evidências entre a associação de gorduras de origem animal e o risco de desenvolver câncer de mama (KEMP et al, 2002). Ainda, segundo o mesmo autor anteriormente citado, estudos não encontraram associação entre o consumo de frutas e verduras e a redução da incidência da neoplasia mamária. Assim, fatores relacionados à dieta são ainda controversos.

⁴ Os fatores de risco para o câncer de mama masculino incluem o hiperestrogenismo, idade superior aos 60 anos, ascendência judaica, história familiar, síndrome de Klinefelter, dentre outros (SILVA, TOSCANI e GRAUDENZ, 2009).

⁵ BRCA-1 e BRCA-2 são genes humanos pertencentes a uma classe conhecida como supressores de tumor. Em condições normais, ajudam a garantir a estabilidade do material genético da célula e a impedir seu crescimento descontrolado. Mutações nesses genes podem resultar no aumento de risco de desenvolvimento de câncer de mama e ovário (TIBÚRCIO, MACEDO e SILVA, 2010).

Quanto ao consumo de álcool, estudos revelaram que o risco cresce linearmente com o aumento da ingestão alcoólica. Apesar de estudos indicarem que o etanol pode provocar alterações nas células mamárias, transformando-as em tumores malignos, alguns pesquisadores contestam que o álcool seja incluído como fator de risco (PIRHARDT e MERCÊS, 2009). Por outro lado, um estudo epidemiológico dos fatores de risco associados ao câncer de mama realizado por Wrensch et al (2003; apud CANTINELLI et al, 2006), em Marin County, Estados Unidos, encontraram uma maior incidência da doença relacionada ao maior consumo de álcool.

A prática de atividades físicas regulares contribui significativamente para a redução do risco de desenvolvimento da neoplasia mamária, isso porque determina a redução dos níveis de hormônios sexuais circulantes. Os exercícios físicos regulares em mulheres jovens contribui para o retardamento potencial da menarca, atraso menstrual regular, além de ajudar a reduzir o peso e a gordura corporal. Em mulheres adultas, além de contribuir para a diminuição de peso e gordura, também auxilia na conversão da androstenediona em estradiol (hormônio feminino ativo). Dados científicos demonstram que tais afirmativas são convenientes e comprovam que a prática regular de atividade física é capaz de reduzir o risco de câncer de mama entre 30 a 40% (LUCENA,?).

O tabagismo é considerado um importante fator de risco para o câncer de mama, bem como para outras doenças pulmonares e cardiovasculares. Dos 6.700 compostos encontrados no tabaco, 4.720 são substâncias identificadas quimicamente, entre os quais algumas farmacologicamente ativas, antigênicas, citotóxicas, mutagênicas e carcinogênicas (HORTENSE et al, 2008; apud PIRHARDT e MERCÊS, 2009).

A nuliparidade ou retardo na primiparidade (após os 30 anos), também constituem fatores de risco para o desenvolvimento da doença. A primeira gestação ajuda no processo de maturação das células da mama, as tornando potencialmente mais protegidas à ação de substâncias cancerígenas. Além do mais, durante a amamentação é liberado um hormônio chamado ocitocina, que tem como função a promoção das contrações uterinas durante o parto e a ejeção de leite, contribuindo para retorno mais rápido ao peso pré-gestacional, menor sangramento uterino pós-

parto, além de diminuir o risco de desenvolver câncer de mama e de ovários (REA, 2004; apud PIRHARDT e MERCÊS, 2009).

Além disso, a ocorrência da primeira gestação em idade reprodutiva precoce contribui para a redução do número de ciclos ovulatórios, que são estimuladores da mitose das células mamárias, fator que deixa o tecido das mamas mais susceptíveis ao evento de mutações genéticas. Assim, a primeira gestação em mulheres o mais precoce possível, antes dos 30 anos de idade, atua como fator protetor contra o câncer de mama.

A terapia de reposição hormonal, indicada principalmente para mulheres na menopausa, contém os hormônios femininos estrogênio e progesterona. O estrogênio tem papel importante no câncer de mama porque induz o crescimento das células do tecido mamário, aumentando potencialmente o risco de alterações genéticas (INCA, 2008; apud PIRHARDT e MERCÊS, 2009). Assim, a terapia de reposição hormonal implica em um maior risco de incidência de neoplasia mamária.

Existem controvérsias na literatura científica quanto ao real risco que o uso de anticoncepcionais orais pode implicar para o desenvolvimento do câncer de mama. Estudos encontraram uma incidência significativa em mulheres que fizeram uso de contraceptivos orais combinados em um período de até nove anos após a interrupção, desaparecendo após 10 anos da cessação do seu uso (KEMP et al, 2002).

O risco de anticoncepcionais orais virem a causar o câncer de mama existe, mas com o desenvolvimento de novos contraceptivos, com doses cada vez mais baixas de estrógenos, o potencial pra desenvolver a doença é reduzido ou mesmo irrelevante. Como os fatores são multicausais, o uso desses contraceptivos pode aumentar a chance de ocorrência do câncer quando associado a outros fatores, como o tabagismo e obesidade, entre outros (PIRHARDT e MERCÊS, 2009).

Algumas pessoas também têm questionado quanto ao uso de antitranspirantes no desenvolvimento do câncer de mama, devido a alguns de seus componentes, como os sais de alumínio e o parabeno⁶, e ao fato da maior incidência da doença ocorrer no quadrante superior da área da mama, onde estão localizados os nódulos linfáticos, e onde o produto é aplicado.

⁶ A possível ação dos parabenos no desenvolvimento do câncer de mama, verificada *in vitro* e *in vivo* (ensaios ureotrópicos em ratos camudongos) está no fato de provocar um efeito semelhante ao estrógeno, hormônio indiscutivelmente associado ao câncer de mama (NASCIMENTO, RAFFIN e GUTERRES, 2004).

O INCA explica a questão afirmando que os casos de câncer ocorrem com mais frequência nessa região por que é nela que se encontra a maior parte do tecido mamário, conseqüentemente aumentando as chances de ocorrência da doença. Aponta também um parecer da ANVISA (Agência Nacional de Vigilância Sanitária) que afirma que não existe nenhuma evidência científica que relacione os sais de alumínio ou qualquer outra substância química com o câncer de mama e que pesquisas continuarão a ser feitas nesse sentido (INCA, 2011).

A neoplasia mamária é encontrada mais freqüentemente em mulheres com nível socioeconômico mais elevado e bom nível educacional. Esse fato provavelmente está relacionado ao estilo de vida que geralmente adotam, incluindo uma dieta rica em produtos gordurosos e artificiais, gestação do primeiro filho após os 30 anos de idade, utilização da terapia de reposição hormonal e uso de bebidas alcoólicas com maior regularidade. Entretanto, há de se considerar que esse padrão de vida está cada vez mais próximo, também, das classes econômicas mais baixas. É nas classes sociais menos favorecidas e de baixo nível educacional que se encontra os maiores índices de mortalidade pela doença, o que sugere uma maior dificuldade no acesso ao atendimento, métodos diagnósticos e na adesão ao tratamento (STEIN et al, 2009).

Estudos epidemiológicos indicam uma íntima relação entre a exposição do tecido mamário à radiação ionizante⁷ e o risco aumentado de incidência de câncer de mama. Esse processo carcinogênico está relacionado a dois fatores: a dose de radiação recebida e a idade do indivíduo no momento da exposição, com maior risco para mulheres jovens, menores de 30 anos (BRASIL, 2004).

2.5 – Diagnóstico e Rastreamento do Câncer de Mama

Determinados países desenvolvidos vem conseguindo diminuir suas taxas de mortalidade por câncer de mama devido à implantação de programas de detecção precoce e tratamento oportuno. Sabemos que a doença é de bom prognóstico desde que identificada e tratada nos estágios iniciais de desenvolvimento. As ações de

⁷ Radiações ionizantes são aquelas que produzem íons, radicais e elétrons livres na matéria que sofreu interação. São altamente energéticas, com capacidade de quebrar ligações químicas e expulsar elétrons dos átomos após colisão. Exemplos de radiações ionizantes são os raios-X, radiação gama e radiação beta, dentre outras.

detecção precoce incluem o diagnóstico e o rastreamento, que consiste na aplicação sistemática de um exame em populações assintomáticas, com o objetivo de identificar mulheres com anormalidades sugestivas de câncer (INCA, 2010).

Para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA), recomenda rastreamento por meio do exame clínico de mama para todas as mulheres com mais de 40 anos de idade, anualmente e mamografia para mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos de intervalo entre uma e outra.

O INCA, através do Ministério da Saúde, fornece a garantia de acesso e diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados. Uma ressalva que o instituto faz é a necessidade de exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para mulheres pertencentes ao grupo de alto risco.

Os grupos populacionais com elevado risco para o desenvolvimento do câncer de mama incluem: mulheres com história familiar de, no mínimo, um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama, antes dos 50 anos de idade; mulheres com histórico familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de ovário, em qualquer idade; mulheres com histórico familiar de câncer de mama masculino; e mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária, proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004).

O exame clínico da mama (ECM) constitui uma parte fundamental para o diagnóstico de câncer de mama. Deve ser realizado como parte integrante do exame físico e ginecológico, constituindo a base para a solicitação de exames complementares. Esse exame deve contemplar a inspeção estática e dinâmica, com palpação das axilas e das mamas da paciente em decúbito dorsal (BRASIL, 2004).

A sensibilidade do ECM varia de acordo com o tamanho do tumor. Para lesões maiores que 1 cm, a sensibilidade é de cerca de 88%. Por outro lado, para lesões menores, a sensibilidade encontra-se apenas entre 34 e 55% (STEIN et al, 2009).

Alterações suspeitas que devem ser consideradas no exame físico são nódulos endurecidos, pouco móveis e com margens irregulares, infiltração da pele, espessamento e retração, mamilo invertido (recentemente), lesões papilares e areolares de longo período para cicatrização, descarga papilar espontânea

uniductal, unilateral, sanguinolenta ou aquosa, e linfonodos axilares duros, com pouca mobilidade (KEMP et al, 2009).

Alguns estudos afirmam que o auto-exame das mamas tem papel de fundamental importância na identificação de tumores mamários de forma precoce, diminuindo a probabilidade de metástases e aumentando a sobrevivência. Robles e Galanis (2001; apud THULER, 2003) afirmam que o auto-exame das mamas é uma estratégia eficaz na detecção do câncer de mama, tendo em vista que até 90% dos casos da doença são identificados pela própria mulher.

Entretanto, evidências científicas sugerem que o auto-exame das mamas não é eficiente para o rastreamento da doença e não contribui para a redução da mortalidade. Não apenas não contribui como também traz consequências negativas, como o aumento do número de biópsias de lesões benignas, falsa sensação de segurança nos exames falsamente negativos e impacto psicológico nos exames falsamente positivos (STEIN et al, 2009).

A importância da mamografia para o diagnóstico do câncer de mama é indiscutível. É apontado como o método mais sensível na atualidade para a detecção da doença em estágio pré-invasivo. Entretanto, essa sensibilidade pode ser afetada por, dentre outros fatores, a composição das mamas (mamas muito densas) e pela história familiar de câncer de mama, o que provavelmente decorre em um tumor de crescimento rápido, o que reduz a acurácia do método.

A faixa etária indicada para a realização da mamografia ainda é outro tema controverso no meio científico. Como visto anteriormente, o Ministério da Saúde, juntamente com o INCA, recomendam o início do rastreamento com o uso de mamografia em mulheres com idade entre 50 e 69 anos. Por outro lado, a Sociedade Brasileira de Mastologia (2002) indica a mamografia anual para mulheres em idade entre 40 e 49 anos e bianual a partir dos 50 anos.

Entretanto, estudo realizado por Peregrino et al (2010) mostrou como resultado que o rastreamento mamográfico não é custo-efetivo quando realizado em mulheres mais jovens. Isso ocorre, principalmente, devido a menor especificidade e sensibilidade da mamografia em mulheres na faixa etária entre 40 e 49 anos, conduzindo o resultado a falso-positivos e falso-negativos. Assim, conclui-se que, apesar da efetividade do rastreamento ser maior quando iniciado aos 40 anos, tornando irrelevante a menor especificidade, os recursos utilizados para esse fim

também são maiores, não compensando em relação ao rastreamento bianual a partir dos 50 anos, que continua sendo o de maior custo-efetivo.

Para mulheres com menos de 35 anos, a ultra-sonografia (USG) é o método de escolha para a avaliação por imagens de lesões palpáveis. Para aquelas em idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição, podendo ser complementada pela USG. Este método é indicado para situações em que o nódulo não se expressa, seja porque a mama é densa ou está em zona cega na mamografia, nódulo regular ou levemente lobulado, ou densidade assimétrica difusa.

Entretanto, na literatura científica não existe referência que autorize a USG como método aplicável no diagnóstico da neoplasia mamária, principalmente devido a sua incapacidade de identificar microcalcificações e suas elevadas taxas de falso-negativo (TEH e WILSON, 1998; apud STEIN et al, 2009).

Existem alguns casos específicos em que a realização do exame mamográfico não é possível, como em pacientes com mamas operadas e irradiadas e em mulheres com implantes mamários. Nessas situações, também é recomendada a realização da USG e, se possível, da ressonância magnética (KEMP et al, 2009).

Weinreb e Newstead (1995; apud KEMP et al, 2009), afirmam que a sensibilidade da ressonância magnética é alta na detecção de carcinoma invasivo, podendo chegar a índices próximos de 100%, mas a especificidade no método é muito variável, de 37 a 97%.

No caso de se identificar a ocorrência de lesões suspeitas, deve-se buscar confirmação do diagnóstico através de método citológico, que pode ser realizado por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou por meio de método histológico, quando o material for obtido utilizando-se agulha grossa (PAG), ou ainda por biópsia cirúrgica ou convencional (INCA, 2004).

A PAAF é um procedimento de dispensa o uso de agentes anestésicos, realizado a nível ambulatorial, de baixo custo, fácil execução e que raramente apresenta complicações. A PAG ou *core biopsy* é realizado com anestesia local, fornecendo material histopatológico e também permite a realização da dosagem de receptores hormonais. Estes são métodos de eleição no caso da existência de lesões palpáveis, mas com diagnóstico por imagem negativo (mamografia e ultra-sonografia), ou mesmo quando estes exames, geralmente de maior eficácia, estão indisponíveis.

2.6– O Estadiamento do Câncer de Mama

Apesar da sua diversidade, as neoplasias malignas apresentam uma sequência de curso biológico que é semelhante a todos os tipos de câncer. Esta sequência inicia-se pelo crescimento e invasão local, seguindo pela invasão de órgãos vizinhos e terminando com a disseminação regional e sistêmica. Com isso, a União Internacional Contra o Câncer (UICC) desenvolveu um sistema de estadiamento dos tumores, tendo por base a avaliação do tumor primário (T), a extensão da disseminação em linfonodos regionais (N) e a presença ou não de metástases à distância (M), constituindo assim o Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. O câncer de mama também segue este Sistema de Classificação e consta no Apêndice B deste trabalho.

O estadiamento geral dos tumores, estabelecido pelo Ministério da Saúde (2010), obedece a seguinte descrição:

- 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.

O objetivo do estadiamento do tumor é identificar o seu estágio e grau, antes do início do tratamento, proporcionando dados necessários à sua realização, e fornece um norteamento quanto ao prognóstico da doença (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

2.7– Manifestações Clínicas

O câncer de mama em estágios iniciais não apresenta sintomatologia. Quando o tumor é palpável, apresenta-se como nódulo em uma das mamas, acompanhado ou não de dor, descarga papilar, alterações na pele da mama, abaulamentos, retrações ou aspecto semelhante a “casca de laranja”. Nódulos palpáveis na(s) axila(s) também são sinais indicativos de câncer de mama (BRASIL, 2008).

CAPÍTULO 3 – O Tratamento do Câncer de Mama e o Impacto da Quimioterapia na Vida da Mulher

Nos últimos anos, importantes avanços aconteceram na abordagem do câncer de mama, principalmente relacionados as cirurgias que passaram a ser menos mutiladoras. Outros progressos no tratamento decorrem de uma busca da individualização do tratamento, que varia de acordo com o estadiamento da doença, características biológicas, e condições da paciente, fazendo com que se tornassem mais efetivos.

O prognóstico da neoplasia mamária depende da extensão da doença, definida pela sua classificação TNM. O tratamento tem maior potencial de cura quando a doença é identificada em estágios iniciais. No entanto, quando a mesma já é descoberta com evidências de metástases, o tratamento tem como objetivo não a cura, mas o prolongamento da sobrevida e melhora da qualidade de vida do paciente, assumindo um papel de cuidado paliativo⁸.

Em geral, os métodos terapêuticos se inserem em duas categorias ou modalidades: a local e a sistêmica. O tratamento local inclui a cirurgia e radioterapia e o sistêmico a quimioterapia, hormonioterapia e os imunomoduladores (RICCI, 2008). O Ministério da Saúde elege como métodos de escolha para o tratamento sistêmico apenas a hormonioterapia e quimioterapia (INCA, 2004).

Uma consideração importante relacionada ao plano terapêutico consiste na realização do exame genético para o BRCA-1 e BRCA-2. Mutações nesses genes predisõem a um risco de câncer da mama vitalício de 75% e a um risco vitalício de 30% para câncer de ovário (RICCI, 2008). A realização desta investigação genética é importante porque pode modificar significativamente as decisões na assistência médica que será prestada a paciente. Por exemplo, se a mulher apresentar uma mutação no gene BRCA-1, muito provavelmente lhes será indicada a realização de

⁸ O Cuidado paliativo é reconhecido como uma abordagem que procura melhorar a qualidade de vida de pacientes em estágios terminais e de seus familiares, através do controle dos sofrimentos físico, emocional, espiritual e social. Deve acompanhar o indivíduo desde o seu diagnóstico até o momento da morte e seus familiares durante o curso da doença e no período de enlutamento (SILVA e HORTALE, 2006).

uma mastectomia profilática contralateral e também uma possível ooforectomia bilateral (REBBECK et al, 2004; apud RICCI, 2008).

3.1 – Cirurgia

Existem diferentes tipos de cirurgias indicadas para o tratamento da neoplasia da mama, dependendo do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor. Podem ser conservadoras, com ressecção de um segmento da mama ou retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não-conservadora, passando a ser denominada mastectomia (BRASIL, 2004).

O objetivo da cirurgia de mama conservadora é remover a massa suspeita juntamente com cerca de 1 cm de tecido normal, chamada margem de segurança, na tentativa de evitar possíveis reincidências do tumor. Pacientes submetidas a esse tipo de tratamento também devem receber tratamento adjuvante com radio ou quimioterapia para erradicar células cancerosas microscópicas residuais, limitando ainda mais a recorrência locorregional (RICCI,2008).

A mastectomia ou cirurgia não-conservadora da mama apresenta também diferentes modalidades. No geral, são indicadas na impossibilidade de se assegurar a obtenção de margens livres, em função da extensão ou multicentricidade do tumor (BRASIL, 2004).

Uma das modalidades de cirurgia não conservadora é a mastectomia simples, que consiste na remoção de todo o tecido mamário, do mamilo e da aréola, poupando-se os linfonodos axilares e os músculos peitorais. É indicada nos casos em que o tumor é grande ou existem múltiplos tumores sem evidências de metástases.

A mastectomia radical modificada é um procedimento que envolve a remoção do tecido mamário, linfonodos axilares e musculatura torácica, mas não o músculo peitoral maior. É outra opção terapêutica com sobrevida semelhante àquelas da mastectomia radical, mas com o diferencial de proporcionar maiores chances de reconstrução da mama, resultando em maior mobilidade e menor ocorrência de linfedema⁹ (ALEXANDER et al, 2004; apud RICCI, 2008).

⁹ O linfedema, particularmente de membro superior, é uma condição incapacitante e incurável, representando uma das principais seqüelas após o tratamento do câncer de mama. Fisiopatologicamente caracteriza-se pela diminuição do transporte linfático abaixo do normal necessária para absorver o déficit do filtrado sanguíneo da

Para a mulher, a mastectomia sempre é uma intervenção temida que interfere no seu estado físico, emocional e social, trazendo com frequência sentimentos de perda e mutilação. Tais impactos negativos influenciam na sexualidade, auto-imagem e na estética feminina, valores extremamente ressaltados na nossa sociedade moderna (PINHO et al, 2007).

3.2 – Radioterapia

A radioterapia ou radiação ionizante é um método empregado com o objetivo de interromper o crescimento celular. Assim, é comumente utilizada como uma terapia adjuvante para destruir células cancerosas que possam ter permanecido na mama, na parede torácica ou região axilar após a remoção cirúrgica do tumor, evitando recidivas.

É uma terapêutica também utilizada para controlar a neoplasia maligna nos casos em que o tumor não pode ser removido cirurgicamente ou quando há a presença de metástases nos linfonodos locais (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

O princípio de ação da radioterapia em lesões neoplásicas está na vulnerabilidade das células ao efeito da radiação nos períodos de síntese do DNA e mitose, ou seja, tecidos que passam por freqüentes divisões celulares, características intrínsecas dos tumores malignos (BRUNNER e SUDDARTH, 2009). Contudo, deve-se considerar que também existem no corpo humano tecidos que tem por característica normal divisões celulares constantes e, por isso, também serão afetados pela radiação. São exemplos a medula óssea, tecido linfático, epitélio do trato gastrointestinal, células ciliadas e gônadas ou glândulas sexuais (representada pelos ovários nas mulheres e pelos testículos nos homens).

Mulheres em tratamento para o câncer de mama com radioterapia tradicional relatam alguns efeitos colaterais, como inflamação, edema local, anorexia, tumefação e sensação de peso na mama, alterações cutâneas semelhantes a queimaduras solares, e fadiga (RICCI, 2008).

3.3 –Terapia Hormonal

Sabe-se que uma das funções do estrogênio é estimular o crescimento e divisão das células mamárias, o que pode contribuir para o desenvolvimento de

microvascularização que se acumula normalmente no interstício necessário para transportar macromoléculas e líquidos excedentes da filtração capilar (BEVILACQUA, BERGMANN e ANDRADE, 2009).

câncer de mama. Com isso, a terapia hormonal age no sentido de contrabalancear o efeito do desse hormônio.

A terapia hormonal consiste no uso de uma medicação semelhante a um hormônio, conhecida como agente antiestrogênico modulador seletivo do receptor de estrógeno (SERM). O princípio de ação da terapia hormonal incide no fato de existir em certas áreas do corpo da mulher, como mama, útero, ovários, pele, vagina e cérebro, células especializadas, chamadas de receptores hormonais, que permitem que o estrogênio penetre na célula e estimule sua reprodução. Os SERM ao penetrarem nesses receptores, impedem que a célula receba o sinal para se dividir (RICCI, 2008).

O inconveniente dessa modalidade terapêutica é que, apesar de impedir a disseminação do tumor, ela também está associada a uma maior incidência de câncer endometrial, embolia pulmonar, sangramentos vaginais, acidente vascular cerebral e formação de catarata (WEAVER, 2002; apud RICCI, 2008). Além disso, alguns efeitos colaterais estão associados também a terapia hormonal, como a ocorrência de fogachos, dor óssea, fadiga, náuseas, tosse, dispnéia e cefaléia (HARWOOD, 2004; apud RICCI, 2008).

3.4 – Imunoterapia

A imunoterapia é utilizada como adjuvante do tratamento cirúrgico. Consiste em uma tentativa de estimular as defesas naturais do organismo contra as células cancerígenas (RICCI, 2008). O trastuzumabe é um anticorpo monoclonal que bloqueiam o efeito da proteína HER-2/neu, associada a formas mais agressivas da doença e a um prognóstico não muito animador.

3.5 – Quimioterapia

A quimioterapia consiste no uso de agentes antineoplásicos com o objetivo de destruir as células tumorais ao interferir na reprodução celular (BRUNNER e SUDDATH, 2009). É utilizado principalmente no tratamento da doença sistêmica, podendo ser combinada com a cirurgia ou radioterapia, ou ambos. O objetivo é reduzir o tamanho do tumor no pré-operatório e destruir células tumorais remanescentes no pós-operatório.

Para Tadokoro e Fonseca (2002 apud MAXIMIAMO, 2010, p.10), a quimioterapia antineoplásica é:

[...] a utilização de agentes químicos isolados ou em combinação, tem por finalidade eliminar células tumorais do organismo, ela é comumente tóxica para inúmeras células normais do organismo (as da medula óssea e das mucosas em geral). É uma modalidade de tratamento sistêmico, bem como uma das mais importantes e promissoras maneiras de combater o câncer.

Os agentes quimioterápicos não afetam apenas as células tumorais, mas todos os tecidos do organismo que apresentam como característica divisão celular acelerada, atingindo particularmente a pele, folículos pilosos, células da boca, do trato gastrointestinal e da medula óssea (RICCI, 2008).

A eficiência da quimioterapia é maior quando utilizada em tumores de alto grau de malignidade. Isso ocorre porque os fármacos agem segundo a quantidade de células que estão se dividindo em determinado momento e, como já discutido anteriormente, as células com alto grau de malignidade apresentam crescimento rápido quando comparadas as de baixa malignidade, que tem como característica um crescimento lento (SABBAGA, 1998 apud MAXIMIAMO, 2010).

Ressaltando a importância do uso de drogas antineoplásicas na terapêutica de diversos tipos de cânceres, estudo realizado por Perez e Muss (2005, apud VERDE, 2007) demonstrou que o risco de recorrência do tumor em pacientes que fazem uso da quimioterapia é menor que 23,5% e a incidência de morte é inferior a 15,3% quando comparadas aquelas que não recebem esse tratamento.

Para mulheres com câncer de mama, a quimioterapia é indicada para tumores de tamanho maior que um centímetro ou quando o tipo de câncer é agressivo. É realizada em ciclos que consistem na administração de um ou mais medicamentos a intervalos regulares. Podem ser aplicados diariamente, semanalmente, de 3 em 3 semanas, de 4 em 4 semanas ou de 6 em 6 semanas, a depender de cada caso. Um ciclo é aplicado quando se completa a administração do(s) quimioterápico(s) de um esquema terapêutico (BRASIL, 2010).

3.5.1 – Breve Histórico da Quimioterapia

A utilização de substâncias químicas e drogas com finalidade medicamentosa não é recente. Nas civilizações do antigo Egito e da Grécia existem evidências da utilização de drogas quimioterápicas na forma de sais metálicos como o arsênico, o cobre e o chumbo. Mais adiante, no século X, o médico persa Muhammad ibn Zakarīya Rāzi introduziu o uso de substâncias químicas como ácido sulfúrico, cobre, mercúrio, sais de arsênico, sal amoníaco, ouro, argila, alcatrão, betume, álcool, dentre outros, para propósitos médicos (BONASSA, 1998 apud MAXIMIAMO, 2010).

Os primeiros registros efetivos da utilização de agentes quimioterápicos surgem no final do século XIX, com a descoberta da solução de Fowler (arsenito de potássio) em 1885 por Lissaver, e a toxina de Coley (combinação de produtos bacterianos) em 1890 (BONASSA, 1998 apud MAXIMIAMO, 2010).

O primeiro agente antineoplásico foi desenvolvido a partir do gás mostarda, foi utilizado na Primeira e Segunda Guerra Mundial como arma química, não tendo inicialmente um propósito terapêutico. Todavia, ao longo do tempo, passou-se a observar que pessoas expostas a essa substância tinham a contagem de seus leucócitos vertiginosamente diminuídos.

Estudos clínicos publicados em 1946, com o gás mostarda e com observações sobre os efeitos do ácido fólico para crianças com quadros de leucemias, resultaram no uso de quimioterápicos para o tratamento do câncer. Com essa experiência, pesquisas com outras substâncias foram realizadas e muitas outras drogas foram sendo desenvolvidas para combater o câncer. Nesse sentido, a introdução da mostarda nitrogenada pode ser considerada o marco inicial da era moderna da quimioterapia (BLACK & MATASSARIN-JACOBS, 1996 apud MAXIMIAMO, 2010).

A partir desses acontecimentos, novos agentes foram identificados e nos tempos atuais há a disponibilidade de substâncias mais ativas e menos tóxicas na prática clínica. Porém, a guerra contra o câncer requer armas cada vez mais potentes e menos nocivas ao organismo. Nesse sentido, novos estudos estão se desenvolvendo com o objetivo de se produzir drogas antineoplásicas mais eficientes e, principalmente, que produzam o mínimo possível de reações colaterais.

3.5.2 – Classificação da Quimioterapia

Os quimioterápicos podem ser classificados de acordo com sua relação com o ciclo celular, sendo assim denominados de agentes específicos. Estes agem destruindo as células em estágios de divisão. Existem também os agentes antineoplásicos que atuam independentemente das fases do ciclo celular, sendo portanto chamados de agentes inespecíficos, geralmente apresentando efeitos mais prolongados sobre a célula, levando ao dano ou morte celular (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Ainda, segundo os mesmos autores, outra classificação existente para os agentes quimioterápicos é feita de acordo com o agrupamento químico ao qual pertencem. Incluem os agentes alquilantes, nitrosouréias, antimetabólitos, antibióticos antitumorais, alcalóides vegetais, agentes hormonais e agentes mistos.

A quimioterapia ainda pode ser classificada de acordo com sua finalidade, podendo ser: curativa, adjuvante, neoadjuvante ou prévia e paliativa. A finalidade da quimioterapia curativa é alcançar o controle completo do tumor. A adjuvante segue à cirurgia curativa, objetivando eliminar células residuais locais ou sistêmicas, diminuindo a incidência de metástases. A quimioterapia neoadjuvante é indicada para se obter uma redução parcial do tumor, complementando o tratamento cirúrgico e/ou radioterápico. Por fim, a paliativa não tem finalidade curativa, mas sim o objetivo de melhorar a qualidade da sobrevivência do paciente.

O protocolo de escolha no tratamento sistêmico adjuvante para o câncer de mama depende de uma série de fatores, como o tamanho do tumor, presença de comprometimento dos linfonodos regionais e positividade de receptores de estrogênio e progesterona, além da idade da paciente, estado de performance pelo índice de Kamofsky¹⁰, estado nutricional, função orgânica e presença de comorbidades (ANELLI et al, 2002; WALSH et al, 1989; BUZZONI et al, 1991; SMITH e DESCH, 1991; BAKER et al, 1995; PERRY, 2001 apud VERDE, 2007)

Inicialmente, a quimioterapia adjuvante, em utilização desde a década de 1950, foi administrada na forma de monoquimioterapia, ou seja, na utilização de drogas isoladas. Esse método, entretanto, mostrou-se ineficaz em produzir

¹⁰ O Índice de Kamofsky (IK) foi utilizado pela primeira vez em 1948 para avaliar o estado funcional de pacientes oncológicos em tratamento com quimioterápicos. Deste então este índice tem sido amplamente utilizado em estudos que mostram a relação com outras medidas funcionais e de bem-estar (PUIGGRÓS et al, 2009).

respostas significativas nas maiorias dos tumores, tendo conseqüentemente seu uso atual restrito.

Por outro lado, a utilização de esquemas poliquimioterápicos tem apresentado uma maior eficácia, permitindo o alcance de células em diferentes fases do ciclo celular, além de diminuir o desenvolvimento de resistência às drogas, promovendo assim melhor resposta às doses administradas (CHACON, 2001 apud DIETRICH, 2007).

A administração dos agentes quimioterápicos pode acontecer no ambiente hospitalar, clínica ou domicílio através das vias tópica, oral, intravenosa, intramuscular, subcutânea, arterial, intracavitária e intratecal¹¹, dependendo da medicação e dosagem utilizada e do tipo, localização e extensão do tumor (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

3.5.3 – Principais Agentes Antineoplásicos

As principais drogas quimioterápicas utilizadas no tratamento do câncer são os alquilantes polifuncionais, os antimetabólitos, os antibióticos antitumorais, os inibidores mitóticos, entre outros.

Os alquilantes são compostos com capacidade de substituir em uma outra molécula um átomo de hidrogênio por um radical alquil. Afetam as células em todas as fases do ciclo celular, inespecificamente. Geralmente apresentam melhores efeitos clínicos quando combinados com outros agentes fase-específicos do ciclo. Os principais agentes alquilantes utilizados na oncologia incluem a mostarda nitrogenada, a mostarda fenil-alanina, a ciclofosfamida, o bussulfam, as nitrosuréias, a cisplatina juntamente com o seu análogo carboplatina e a ifosfamida (VERDE, 2007).

Os antimetabólitos inibem a biossíntese dos componentes essenciais do RNA e DNA, impedindo a multiplicação e as funções normais das células. São particularmente ativos em células que se encontram na fase de síntese do ciclo celular (fase S).

¹¹ A administração intratecal de quimioterápicos requer punção medular realizada por especialista (onco-hematologista ou neurologista), para que essas drogas alcancem diretamente o líquido cefalorraquidiano. É utilizada porque grande parte dos agentes antineoplásicos não atravessa a barreira hemato-líquórica, inviabilizando o tratamento e profilaxia de tumores primários e metastáticos de diversos tipos de cânceres, incluindo o de mama (LEMOS, LIMA e MELLO, 2004).

Os antibióticos antitumorais são um grupo de substâncias de composição química diversificada, não atuando especificamente sobre uma determinada fase do ciclo celular. Assim como todos os quimioterápicos, esse tipo de droga age tanto sobre células malignas como sobre células normais, resultando em efeitos colaterais indesejados.

Os inibidores mitóticos atuam sobre a tubulina, formadora dos microtúbulos, paralisando a mitose na metáfase, interrompendo a divisão celular. Possuem um modo de atuação específico, devendo ser associado a outros agentes quimioterápicos para resultar em maior efetividade do tratamento. Estão incluídos como inibidores mitóticos os alcalóides da vinca rósea (vincristina, vimblastina e vindesina) e os derivados da podofilotoxina (VP-16, etoposídeo; e o VM-26, teniposídeo) (VERDE, 2007).

3.5.4 – Efeitos Colaterais da Quimioterapia

Como já discutido anteriormente, os agentes quimioterápicos não atuam somente sobre as células anômalas, mas também afeta as normais. Por isso, estão frequentemente associados a efeitos tóxicos em vários sistemas orgânicos. As náuseas e vômitos são as reações colaterais mais comuns, podendo persistir por até uma semana após a administração.

Todo o trato gastrointestinal é afetado pelo tratamento quimioterápico devido a sua capacidade de rápida velocidade de renovação. Em consequência, as condições nutricionais do paciente são afetadas devido a anorexia, estomatite, distúrbios das vias alimentares, alterações do paladar, náuseas, vômitos, diarreia e aversões a alimentos específicos que comumente estão associados ao uso de drogas antineoplásicas.

Entende-se que a deficiência nutricional decorre da redução na ingestão oral, aumento das perdas enterais relacionado a má absorção ou desenvolvimento de fístulas intestinais e, por último, ao aumento das necessidades nutricionais decorrentes da presença do tumor (FERREIRA, SCARPA e SILVA, 2008). A desnutrição pode chegar a afetar 30% a 85% dos pacientes em tratamento oncológico, sendo mais prevalente nos casos de câncer gástrico, pancreático, pulmão, próstata e cólon (CARPENITO, 2005 apud MAXIMIANO, 2010).

Por outro lado, o ganho de peso é uma tendência que muitas mulheres em tratamento adjuvante para o câncer de mama pode apresentar, incorrendo em uma fonte a mais de preocupação. O ganho ponderal pode ser de 2,1 e 5,9 Kg e está relacionada a obesidade sarcopênica, ou seja, o aumento de gordura e água sem o aumento concomitante de massa muscular (GIGLIO, 2004).

Segundo um estudo realizado por Demrak et al (2001; apud CASTRO et al, 2004) pode ainda haver muitos fatores correlacionados ao aumento de peso, como a diminuição da realização de atividades físicas, o estresse psicológico no qual a mulher está sujeita, o início da menopausa que geralmente pode coincidir com o período de tratamento quimioterápico, realização de dieta nos últimos três meses, o uso de corticóides e, ainda, ao hipotireoidismo associado ao câncer de mama, presente em 16% das pacientes.

Muitos agentes quimioterápicos são apontados como responsáveis pela mielossupressão, ou seja, a depressão funcional da medula óssea, o que resulta em diminuição de produção das células sanguíneas, incluindo o número de leucócitos, eritrócitos e de plaquetas, contribuindo para o aumento do risco de infecção e sangramento. Assim, é necessário que o paciente que está submetido a este tipo de tratamento tenha constantemente um acompanhamento da contagem das células do sangue e dosagem de hemoglobina, bem como dosagens séricas de uréia, creatinina, bilirrubina total, ácido úrico e transferases.

Os rins também estão sujeitos a lesões provocadas pelo tratamento com o uso de antineoplásicos, devido a excreção urinária aumentada do ácido úrico. Além disso, em resultado da liberação do conteúdo intracelular para a circulação sanguínea, ocorre a elevação dos níveis de potássio e fosfatos e níveis diminuídos de cálcio. Os principais agentes tóxicos para os rins são a cisplatina, metotrexato e mitomicina (BRUNNER e SUDDARTH, 2009).

Ainda, segundo o mesmo autor anteriormente citado, o Sistema Cardiopulmonar é afetado, sobretudo por antibióticos antitumorais (daunorubicina e doxorubicina), apresentando um efeito cumulativo irreversível, principalmente com dosagens que alcançam 550mg/m^2 , estando associado ao aparecimento de cardiopatia aguda ou crônica. O uso prolongado desses agentes pode resultar na fibrose pulmonar.

Um dos mais devastadores efeitos colaterais da quimioterapia, grande responsável pela diminuição da auto-estima para aqueles pacientes que realizam esse tratamento, sobretudo para o sexo feminino, é a alopecia ou a queda dos cabelos, incluindo as sobrancelhas, cílios e pelos pubianos. Isso acontece porque a medicação bloqueia o crescimento celular no folículo piloso, responsável pela substituição dos fios. No entanto, o dano não é irreversível, pois o crescimento do cabelo volta ao normal quando o tratamento com quimioterápicos é interrompido ou a dosagem é diminuída.

3.6 – O Estar com Câncer de Mama e a Subjetividade da Mulher

O câncer de mama é a neoplasia que mais afeta mulheres no mundo todo, incluindo o Brasil, sendo responsável por 15% a 20% dos óbitos decorrentes do câncer no sexo feminino (FROST et al, 2000 apud MALUF, MORI e BARROS, 2005).

O estigma do câncer pode ser facilmente identificado no dia a dia, quando se observa que muitas pessoas nem mesmo costumam mencionar a palavra “câncer” pela crença de poder atrair a doença para si, preferindo chamar de “aquela doença”, “aquilo” ou “CA” (MALUF, MORI e BARROS, 2005). Em relação ao câncer de mama, esse estigma é histórico e é decorrente às poucas possibilidades de cura que esse paciente dispunha em tempos passados, com abordagem terapêutica centrada em técnicas cirúrgicas mutiladoras e ausência de tratamentos adjuvantes eficazes. Atualmente, com o avanço da medicina, as chances de reabilitação e de retorno a vida cotidiana aumentaram (CAETANO, GRADIM e SANTOS, 2009)

A mulher portadora de câncer de mama passa por diversos lutos ao longo do tratamento, sendo o mesmo definido como um conjunto de reações diante de uma perda, envolvendo uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem (PARKERS, 1998 apud MALUF, MORI e BARROS, 2005). Ainda, segundo esses autores, o primeiro luto vivenciado pelo indivíduo se dá pela possibilidade de ter o câncer, o segundo no momento em que recebe a confirmação do diagnóstico, o terceiro referente ao tratamento cirúrgico e as limitações que o acompanham, um outro relacionado a alterações na imagem corporal e fatores inerentes e, finalmente às consequências decorrentes do tratamento quimioterápico, radioterápico e hormonioterápico.

O descobrir-se com câncer em si já é uma questão que acarreta uma gama de incertezas e medos para o indivíduo. Para a mulher, a problemática do câncer de mama atinge um patamar ainda maior. A mama é um símbolo da feminilidade e acumula funções estéticas, eróticas, afetivas e alimentares através da amamentação (PINHO et al, 2007). Tais funcionalidades das mamas foram sendo construídas concomitantemente ao desenvolvimento da sociedade moderna, particularmente das culturas Ocidentais, que cultuam a aparência física dos indivíduos, baseadas em ideais e padrões de beleza herdados da Grécia Antiga.

O diagnóstico de câncer de mama pode acarretar em uma sobrecarga emocional, podendo representar um “gatilho” de quadros afetivos, principalmente de depressão, e também de ansiedade e até psicoses, além de transtornos psiquiátricos como alterações na personalidade e a capacidade de enfrentamento de problemas (CANTINELLI et al, 2006).

Os impactos psicológicos em mulheres sobreviventes de câncer de mama vão desde desconfortos psicológicos até diagnósticos psiquiátricos mais formais, iniciando com o diagnóstico e se perpetuando por toda a vida da mulher, mesmo após cessada a temporada de tratamentos desgastantes (SILVA e SANTOS, 2008). Dúvidas a respeito da cirurgia, medo de recorrência, depressão, desconforto com as próprias roupas, não sentir-se sexualmente atraente, desfiguração, medo da morte e do abandono de familiares e amigos são alguns transtornos relatados por muitas mulheres nessas condições (KORNBLITH e LIGIBEL, 2003 apud CANTINELLI et al, 2006).

Ainda segundo Cantinelli et al (2006), a vida sexual da mulher e do casal pode ser fortemente afetada pelo diagnóstico e tratamento do câncer mamário. As dificuldades na vida conjugal tende a ser maior entre casais com menos de 50 anos de idade, mas também esses impactos podem ser sentidos em mulheres mais velhas.

O processo de enfrentamento do câncer é desafiador. Conseqüentemente, para ajudar a lidar com esse desafio é comum a busca pela religião, possibilitando que mulheres com câncer de mama tenham uma melhor sensação de paz e maior otimismo (PINHO et al, 2007).

A alopecia é a alteração na imagem corporal que mais é relatada pelos pacientes em tratamento quimioterápico, podendo afetar seus relacionamentos com

outros seres no mundo, os tornando alvos de curiosidades e até mesmo de comentários desagradáveis, tendo em consideração que o cabelo é um constituinte primordial da aparência física (SALES et al, 2003).

Apesar de todos os efeitos desagradáveis da terapia com drogas quimioterápicas, os pacientes geralmente a consideram como a uma “tábua de salvação”, dando uma força necessária para a superação da angústia e um aumento da esperança de voltar a ser uma pessoa normal, livre da doença (SALES et al, 2003).



4 Metodologia

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Pesquisa

O trabalho está pautado em uma pesquisa descritiva, de caráter exploratório, com abordagem quanti-qualitativa. De acordo com Neves (1996), a pesquisa qualitativa preocupa-se com a descrição e decodificação de diversos componentes de um sistema complexo de significados, descrevendo a complexidade que envolve o comportamento humano e fornecendo análise mais detalhada sobre investigações, hábitos, atitudes e tendências de comportamento.

Quanto à pesquisa quantitativa, Polit e Hungler (1995) afirma que esta inclui a coleta sistemática de informação numérica, normalmente mediante condições de muito controle, além de análise dessa informação produzida, utilizando-se para isso de procedimentos estatísticos.

4.2 Local da Pesquisa

A pesquisa foi realizada na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), localizado na cidade de Campina Grande – PB, no mês de Junho de 2011. Trata-se de um hospital especializado e de referência no acolhimento e tratamento de pessoas portadoras de câncer, atendendo diversas cidades do interior, bem como outros Estados vizinhos, como Pernambuco e Rio Grande do Norte. Assim, devido a grande demanda de pacientes com neoplasias que o hospital recebe, inclusive portadoras do câncer de mama, verificou-se que este seria um local adequado para a realização da pesquisa proposta.

Campina Grande é uma cidade do interior da Paraíba, localizada entre o alto sertão e o litoral. Possui uma população de 385.213 habitantes, sendo assim a segunda mais populosa do Estado e ocupa uma área de 594 Km². Juntamente com mais 22 municípios forma a maior região metropolitana do interior do Nordeste com população estimada em 687.545 habitantes. Localiza-se próxima de algumas das principais cidades do nordeste, como João Pessoa, Recife e Natal, em média 150 Km de distância (IBGE, 2010).

A FAP está localizada na Avenida Dr. Francisco Pinto, no Bairro de Bodoncongó. Foi fundada por holandeses há mais de 40 anos. É uma entidade filantrópica, que realiza atendimento pelo Sistema Único de Saúde (SUS) e recebe doações da sociedade civil, contando com quase três mil doadores cadastrados, além de atender também a convênios e particulares.

Realiza atendimento ambulatorial, urgência e emergência, internação e atendimento da demanda espontânea e referenciada. O Centro de Cancerologia do hospital foi fundado em março de 1999, sendo o único na cidade a oferecer o tratamento completo a pacientes com câncer, realizando procedimentos de diagnóstico, cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

Para prestação de tratamento de quimioterapia, a instituição dispõe de uma sala de armazenagem, uma sala de preparo, duas salas de quimioterapia com curta duração, duas salas de quimioterapia de longa duração e uma capela de fluxo laminar para o preparo da medicação (DATASUS, 2011).

A FAP atende uma demanda mensal de aproximadamente 3.000 pacientes. O total de leitos que a instituição possui é 190, dos quais 169 deles são destinados a pacientes do Sistema Único de Saúde, representando assim um percentual de aproximadamente 89% destinados a esta clientela. Do total de leitos que o hospital dispõe, 50 são reservados ao setor de oncologia, todos para usuários do SUS (DATASUS, 2011).

O hospital ainda conta com os serviços de 74 médicos, sendo 8 deles especializados no atendimento de pacientes oncológicos. A equipe de enfermagem é composta de 17 enfermeiros, 110 técnicos e 13 auxiliares de enfermagem para atender toda a instituição (DATASUS, 2011).

4.3 População e Amostra

Como não foi possível saber com exatidão o número de mulheres com câncer de mama que estão realizando tratamento de quimioterapia na instituição, para identificar a população envolvida no estudo, foi feita uma busca no livro de atas do setor de QT, onde há o registro de todas as pessoas que procuram o serviço e o tipo de câncer que possui. Como o mesmo livro não especifica se a paciente ainda está realizando o tratamento ou não, foi feita uma busca nos três últimos meses, março, abril e maio do ano de 2011, e se constatou que neste período 115 pessoas com

câncer de mama foram ao serviço realizar o tratamento de quimioterapia, destas, 109 eram mulheres. Incluiu-se na amostra um número de 16 pessoas do sexo feminino que aceitaram por livre consentimento participar da pesquisa, representando um percentual de aproximadamente 14%.

4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão

Foram incluídas na amostra todas as mulheres com câncer de mama que procuraram a FAP para receberem o tratamento de quimioterapia e que aceitaram participar da pesquisa. Por outro lado, mulheres com neoplasia mamária que não estão realizando a quimioterapia, foram excluídas na amostra, assim como aquelas que possuem o tumor primário em outra região, mas que apresentaram metástases na mama.

4.5 Instrumento de Coleta de Dados

O instrumento de coleta de dados foi um formulário de entrevista que, segundo Lima (2004, p.52), pode ser definida como

[...] um encontro combinado entre duas ou mais pessoas, a fim de que uma ou mais delas obtenha dados, informações opiniões, impressões, interpretações, posicionamentos, depoimentos, avaliações a respeito de um determinado assunto, mediante uma conversação de natureza acadêmica e/ou profissional.

Tendo o projeto se submetido aos trâmites legais, tanto de setores da FAP como da Universidade Estadual da Paraíba, o processo de coleta de dados foi iniciado no mês de Junho de 2011. O formulário de entrevistas (APÊNDICE A) utilizado no presente estudo, foi composto de questões objetivas e subjetivas e foi aplicado após o entrevistado ser informado quanto aos objetivos da pesquisa e manifestar seu desejo de participar mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)(ANEXO B). Antes do início propriamente dito da coleta de dados, foi realizado o teste piloto do formulário, onde se constatou que o mesmo foi capaz de responder aos objetivos da pesquisa.

O instrumento de coleta de dados foi dividido em quatro partes. A primeira procurou traçar os aspectos sócio-culturais da mulher, questionando-se quanto a idade, estado civil, religião, dentre outros itens. Através da segunda parte do

formulário, procurou-se conhecer os aspectos da patologia oncológica referente tanto a mulher, como a familiares, bem como identificar aspectos da quimioterapia e os efeitos que vem provocando. A terceira parte procurou analisar os aspectos psicossociais da mulher, avaliando seu estado emocional e como a situação de doença e tratamento tem influenciado em sua vida sexual e impactado na sua imagem pessoal. Na última parte, o formulário pede para a entrevistada classificar sua atual qualidade de vida, considerando todos os aspectos influentes, e exteriorizar verbalmente o que mais tem sido motivo de angustia e incômodo na sua vida.

4.6 Processamento e Análise dos Dados

No processo de análise das entrevistas, foi empregado o método da análise de conteúdo temática, que apresenta três etapas: a pré-análise, onde são organizados o material e a sistematização das idéias; a descrição analítica, na qual é realizada a categorização dos dados em unidades de registro; e, por último, a interpretação referencial onde os dados são tratados e referenciados (ROSSI e SANTOS, 2003).

As falas das participantes foram classificadas de acordo com as unidades temáticas e interpretadas, buscando-se compreender o modo como as pacientes vivenciam e se organizam frente ao câncer de mama e seu tratamento.

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi desenvolvida de acordo com o instituído nas diretrizes éticas em pesquisa envolvendo seres humanos, recomendado pelo Conselho Nacional de Pesquisa (CONEP), sendo expressas todas as recomendações da Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 1996). A pesquisa também foi submetida ao Comitê de Ética da FAP, obtendo um parecer positivo e, em seguida, foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual da Paraíba, onde também foi aprovado.

Os participantes da pesquisa receberam esclarecimentos sobre os objetivos da pesquisa e ao aceitarem participar voluntariamente da mesma, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, assegurando assim a total privacidade, anonimato e sigilo.



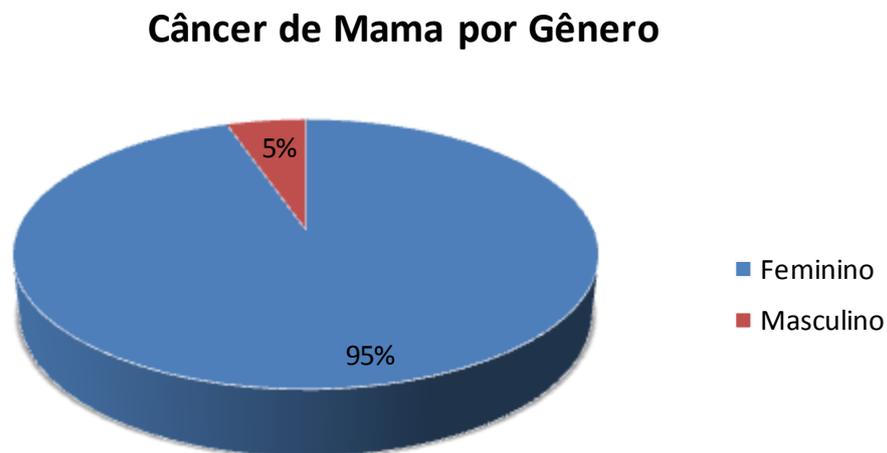
5 Resultado e Discussões

5 RESULTADO E DISCUSSÕES

5.1 Aspectos Epidemiológicos

Neste subtópico, procurou-se estabelecer em quais determinados grupos a incidência da doença foi mais encontrada. As variáveis abordadas nesse sentido incluíram o sexo, faixa etária e cor/etnia.

Na população da pesquisa realizada, observou-se uma incidência de câncer de mama mais elevada no sexo feminino. Como se pode ver no gráfico abaixo, dos 115 casos de neoplasia mamária rastreados em um período de três meses, 6 afetaram homens, o que representa uma incidência aproximada de 5%.



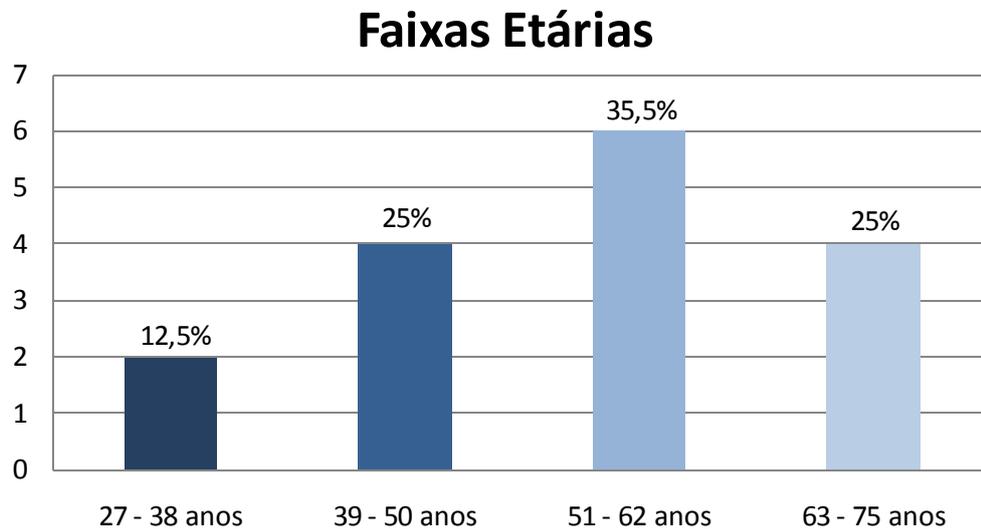
Campina Grande-PB, 2011

Figura 1 – Incidência do Câncer de Mama por Gênero

Na literatura científica é constatado que o câncer de mama é uma doença predominantemente feminina. Para cada 200 casos em mulheres, apenas um ocorre em homens, representando uma incidência de 0,5% (LIMA, 2008). A American Cancer Society (ACS) (2004 apud RICCI, 2008), entretanto, afirma que a incidência de todos os cânceres de mama diagnosticados em homens atualmente é de 1%, apenas, número próximo ao destacado por Lima (2008).

O presente estudo, por outro lado, encontrou uma incidência um pouco maior (5%) em relação às pesquisas acima citadas, fato que pode estar relacionado a amostragem estudada, mas que merece atenção uma vez que também pode estar

relacionado a um aumento de casos de câncer de mama em homens. Diante do apresentado, faz-se necessária um estudo mais aprofundado, bem como estratégias pautadas em informações quanto à prevenção e detecção precoce do câncer de mama também no público masculino.



Campina Grande-PB, 2011

Figura 2 – Distribuição do total de mulheres com câncer quanto a faixa etária

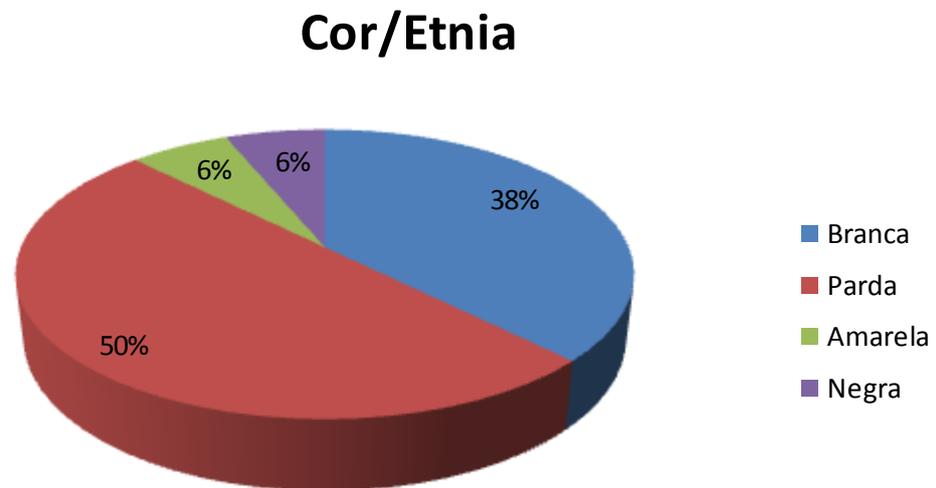
A incidência da neoplasia mamária é mais acentuada em mulheres em determinadas faixas de idade. A figura 2, logo acima, mostra a distribuição do número de mulheres em relação à faixa etária a que pertencem, encontrada na pesquisa.

Constatou-se, portanto, que a maioria das mulheres (35,5%) que procuram o hospital para a realização de quimioterapia está compreendida na faixa etária de 52 a 62 anos de idade. A menor incidência (12,5%) está representada por mulheres em idades compreendidas entre os 27 e 38 anos. O restante das 50% das entrevistadas se divide na faixa etária de 39-50 anos (25%) e 63-75 anos (25%). A média de idade encontrada foi de 53,93 anos.

Números citados por Stein et al (2009) apontaram uma incidência aproximada de 85% dos casos de câncer de mama em mulheres com mais de 50 anos de idade, 10% em mulheres entre 40 e 49 anos e 5% em mulheres mais jovens. Em consonância com esses autores, a ACS também aponta um aumento do risco de câncer de mama em mulheres com idade superior a 50 anos. (2004 apud RICCI, 2008)

Pesquisa realizada por Hoffmann, Müller e Frasson (2006), como o objetivo de avaliar as repercussões psicossociais do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, encontrou uma média de idade de 53,05 anos entre as mulheres afetadas, número semelhante ao encontrado neste trabalho.

Entretanto, embora seja em idades superiores aos 50 anos em que se observa uma maior frequência da incidência da neoplasia mamária, são nas mulheres mais jovens que o impacto da doença é mais devastador. Kroenke et al (2004; apud CARTINELLI, 2006) analisando o câncer de mama invasivo, afirmaram que se encontraram maiores perdas corporais, sociais e mentais em mulheres jovens, com menos de 40 anos de idade, quando comparado às mulheres de meia-idade ou idosas.



Campina Grande -PB, 2011

Figura 3- Distribuição do câncer de mama quanto à cor/etnia

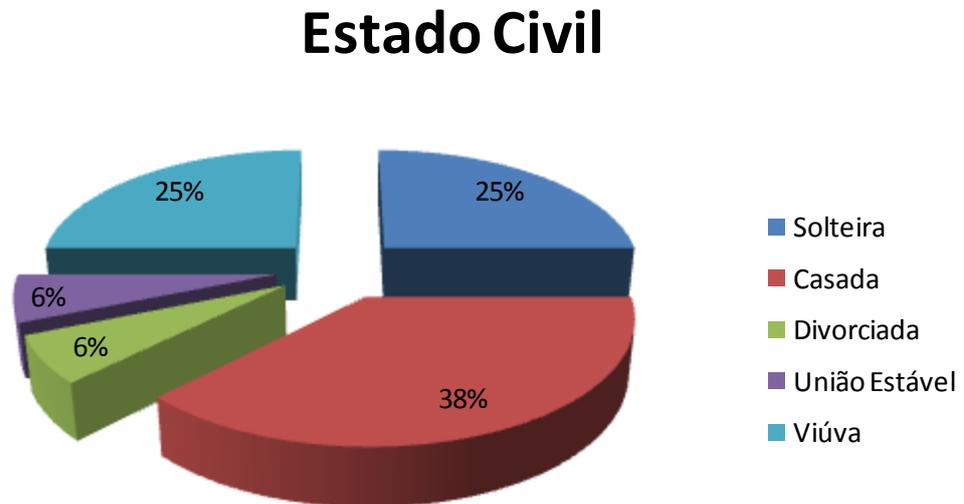
De acordo com a American Cancer Society (2004 apud RICCI, 2008), a incidência de câncer de mama é maior em mulheres caucasianas (brancas), embora seja mais provável que as negras venham a morrer devido a essa doença.

Um estudo analítico, de corte transversal e caráter exploratório, realizado com 439 mulheres com câncer de mama no município de Maringá-PR por Matos, Peloso e Carvalho (2010), encontrou uma incidência dominante da doença em mulheres brancas (81,1%).

Esta presente pesquisa encontra assim uma discrepância quanto aos resultados de outros estudos, como os apresentados acima, pois a incidência de câncer de mama foi maior entre mulheres que se auto-declararam pardas (50%). As mulheres brancas representam apenas 38%, número bastante inferior aos apontados pela ACS e Matos, Pelloso e Carvalho (2010). Possivelmente, essa diferença em relação à cor/etnia mais acometida por câncer de mama pode estar ligada ao fato de que a amostra estudada foi pequena e as características raciais da população apresentarem determinadas diferenças quando consideradas as diferentes regiões onde essas pesquisas foram aplicadas.

5.2 Aspectos Sócio-Culturais

Nos aspectos sócio-culturais, o objetivo foi abordar variáveis relacionadas ao estado civil, quantidade de filhos e de membros da família, níveis de escolaridade, ocupação e religião das mulheres entrevistadas.



Campina Grande-PB, 2011

Figura 4- Estado civil das mulheres entrevistadas

O estado civil das mulheres com câncer de mama é um importante fator a ser analisado, uma vez que pode indicar uma boa base de apoio psicológico e, conseqüentemente, bom enfrentamento da doença. Olhando por outra perspectiva,

também se deve considerar que, algumas das vezes, o relacionamento conjugal acaba se tornando um fator a mais de angústia e sofrimento para essas mulheres.

Determinado estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida em mulheres com neoplasia mamária, realizado por Silva, Albuquerque e Leite (2010) apresentou uma frequência de mulheres casadas de 52,38%. Um outro estudo realizado por Sales et al (2001) encontrou uma porcentagem de mulheres com companheiro, o que inclui as casadas e que vivem em união estável, de 52%.

Entretanto, estudos apontam que mulheres sem parceiro tendem a apresentar uma percepção mais negativa em relação a imagem corporal quando comparadas a mulheres com parceiros (SILVA, ALBUQUERQUE e LEITE, 2010).

Na presente pesquisa, das 16 mulheres entrevistadas, aproximadamente 38% disseram ser casadas, 25% afirmaram ser solteiras, 25% viúvas, 6% divorciadas e outras 6% mantinham um relacionamento estável, como se pode observar na figura 4. Portanto, uma menor parcela das entrevistadas (44%) mantinham um relacionamento conjugal estável.

Filhos

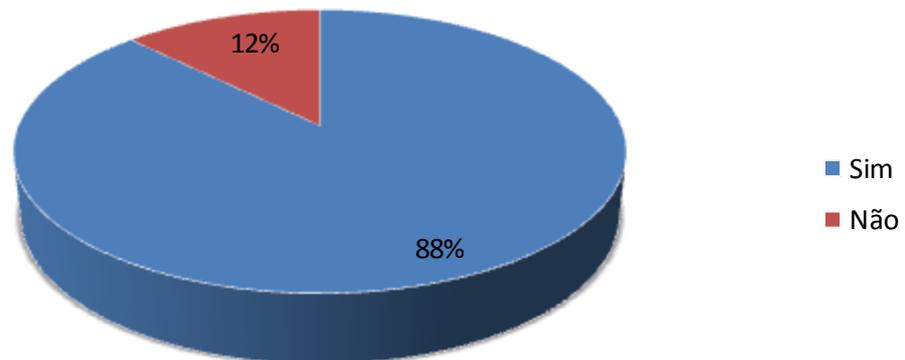


Figura 1- Campina Grande-PB, 2011

Figura 5- Relato de Filhos declarado pelas Mulheres com Câncer de Mama

Na revisão de literatura foi abordado que a paridade é um fator importante na proteção contra o câncer de mama. Os resultados da pesquisa apresentaram que aproximadamente 88% das entrevistadas tinham, ao menos, um filho. Pesquisas

também afirmam que o quanto antes a mulher engravidar, menores são os riscos de desenvolver a doença, sendo a amamentação um dos fatores que contribui nesse sentido.

Apesar da importância da maternidade como proteção e ainda assim a incidência do câncer de mama apresentar-se elevada em mulheres que tinham filhos, consideramos o fato de que este não é um fator protetor isolado e, além disso, não foi avaliado a idade em que essas mulheres tiveram seu primeiro filho, fator também relevante.

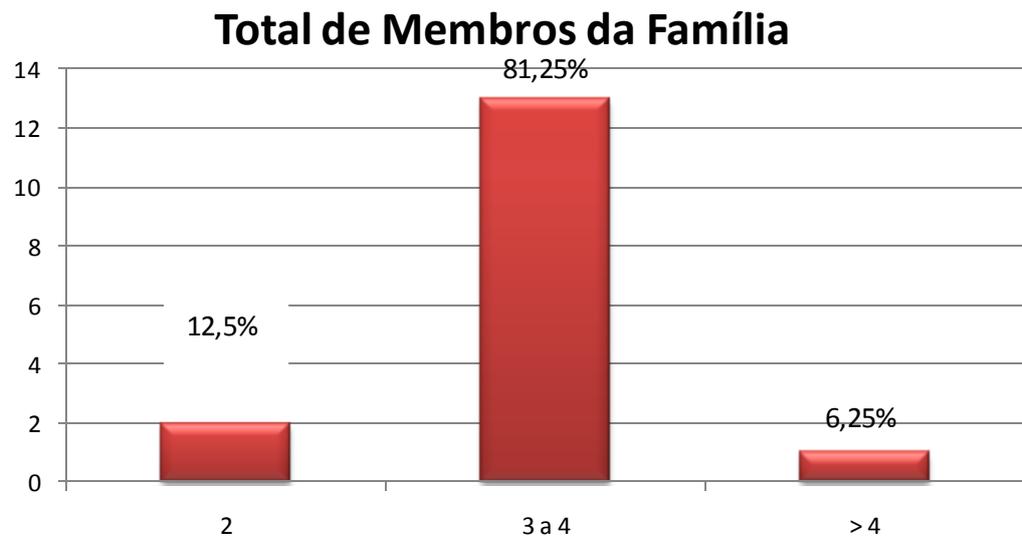
A quantidade de filhos que as participantes afirmaram ter está distribuída na tabela abaixo.

Tabela 1- Distribuição percentual da quantidade de filhos comunicados

	Número de Filhos						
	1	2	3	4	5	6	7
Porcentagem de Mulheres	28,57%	21,42%	14,28%	7,14%	14,28%	7,14%	7,14%

Campina Grande-PB, 2011

Observa-se, a partir dos dados apresentados, 28,57% das entrevistadas (28,57%) teve apenas um filho. Aproximadamente 50%(49,99%) das mulheres tiveram até dois filhos. Menores parcelas das entrevistadas (7,14%), tiveram 4, 6 e 7 filhos.

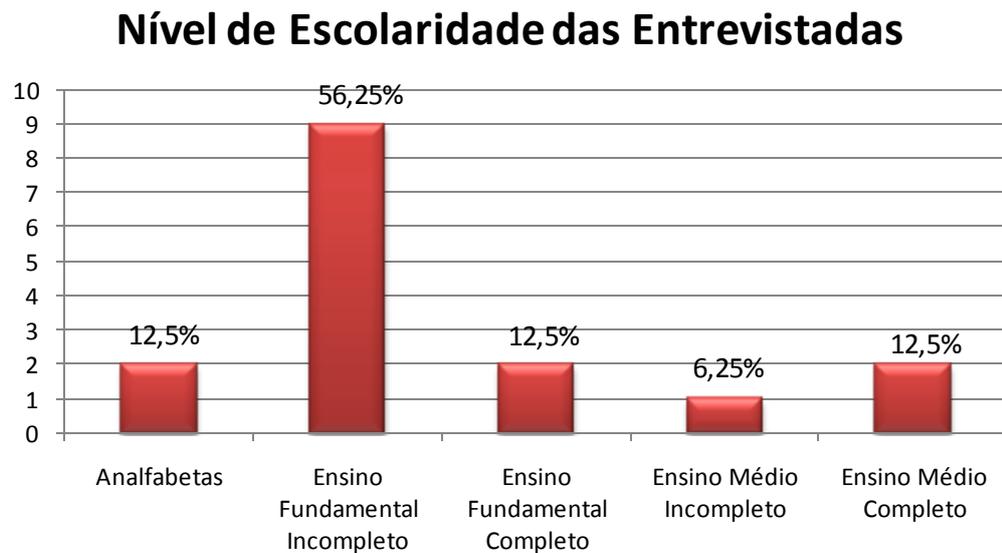


Campina Grande-PB, 2011

Figura 6- Número de membros da família

Analisando a quantidade de pessoas vivendo na mesma residência que a entrevistada, observou-se um grande percentual (81,25%) de três a quatro pessoas. Nenhuma das mulheres disseram morar sozinhas. Um percentual de 6,25% das entrevistadas, ou seja, apenas uma mulher, apresentava mais de 4 pessoas vivendo na mesma residência, 12,5% tinham dois membros na família.

Analisar o número de pessoas que convivem juntas no mesmo espaço físico ou residência é importante porque é um indicador do nível econômico que estas possuem. Quanto maior o número de pessoas vivendo no mesmo lar, possivelmente maiores serão os gastos familiares e mais preocupada e angustiada se sentirá a mulher, principalmente pelo fato de se encontrar incapacitada temporariamente ou não para o trabalho, não podendo contribuir financeiramente para a manutenção das despesas do lar. Por outro lado, pode significar em uma fonte mais ampla de apoio no enfrentamento da doença.



Campina Grande-PB, 2011

Figura 7- Nível de escolaridade das mulheres entrevistadas com câncer de mama

Subentende-se que mulheres com maiores níveis de escolaridade apresentam maior acesso a exames clínicos da mama e a uma maior frequência de mamografias, fato que contribui para um diagnóstico precoce da neoplasia mamária, aumentando a sobrevida e as perspectivas de cura (SCHNEIDER e D'ORSI, 2009).

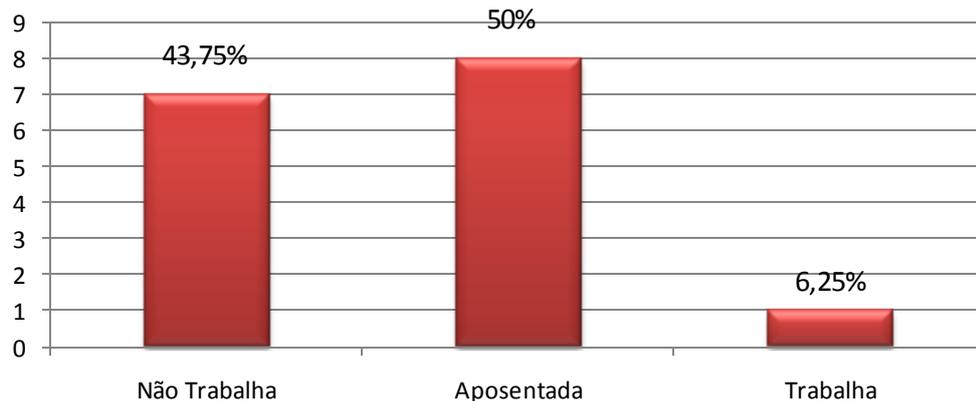
Pesquisa realizada com 50 mulheres em tratamento para o câncer de mama na cidade de Uberaba, no ano de 1999, encontrou-se um percentual de 20% de mulheres analfabetas, 48% com Ensino Fundamental Incompleto, 16% que relataram possuir o Ensino Fundamental Completo, outras 10% com Ensino Médio Completo e ainda 6% com Ensino Superior Completo (SALES et al, 2001).

Neste trabalho, encontrou-se uma maioria de mulheres (56,25%), assim como acima na pesquisa citada, que apresentavam o Ensino Fundamental Incompleto. Outras 12,5% disseram ser analfabetas, mais 12,5% afirmaram ter concluído o Ensino Fundamental, 12,5% com Ensino Médio Completo e 6,25% tinha o Ensino Médio Incompleto. Nenhuma das entrevistadas afirmou ter Ensino Superior, seja ele completo ou incompleto.

Por outro lado, determinadas literaturas científicas sobre a temática defendem que a incidência de câncer de mama é maior em mulheres com bons níveis educacionais, dentre outros motivos, devido ao estilo de vida que muitas delas levam, o que inclui uma alimentação não saudável, a idade tardia que costuma ter o

primeiro filho, a utilização de terapia de reposição hormonal e o consumo maior de álcool (STEIN et al, 2009).

Ocupação Desempenhada pela Mulher com Câncer



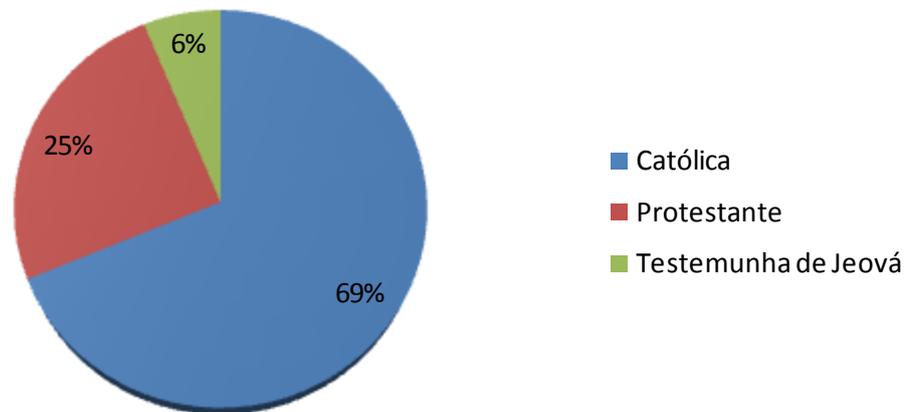
Campina Grande-PB, 2011

Figura 8- Distribuição percentual da situação ocupacional da mulher com câncer de mama

Quanto à ocupação que essas mulheres desempenham, apenas uma delas (6,25%) afirmou ter um trabalho remunerado. A metade (50%) disseram ser aposentadas e 43,75% afirmaram não possuir atividade remunerada, mostrando-se assim preocupadas e angustiadas com a impossibilidade de contribuir para o sustento do lar e dos filhos, ainda dependentes delas.

Com a interpretação dos dados e com a situação que observei no decorrer das entrevistas, pautadas nos comentários das mulheres, apreende-se que o fato de estar doente e do próprio tratamento quimioterápico muitas das vezes acaba de certa forma excluindo a mulher das atividades sociais e funcionais que a mesma desempenhava, fazendo com que o sentimento de impotência venha à tona, trazendo consigo a insegurança.

Religião das Entrevistadas



Campina Grande-PB, 2011

Figura 9- Religião declarada pelas mulheres com câncer de mama

Na figura 9, encontra-se a distribuição percentual de mulheres em relação à religião que professaram seguir. As demais denominações religiosas que não estão apresentadas na figura não foram relatadas pelas mulheres.

A religiosidade é um dos componentes do bem estar espiritual, sendo cada vez mais destacado por pesquisadores, tendo em vista sua influência sobre a aceitação da doença e a reabilitação (MARQUES, 2003 apud HOFFMANN, MULLER e FRASSON, 2006). Da amostra, 100% afirmaram ter alguma religião, sendo a católica a mais frequentemente citada (aproximadamente 69%), seguida pela protestante com 25% de representação.

Outra pesquisa realizada pelos mesmos autores anteriormente citados, que procurou avaliar, dentre outras considerações, o bem estar espiritual em mulheres diagnosticadas com câncer de mama, encontrou uma freqüência de 58,7% que disseram serem católicas, seguidos pelos evangélicos ou protestantes que representaram 13,3% da amostra.

Essa atual situação encontrada em relação a religião na presente pesquisa e também na de Hoffmann, Muller e Frasson, repercute a realidade brasileira da caracterização religiosa que a população tem assumido, com predominância católica. Contudo, esse quadro vem apresentando uma gradual transformação à medida que tem se observado uma maior evasão da população da igreja católica em

direção a outras crenças religiosas, principalmente ao protestantismo, ou até mesmo uma postura de neutralidade em relação a religião.

Ajuda da Religião

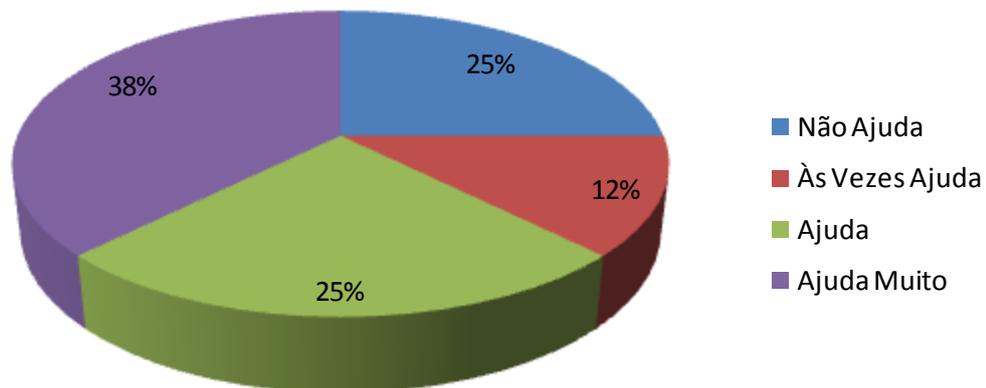


Figura 2- Fonte: Campina Grande-PB, 2011

Figura 10- Contribuição da religião para o melhor enfrentamento da doença

Considerando-se a importância que a crença religiosa desempenha na forma de como essa mulher lida com sua doença, encontramos um percentual significativo de mulheres que declararam que a sua religião não ajuda ou que ajuda às vezes nessa trajetória. O resultado ficou assim distribuído: 25% afirmaram que sua religião não ajuda a lidar com a doença, 12,5% disseram que às vezes ajuda, outros 25% afirmaram que ajuda e as restantes, aproximadamente 38%, relataram que sua religião as ajudava muito a lidar com sua atual situação de doença.

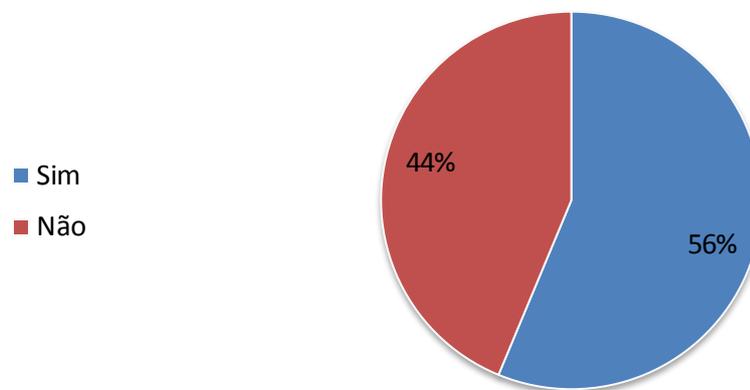
Esse fato encontrado pela pesquisa, de certa forma, é preocupante, pois estudos apontam que a fé religiosa contribui em geral para que o paciente tenha um discurso de pessoa melhor, mais forte, ajudando a vencer o medo da morte, das perdas, do sofrimento e na afirmação da expectativa de cura da doença (PINHO, CAMPOS, FERNANDES e LOBO, 2007).

5.3 Aspectos Relacionados com a Doença e seu Tratamento

Neste tópico procurou-se discutir o histórico da mulher, no sentido de avaliar a ocorrência de outros casos de câncer na família, também se a mesma conhece o diagnóstico de sua doença, os tratamentos já realizados e os que estão em execução, os sintomas ou reações adversas que vem relatando decorrentes do tratamento de quimioterapia, questionando-se o incômodo relacionado aos efeitos provenientes da terapêutica na qual está se submetendo.

Relembrando o já dito na revisão de literatura deste trabalho, o risco de câncer de mama é mais elevado em mulheres que possuem um parente de primeiro grau que tem ou tiveram neoplasia mamária. Pode-se também dizer que quanto maior o número de familiares afetados e quanto mais próximos biologicamente eles forem, maiores os riscos de desenvolver o câncer, incluindo o de mama (STEIN et al, 2009).

Ocorrência de Casos de Câncer na Família



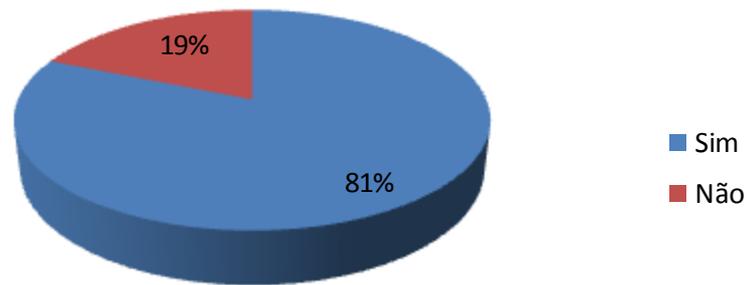
Campina Grande-PB, 2011

Figura 11- Distribuição percentual do relato da incidência de câncer em familiares das mulheres com câncer de mama

Na presente pesquisa, aproximadamente 56% das entrevistadas afirmou ter casos de familiares diagnosticados com câncer, seja ele de mama ou não. Foram citados casos de câncer de estômago, boca, mama, bexiga, esôfago, garganta e

fígado. Os casos de neoplasias mamárias e hepáticas foram os mais relatados, com três citações cada.

Conhecimento do Diagnóstico

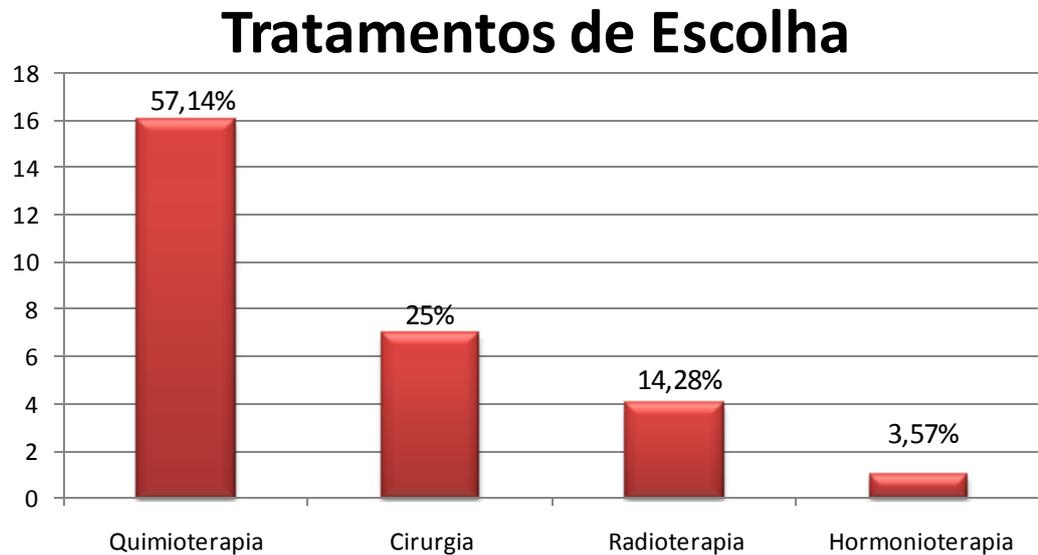


Campina Grande-PB, 2011

Figura 12- Conhecimento das mulheres à respeito do diagnóstico de sua doença

Quanto ao conhecimento do diagnóstico, a grande maioria das mulheres (aproximadamente 81%) afirmaram ter ciência da sua doença. No decorrer das visitas para coletas de dados ao setor de quimioterapia do hospital, foi observado uma certa cautela, tanto por parte dos profissionais de saúde quanto por parte de familiares dos pacientes, ao se falar a palavra “câncer”.

O que acontece é que muitos pacientes não sabem que estão com a doença e pensam que estão freqüentando o ambiente apenas para o tratamento de uma determinada patologia que não seja tão estigmatizante e de, muitas vezes, mal prognóstico como o câncer. Os próprios familiares solicitam essa ocultação do diagnóstico para que o paciente não sofra tanto com a situação e o hospital tem uma preocupação para que isso seja respeitado. Outra situação que pode ocorrer é o próprio paciente se sentir constrangido, de certa forma, em relatar que está com câncer.



Campina Grande-PB, 2011

Figura 13- Métodos utilizados no tratamento das mulheres com câncer de mama entrevistadas

À respeito do tratamento que a mulher com neoplasia mamária já realizou ou está realizando, a quimioterapia foi o procedimento terapêutico mais citado pelas entrevistadas (57,14%). A cirurgia foi o método relatado em 25% dos casos, a hormonioterapia 3,57% e a radioterapia 14,28%.

Para o tratamento de determinados tipos de câncer, incluindo o de mama dá-se preferência a utilização de esquemas que incluem associação de diferentes meios para se inibir o avanço de células neoplásicas. Alguns desses esquemas estão organizados e distribuídos na tabela 2.

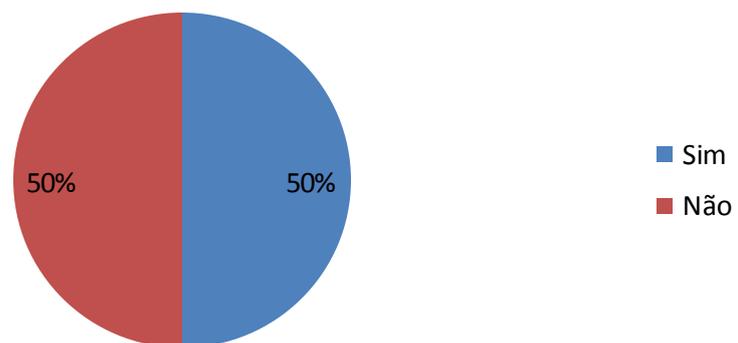
Tabela 2- Distribuição Absoluta e Percentual dos Tratamentos Realizados pelas Mulheres Entrevistadas com Câncer de Mama

Tipo de Tratamento	Frequência Absoluta	Porcentagem
Apenas Quimioterapia	8	50%
Cirurgia + Radioterapia + Quimioterapia	2	12,5%
Cirurgia + Hormonioterapia + Quimioterapia	1	6,25%
Radioterapia + Quimioterapia	1	6,25%
Quimioterapia + Cirurgia	4	25%

Campina Grande-PB, 2011

Diante do exposto na tabela acima, identificamos que metade das entrevistadas se submetia apenas ao tratamento de quimioterapia. Outras 25% utilizavam de métodos quimioterápicos adjuvantes ao procedimento cirúrgico.

Problemas Relacionados com a Quimioterapia



Campina Grande-PB, 2011

Figura 14- Problemas relacionados com o tratamento de quimioterapia em mulheres com câncer de mama

Diante do princípio de ação das drogas antineoplásicas, é comum que pacientes em uso de quimioterapia relatem alguns efeitos indesejáveis decorrentes desse tratamento, como enjôos, vômitos, diarreia, entre outros. Questionou-se às

mulheres entrevistadas se elas passaram a sentir algum efeito negativo a partir do momento que iniciaram o tratamento de câncer de mama com quimioterápicos. Metade delas afirmaram ter problemas decorrentes do tratamento e a outra metade admitiu não sentir os efeitos indesejados.

Assim, as respostas obtidas foram equitativas. Esse resultado é plenamente aceitável considerando-se que os efeitos terapêuticos e tóxicos dos quimioterápicos dependem do tempo de exposição e da concentração das mesmas no sangue. A toxicidade ainda é variável para os diferentes tecidos do corpo humano e também depende da droga utilizada, visto que, nem todos os quimioterápicos provocam efeitos desagradáveis como alterações gastrointestinais e queda de cabelo (MAXIMIAMO, 2010).

Tabela 3- Percentual de mulheres afetadas por determinados efeitos colaterais decorrentes da quimioterapia

Problema Relatado	Porcentagem de Mulheres Afetadas
Náuseas/Vômitos	56,25%
Perda de Appetite	50%
Dor	43,75%
Insônia	43,75%
Constipação	37,5%
Diarreia	31,75%
Fadiga	25%
Problemas Cutâneos	18,75%
Dispneia	6,25%
Poliúria	6,25%

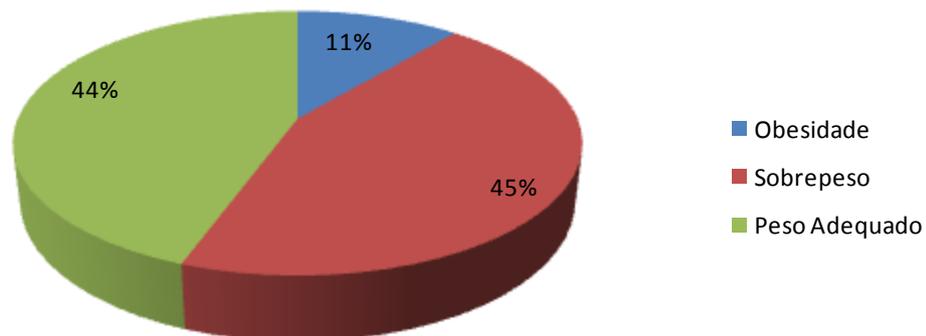
Campina Grande-PB, 2011

Os resultados apontam uma maior incidência de náuseas/vômitos em mulheres com câncer de mama que se submetem a quimioterapia, com frequência de 56,25%. O segundo problema mais freqüente nessas mulheres foi a perda de apetite (50%), seguidas pela dor (43,75%), insônia (43,75%), constipação (37,5%), diarreia (31,75%), fadiga (25%), problemas cutâneos (18,75%), dispneia (6,25%) e poliúria (6,25%).

Outra pesquisa desenvolvida por Ferreira, Scarpa e Silva (2008), também encontrou uma ocorrência de náuseas e vômitos como os sintomas mais identificados (92%) em pacientes que se submetem a tratamentos com quimioterápicos. A anorexia ou perda de apetite também foi identificada como a segunda queixa mais comum nessa população (69,3%).

Entre as possíveis causas da anorexia, pode-se citar as alterações no paladar, alterações do olfato (hiposmia), alterações no metabolismo do trato digestório e estresse psicológico. Em estudo realizado por Holmes (1993; apud VERDE,2007), com 52 pacientes submetidas a quimioterapia, 82% delas apresentaram aversão alimentar desde que iniciaram o tratamento, principalmente a alimentos como café, chá, frutas cítricas, chocolate e carne vermelha.

Estado Nutricional



Campina Grande-PB, 2011

Figura 15- Estado Nutricional das Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico

O IMC (Índice de Massa Corporal) foi investigado e, apesar da inapetência, a maioria das mulheres apresentavam excesso de peso, algumas delas até obesidade. A restante encontravam-se eutróficas, ou seja, em um peso adequado na relação massa, altura e idade e nenhuma delas estavam desnutridas.

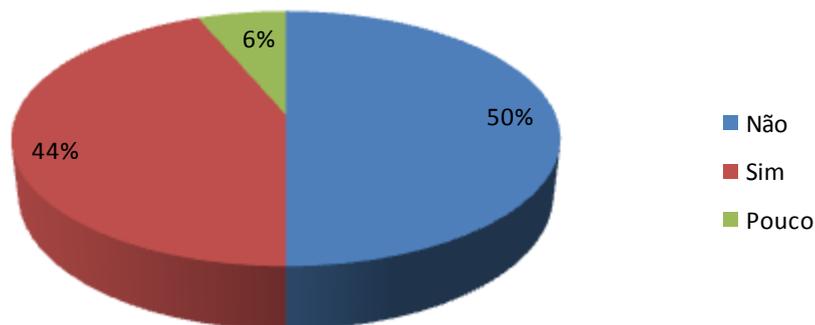
Estudo realizado por Verde (2007) com o objetivo de avaliar o impacto da quimioterapia no estado nutricional de mulheres com neoplasia mamária encontrou um percentual de 16% de obesidade.

Pacientes que recebem tratamento quimioterápico para o câncer de mama tem uma tendência aumentada a ganhar peso, fenômeno amplamente estudado, sendo uma consequência preocupante para essas mulheres (GIGLIO, 2004).

Freedman et al (2004, apud VERDE, 2007) acrescenta que a quimioterapia adjuvante é um fator preditor para o ganho de peso, independentemente da idade, ingestão calórica e índice de massa corporal, ocorrendo 50 a 96% das pacientes enquadradas nessa modalidade de tratamento.

Brown et al (2003; apud VERDE, 2007) afirmaram que existe diversas evidências solidamente comprovadas que relacionam o sobrepeso e a obesidade com o aparecimento e a recorrência de vários tipos de neoplasias, sendo assim fatores preocupantes.

Insatisfação com o Peso Atual



Campina Grande-PB, 2011

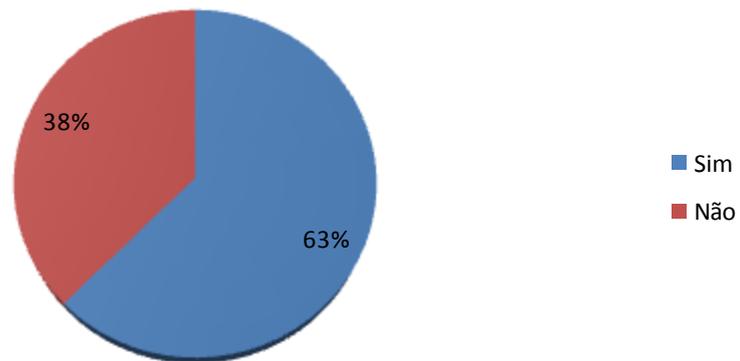
Figura 16- Insatisfação com o peso atual em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico

Quando questionadas à respeito da satisfação com o peso atual, metade das mulheres em tratamento de quimioterapia para o câncer de mama afirmaram que sentiam algum nível de insatisfação com o peso atual desde que iniciaram o tratamento.

O fato de a paciente ser portadora de uma neoplasia maligna em si só já a coloca em uma situação de risco nutricional em decorrência da própria característica da doença. A quimioterapia acentua e intensifica esse risco devido aos efeitos que

costuma provocar e todo o trato gastrointestinal e nos sentidos relacionados, como o paladar e o olfato, além de contribuir para o aumento de gordura corporal.

Incômodo dos Efeitos Adversos da Quimioterapia



Campina Grande-PB, 2011

Figura 17- Incômodo relatado pelas mulheres relacionado ao tratamento quimioterápico

Questionando se, de alguma forma, as reações adversas provenientes do tratamento quimioterápico gera incômodos à mulher, obtemos os seguintes resultados. Aproximadamente 63% das mulheres com câncer de mama entrevistadas afirmaram que os efeitos das drogas quimioterápicas lhes provocam incômodos e as demais (37%) disseram não se incomodar com os efeitos do tratamento.

Foi indagado, também, às mulheres sobre a forma como a quimioterapia influenciava em suas vidas. As respostas foram as mais diversificadas possíveis, desde a ênfase aos aspectos positivos e também aos aspectos negativos. Quatro das entrevistadas afirmaram que a quimioterapia não influenciava nas suas vidas. Outra disse que não sabia. Algumas das respostas negativas estão demonstradas abaixo:

“[...] porque antigamente eu passeava e saia muito, agora não posso mais sair de casa, não posso levar sol nem sereno. Fazia parte de uma associação da terceira idade e agora não posso ir mais.”

(Vera¹², 60 anos)

“Não sei, mas porque não pode tomar sol e senti muitas dores nas últimas quimioterapia, fora o cabelo que caiu”.

(Betânia, 36 anos)

“Acabou neh!... Não posso mais sair de casa, só com um lenço na cabeça... não é bom!”

(Helena, 49 anos)

Apesar de muitas das vezes passarem por grandes desconfortos e dificuldades decorrentes do tratamento, muitas das mulheres se apegam a quimioterapia como uma esperança de cura, superando assim todos os obstáculos para continuação do tratamento. Alguns discursos que evidenciam isso estão abaixo destacados:

“É pra mim ficar boa neh!? Fico mole mas faço as coisas, mas fico meia devagar... tenho muito esquecimento, não sei se é dos problemas que tenho para trás ou se é a quimioterapia que influi nisso... e também fico meio sem paciência.”

(Rosa, 54 anos)

“Não é coisa boa, se pudesse evitar era bom demais, mas tem que enfrentar.”

(Paula, 55 anos)

“Eu sei que é uma certeza que vai curar, porque você passar por tudo isso e não tem certeza que vai ficar boa?!”

(Mara, 41 anos)

“Se não fosse a quimioterapia provavelmente eu já tinha ‘partido’. É o único jeito de tratar.”

(Yara, 54 anos)

Agora quando questionado a forma pela qual as entrevistadas encaram a quimioterapia, os discursos geralmente assumem um conteúdo positivo, repleto de esperanças baseadas primeiramente na fé em Deus e, em segundo, no tratamento quimioterápico.

¹² Os nomes escolhidos para identificar as mulheres são fictícios.

"[...] é um jeito da gente sobreviver neh... Primeiro Deus, depois ele (a quimioterapia)."

(Betânia, 36 anos)

"Encaro como uma perspectiva de me curar, de ficar boa desse problema tão sério."

(Paula, 55 anos)

"Encaro com fé que vô ficar boa curada neh... Eu me sinto curada!"

(Rosa, 54 anos)

"(a quimioterapia) vem trazer um bem pra mim, com fé em Jesus que tudo dará certo."

(Eva, 75 anos)

Também foram observados discursos negativos a respeito da forma de encarar de encarar o tratamento.

"Encaro como um negócio muito difícil porque o cabelo da gente cai. Também tem que se apegar muito a Deus, que é um negócio muito difícil mesmo."

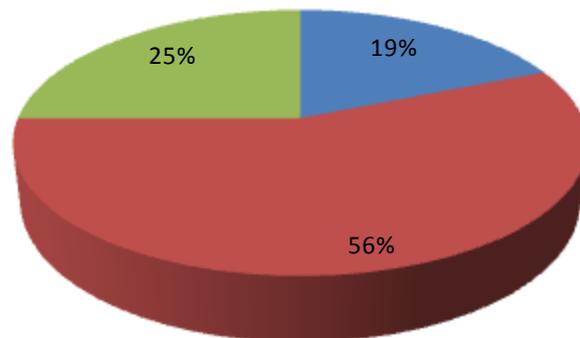
(Diana, 46 anos)

"Vejo que me prejudicou... não posso fazer as coisas na minha casa e fico muito estressada... brigo com meu marido e depois que passa o efeito, me arrependo."

(Vera, 60 anos)

O discurso apontado por Vera é uma constante preocupação que acomete praticamente todas as entrevistadas: a impossibilidade de contribuir com as atividades do lar. Com isso, na pesquisa constatou-se que a grande maioria (81,25%) não consegue realizar normalmente as atividades da vida cotidiana, requerendo assistência ocasional (56,25%) ou constante (25%). Assim, apenas 18,75% das entrevistadas afirmaram realizar suas atividades normalmente.

Atividades da Vida Cotidiana



■ Realiza Normalmente ■ Requer Assistência Ocasional ■ Requer Assistência Constante

Campina Grande-PB, 2011

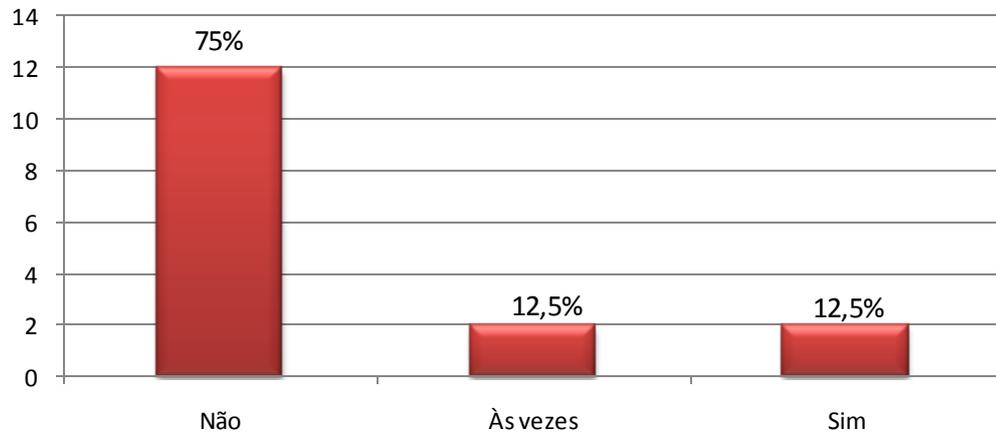
Figura 18- Capacidade de realização das atividades da vida cotidiana de mulheres com câncer de mama

5.4- Aspectos Relacionados ao Bem-Estar Psicossocial e Sexualidade

O câncer de mama gera fortes impactos tanto físicos como psicológicos e sexuais. A mama é uma metonímia ou símbolo do feminino, representando culturalmente a feminilidade, a sexualidade e a maternidade (SILVA, 2008). Para enfrentar todos os desafios que a neoplasia mamária impõe à mulher, o apoio emocional da família, amigos e companheiro é de fundamental importância.

Este subtópico procura abordar o bem-estar psicossocial da mulher, avaliando sua atual relação com amigos e familiares por ocasião da doença. Também será observada como a sexualidade foi afetada com seu atual estado de saúde.

Sente-se Distante dos Amigos?

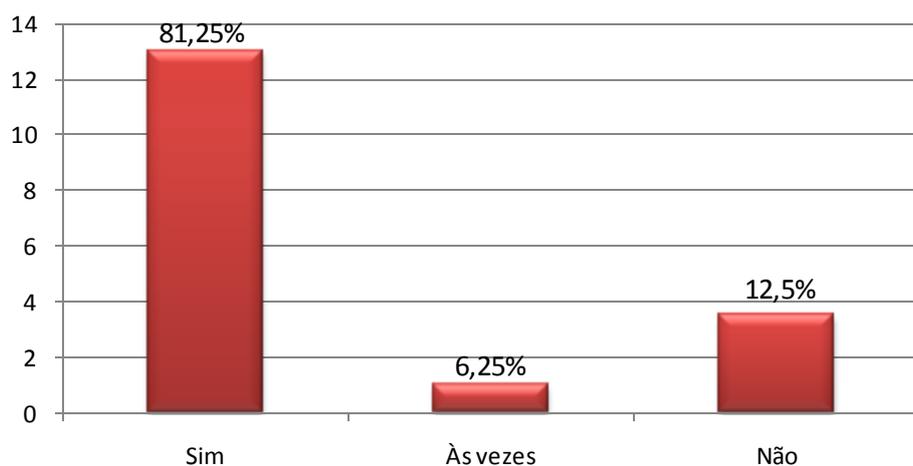


Campina Grande-PB, 2011

Figura 19- Sentimentos de distância em relação aos amigos de mulheres com câncer de mama

Quando questionadas sobre o sentimento de distância em relação aos amigos em decorrência do surgimento da doença e de todos os procedimentos terapêuticos realizados conseqüentemente, a maioria delas (75%) afirmaram que não se sentiam distantes dos amigos. 12,5% disseram que às vezes se sentia distante dos amigos e outras 12,5% confirmaram que se sentiam sim distantes dos amigos.

Recebimento de Apoio dos Amigos

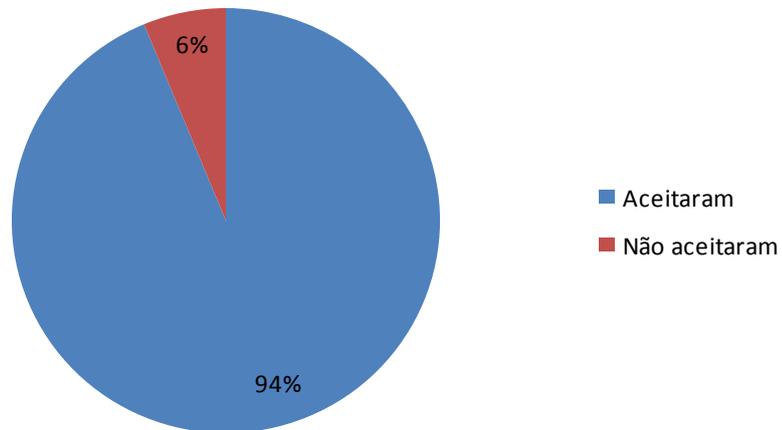


Campina Grande-PB, 2011

Figura 20- Recebimento de apoio por parte dos amigos de mulheres com câncer de mama

Agora, quando questionado sobre o apoio que esses amigos fornecem para essa mulher, 81,25% delas afirmaram receber sim apoio dos amigos, 6,25% afirmou que recebe às vezes esse apoio e 12,5% disseram que não recebem apoio dos amigos no enfrentamento da doença.

Aceitação da Doença por Familiares

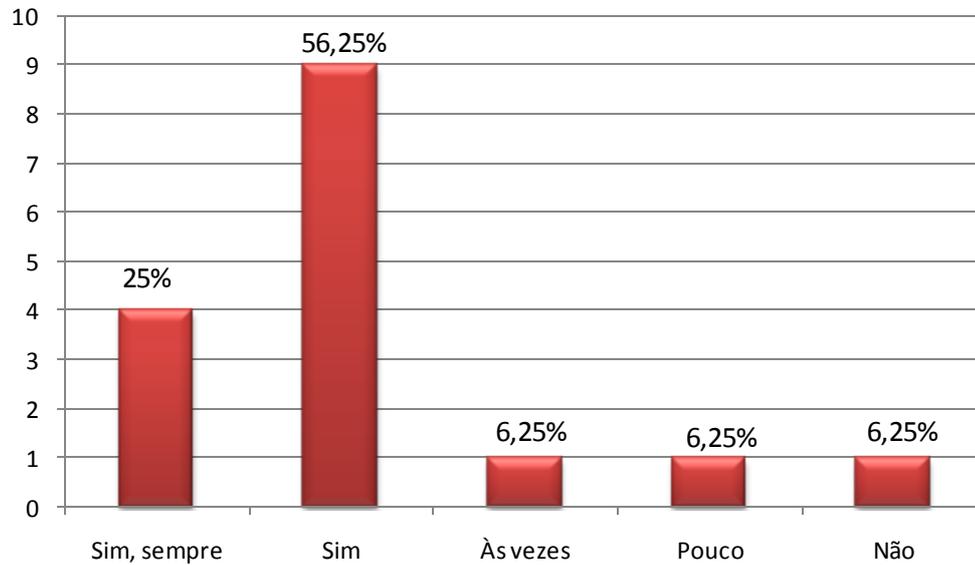


Campina Grande-PB, 2011

Figura 21- Aceitação dos familiares do acometimento de seu parente por câncer de mama

A grande maioria das mulheres (aproximadamente 94%), afirmaram que a família aceitou sua atual situação de adoecimento com câncer de mama. Logicamente, uma das entrevistadas afirmou que seus familiares não aceitaram seu atual estado clínico.

Recebe Apoio Emocional da Família?



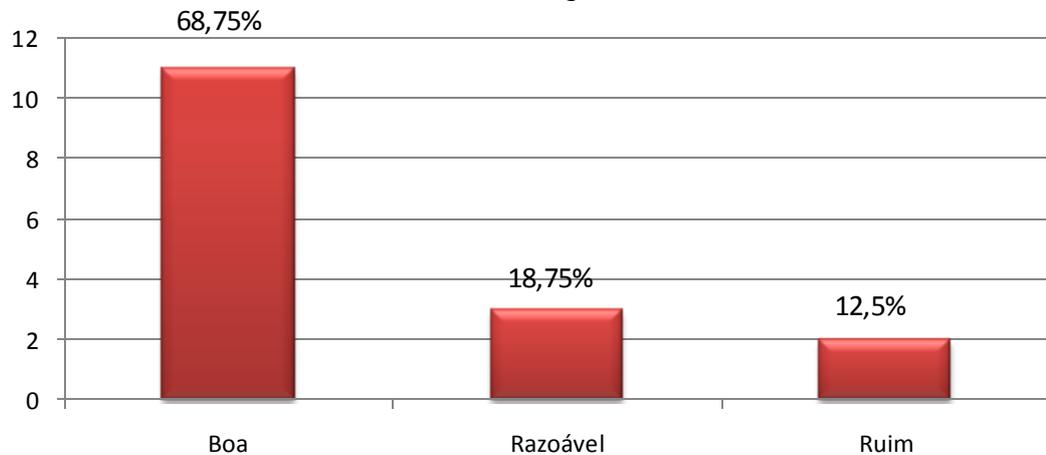
Campina Grande-PB, 2011

Figura 22– Apoio emocional recebido pelas mulheres com câncer de mama de familiares

Quanto ao apoio emocional por parte da família, 56,25% das mulheres entrevistadas afirmaram que recebiam, mais 25% ainda reforçaram que esse apoio se dá de forma constante. Apenas 6,25% disseram não ter esse apoio. As que afirmaram receber apoio emocional às vezes ou pouco totalizam 12,5%.

O momento do diagnóstico do câncer de mama é uma fase em que a mulher mais necessita do apoio de familiares e amigos. Se estas pessoas não conseguirem encarar a realidade da doença, com todas as suas características, tratamento, entre outros fatores relacionados, muito provavelmente não conseguirão dar o apoio que tanto esta mulher necessita nesse momento tão complicado da sua vida (MALUF, MORI E BARROS, 2005).

Comunicação com a Família sobre a Doença



Campina Grande-PB, 2011

Figura 23- Qualidade da comunicação com familiares sobre a doença por parte de mulheres com câncer de mama

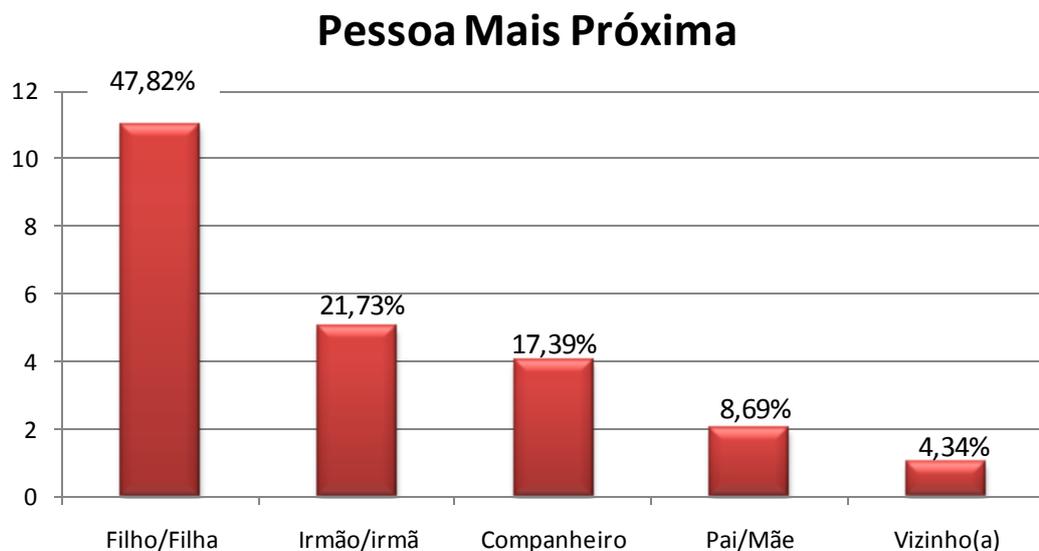
A maioria das entrevistadas (68,75%) afirmaram que mantinham uma boa comunicação com sua família sobre a doença. 18,75% disseram que a comunicação é razoável e o restante, 12,5%, afirmaram ter uma má comunicação com familiares sobre a doença.

A rede de apoio do indivíduo começa a ser construída a partir do início da sua vida. É composta primeiramente pela família e, à medida que o indivíduo se desenvolve e cresce, passa a integrar amigos, colegas de trabalho, entre outros (SLUZKI, 1996 apud HOFFMANN, MULLER e RUBIN, 2006). O tratamento do câncer, muitas vezes gera um desgaste físico e mental, requerendo ainda mais o apoio da família e dos amigos, no momento em que essas relações encontram-se, por hora, deteriorada pela ocorrência da doença, devido às novas circunstâncias que agora, os rodeiam. Contudo, parece não haver dúvidas da importância que o apoio familiar exerce no enfrentamento do câncer por parte da pessoa doente.

Existem hipóteses sobre o efeito que o apoio social, particularmente de amigos e familiares, podem provocar no indivíduo acometido pela doença. Uma delas afirma que pessoas que tem um forte apoio social em situações de estresse apresentam efeitos negativos menores em sua saúde e seu bem-estar social,

podendo até mesmo nem senti-los quando comparados aqueles que possuem pouco apoio ou mesmo a inexistência dele.

Além disso, acredita-se que um bom apoio prestado por pessoas mais próximas possa até mesmo promover a saúde e o bem-estar do indivíduo, independentemente que esteja passando por situações estressantes ou não (VILHJALMSSON, 1994; SALOVEV, ROTHMAN, DETWEILER e STEWARD, 2000 apud HOFFMANN, MULLER e RUBIN, 2006).

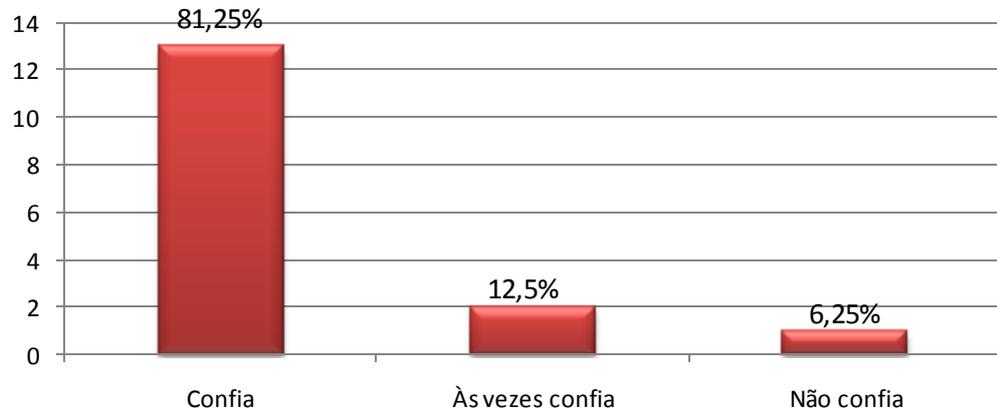


Campina Grande-PB, 2011

Figura 24- Pessoa que a mulher com câncer de mama se sente mais próxima

A pesquisa realizada aponta que dentre todo o círculo social da mulher, as pessoas que ela se sentia mais próxima eram os filhos(as), com 47,82% de indicações, seguidos pelos irmãos/irmãs (21,73%), companheiro (17,39%), pai e mãe (8,69%) e vizinhos (4,34%). Outra pesquisa realizada por Sales et al (2001), com o objetivo de avaliar a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama, também apontou como principal fonte de apoio os filhos, com frequência de 34%, fato que corrobora o presente estudo.

Confiança no Médico Acompanhante



Campina Grande-PB, 2011

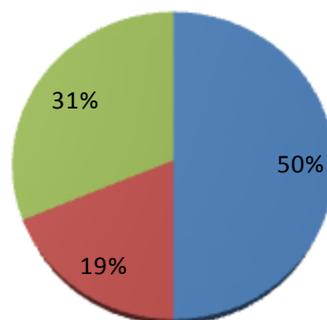
Figura 25- Confiança relatada no médico que acompanha a mulher com câncer de mama

No momento da avaliação da confiança que as pacientes depositavam nos seus respectivos médicos, a maioria das mulheres (81,25%) afirmaram que confiam nele, enquanto 12,5% disseram que às vezes confiam e 6,25% confirmou que não tem confiança no médico que a acompanha.

Todas as entrevistadas ainda afirmaram que o seu médico está sempre disponível para responder algum questionamento e dúvidas que venham a surgir a respeito de seu quadro clínico e tratamento.

Tristeza

■ Não Sinto ■ Sinto Muito ■ Às vezes Sinto

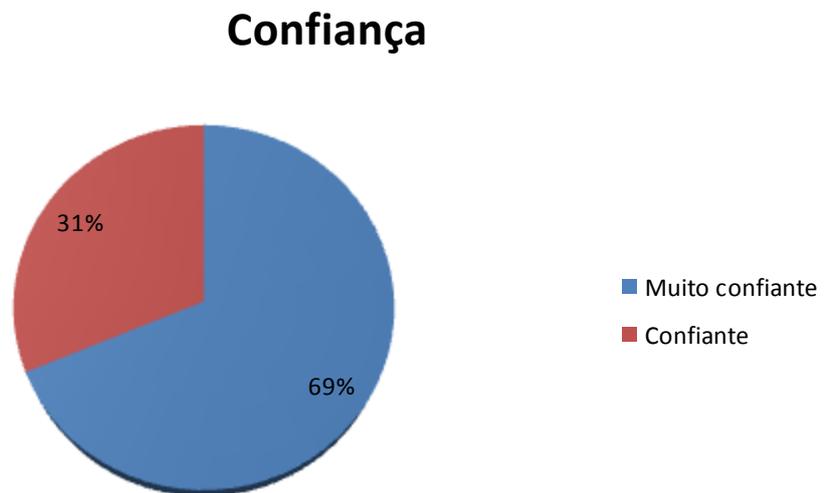


Campina Grande-PB, 2011

Figura 26- Sentimentos de tristeza recorrentes em mulheres com câncer de mama

Avaliações de questões sobre auto-estima, imagem corporal e sexualidade são importantes para identificar impactos gerados pelo câncer de mama e seu tratamento no psicológico da mulher acometida. Geralmente essa é uma doença que costuma provocar uma situação de maior vulnerabilidade da mulher a problemas psicológicos, mudanças na auto-estima, sentimentos de raiva, medo da morte, da perda e de mudanças e mudanças na auto-imagem e perda da feminilidade (MALUF, MORI e BARROS, 2005).

Sentimentos de tristeza foram relatados pela metade das entrevistadas, sendo que aproximadamente 19% afirmaram que se sentiam muito tristes e aproximadamente 31% disseram que às vezes se sentem tristes.

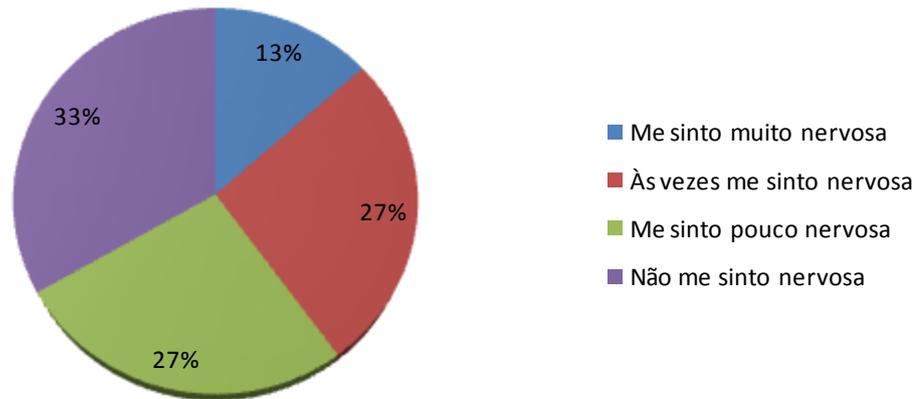


Campina Grande-PB, 2011

Figura 27- Sentimentos de confiança vivenciados pelas mulheres com câncer em relação a sua cura

No tocante a confiança em relação a possibilidade de cura, todas as entrevistadas afirmaram que se sentiam confiantes, sendo que aproximadamente 69% delas acrescentaram que se sentem muito confiantes e as demais, 31%, disseram apenas que se sentem confiantes.

Nervosismo

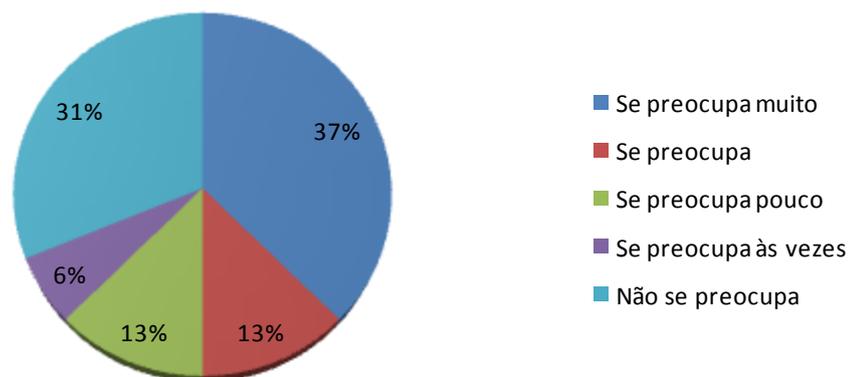


Campina Grande-PB, 2011

Figura 28- Sentimento de nervosismo vivenciado pela mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico

Quando questionadas se sentiam nervosismo em relação a seu quadro clínico e tratamento, a maioria delas (aproximadamente 67%) assumiram sentir algum grau de nervosismo, sendo que 13% disseram se sentir muito nervosas, 27% afirmaram que às vezes se sentem nervosas e outras 27% se sentem um pouco nervosas. As restantes, 33% afirmaram que não sentem, em nenhum momento, nervosismo.

Preocupação com a Morte



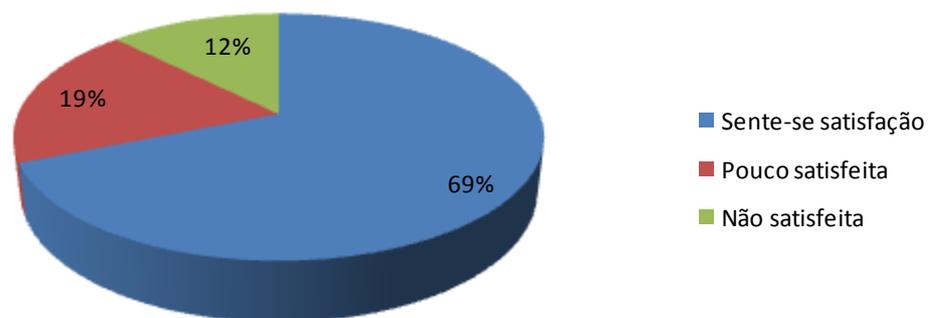
Campina Grande-PB, 2011

Figura 29- Preocupação em relação ao risco de morte iminente por parte de mulheres com câncer de mama

Sobre a preocupação que as mesmas tinham em relação à morte, a maioria também assumiu ter, em algum grau, temor a ela, sendo que uma parcela considerável, aproximadamente 37%, disseram sentir muito medo da morte, 13% disseram que tem pouco medo, outras 13% afirmaram que tem medo da morte e 6% disseram que às vezes manifesta essa preocupação. As restantes, 31% das entrevistadas disseram não temer o fim da vida.

No que se refere a uma doença como o câncer, é comum observar que as pessoas costumam tratar o doente como quem está prestes a morrer. Os familiares e amigos ao invés de motivar o indivíduo a seguir em frente, padecem juntamente com o enfermo. A primeira reação da mulher com câncer é logo achar que vai morrer, percebendo nesse momento a realidade da finitude da vida. Esse impacto inicial é a marca do começo dos problemas psicológicos decorrentes do tratamento para a doença (MALUF, MORI e BARROS, 2005).

Satisfação com o Enfrentamento da Doença



Campina Grande-PB, 2011

Figura 30- Satisfação das mulheres com câncer de mama em relação a forma em que lidam com a doença

Apesar de todas as dificuldades que as mulheres com câncer de mama enfrentam, a maioria delas (aproximadamente 69%) se dizem satisfeitas pela forma na qual lida com a doença. Apenas 12% afirmaram que não se sentem satisfeitas em relação a isso.

Tabela 4- Relacionamento sexual e satisfação da mulher com câncer de mama em tratamento quimioterápico

Relacionamento sexual ativo?	
Sim	Não
31,25%	68,75%
Satisfeita?	
Sim	Não
60%	40%

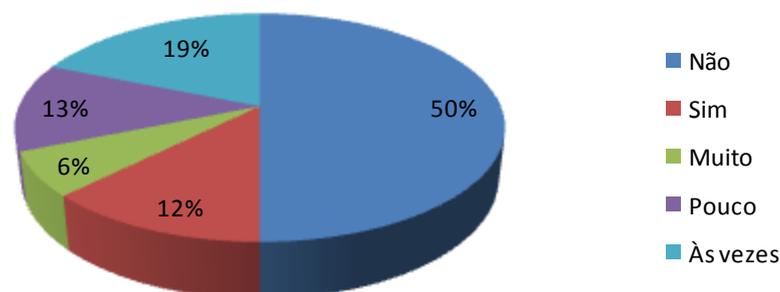
Campina Grande-PB, 2011

Existem estudos que afirmam que 20 a 30% das mulheres com diagnóstico de câncer de mama desenvolvem alguma disfunção relacionada à sexualidade. A etiologia dessas disfunções ainda não são completamente compreendidas, mas há fortes evidências que os fatores psicológicos estejam fortemente envolvidos no caso de algumas mulheres (CONDE, PINTO-NETO, JÚNIOR e ALDRIGHI, 2006).

O diagnóstico e o tratamento para o câncer pode gerar aflição, dor, fadiga, problemas relacionados com a imagem corporal e com a auto-estima, que podem comprometer o desempenho sexual mesmo em mulheres quem afirmavam ter uma vida sexual satisfatória antes da doença (SOUTO e SOUZA, 2004).

Na presente pesquisa, uma menor parcela das mulheres (31,25%) entrevistadas afirmaram que mantinham um relacionamento sexual ativo. Das que tinham vida sexual ativa, a maioria delas (60%) diziam-se satisfeitas.

Sente-se Sexualmente Atraente?

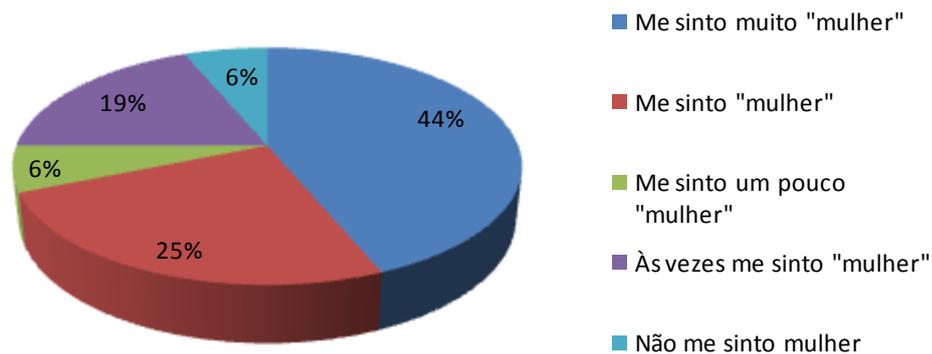


Campina Grande-PB, 2011

Figura 31- Sentimento de atração sexual vivenciado por mulheres com câncer de mama

Questionadas quanto a se sentirem sexualmente atraentes, metade das mulheres afirmou que não se sentem atraentes sexualmente. Outras 6% afirmaram que se sentiam muito atraentes, 12% se sentiam atraentes, 13% se sentiam pouco atraentes e 19% afirmaram que às vezes se sentem sexualmente atraentes.

A "Mulher" Vivenciada pela Mulher com Câncer de Mama



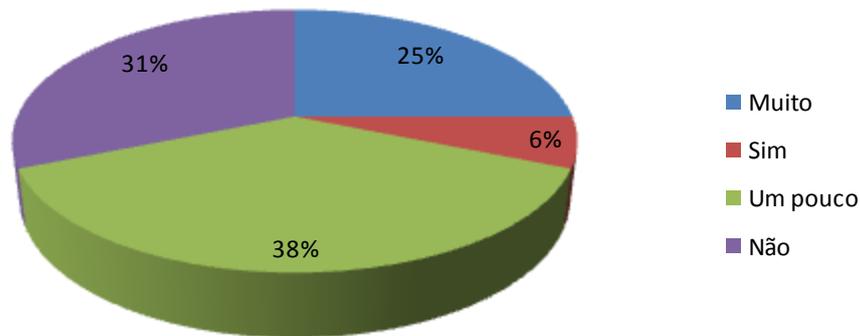
Campina Grande-PB, 2011

Figura 32- A mulher com câncer de mama e sua capacidade de sentir-se "mulher"

Foi perguntado, também, se as entrevistadas "se sentiam mulher". É comum mulheres que passam pela situação do enfrentamento do câncer de mama passarem por uma descaracterização quanto ao gênero, muitas vezes relacionada a uma mutilação no seu corpo devido a uma cirurgia de mastectomia ou mesmo ao próprio tratamento quimioterápico, que dentre todos os efeitos que provoca, a queda dos cabelos é um dos mais impactantes para o sexo feminino.

Grande parte das mulheres entrevistadas disse que apesar de todos os desafios, se sentem muito "mulher", outras 25% disseram que apenas se sentem "mulher", 19% às vezes se sentem "mulher", 6% afirmam se sentir um pouco "mulher" e outras 6% afirmaram não se sentir mulher.

Se Incomoda com a Queda dos Cabelos?



Campina Grande-PB, 2011

Figura 33- Incômodo gerado pela queda de cabelo em mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico

A queda de cabelo gerada pela quimioterapia é um dos fatores mais impactantes para a vida da mulher. Muitas vezes esse impacto está relacionado a sua ocorrência súbita e por ser a calvície algo visível externamente, o que expõe a doença e altera a auto-estima da mulher (CAETANO, GRADIM e SANTOS, 2009).

Quando indagado se as mulheres se incomodam com a queda dos cabelos gerados pela quimioterapia, grande parte delas afirmaram que se sentiam incomodadas, de alguma forma, com esse problema. Os resultados, em relação a esse aspecto, podem ser assim apresentados: a maioria das mulheres entrevistadas assumiram se incomodar, de alguma forma, com a queda dos cabelos, sendo que 38% afirmaram se importar um pouco com o problema, outras 25% afirmaram se incomodarem muito com a queda dos cabelos e 6% disseram apenas que se incomodavam com a calvície provocada pela quimioterapia e as restantes ,31%, disseram não se incomodar.

Nos discursos das mulheres entrevistadas, muitas revelam que já superaram o impacto gerado pela queda dos cabelos, embora muitas ainda se sintam abaladas psicologicamente pelo problema. Quando questionadas sobre como a queda dos cabelos afetava suas vidas, alguns dos discursos obtidos estão a seguir transcritos:

“Normal, já estava preparada, fui cortando meus cabelos aos poucos para não ter um impacto muito grande. Meu noivo me deu muita força.”

(Betânia, 36 anos)

Esse discurso acima revela o que a psicologia comprova, que quando a paciente já é informada de antemão tudo o que pode esperar da doença e do tratamento e tem o apoio de familiares e amigos, é mais fácil enfrentar todos os obstáculos que a doença lhes impõe.

Outros comentários revelados:

“Agora eu não ligo muito não, mas no início incomodava. Eu tinha um cabelo muito grande e bonito, mas com fé em Deus ele volta. O que importa é a vida que o cabelo cresce.”

(Diana, 46 anos)

“Eu não quis me conformar, mas depois me conformei... Vi que o cabelo não é tudo, que depois cresce de novo. O que não entrou na minha cabeça é a possibilidade de tirar o peito.”

(Rosa, 54 anos)

“Logo quando começou a cair, que sei que vai cair, com uns oito dias peço para tirar tudo... Mas não penso muito. Se existisse um remédio que não caísse era bom.”

(Mara, 41 anos)

“Quando tomei a primeira quimio não caiu. Mas da segunda em diante começou a cair. Agente fica tão feio sem cabelo, mas não me importei. Às vezes olho no espelho e mango de mim mesma!”

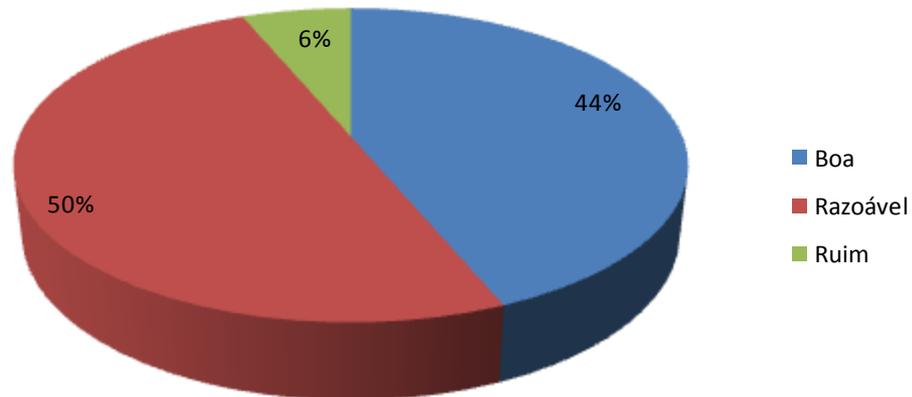
(Ana, 55 anos)

Entretanto, não são todas as mulheres que encaram com senso de humor a queda dos cabelos como Ana. O discurso transcrito logo a seguir, por Helena, revela uma forma totalmente contrária de enfrentamento.

“Eu fico muito feia, horrível... Passei a mão, vai caindo todo o cabelo, sobancelha e tudo... Não gosto de me olhar no espelho.”

(Helena, 49 anos)

Qualidade de Vida



Campina Grande-PB, 2011

Figura 34- Qualidade de Vida relatada pelas mulheres com câncer de mama em tratamento de quimioterapia

Nesta pesquisa, também foi pedido às mulheres entrevistadas que classificassem sua atual qualidade de vida em boa, razoável ou ruim, baseando-se para isso em todos os aspectos gerais da sua vida, desde a doença, relacionamento com amigos e familiares, questões financeiras, dentre outros aspectos. Como resultado, 44% das entrevistadas classificaram sua qualidade de vida como boa, 50% como razoável e 6% como ruim.

Quanto aos discursos realizados pelas mulheres para justificar sua atual qualidade de vida, duas das entrevistadas disseram que nada as incomodava na sua vida e, portanto, classificaram sua qualidade de vida como boa. Sete das entrevistadas justificaram sua qualidade de vida com argumentos que não incluíam sua doença atual, mas sim aspectos relacionados com a vida conjugal e financeira que, é claro, podem ou não ser uma consequência da doença. Outras sete mulheres justificaram sua atual qualidade de vida tomando como referência aspectos relacionados a sua doença e tratamento e fatores correlacionados. Alguns dos discursos apresentados foram:

“O que mais me incomoda é o relacionamento que tenho com a pessoa que vivo... ele é muito complicado. Na doença não me deu apoio em nada.”
(Jade, 55 anos)

“[...] eu não poder levar sol, não poder fazer minhas coisas, estar dependendo dos outros pra quase tudo.”

(Helena, 49 anos)

“É eu não ter salário para viver e eu não posso trabalhar por causa da minha mãe, e meu filho depende de mim.”

(Rosa, 54 anos)

“Não poder sair e não fazer muito esforço com os braços, eu gostava de fazer minhas coisas, mas agente tem que aceitar.”

(Betânia, 36 anos)

“É só o problema mesmo...Tirando isso...”

(Mara, 41 anos)

Diversos foram os fatores apontados pelas entrevistadas como decisivos na classificação de sua atual qualidade de vida. O fato de não poder mais sair de casa com a mesma frequência que se fazia antes e de não poder contribuir com as atividades do lar, nem financeiramente com o sustento da família, a colocando em situação de dependência em relação aos outros, são acontecimentos que geram impactos na vida da mulher com não apenas câncer de mama, mas qualquer condição que leve a uma situação de incapacitação, seja ela temporária ou vitalícia.



6 Considerações Finais

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Sabemos que o câncer não é uma doença da contemporaneidade, embora tenha se expressado mais profundamente nos dias atuais devido aos inúmeros avanços na tecnologia e na medicina, que por um lado tem propiciado a cura de diversas enfermidades, aumentando a expectativa de vida da população, por outro tem gerado um ritmo de vida cada vez mais frenético e estressante, criando meios para que determinadas doenças tenham seu “gatilho” ativado, citando como exemplo as doenças cardiovasculares, as neoplasias e a depressão.

Não existe um marco referencial para o surgimento do câncer, pois esta doença está intimamente relacionada à existência da humanidade. Avanços na medicina tem contribuído para um diagnóstico cada vez mais precoce e novos tratamentos tem sido desenvolvidos para o combate eficaz e menos doloroso às células neoplásicas. Apesar disso, o estigma com que a doença é tratada na nossa sociedade parece não ter mudado muito.

A pessoa com câncer muitas das vezes ainda é encarada como alguém condenado a uma morte próxima, que se dará de forma sofrida. O impacto parece ser ainda mais intenso quando a doença é diagnosticada em pessoas mais jovens. Deve-se considerar que câncer é realmente uma doença que confronta o ser humano com uma realidade inevitável, o fim da vida. Ressalta-se, porém, que nenhum tipo de câncer parece ter um impacto tão profundo na população feminina como o câncer de mama, que afeta um órgão cheio de significados para mulher e para a sociedade, com atribuições que extrapolam a amamentação. Representa também a feminilidade e a sexualidade da mulher, sendo uma região de estimulação sexual.

Portanto, não é preciso parar para pensar muito sobre o impacto físico e psicológico que o câncer de mama gera na vida da mulher. Soma-se a isso o tratamento quimioterápico, que é um meio adjuvante de tratar a doença, podendo atuar juntamente com outras terapêuticas como a cirurgia, a radioterapia e a hormonioterapia.

Diversos efeitos adversos são relacionados ao uso de drogas quimioterápicas para o tratamento de diversos tipos de câncer, incluindo o câncer de mama. Na pesquisa realizada pode-se constatar a ocorrência de alguns efeitos indesejados,

como náuseas e vômitos, inapetência, dores, insônia, constipação, diarreia, dentre outros. Todos esses efeitos acabam gerando uma incapacitação da mulher em realizar determinadas atividades que desempenhavam antes de terem o diagnóstico de câncer de mama. Muitas revelaram que se sentem muito angustiadas e incomodadas pelo fato de não poderem contribuir com as atividades do lar e nem mesmo contribuir financeiramente com o sustento da família, além de não poderem ter uma vida social como a que tinham antes da doença.

A tristeza foi um sentimento que afetou metade das mulheres entrevistadas, além do nervosismo e preocupação com a morte que se revelou presente na maioria das participantes da pesquisa. Também a falta de apoio de familiares, principalmente do cônjuge, também foi um dos fatores que contribuíram para ocorrência de sentimentos negativos.

A queda dos cabelos decorrentes do tratamento quimioterápico foi uma consequência que, podemos dizer, afetou as mulheres, provocando alterações na sua auto-imagem. Muitas relataram sentir-se, de certa forma, envergonhadas com a situação e lamentavam o fato, porque antes tinham cabelos muito bonitos e grandes. Outras, por outro lado, demonstraram ter superado esse problema e já encaravam positivamente a queda dos cabelos.

Analisando o relacionamento sexual das entrevistas, a minoria delas (31,25%) afirmaram ter uma vida sexual ativa, sendo que a maioria delas (60%) acrescentaram que eram satisfeitas nesse sentido. Metade das participantes ainda assumiram que não se sentiam sexualmente atraentes, fator que pode ser explicado por inúmeras situações novas que a doença e seu tratamento incrementaram na sua vida, trazendo como consequência, quedas na auto-estima e auto-imagem, além de outros quadros psicológicos, como a tristeza e depressão.

Podemos então concluir que o fato de se encontrar com uma doença como o câncer de mama em si só já gera alterações em diversos âmbitos da vida da mulher e a quimioterapia chega potencializando tais efeitos, além de trazer outros. Entretanto, a mulher aceita, cria suas próprias estratégias de enfrentamento, porque é na quimioterapia que ela enxerga sua chance de cura e de uma vida melhor. Ela sofre, mas acredita que um dia esse sofrimento vai valer à pena.



7 Referências Bibliográficas

7 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AURELIANO, Waleska A. **Compartilhando a experiência do câncer de mama: grupos de ajuda mútua e o universo social da mulher mastectomizada em Campina Grande (PB)**. 2006. Disponível em < <http://www.antropologia.com.br/divu/colab/d34-waureliano.pdf> >. Acesso: Junho de 2011.

BERGMANN, Anke. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro**. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. xiv, 142 p. Disponível em < http://portalteses.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00004703&lng=pt&nr=iso >. Acesso: Maio de 2011.

BERNARDI, Daiane. **Mutação e Reparo**. 2005. Disponível em < <http://genetica.ufcspa.edu.br/nutric/seminarios%20monitores/2005/mutacao.PDF> >. Acesso: Julho de 2011.

BEVILACQUA, José L. B.; BERGMANN, Anke; ANDRADE, Mauro F. **Linfedema após o câncer de mama – Da epidemiologia ao tratamento**. SB Mastologia. 2009. Disponível em < <http://www.sbmastologia.com.br/revista%202009/18-04/pag%20171.pdf> >. Acesso: Julho de 2011.

BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa em Seres Humanos**. Resolução nº 196 de 10 de outubro de 1996. Disponível em: < <http://www.datasus.gov.br/conselho/resol96/RES19696.htm> >. Acesso: Março de 2011.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do Câncer de Mama – Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf> >. Acesso: Novembro de 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2010: incidência do câncer no Brasil/ Instituto Nacional do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf> >. Acesso: Dezembro de 2010.

BRASIL. Condutas do Inca/MS. **Câncer de Mama**. Revista Brasileira de Cancerologia. P. 9-19. 2001. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v01/pdf/normas.pdf >. Acesso: Abril de 2011.

BRASIL. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** 1ª edição. Brasília-DF, 2008. Disponível em < http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_climaterio.pdf >. Acesso: Abril de 2011.

BRASIL. Manual de Bases Técnicas. **Oncologia.** 11ª edição. Brasília-DF, 2010. Disponível em < http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Manual_Oncologia_2010.pdf >. Acesso: Abril de 2011.

BRASIL. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** 2010. Disponível em <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f >. Acesso: Abril de 2011.

BRUNNER e SUDDARTH. Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica. **Oncologia: Cuidado de Enfermagem no Tratamento do Câncer.** Vol.1. 11ª edição. Ed. Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2009.

CAETANO, Edilaine A.; GRADIM, Clícia V. C.; SANTOS, Lana E.S. **Câncer de Mama: Reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico.** Rev. De Enfermagem da UERJ. Abr/Jun. P.257-61. Rio de Janeiro, 2009. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf> >. Acesso: Junho de 2011.

CANTINELLI, Fábio S. et al. **A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino.** Ver. Psiquiatria Clínica. Nº33. P. 124-133. 2006. Disponível em < <http://www.hcnet.usp.br/ipq/revista/vol33/n3/124.html> >. Acesso: Maio de 2011.

CONDE, Délio M.; PINTO-NETO, Aarão M.; JÚNIOR, Ruffo F.; ALDRIGHI, J. M. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.** Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. P. 195-204. 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v28n3/30847.pdf>>. Acesso: Maio de 2011.

D'ÁVILA, Karen G. et al. **Câncer de Mama.** 2000. Disponível em < <http://genetica.ufcspa.edu.br/seminarios%20textos/CAdeMama.pdf> >. Acesso: Abril de 2011.

DATASUS. **Hospital Escola da FAP.** Disponível em < http://cnes.datasus.gov.br/Exibe_Ficha_Estabelecimento.asp?VCo_Unidade=2504002315793 >. Acesso: Junho de 2011.

DIETRICH, Sandra H. C. **Eficácia de um programa de atividade física nos níveis de fadiga em pacientes em tratamento de câncer de mama.** 2007. Disponível em < <http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2813/1/tese%20doutorado%20de%20Sandra%20Helena%20Correia%20dietrich.pdf> > . Acesso: Maio de 2011.

FERREIRA, Noeli M. L. A.; SCARPA, Agatha; SILVA, D'Agima A. **Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa.** Revista Eletrônica de Enfermagem. P. 1026-34. 2008. Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a14.pdf> > . Acesso: Maio de 2011.

FETT-CONTE, Agnes C.; SALLES, Andréa B. C. **A importância do gene p53 na carcinogênese humana.** Revista Brasileira de Hematologia e Hematoterapia. P. 85-89. 2002. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbhh/v24n2/a04v24n2.pdf> > . Acesso: Abril de 2011.

FONTANELLA, F.; SILVA, D. J. **Os principais fatores de risco referentes ao câncer de mama entre as pacientes submetidas à cirurgia, no período de 01 de agosto de 2002 a 01 de agosto de 2003, no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão – SC.** Disponível em < <http://inf2.unisul.br/~fisiotb/Tccs/03b/francine/artigofrancinefontanella.pdf> > . Acesso: Abril de 2011.

FRANZI, Sergio A.; SILVA, Patrícia G. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidos à quimioterapia ambulatorial no Hospital de Heliópolis.** Revista Brasileira de Cancerologia. P. 153-158. 2003. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v03/pdf/ARTIGO1.pdf > . Acesso: Março de 2011.

GIGLIO, Auro del. **A quimioterapia adjuvante para câncer de mama engorda?** Revista Associação Médica Brasileira. Vol. 50. Nº3. São Paulo. P.238. 2004. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302004000300012 > . Acesso: Junho de 2011.

GRIVICICH, Ivana; REGNER, Andréa; ROCHA, Adriana B. **Morte Celular por Apoptose.** Revista Brasileira de Cancerologia. P. 335-343. 2007. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v03/pdf/revisao4.pdf > . Acesso: Julho de 2011.

HOFFMANN, Fernanda S.; MULLER, Marisa C.; FRASSON, Antônio L. **Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama.** Psicologia, Saúde & Doenças. 2006. P. 239-254. Disponível em < <http://www.scielo.oces.mctes.pt/pdf/psd/v7n2/v7n2a07.pdf> > . Acesso: Junho de 2011.

HOFFMANN, Fernanda S.; MÜLLER, Marisa C.; RUBIN, Rachel. **A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade**. Mudanças – Psicologia da Saúde. P. 143-150. 2006. Disponível em < <https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/645/645> >. Acesso: Julho de 2011.

IBGE. **Instituto Brasileiro de Geografia Estatística – Cidades – Campina Grande – PB**. 2010 Disponível em: < <http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1> >. Acesso: Junho de 2011.

INCA. **Falando sobre Câncer de Mama**. Rio de Janeiro, 2002. Disponível em < http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf >. Acesso: Março de 2011.

INCA. **O que é câncer?**. 2011. Disponível em < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322 >. Acesso: Fevereiro de 2011.

INCA. **Utilização de Antitranspirantes e o Câncer de Mama**. 2011. Disponível em < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=23 >. Acesso: Julho de 2011.

JESUS, Leila L. C.; LOPES, Regina L. M. **Considerando o Câncer de Mama e a Quimioterapia na Vida de Mulher**. Revista de Enfermagem da UERJ. Vol. 11. N 2. 2003. Disponível em < <http://www.facenf.uerj.br/v11n2/v11n2a14.pdf> >. Acesso: Fevereiro de 2011.

KEMP, C. et al. **Câncer de Mama – Prevenção Primária**. 2002. Projeto Diretrizes. Disponível em < http://www.projetodiretrizes.org.br/projeto_diretrizes/025.pdf >. Acesso: Março de 2011.

LEMOS, Fernanda A.; LIMA, Regina A. G.; MELLO, Débora F. **Assistência à criança e ao adolescente com câncer: a fase da quimioterapia intratecal**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Vol.12. Nº 3. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300006&lng=pt&nrm=iso >. Acesso: Julho de 2011.

LIMA, Manolita Correia. **Monografia: a engenharia da produção acadêmica**. São Paulo. Editora Saraiva, 2004.

LOPES, Aline A.; OLIVEIRA, Andreza M.; PRADO, Camila B. C. **Principais genes que participam na formação de tumores**. Revista de Biologia e Ciências da Terra. Vol.2. Nº 2. 2002. Disponível em < <http://eduep.uepb.edu.br/rbct/sumarios/pdf/genes.pdf> >. Acesso: Março de 2011.

LUCENA, Clécio E. M. **Fatores de risco para câncer de mama: Estilos de vida e fatores ambientais**. Associação de Ginecologistas e Obstetras de Minas Gerais. Disponível em < http://www.sogimig.org.br/portal/upload/cientifico/fatores_rsico_cancer_mama.pdf >. Acesso: Abril de 2011.

MALUF, Maria F. M.; MORI, Lincon J.; BARROS, Alfredo C. S. D. **O impacto psicológico do câncer de mama.** Revista Brasileira de Cancerologia. P. 149-154. 2005. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf >. Acesso: Maio de 2011.

MATOS, Jéssica C.; PELLOSO, Sandra M.; CARVALHO, Maria D. B. **Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná.** Revista Latino Americana de Enfermagem. Mai-jun. 2010. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n3/pt_09.pdf >. Acesso: Junho de 2011.

MAXIMIAMO, Meire. **Quimioterapia.** Cascavel-PR, 2010. Disponível em < <http://www.cenapcascavel.com.br/cursosonline/artigos/radiol/MEIRE%20MAXIMIANO.pdf> >. Acesso: Abril de 2011.

MEDONÇA et al. **Situação do Câncer no Brasil. Um balanço da doença que a globalização expandiu.** Revista Radis. Nº 52. Dezembro de 2006. Rio de Janeiro-RJ. Disponível em < http://www4.ensp.fiocruz.br/radis/52/pdf/radis_52.pdf >. Acesso: Abril de 2011.

MÜLLER, Marisa C.; HOFFMANN, Fernanda S.; FLECK, Patrícia. **A Vivência do Câncer de Mama e a Imagem Corporal na Mulher Contemporânea.** In Temas em Psicologia Clínica. Editora Casa do Psicólogo. São Paulo, 2006. Disponível em < http://books.google.com.br/books?id=M_YGnTidc3sC&pg=PA203&lpg=PA203&dq=MULLER,+HOFFMANN+e+FLECK&source=bl&ots=L115h5EcaV&sig=VjPzq2ZDSla_zsvUfNw0ARnMBk7M&hl=ptBR&ei=FhEZTou1CoXGgAfTmIUu&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CB4Q6AEwAQ#v=onepage&q=MULLER%2C%20HOFFMANN%20e%20FLECK&f=false >. Acesso: Março de 2011.

NASCIMENTO, Ludmila P.; RAFFIN, Renata P.; GUTERRES, Sílvia S. **Aspectos atuais sobre a segurança no uso de produtos antitranspirantes contendo derivados de alumínio.** Infarma. Vol.16. Nº 7-8. 2004. Disponível em < <http://www.cff.org.br/sistemas/geral/revista/pdf/79/20-aspectos.pdf> >. Acesso: Julho de 2011.

NEVES, José Luis. **Pesquisa Qualitativa – características, usos e possibilidades.** Caderno de Pesquisa em Administração. Vol. 1. Nº 3. 2º sem./1996. São Paulo. Disponível em: < <http://www.ead.fea.usp.br/cad-pesq/arquivos/c03-art06.pdf> >. Acesso: Março de 2011.

PEREGRINO, Antonio A. F. et al. **Análise de Custo-Efetividade da Idade de Início do Rastreamento Mamográfico.** Revista Brasileira de Cancerologia. P. 187-193. 2010. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/03_artigo_analise_custo_inicio_rastreamento.pdf >. Acesso: Abril de 2011.

PEREIRA, Jozinete V. et al. **Prevalência de cistos e tumores odontogênicos em pacientes atendidos na Fundação Assistencial da Paraíba: um estudo retrospectivo**. Arquivos em Odontologia. Vol. 45. Nº 02. 2010. Disponível em < http://www.odonto.ufmg.br/index.php/pt/arquivos-em-odontologia-principal-121/edi-atual-principal-124/doc_view/297-artigo-03?tmpl=component&format=raw >. Acesso: Junho de 2011.

PINHO, Luana S.; CAMPOS, Antônia C. S.; FERNANDES, Ana F. C.; LOBO, Sâmia A. **Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença**. Revista Eletrônica de Enfermagem. Vol.9. Nº1. P. 154-165. 2007. Disponível em < <http://www.fen.ufg.br/revista/v9/n1/pdf/v9n1a12.pdf> >. Acesso: Junho de 2011.

PIRHARDT, Catia R.; MERCÊS, Nen N. A. **Fatores de Risco para Câncer de Mama: nível de conhecimento dos acadêmicos de uma universidade**. Revista de Enfermagem da UERJ. P. 102-6. 2009. Disponível em < <http://files.bvs.br/upload/S/0104-3552/2009/v17n1/a018.pdf> >. Acesso: Abril de 2011.

PUIGGRÓS, C; et al. **El índice de Karnofsky como predictor de mortalidad em pacientes com nutrición enteral domiciliaria**. Nutr. Hosp. 2009. P. 156-160. Disponível em < <http://scielo.isciii.es/pdf/nh/v24n2/original5.pdf> >. Acesso: Julho de 2011.

QUADROS, Ana C. O. **Câncer de Mama – a cura pode estar em você**. P.144. Brasília-DF, 2005. Editora Thesaurus. Disponível em < http://books.google.com.br/books?id=z8GA3A7QMM0C&printsec=frontcover&dq=cancer+de+mama&hl=ptBR&ei=hw4ZTpzaFsiugQfH2YEB&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=2&ved=0CEAQ6AEwAQ#v=onepage&q&f=false >. Acesso: Fevereiro de 2011.

RIBEIRO-SILVA, Alfredo; ZUCOLOTO, Sérgio. **O papel do vírus Epstein-Barr na tumorigênese humana**. Medicina, Ribeirão Preto. Jan./mar. 2003. Disponível em < http://www.fmrp.usp.br/revista/2003/36n1/2revisao_papel_virus_epstein-barr.pdf >. Acesso: Julho de 2011.

RICCI, Susan S. Enfermagem Materno-Neonatal e Saúde da Mulher. **Distúrbios das Mamas**. Editora Guanabara Koogan. Rio de Janeiro, 2008.

ROSSI, Leandra; SANTOS, Antonio Manuel. **Repercussões Psicológicas do adoecimento e Tratamento em Mulheres Acometidas pelo Câncer de Mama**. Psicologia, Ciência e Profissão. Nº 23. 2003. P. 32-41. Disponível em < http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932003000400006&script=sci_artext&tlng=pt >. Acesso: Junho de 2011.

SALES, Catarina A.; SILVA, Alda A.; RIBEIRO, Maísa A.; WAUTERS, Nívea M. **A existencialidade da pessoa com neoplasia em tratamento quimioterápico**. Acta Scientiarum Health Sciences. Vol. 25. Nº2. P.177-182. 2003. Disponível em < <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2229/1457> >. Acesso: Maio de 2011.

SCHNEIDER, Ione J. C.; d'ORSI, Eleonora. **Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil**. Caderno de Saúde Pública. Rio de Janeiro. Jun.2009. P. 1285-96. Disponível em: < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600011 >. Acesso: Junho de 2011.

SILVA, Camila B.; ALBUQUERQUE, Verônica; LEITE, Jonas. **Qualidade de Vida em Pacientes Portadoras de Neoplasia Mamária Submetidas a Tratamentos Quimioterápicos**. Revista Brasileira de Cancerologia. P. 227-236. 2010. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v02/pdf/08_artigo_qualidade_vida_portadoras_n_eoplasia_mamaria.pdf >. Acesso: Maio de 2011.

SILVA, Gisele; SANTOS, Manoel A. **“Será que não vai acabar nunca?”: Perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer de mama**. Texto Contexto Enfermagem. Florianópolis. Jul-Set. 2008. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a18v17n3.pdf> >. Acesso: Maio de 2011.

SILVA, Leonardo L. M.; TOSCANI, Nadima V.; GRAUDENZ, Mércia S. **Câncer de mama masculino: uma doença diferente?** SB Mastologia. 2009. Disponível em < <http://www.sbmastologia.com.br/revista%202009/18-04/pag%20165.pdf> >. Acesso: Julho de 2011.

SILVA, Lucia C. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino**. Psicologia em Estudo. Vol. 13. Nº 2. P. 231-237. 2008. Maringá. Disponível em < http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005 >. Acesso: Julho de 2011.

SILVA, Ronaldo C. F.; HORTALE, Virginia A. **Cuidados paliativos oncológicos: elementos para o debate de diretrizes nesta área**. Caderno de Saúde Pública, 22. 2006. Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/csp/v22n10/04.pdf> >. Acesso: Julho de 2011.

SOUTO, Marise D.; SOUZA, Ivis E. O. **Sexualidade da mulher após a mastectomia**. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem. P. 402-10. 2004. Disponível em < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislnd.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=12086&indexSearch=ID> >. Acesso: Julho de 2011.

STEIN, Airton T. et al. **Rastreamento do câncer de mama: recomendações baseadas em evidências**. Revista da AMRIGS. Nº 53. P. 438-446. Out-dez, 2009. Disponível em < http://www.amrigs.org.br/revista/53-04/24-Rastreamento_unimed.pdf >. Acesso: Maio de 2011.

THULER, Luis C. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino**. Revista Brasileira de Cancerologia. P. 227-238. 2003. Disponível em < http://www.inca.gov.br/rbc/n_49/v04/pdf/revisao1.pdf >. Acesso: Maio de 2011.

TIBÚRCIO, Estefânia B.; MACEDO, Greice K. C.; SILVA, Júlio C. F. **Mutações dos genes BRCA1 e BRCA2 e sua relação com o câncer de mama**. 2010. Disponível em < <http://www.artigonal.com/medicina-artigos/mutacoes-dos-genes-brca1-e-brca2-e-sua-relacao-com-o-cancer-de-mama-3578004.html> >. Acesso: Julho de 2011.

TIMBY, Barbara K.; SMITH, Nancy E. Enfermagem Médico-Cirúrgica. **Assistência Pestada a Pacientes com Distúrbios Mamários**. 8ª edição. Editora Manole. Barueri-SP, 2005. Disponível em < http://books.google.com.br/books?id=mgelxuuBeZIC&pg=PA936&dq=anatomia+das+mamas&hl=ptBR&ei=tBUZTsPJE4jagQfz6PgS&sa=X&oi=book_result&ct=result&resnum=4&ved=0CDsQ6AEwAw#v=onepage&q=anatomia%20das%20mamas&f=false >. Acesso: Março de 2011.

VERDE, Sara M. M. L. **Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamária e suas conseqüências na qualidade de vida**. Disponível em < <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6133/tde-07032007-114040/pt-br.php> >. Acesso: Julho de 2011.



APÊNDICE A

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

1. ASPECTOS SOCIO-CULTURAIS

1.1 Idade: _____ **1.2 Peso:** _____ **1.3 Altura:** _____

1.4 Cor/etnia:

() branca () parda () Amarela () negra () indígena

1.5 Estado Civil:

() Solteira () Casada () Divorciada () União Estável () Viúva

1.6 Tem filhos? () Sim () Não Se **sim**, quantos? _____

1.7 Membros na família:

() 1 () 2 () 3-4 () >4

1.8 Trabalha: () Não () Aposentada () Sim _____.

1.9 Religião:

() Católica () Protestante () Espírita () Outra _____.

1.10 Sua religião a ajuda a lidar com sua doença?

() Não () Pouco () As vezes () Muito () Sim

1.11. Escolaridade:

- () Analfabeta
- () Ensino fundamental incompleto
- () Ensino fundamental completo
- () Ensino médio incompleto
- () Ensino médio completo
- () Ensino superior incompleto
- () Ensino superior completo

2. ASPECTOS QUANTO À PATOLOGIA ONCOLÓGICA

2.1 Tem casos de câncer na família: () Sim () Não

2.0.1 Se sim, qual o parentesco e qual tipo de câncer: _____

2.0.2 Em caso de resposta afirmativa, que tratamento realizou?

() cirúrgico () hormonioterapia () radioterapia () quimioterapia

2.2 Tem conhecimento do diagnóstico da doença?

() Sim () Não

2.3 Tratamento(s) que esta realizando no momento:

() cirúrgico () hormonioterapia () radioterapia () Quimioterapia

2.4 Vem apresentando problema desde que iniciou o tratamento?

() Sim () Não

2.4.1 Sintomas que vem apresentando:

() Fadiga () Náuseas/vômitos () Dor () Dispnéia

() Insônia () Perda de Appetite () Constipação () Diarréia

() Outro: _____

2.5 Está incomodada com os efeitos colaterais do tratamento?

() Sim () Não

2.6 De que forma a quimioterapia influencia sua vida?

2.7 Como encara esse tratamento (quimioterapia)?

2.8 Quanto as atividades da vida cotidiana:

- () É capaz de realizar as atividades normalmente
- () Requer assistência ocasional, mas realiza a maioria das atividades
- () Requer considerável assistência e cuidados médicos freqüentes
- () É incapaz de realizar as atividades, necessitando de cuidados especiais
- () É severamente incapaz, requerendo hospitalização

2.9 Bem-estar social (para os entrevistados que estão cientes do diagnóstico)

2.9.1 Sente-se distante dos amigos

() Não () Pouco () As vezes () Sim () Sempre

2.9.2 Recebe apoio emocional da família

() Não () Pouco () As vezes () Sim () Sempre

2.9.3 Recebe apoio dos amigos

() Não () Pouco () As vezes () Sim () Sempre

2.9.4 A família aceitou a doença

() Não () Pouco () As vezes () Sim () Sempre

2.9.5 A comunicação com a família sobre a doença é:

() Boa () Ruim () Razoável

2.9.6 A pessoa que se sente mais próxima

() pai/mãe () irmão/irmã () filho/filha () companheiro () amigo/amiga

() tio/tia () outro _____

2.10 Relacionamento com o médico:

2.10.1 Tem confiança no médico

() Não () Pouco () As vezes () Sim, sempre

2.10.2 Seu médico está disponível para responder suas dúvidas

() Não () Pouco () As vezes () Sim, sempre

3. ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

3.1 Bem-estar emocional:

3.1.1 Sente-se triste

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.1.2 Sente-se satisfeita com a forma que lida com a doença

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.1.3 Sente-se confiante

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.1.4 Sente-se nervosa

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.1.5 Se preocupa com a morte

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.2 Tem vida sexual ativa?

Sim Não

3.2.1 Está satisfeita? Sim Não

3.3 Sente-se sexualmente atraente?

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.4 Sente-se mulher?

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.5 Se incomoda com a queda de cabelo?

Não Pouco As vezes Sim Muito

3.5.1 Como a queda de cabelo afeta sua vida?

3.6 Sente-se insatisfeita com seu peso atual?

Não Pouco As vezes Sim Muito

4. CONSIDERAÇÕES ACERCA DA QUALIDADE DE VIDA ATUAL DA PACIENTE

4.1 Como qualifica sua atual qualidade de vida:

Muito boa Boa Razoável Ruim Muito ruim Péssima

4.2 O que mais a incomoda?

APÊNDICE B

ESTADIAMENTO DO CÂNCER DE MAMA SEGUNDO A CLASSIFICAÇÃO TMN

Os Quadros a seguir sintetizam as classificações conforme o tamanho do tumor (T), comprometimento nodal (N) e metástases (M), além de agrupar, por estádios, as diversas combinações possíveis.

TAMANHO DO TUMOR T

Tx – tumor não pode ser avaliado
 Tis – carcinoma *in situ*
 T1 – tumor com até 2 cm em sua maior dimensão
 T1 mic – carcinoma microinvasor (até 1 mm)
 T1a – tumor com até 0,5 cm em sua maior dimensão
 T1b – tumor com mais de 0,5 e até 1 cm em sua maior dimensão
 T1c – tumor com mais de 1 cm e até 2 cm em sua maior dimensão
 T2 – tumor com mais de 2 e até 5 cm em sua maior dimensão
 T3 – tumor com mais de 5 cm em sua maior dimensão
 T4 – qualquer T com extensão para pele ou parede torácica
 T4a extensão para a parede torácica
 T4b edema (incluindo *peau d'orange*), ulceração da pele da mama, nódulos cutâneos satélites na mesma mama
 T4c associação do T4a e T4b
 T4d carcinoma inflamatório

Fonte: INCA, 2004

Observações:

- a. O comprometimento do músculo grande peitoral não caracteriza T4.
- b. Presença de retração da pele ou papila não interfere no estadiamento.

LINFONODOS REGIONAIS (N)

Nx – Os linfonodos regionais não podem ser avaliados

N0 – Ausência de metástase

N1 – Linfonodo(s) homolateral(is) móvel(is) comprometido(s)

N2 – Metástase para linfonodo(s) axilar(ES) homolateral(is), fixos uns aos outros ou fixos a estruturas vizinhas ou metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral

N2a – Metástase para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is) fixo(s) uns aos outros ou fixos à estruturas vizinhas

N2b – Metástase clinicamente aparente somente para linfonodo(s) da cadeia mamária interna homolateral, sem evidência clínica de metástase axilar

N3 – Metástases para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es), ou para linfonodo(s) da mamária interna homolateral clinicamente aparente na presença de evidência clínica de metástases para linfonodo(s) axilar(es) homolateral(is), ou metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is) com ou sem comprometimento do(s) linfonodo(s) axilar(es) ou da mamária interna

N3a – Metástase para linfonodo(s) infraclavicular(es) homolateral(is)

N3b – Metástase para linfonodo(s) da mamária interna homolateral e para linfonodo(s) axilar(es)

N3c – Metástase para linfonodo(s) supraclavicular(es) homolateral(is)

Fonte: Inca, 2004

Observação: Clinicamente aparente é definido como detectado por estudos de imagem (exceto linfocintigrafia), pelo exame clínico ou pelo diagnóstico patológico macroscópico.

METÁSTASES (M)

Mx – metástase à distância não pode ser avaliada

M0 – ausência de metástase à distância

M1 – presença de metástase à distância (incluindo LFN supraclaviculares)

ESTADIAMENTO TNM DO CÂNCER DE MAMA POR AGRUPAMENTOS

Estádio 0	Tis N0M0
Estádio I	T1N0M0
Estádio II A	T0N1M0 T1N1M0 T2N0M0
Estádio II B	T2N1M0 T3N0M0
Estádio III A	T0N2M0 T1N2M0 T2N2M0 T3N1M0 T3N2M0
Estádio III B	T4N0M0 T4N1M0 T4N2M0
Estádio III C	TqqN3M0*
Estádio IV	TqqNqqM1*

Fonte: UICC, 2002 apud INCA, 2004



Anexos

ANEXO A**DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA COM PROJETO DE PESQUISA**

Pesquisa: **Câncer de Mama: *Impacto da Quimioterapia***

Eu, Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos, professora da Universidade Estadual da Paraíba, portadora do RG: 914549-PB e do CPF: 13141384487, declaro que estou ciente do referido Projeto de Pesquisa e comprometo-me em verificar seu desenvolvimento para que se possam cumprir integralmente os itens da Resolução 196/96, que dispõe sobre Ética em Pesquisa que envolve Seres Humanos.

Campina Grande, 08 de abril de 2011

Eliane Maria N. C. de Vasconcelos

(Orientador)

Thayse Emanuele Franklin Araújo

(Orientando)

ANEXO B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO-TCLE

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido eu, _____, em pleno exercício dos meus direitos autorizo-me disponho a participar da pesquisa intitulada “**Câncer de Mama: Impacto da Quimioterapia**”.

Declaro ser esclarecido e estar de acordo com os seguintes pontos:

O trabalho “**Câncer de Mama: Impacto da Quimioterapia**” terá como objetivo avaliar os impactos da quimioterapia em mulheres com diagnóstico de câncer de mama com acompanhamento hospitalar e/ou ambulatorial na Fundação Assistencial da Paraíba (FAP), no município de Campina Grande-PB.

Ao pesquisador caberá o desenvolvimento da pesquisa de forma confidencial, revelando os resultados ao médico, indivíduo e/ou familiares, se assim o desejarem.

Não haverá utilização de nenhum indivíduo como grupo placebo, visto não haver procedimento terapêutico neste trabalho científico.

O Responsável legal do menor participante da pesquisa poderá se recusar a participar, ou retirar seu consentimento a qualquer momento da realização do trabalho ora proposto, não havendo qualquer penalização ou prejuízo para o mesmo.

Será garantido o sigilo dos resultados obtidos neste trabalho, assegurando assim a privacidade dos participantes em manter tais resultados em caráter confidencial.

Não haverá qualquer despesa ou ônus financeiro aos participantes voluntários deste projeto científico e não haverá qualquer procedimento que possa incorrer em danos físicos ou financeiros ao voluntário e, portanto, não haveria necessidade de indenização por parte da equipe científica e/ou da Instituição responsável.

Qualquer dúvida ou solicitação de esclarecimentos, o participante poderá contatar a equipe científica no número (083) 3315-3335 para falar com a professora Eliane M^a Nogueira Costa de Vasconcelos.

Ao final da pesquisa, se for do meu interesse, terei livre acesso ao conteúdo da mesma, podendo discutir os dados, com o pesquisador, vale salientar que este documento será impresso em duas vias e uma delas ficará em minha posse.

Desta forma, uma vez tendo lido e entendido tais esclarecimentos e, por estar de pleno acordo com o teor do mesmo, dato e assino este termo de consentimento livre e esclarecido.

Assinatura do Pesquisador responsável

Assinatura do Participante da Pesquisa



Assinatura Dactiloscópica

Polegar Direito

Campina Grande, 08 de abril de 2011

ANEXO C

PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA-UEPB
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA-PRPGP
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS
FORMULÁRIO DE PARECER DO CEP – UEPB**

PROJETO CAAE N°: 0190.0.133.000-11

PARECER

X APROVADO
 NÃO APROVADO
 PENDENTE

TÍTULO: “Câncer de mama: um impacto da Quimioterapia”.

ORIENTADORA: Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos

ORIENTANDA: Thayse Emanuele Franklin Araújo

DESCRIÇÃO: Trata-se de uma pesquisa descritiva de caráter exploratório, quantitativa. A pesquisa tem como objetivo geral avaliar os impactos da quimioterapia em mulheres com diagnóstico de câncer de mama com acompanhamento hospitalar e/ou ambulatorial na FAP, no município de Campina Grande-PB. O estudo é de relevância científica e social. Durante o desenvolvimento da pesquisa, os pesquisadores adotarão os princípios éticos dispostos na RESOLUÇÃO 196/96 do CNS/MS. Assim sendo, somos de parecer favorável à sua aprovação, salvo melhor juízo.
Campina Grande, 30 de maio de 2011.

Relator: 04

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA/
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA/
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Prof.ª Dra. Doralúcia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO D
COMPROVANTE DE APROVAÇÃO



UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

COMPROVANTE DE APROVAÇÃO
CAAE 0190.0.133.000-11

Pesquisadora Responsável: ELIANE MARIA NOGUEIRA COSTA DE VASCONCELOS

Andamento do Projeto CAAE- 0190.0.133.000-11				
Título do Projeto de Pesquisa				
Câncer de mama: impacto da Quimioterapia				
Situação	Data Inicial no CEP	Data Final no CEP	Data Inicial na CONEP	Data Final na CONEP
Aprovado no CEP	18/05/2011 12:55:50	30/05/2011 09:09:17		
Descrição	Data	Documento	Nº do Doc	Origem
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	19/04/2011 12:59:57	Folha de Rosto	FR - 420606	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	18/05/2011 12:55:50	Folha de Rosto	0190.0.133.000-11	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	30/05/2011 09:09:17	Folha de Rosto	0190.0.133.000-11	CEP

UNIVERSIDADE ESTADUAL DA PARAÍBA
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Profª Dra. Doralícia Pedrosa de Araújo
Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa

ANEXO E

DECLARAÇÃO DE APROVAÇÃO DA FAP

**Fundação Assistencial da Paraíba - FAP**

CNPJ: 08.841.421/0001-57 Inscrição Estadual: Isento
Av. Dr. Francisco Pinto, s/n - Bodocongó - Cx. Postal 405
CEP 58.109-783 - Campina Grande - PB
Telefone/fax: (83) 2102-0300 – E-mail: fapcg@uol.com.br

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins e a quem interessar que estamos cientes da intenção da realização da pesquisa intitulada CANCER DE MAMA:IMPACTO DA QUIMIOTERAPIA, sob orientação da Profa.Eliane Maria Nogueira Costa de Vasconcelos desenvolvida pela graduanda Thayse Emanuele Franklin Araujo, ambas da Universidade Estadual da Paraíba. Após aprovação do Comitê de Ética. Toda documentação relativa a este trabalho deverá ser entregue em duas vias (sendo uma em CD e outra em Papel) ao Centro de Pesquisa da FAP e arquivado por cinco anos de acordo com a Res 196/96 do Ministério da Saúde.

Campina Grande, 13 de maio de 2011

Lindomar de Farias Belém

Dr^a Prof^a Lindomar de Farias Belém
Coordenadora de Pesquisa da FAP

Severino Santiago

Severino Santiago
Gerente Administrativo

ANEXO F

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

folha de Rosto http://portal2.saude.gov.br/sisnep/folha_rosto.cfm?vcod=420606

 **MINISTÉRIO DA SAÚDE**
Conselho Nacional de Saúde
Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP

FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS FR - 420606

Projeto de Pesquisa
Câncer de Mama: Impacto da Quimioterapia

Área de Conhecimento Grupo Grupo III Nível Não se aplica

4.00 - Ciências da Saúde - 4.04 - Enfermagem - Nenhum Fase Não se Aplica

Área(s) Temática(s) Especial(s)

Unitermos
Câncer, neoplasia mamária, quimioterapia, impacto

Sujeitos na Pesquisa

Nº de Sujeitos no Centro	Total Brasil	Nº de Sujeitos Total	Grupos Especiais	
20	20	20		
Placebo	Medicamentos HIV / AIDS	Wash-out	Sem Tratamento Específico	Banco de Materiais Biológicos
NAO	NAO	NAO	NAO	NAO

Pesquisador Responsável

Pesquisador Responsável Eliane Maria Nogueira Costa e Vasconcelos	CPF 131.413.844-87	Identidade 914549
Área de Especialização Médico-cirúrgica	Maiores Titulações Mestrado	Nacionalidade brasileira
Endereço avenida rio branco, 707	Bairro Prata	Cidade Campina Grande - PB
Código Postal 58000-260	Telefone / 833321-7553	Fax
		Email ELINOGVASC@YAHOO.COM.BR

Termo de Compromisso
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não.
Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima.

Data: ____/____/____ Assinatura

Instituição Proponente

Nome Universidade Estadual da Paraíba - UEPB	CNPJ 12.671.814/0001-37	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão Departamento de Enfermagem	Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO
Endereço Av. das Baraunas 351	Bairro Campus Universitário	Cidade Campina Grande - PB
Código Postal 58109753	Telefone 83 3153373	Fax
		Email cep@uepb.edu.br

Termo de Compromisso
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.

Nome: Jurecki Dias Albuquerque Assinatura
Data: 26/04/2011

Instituição Co-Participante

Nome Fundação Assistencial da Paraíba - FAP	CNPJ 08.841/4210-00	Nacional/Internacional Nacional
Unidade/Órgão FAP/ Setor de Oncologia	Participação Estrangeira NAO	Projeto Multicêntrico NAO
Endereço Av. Dr. Francisco Pinto, s/n	Bairro Bodocongo	Cidade Campina Grande - PB
Código Postal 58434700	Telefone (83) 21020300	Fax
		Email

Termo de Compromisso
Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Res. CNS 196/96 e suas complementares.

Nome: Jurecki Dias Albuquerque Assinatura
Data: ____/____/____

Assinatura: 027.084.744-81
Gerente Administrativo/Financeiro
F. A. P.

O Projeto deverá ser entregue no CEP em até 30 dias a partir de 19/04/2011. Não ocorrendo a entrega nesse prazo esta Folha de Rosto será INVALIDADA.

IMPRIMIR

Voltar

1 de 1 19/4/2011 13:08