

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE MARINGÁ
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

HELLEN CARLA RICKLI CAMPANA

PERFIL DE MULHERES COM DE CÂNCER DE MAMA

MARINGÁ
2007

HELLEN CARLA RICKLI CAMPANA

PERFIL DE MULHERES COM DE CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada ao Mestrado de
Enfermagem da Universidade Estadual de
Maringá como requisito para obtenção do
título de Mestre em Enfermagem

Orientador: Prof^ª Dr^ª Sandra Marisa Pelloso

MARINGÁ
2007

HELLEN CARLA RICKLI CAMPANA

PERFIL DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

Dissertação apresentada à Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Estadual de Maringá como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem.

Aprovado em 26/03/2007

BANCA EXAMINADORA

Prof^a Dr^a Sandra Marisa Pelloso – Universidade Estadual de Maringá

Prof^a Dr^a Maria de Lourdes da Silva Marques Ferreira –
Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho

Prof^a Dr^a Deise Serafim – Universidade Estadual de Maringá

Dedico este trabalho ao Emerson, meu marido; à Jorge e Lêda, amados pais; à Jorge e Haroldo, irmãos queridos, à Adriana, minha irmã por extensão, à sobrinha Luísa que é “a menina linda da tia Hellen”, a quem a presença enche minha vida de alegria.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela vida e por me permitir chegar até aqui.

Agradeço à Prof^a Dr^a Sandra Marisa Pelloso pela competência, paciência, dedicação, compreensão e acompanhamento em cada etapa deste trabalho: sem você eu não teria conseguido.

Agradeço à Coordenadora do Mestrado, Prof^a Dr^a Sonia Silva Marcon, por sempre estar engajada na melhoria de nosso crescimento.

Agradeço ao Marco Aurélio, secretário do Mestrado em Enfermagem, por sempre ter uma palavra de incentivo, mesmo quando a ocasião não era promissora.

Ao Dr. José Octávio, por liberar o acesso ao telefone das mulheres.

Ao Prof. José G. Vicente, pela condução da parte estatística.

A minha amada família:

Ao Emerson, meu companheiro que nas alegrias e tristezas, incertezas e dúvidas da vida sempre me incentivou a sonhar.

Pai, cheguei até aqui porque um dia você provou com seu exemplo as possibilidades da vida, quero continuar seguindo seus passos.

A minha mãe Lêda Márcia, pelo exemplo de mulher e mãe, pelo apoio e amor dispensado em todos os momentos da minha vida.

Ao Jorge Jr., meu irmão, que mesmo distante não deixou de se fazer presente e por ser um vencedor e exemplo nas vitórias da vida. “Jinho”: você é meu ídolo eternamente.

Ao Haroldo, meu irmão.

À cunhada Adriana por sempre ter me alertado sobre o procedimento metodológico, meu “muito obrigada”.

À sobrinha Luísa por ser uma das alegrias maiores da vida da tia Hellen.

As mulheres guerreiras e vencedoras, por aceitarem participar deste estudo.

RESUMO

O câncer de mama tornou-se um problema de saúde pública tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento. O processo de diagnóstico e tratamento causam importante impacto na qualidade de vida da mulher. Foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e exploratório com 50 mulheres com câncer de mama na cidade de Maringá – PR. O objetivo deste estudo foi analisar a experiência de mulheres com história de câncer de mama. Foi aplicado um questionário com perguntas fechadas no domicílio das mulheres, sendo apenas uma delas realizada na residência da pesquisadora. Os dados foram analisados utilizando-se do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0. para a análise do conjunto de 50 mulheres, quanto a sua caracterização, os dados foram analisados descritivamente e apresentados através de tabelas com valores absolutos e relativos. Quanto aos dados sociodemográficos os resultados constituíram de mulheres entre 30 e 75 anos, 80% da cor branca, 84% casadas ou viúvas, 50% realizaram o tratamento por planos de saúde e 46% pelo SUS, 64% eram do lar, 28% tinham o primário completo, 50% da classe econômica A e B. em relação aos fatores de risco relacionados aos fatos hormonal e história familiar de câncer de mama, 64% não tinham história familiar de câncer de mama, 56% descobriu o câncer de mama de forma diferente da praticada nos serviços de saúde, 40% tiveram menarca entre os 13 e 14 anos, 88% eram múltíparas, 80% já tinham amamentado, 48% estavam na menopausa, 74% não fez uso da terapia de reposição hormonal, 54% não utilizaram anticoncepcionais orais, 76% não teve doença benigna da mama. Com relação a história atual da doença, 48% tinham de 1 a 2 anos de diagnóstico, 36% dos casos o tumor localizava-se na mama esquerda, 62% realizaram quadrantectomia, 94% realizaram radioterapia, 86% realizaram quimioterapia, 72% estavam em uso de hormonioterapia, 54% eram independentes na atividades de vida diária (AVD). No pós-cirúrgico todas as mulheres tiveram algum comprometimento nas AVD, em 78% o linfedema esteve ausente, 52% foram encaminhadas para fisioterapia, 64% afastaram-se das atividades profissionais após o procedimento cirúrgico e 68% após o diagnóstico, 80% sentiam-se em condições de realizarem as atividades profissionais e 20% precisou mudar de função após a cirurgia. O estudo mostrou ainda a necessidade de implementar ações educativas e assistenciais para a mulher com câncer de mama na busca da assistência humanizada.

Palavras-chave: Neoplasias mamárias. Qualidade de vida. Cirurgia conservadora da mama.

ABSTRACT

The breast cancer has become a public health issue in developed and in developing countries. The process of diagnosing and treating cancer has an important impact in women's quality of life. It was made a quantitative, descriptive and exploratory study using 50 female subjects with breast cancer in the city of Maringá, Paraná State, Brazil. The aim of this study was to analyse the women's experience of living with a breast cancer. It was provided a questionnaire with multiple choices applied at the women's homes except one that was applied in the researcher's home. The data were analyzed using the SPSS software (Statistical Package for the Social Sciences), version 15.0 in order to analyze the sample of 50 women, descriptively characterizing through tables with absolute and relative values. The social and demographical data showed that they are women aged between 30 to 75 years, 80% were Caucasian, 84% married or widows, 50% were submitted to private health plans treatments and 46% to the Brazilian public health plan – SUS, 64% were housewives, 28% finished only the first grade education, 50% belonged to the A and B social and economical class. The risk factors related to the familiar history and hormonal aspects of breast cancer showed a percentage of 64% subjects who did not present a familiar history, 56% who found out the breast cancer distinctly from the health services orientation, 40% who presented the menarche between 13 and 14 years, 88% who were multiparous, 80% who breastfed, 48% who were experiencing the menopause, 74% who did not do the hormonal reposition therapy, 54% who did not use oral contraceptives, 76% who did not have a benign breast disease. Related to the present history of the disease, 48% were experiencing a diagnosis of 1 to 2 years, 36% presented a tumor in the left breast, 62% made quadrantectomy, 94% made radiotherapy, 86% made chemotherapy, 72% were using hormone therapy, 54% were independent in their daily routines (AVD). The post surgical period showed that the entire sample presented a change in their daily routines (AVD), in 78% the lymphedema was absent, 52% were submitted to physiotherapy, 64% abandoned their professional lives after the surgical proceeding and 68% after the diagnostic, 80% were able to make their professional activities and 20% changed their activities after the surgery. The study showed indeed the need of implement educational and assisting actions to the breast cancer woman, aiming to offer a humanized assistance.

Key words: breast neoplasm. Quality of life. Breast-Conserving Surgery.

RESUMEN

El cáncer de mama se ha vuelto un problema de salud pública, tanto en los países desarrollados como en los países en desarrollo. El proceso de diagnóstico y tratamiento causa un importante impacto en la calidad de vida de la mujer. En esta investigación ha sido realizado un estudio cuantitativo, descriptivo y exploratorio con 50 mujeres que tienen cáncer de mama en la ciudad de Maringá – PR. El objetivo de este estudio ha sido analizar la experiencia de mujeres con historia de cáncer de mama. Ha sido aplicado un cuestionario, en el domicilio de las mujeres, con preguntas cerradas. Para el análisis de los datos fue utilizado el software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versión 15.0. Para el análisis del total de 50 mujeres, en lo que se refiere a su caracterización, los datos han sido analizados descriptivamente y presentados a través de tablas con valores absolutos y valores relativos. En cuanto a los datos sociodemográficos, los resultados constituyeron de mujeres entre 30 a 75 años. El 80% de las mujeres era de piel blanca, el 84% era casada o viuda, el 50% había realizado el tratamiento por planos de salud y el 46% por el SUS (Sistema Único de Salud); el 64% sólo trabajaba en su propio hogar, el 28% de las mujeres tenía la enseñanza primaria, el 50% pertenecía a las clases sociales A y B. Con relación a los factores de riesgo relacionados con los factores hormonales e historia familiar de cáncer de mama, se puede afirmar que el 64% no tenía historia familiar de cáncer de mama, el 56% descubrió el cáncer de mama de forma diferente de la practicada en los servicios de atendimento de la salud, el 40% tuvo menarca entre los 13 y 14 años, el 88% de ellas era multíparas, el 80% ya había amamantado, el 48% estaba en la menopausia, el 74% no hizo terapia de reposición hormonal, el 54% no utilizó anticonceptivos orales y el 76% no tuvo enfermedad benigna de la mama. En cuanto a la historia actual de la enfermedad, el 48% de las mujeres con cáncer tenía de 1 a 2 años de diagnóstico, en el 36% de los casos, el tumor se localizaba en la mama izquierda, el 62% realizó cuadrantectomía, el 94% realizó radioterapia, el 86% realizó quimioterapia, el 72% estaba en uso de hormonioterapia, el 54% era independiente en las actividades de vida diaria (AVD). Tras el procedimiento quirúrgico todas las mujeres tuvieron algún comprometimiento en las AVD, en el 78% el linfedema estuvo ausente, el 52% fue encaminada para las fisioterapias, el 64% se aisló de las actividades profesionales tras el procedimiento quirúrgico y el 68% tras el diagnóstico, el 80% se sentía en condiciones de realizar las actividades profesionales y el 20% necesitó cambiar de función tras la cirugía. El estudio mostró también que es necesario implantar acciones educativas y asistenciales para la mujer con cáncer de mama, buscando de ese modo la asistencia humanizada.

Palabras clave: Neoplasias mamarias. Calidad de vida. Cirugía conservadora de la mama.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Distribuição segundo complicações da quimioterapia. Maringá – PR, 2007.....	63
Quadro 2	Distribuição segundo complicações com a hormonioterapia. Maringá – PR, 2007.....	65
Quadro 3	Distribuição segundo atividade que realiza com ambas as mãos. Maringá – PR, 2007.....	68
Quadro 4	Distribuição segundo mobilidade de MMSS. Maringá – PR, 2007.....	70

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	Distribuição segundo faixa etária. Maringá – PR, 2007.....	31
Tabela 2	Distribuição segundo cor. Maringá – PR, 2007.....	33
Tabela 3	Distribuição segundo situação conjugal. Maringá – PR, 2007.....	34
Tabela 4	Distribuição segundo tipo de convênio de saúde que realizou o tratamento. Maringá – PR, 2007.....	35
Tabela 5	Distribuição segundo ocupação e grau de instrução da respondente. Maringá – PR, 2007.....	36
Tabela 6	Distribuição segundo classe econômica da respondente. Maringá – PR, 2007.....	37
Tabela 7	Distribuição segundo número de pessoas que residem no domicílio. Maringá – PR, 2007.....	38
Tabela 8	Distribuição segundo constituição familiar. Maringá – PR, 2007.....	39
Tabela 9	Distribuição segundo história familiar de câncer de mama. Maringá – PR, 2007.....	40
Tabela 10	Distribuição segundo forma de descoberta do câncer de mama. Maringá – PR, 2007.....	41
Tabela 11	Distribuição segundo antecedente pessoal de câncer. Maringá – PR, 2007.....	42
Tabela 12	Distribuição segundo faixa etária de ocorrência da menarca. Maringá – PR, 2007.....	42
Tabela 13	Distribuição segundo antecedentes obstétricos. Maringá – PR, 2007.....	43

Tabela 14	Distribuição prática e tempo de aleitamento materno. Maringá – PR, 2007.....	44
Tabela 15	Distribuição segundo idade da menopausa. Maringá – PR, 2007.....	45
Tabela 16	Distribuição segundo contato com radiação ionizante e pesticidas. Maringá – PR, 2007.....	45
Tabela 17	Distribuição segundo tipo, frequência de atividade física e IMC. Maringá – PR, 2007.....	46
Tabela 18	Distribuição segundo consumo de gordura animal. Maringá – PR, 2007.....	48
Tabela 19	Distribuição segundo consumo de frutas e frequência semanal do consumo. Maringá – PR, 2007.....	49
Tabela 20	Distribuição segundo consumo de vegetais e frequência semanal do consumo. Maringá – PR, 2007.....	49
Tabela 21	Distribuição segundo tempo de uso de Terapia de Reposição Hormonal. Maringá – PR, 2007.....	50
Tabela 22	Distribuição segundo uso de contraceptivos orais em anos. Maringá – PR, 2007.....	52
Tabela 23	Distribuição segundo antecedente e tempo decorrente de doença benigna da mama. Maringá – PR, 2007.....	53
Tabela 24	Distribuição segundo tempo de diagnóstico de câncer de mama. Maringá – PR, 2007.....	54
Tabela 25	Distribuição segundo localização anatómica do câncer de mama. Maringá – PR, 2007.....	55

Tabela 26	Distribuição segundo tipo, tempo decorrente e localização da cirurgia. Maringá – PR, 2007.....	56
Tabela 27	Distribuição segundo complicações com a cirurgia. Maringá – PR, 2007.....	58
Tabela 28	Distribuição segundo problemas no pós cirúrgico de reconstrução mamária. Maringá – PR, 2007.....	59
Tabela 29	Distribuição segundo uso de prótese artificial em mulheres que não realizaram reconstrução mamária. Maringá – PR, 2007.....	59
Tabela 30	Distribuição segundo realização, meses e sessões de radioterapia. Maringá – PR, 2007.....	60
Tabela 31	Distribuição segundo complicações com a radioterapia. Maringá – PR, 2007.....	61
Tabela 32	Distribuição segundo realização, meses e ciclos de quimioterapia. Maringá – PR, 2007.....	62
Tabela 33	Distribuição segundo uso, tempo de hormonioterapia e medicamento utilizado. Maringá – PR, 2007.....	64
Tabela 34	Distribuição segundo relação familiar do respondente quanto a dependência/independência para as AVD e pessoa que as auxilia. Maringá – PR, 2007.....	67
Tabela 35	Distribuição segundo presença, localização e tempo de instalação do linfedema. Maringá – PR, 2007.....	70
Tabela 36	Distribuição segundo encaminhamento para atendimento especializado. Maringá – PR, 2007.....	73
Tabela 37	Distribuição segundo afastamento da atividade profissional devido ao procedimento cirúrgico. Maringá – PR, 2007.....	74

Tabela 38	Distribuição segundo motivos de afastamento do emprego. Maringá – PR, 2007.....	75
Tabela 39	Distribuição segundo sentir-se em condições de exercer suas atividades profissionais e mudança da função profissional após a cirurgia. Maringá – PR, 2007.....	76

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	16
2	REVISÃO DE LITERATURA.....	18
2.1	A MULHER E O CÂNCER DE MAMA.....	18
2.2	FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	22
2.3	CÂNCER DE MAMA E DIAGNÓSTICO PRECOCE.....	24
2.4	CÂNCER DE MAMA E FORMAS DE TRATAMENTO.....	25
3	OBJETIVO.....	27
3.1	OBJETIVO GERAL.....	27
3.2	OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	27
4	MATERIAL E MÉTODOS.....	28
4.1	SUJEITOS.....	28
4.2	COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA.....	28
4.3	COLETA DE DADOS.....	28
4.4	QUESTÕES ÉTICAS.....	29
4.5	PROCEDIMENTOS.....	29
4.6	ANÁLISE DOS DADOS.....	29
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	31
6	CONCLUSÃO.....	77
	REFERÊNCIAS.....	78

1 INTRODUÇÃO

A mortalidade por doenças crônico-degenerativas vem apresentando uma progressiva ascensão, destacando-se entre elas as neoplasias (CERVI et al., 2005).

Nas últimas décadas o câncer tem se caracterizado como um problema de saúde pública em nível mundial (BRASIL, 2004a). O Brasil segue as tendências mundiais da estimativa e mortalidade por câncer, e após a década de 60, com a diminuição das doenças infecciosas e parasitárias, o câncer e as doenças do aparelho circulatório começaram a ser as principais causas de morte.

Assim, Kligerman (2001, p.1) afirma que

as neoplasias malignas merecem abordagem diferenciada, pelo aumento da sua prevalência, por utilizarem grande volume de recursos financeiros, por representarem importante ônus institucional e social, e ainda, por sua crescente importância como causa de adoecimento e de morte no país.

As estimativas de câncer no Brasil constituem importante fonte de informação para o planejamento de ações preventivas voltadas ao controle desse mal. Desta forma, os perfis de mortalidade e morbidade por câncer no Brasil variam de região para região e as prioridades de planejamento devem seguir estes perfis.

Esta diferenciação entre as regiões brasileiras deve-se às discrepâncias no grau de expectativa de vida, industrialização, exposição a fatores de risco e acesso aos serviços de saúde (KLIGERMAN, 2001).

As regiões com maiores taxas de câncer são a Sul e Sudeste; as regiões Norte e Nordeste apresentam as taxas mais baixas e a Região Centro-Oeste apresenta um padrão intermediário. Especificamente quanto ao câncer de mama, a Região Sul tem a maior taxa bruta de casos, quando comparado às outras regiões (MENDONÇA,1993; BORGHESAN et al., 2003; BRASIL, 2005).

Em 1986, a mortalidade de mulheres era causada em primeiro lugar por doenças do aparelho circulatório e em segundo lugar por neoplasias. Pode-se, então, observar a mudança nas causas de morte em mulheres nos últimos 20 anos, já que atualmente a principal causa de morte é o câncer de mama (MENDONÇA, 1993).

Nos Estados Unidos, estimou-se que cerca de 180.000 mulheres teriam câncer de mama em 1999 (FISHER et al., 2000). De três casos de câncer em mulheres americanas, um é de câncer de mama. Para o ano de 2005 estimaram-se 211.240 casos novos de câncer de

mama em mulheres e uma mortalidade provável de 40.410 delas. Entre os anos de 1975 a 1990 a mortalidade por câncer de mama aumentou 0,4% anualmente; já entre os anos de 1990 e 2002, a mortalidade diminuiu 2,3% ao ano (AMERICAN, 2005).

Em 2006, no Brasil, estimaram-se 472.050 casos novos de câncer. O câncer de pele não melanoma (116.000) foi o primeiro entre os brasileiros; os tipos mais comuns no sexo masculino continuaram sendo o de próstata (47.000) e o de pulmão (17.850); e entre as mulheres, o de mama (48.930) e colo do útero (19.260), os quais acompanham a magnitude mundial (BRASIL, 2005).

No Paraná foram estimados, para o ano de 2006, 2.970 casos novos de câncer de mama e uma taxa bruta de 56,70; somente na capital do Estado estimaram-se 700 casos novos, com uma taxa bruta de 77,88. Mesmo considerado um tipo de câncer de bom prognóstico, as taxas de mortalidade por câncer de mama no Brasil continuam elevadas, provavelmente devido ao diagnóstico tardio (BRASIL, 2004a; BRASIL, 2005).

Em investigação sobre as causas de mortalidade de mulheres brasileiras em idade fértil (10 a 49 anos) nas capitais do Brasil no primeiro semestre de 2002, Aldrighi et al. (2005) constataram que 24,4% das causas de óbito foram representadas pelas neoplasias malignas; destas, a neoplasia maligna de mama apareceu em quarto lugar, correspondendo a 5,8%.

O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, sobretudo pelas altas taxas de mortalidade e pela preocupação estigmatizante dos tratamentos invasivos.

A sobrevida livre da doença e a sobrevida global são os principais parâmetros utilizados para avaliar os resultados do tratamento oncológico (CONDE et al., 2006).

Assim, apesar do aumento da sobrevida com este tipo de câncer e das dificuldades no diagnóstico precoce e no tratamento, melhorar a qualidade de vida constitui desafio para as mulheres com câncer de mama e para os profissionais de saúde (ALMEIDA et al., 2001).

Neste sentido, o objetivo deste trabalho foi analisar a experiência de mulheres com história de câncer de mama.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Discutiremos ao longo do trabalho a relação da mulher e câncer de mama, fatores de risco para o câncer de mama, diagnóstico precoce e tratamento.

2.1 A MULHER E O CÂNCER DE MAMA

Desde o século XIX e início do século XX “o câncer, além de ser considerado como contagioso, era associado à falta de limpeza, a sujeira física e moral”. O uso de sapatos apertados ou a aproximação constante com geladeiras eram considerados como possíveis causas do câncer, e informar o diagnóstico ao paciente era considerado ato de crueldade por parte dos médicos (TAVARES; TRAD, 2005, p. 427).

Ao receber o diagnóstico de uma doença e vivenciar o processo de tratamento, os pacientes passam por um período de impacto; mas, receber o diagnóstico de câncer de mama constitui o principal evento para a mulher durante toda a trajetória de vivenciar essa enfermidade. É após este evento que a mulher se coloca diante do processo de ajuste e procura maneiras de enfrentamento para vivenciar o processo. Ao receberem o diagnóstico, mesmo não tendo experienciado a doença, as mulheres se recordam de membros da família que já tiveram câncer de mama (LINDOP; CANNON, 2001).

Receber o diagnóstico de câncer de mama pode provocar na mulher sentimentos de negação, desamparo, medo do futuro e, principalmente, da possível retirada da mama, além de associar o câncer à morte e se sentir ameaçada diante desse estigma tão forte em nossa sociedade.

Piato (1995) afirma que as mamas possuem um significado especial, principalmente do ponto de vista estético. Elas são também componentes marcantes da feminilidade da mulher diretamente relacionados à auto-estima e auto-afirmação, através da representação da imagem corporal feminina, sensual e sexual (RODRIGUES et al., 1998; OLIVEIRA; MONTEIRO, 2004).

Assim, o aparecimento do câncer de mama na mulher afeta diretamente sua feminilidade e sua imagem corporal (LINDOP; CANNON, 2001); além de trazer

“consequências terríveis para a mulher e sua família, prejudicando de maneira drástica sua qualidade de vida” (BORGHESAN, 2005, p. 3).

Os sentimentos vivenciados pela mulher ao descobrir-se com este tipo de câncer podem relacionar-se à sua percepção da mulher enquanto dependente e impotente diante dos serviços de saúde, devido à demora e os problemas relacionados à demanda e à burocracia. A mulher, então, age rapidamente para “resolver de forma eficaz aquilo que não pode evitar”, procurando, assim, colocar limites a uma doença que traz incerteza e sofrimento. Ela se vê, então, na contingência de mudar hábitos e alterar o convívio social (BERGAMASCO; ANGELO, 2001, p. 279).

COLOCAR TODOS OS TÓPICOS EM UM PARÁGRAFO SÓ

As mulheres experimentam o precoceito e o medo da morte, sofrem ante a possibilidade de mutilação e pela própria mutilação, receiam o surgimento do linfedema e sentem-se menos valorizadas socialmente (BERGAMASCO; ANGELO, 2001; ALMEIDA et al., 2001).

A experiência é vivenciada pela mulher de diferentes formas e interpretada de diferentes maneiras; mas, em geral, a experiência emocional da mulher é permeada de um estresse pós-traumático, senso de perda e sentimentos de insegurança relacionados ao futuro (LINDOP; CANNON, 2001).

Para Borghesan (2005, p. 63), em função do câncer de mama, “a postura física é potencializada pela postura psíquica”. Deve-se, então, buscar minimizar os efeitos físicos e emocionais, para que a mulher possa se adaptar a sua modificação corporal.

Após o aparecimento do câncer, a mulher e sua família começam a vivenciar o estigma de viver com câncer como algo intimamente ligado ao rótulo de ser incapaz, ao desprezo que pode receber do companheiro e de seus familiares, à incapacidade para o trabalho e para assumir responsabilidades antes naturais ao cotidiano (FERREL et al., 1997; FRANCO, 1997; CALIRI et al., 1998).

Cuidar da família exige conhecer o contexto familiar, ou seja, conhecer como essa família cuida de seus filhos, identificando suas dificuldades e forças. Somente após estas etapas é que o profissional com competências nas diferentes áreas do saber técnico, científico e humanístico “pode ajudar a família a agir de forma a atender às necessidades de seus membros” (MARCON, 1999, p. 20). Como na mulher com câncer de mama as necessidades são mais evidentes, ela necessita de um direcionador, o profissional de saúde.

Em estudo sobre o significado da recorrência de câncer de mama, Almeida et al. (2001) afirmam que ao procurar dar significado à doença, ao buscar a sua causa e a possibilidade da recorrência, ao identificar as características da doença como indissociável da dor e da morte e ao comparar o câncer a doenças culturalmente vistas como severas, a mulher sente o que é viver com uma doença estigmatizante.

Assim como em outras doenças, os comprometimentos ligados à saúde da mulher são dependentes de fatores culturais e sociais. A partir das diferenças sexuais fundaram-se as dicotomias de gênero, as quais representam a construção histórica das relações sociais entre homens e mulheres no sentido de masculino e feminino. Este sentido de masculino e feminino só foi incorporado à prática médica de saúde da mulher no século XIX.

Nesse século,

definia-se o papel de uma categoria específica de paciente, cujas particularidades demandavam as atenções e os serviços de um profissional que visse como um todo e não apenas como grávida e parturiente (MARTINS, 2004, p. 109).

Define-se gênero como as “características socialmente construídas que constituem a definição do feminino e do masculino em diferentes culturas” (ALDRIGHI et al., 2005, p. 39).

As questões higiênicas atribuíram à mulher a missão de criar os filhos e ela passou a ter prestígio a partir do momento que se começou a buscar soluções para os problemas de mortalidade infantil do século XIX. A maternidade, no discurso médico apoiado pela Igreja, individualizou a mulher e atribuiu um novo significado a sua existência: o papel de mãe-mulher (MARTINS, 2004).

Mori e Coelho (2004) enfatizam que a inserção social da mulher levou a uma mudança de foco dos estudos de gênero: papéis sociais antes exclusivos dos homens hoje são exercidos por mulheres em várias culturas, apesar das desigualdades entre os sexos continuarem existindo e variando apenas de sociedade para sociedade.

Além das dificuldades culturais relacionadas às questões de gênero, destacam-se outras dificuldades enfrentadas pelas mulheres com câncer de mama. Esta mulher vivencia diariamente a questão de probabilidade ou certeza da mutilação da mama, o que interfere na auto-imagem e no papel por ela desempenhado na sociedade.

Mulheres mastectomizadas sentem a repercussão e o sofrimento para a auto-imagem feminina e conjugal relacionados à mastectomia (TAVARES; TRAD, 2005). Relatos de mulheres que fizeram mastectomia corroboram com esta visão, ao afirmarem elas que o primeiro contato após a cirurgia é com o espelho, contato este que provoca sentimentos de

estranheza e sofrimento relacionados à falta da mama ou à queda dos cabelos pela quimioterapia. As mulheres consideram a roupa de grande importância no momento pós-cirúrgico, pois é com ela que procuram ocultar a cicatriz cirúrgica (DUARTE; ANDRADE, 2003).

O câncer de mama leva a uma mobilização do contexto familiar, na busca de proporcionar suporte emocional à mulher, e “o parceiro pode ser fonte de suporte ou estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal”. Assim, a participação do parceiro no processo de tratamento, desde o momento do diagnóstico, é fundamental para que a mulher tenha menos repercussões negativas nas esferas sexual, psicológica e social (CONDE et al., 2006, p. 200).

Como os parceiros podem também ter reações difíceis ante o processo de tratamento, tanto a paciente quanto a família precisam de apoio e orientação, entendendo-se a família enquanto “um sistema interligado e que cada um de seus membros tem influência sobre o outro”. Ao estudarem a reação da família ao conviver com a mulher/mãe após a mastectomia, os autores concluíram que o impacto do diagnóstico de uma doença estigmatizante e a incerteza do prognóstico levam as pessoas à reflexão sobre a finitude humana, tanto pessoal quanto familiar (BERVIAN; GIARDON-PERLINI, 2006, p. 122).

Além dos fatores biológicos, os autores Oliveira e Monteiro (2004) abordaram em seu estudo o fator psicológico de mulheres mastectomizadas e relatam que o impacto do diagnóstico atinge a mulher e toda a sua rede de relações, principalmente a família. Neste período podem surgir sentimentos de revolta, raiva, culpa ante a experiência de ter câncer de mama. As mulheres podem viver uma fase na qual fantasia e realidade se confundem, devido à rapidez dos acontecimentos, precisando de tempo para elaborar a nova situação. As mulheres estudadas apresentaram estresse no desempenho de atividades diárias e sobrecarga de trabalho devido ao acúmulo de funções, bloqueio relacionado à espontaneidade (fator que possibilita uma nova forma de existir no mundo e redirecionamento de suas vidas), alterando sua capacidade de enfrentamento de novas situações e levando-as a um desempenho inadequado de papéis.

Tavares e Trad (2005), estudando o significado do câncer de mama para cinco famílias de mulheres com câncer de mama, encontraram homogeneidade de percepções em todas as faixas etárias quanto à letalidade e aos sofrimentos causados pelo tratamento e visão de câncer como doença incurável. Os significados relacionavam-se como algo negativo, traumático, ligado a sentimentos de morte e ansiedade pela expectativa de recidiva.

O câncer de mama de um membro da família pode provocar alterações no funcionamento familiar. Então, para considerar a família como rede de suporte, devem-se identificar os recursos que cada família possui, para que os profissionais possam oferecer o suporte necessário ao cliente/família durante o processo de adaptação à nova condição (BIFFI, 2003).

A família, muitas vezes, não está preparada para enfrentar o adoecimento, conviver com a nova realidade pessoal e familiar e suportar o sofrimento de seu familiar. Este processo, então, pode contribuir para aumentar o sofrimento da mulher. Cumpre lembrar que, ao receber o diagnóstico, a mulher necessitará do apoio familiar durante todas as etapas do tratamento.

Bervian e Giardon-Perlini (2006) buscaram, em seu estudo, compreender como é, para a família, ter em seu meio a mulher/mãe que sofreu mastectomia. Deste estudo obteve-se uma categoria “a doença como forma de promover mudanças e fortalecer os laços familiares”. Os autores destacam o impacto do diagnóstico para a mulher e a família, as quais sofrem e ficam abaladas emocionalmente e precisam de tempo para uma reestruturação, para tomar decisões e enfrentar o diagnóstico. A família elabora estratégias de reorganização da estrutura familiar, na busca de permanecer unida encontrar forças e esperança para suportar os momentos de incerteza.

2.2 FATORES DE RISCO PARA O CÂNCER DE MAMA

Como fatores de risco para o câncer de mama podem-se citar: idade, raça, idade da menarca, idade da primeira gestação, número de parentes de primeiro grau com câncer de mama. Além destes, destacam-se como importantes os fatores demográficos, genéticos, reprodutivos, ambientais e hormonais, o estilo de vida e as doenças benignas de mama. A idade e o sexo são importantes fatores de risco quando relacionados aos carcinomas, pois, ao contrário do que acontece em relação aos sarcomas, aumenta a incidência daqueles com o avançar da idade (ALDRIGHI et al., 2005).

A American Cancer Society considera a idade, história familiar, a idade da primeira gestação, a menarca precoce e a menopausa tardia como fatores de risco não modificáveis; e a obesidade pós-menopausa, o uso de Terapia de Reposição Hormonal (TRH), o consumo de álcool e a prática de exercícios físicos como fatores modificáveis. Alguns fatores aumentam o

tempo de exposição do tecido mamário aos hormônios ovarianos: menarca precoce, menopausa tardia, obesidade e uso de hormônios (AMERICAN, 2005).

Nora e Giuliano (2005) citam como fatores predisponentes ao câncer de mama a história familiar (história familiar de câncer de mama aumenta o risco relativo geral), a idade entre 45 e 50 anos, a obesidade, o uso de álcool e fatores reprodutivos e hormonais (idade da menarca menor, menopausa tardia, nuliparidade, primeiro filho em idade avançada, uso por mais de 10 anos de estrogênio, administração de estrôgeno na pós-menopausa).

Paiva et al. (2002) separam os fatores de risco em endógenos (idade, história familiar e reprodutiva de doença benigna prévia) e fatores exógenos (dieta, exposição a radiação ionizante, consumo moderado de álcool e exposição a inseticidas organoclorados).

Os fatores geográficos e raciais vêm sendo estudados amplamente, na tentativa de identificar fatores ambientais e comportamentais relacionados aos hábitos alimentares e hábitos de procriação (LIMA et al., 1999).

O grande crescimento industrial ocorrido nos centros urbanos nas últimas décadas teve como consequência direta maior exposição a agentes potencialmente cancerígenos (MENDONÇA, 1993).

As mudanças ocorridas na vida cotidiana das mulheres no século passado contribuíram para mudanças significativas no estilo de vida, as quais podem ser fator de risco devido às alterações que podem promover ao perfil hormonal da mulher (ALDRIGHI et al., 2005). Mendonça (1993) corrobora essa hipótese ao afirmar que o aumento da vida média, a diminuição da taxa de fecundidade, modificações no estilo de vida e maior exposição a riscos ambientais concorrem diretamente para o aumento do número de neoplasias malignas.

O trabalho fora do lar contribuiu com a inclusão da dupla, por vezes tripla jornada de trabalho. Proporcionalmente ao aumento de trabalho fora do lar e à busca de uma carreira profissional, as mulheres tornaram-se cada vez mais sedentárias, mais expostas ao estresse, e passaram a ter menor qualidade de vida (QDV). Houve também uma mudança no papel de mulher desempenhado socialmente, o que pode ser comprovado pelo aumento do uso de álcool e fumo por parte das mulheres, prática antes exclusiva dos homens e representante de parte sua masculinidade.

A crescente inserção da mulher no mercado de trabalho, modificou o papel exercido por ela dentro do âmbito familiar, fazendo com que ela assumisse o trabalho fora do lar. E “quando a mulher não tem condições de experienciar saudavelmente seu processo de viver, isto pode ter reflexos na saúde de toda a família” (MARCON, 1999, p. 24). Esta experiência pode ocorrer em mulheres mais jovens que são acometidas pelo câncer de mama.

Não obstante tudo isso, é a mulher quem detém a responsabilidade do cuidado dentro do lar (MARCON, 1999), o que é alterado após ser acometida de câncer de mama.

2.3 CÂNCER DE MAMA E DIAGNÓSTICO PRECOCE

O câncer de mama, até o momento, não pode ser evitado; todavia, algumas das etapas da história natural da doença são conhecidas, bem como seus fatores de risco e de proteção. Um dos fatores que dificultam o tratamento é o estágio avançado em que a doença seja descoberta. A maioria dos casos de câncer de mama, no Brasil, é diagnosticada em estágios avançados (III e IV), diminuindo as chances de sobrevivência das pacientes e comprometendo os resultados do tratamento. A única forma de diminuir as taxas de morbidade e de mortalidade do câncer é o diagnóstico precoce. A palpação das mamas e a mamografia são procedimentos utilizados para o diagnóstico precoce do câncer de mama.

O rastreamento do câncer de mama pela mamografia é altamente eficaz para a detecção precoce deste tipo de câncer e tem sido indicado para mulheres a partir dos 40 anos; e, apesar de suas limitações, ainda é o melhor método de rastreamento disponível para o câncer de mama. Ao estudar a prevenção secundária do câncer de mama e os fatores associados, Scowitz et al. (2005) detectaram que mulheres de classe social mais baixa realizaram em maior escala o auto-exame das mamas, provavelmente pela dificuldade de acesso à consulta e aos exames diagnósticos, já que esse exame passa a ser o único meio acessível de prevenção.

Uma das causas do diagnóstico tardio “pode ser reflexo da inexistência de uma política consistente de controle da doença através do diagnóstico precoce, que tem na mamografia o seu instrumento fundamental” (ABREU; KOIFMAN, 2002, p. 114).

Almeida et al. (2001, p. 66) afirmam que “o ocultamento dos sinais e sintomas físicos que dificultam o diagnóstico precoce é percebido como o lado sombrio da doença, deixando embutida a possibilidade de sua recorrência, visto ser ela imprevisível”.

Para De Luca (1998), o diagnóstico precoce e o tratamento menos agressivo que esse diagnóstico permite são as únicas armas para aumentar a sobrevivência de mulheres com câncer de mama, melhorar sua qualidade de vida e obter a cura das pacientes.

O Ministério de Saúde tem como estratégia para a prevenção do câncer de mama a detecção precoce através da realização do auto-exame das mamas, exame clínico das mamas e mamografia (BRASIL, 2004b). Por outro lado, Duarte e Andrade (2003) acreditam que é preciso também ter acesso a serviços públicos de saúde de qualidade para haver detecção

precoce; pois, apesar do estímulo realizado na mídia e pelos programas voltados à saúde da mulher, as mulheres não têm sido suficientemente estimuladas para que a realização do auto-exame se torne hábito de vida.

Molina et al. (2003), ao analisarem as oportunidades de diagnóstico precoce de neoplasias de mama em mulheres idosas, encontraram prevalência e mortalidade maior nessa faixa etária, pois eram menos informadas sobre como e quando fazer o auto-exame das mamas. Detectaram também menor frequência de exames clínicos e mamografias, o que as levou a ter menores oportunidades de diagnóstico precoce.

Paralelamente à informação, Andrade et al. (2005) sugerem que o apoio social pode contribuir para o estímulo a práticas de autocuidado relacionadas à saúde da mulher, pois a manutenção de adequados laços sociais está fortemente relacionada com práticas positivas de saúde. É preciso atenção especial à educação em saúde, uma vez que o câncer e outras doenças crônico-degenerativas associam-se às condições e à qualidade de vida dos indivíduos (DUARTE; ANDRADE, 2003).

2.4 CÂNCER DE MAMA E FORMAS DE TRATAMENTO

A próxima etapa após o diagnóstico de câncer de mama é, normalmente, o tratamento representado por cirurgia para a retirada do tumor, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, além da reconstrução mamária (LINDOP; CANNON, 2001; BESE et al., 2006).

Este processo é considerado árduo e desagradável, devido principalmente aos efeitos colaterais. Algumas mulheres racionalizam a necessidade de tratamento ao afirmarem que este é o preço a ser pago pela sua saúde e até pela sua própria vida, e que a mastectomia provoca uma mudança de visão na imagem corporal da mulher e no companheiro (LINDOP; CANNON, 2001).

Para as mulheres que apresentam comprometimento dos linfonodos axilares, a terapia coadjuvante de escolha tem sido o método de escolha; apesar de todas as pacientes com linfonodos negativos apresentarem algum risco de recidiva. A escolha do tratamento é influenciada pelo estágio do tumor, presença ou ausência de receptores e outros fatores de prognóstico bem-estabelecidos (HEGG, 2000).

Se o diagnóstico de câncer de mama não for precoce, a terapêutica mutiladora e agressiva se faz necessária (BORGHESAN, 2005).

A mastectomia é um dos métodos mais utilizados para o tratamento do câncer de mama. Ela tem como objetivo remover o tumor e é definida como “uma cirurgia mutiladora que visa remover todo o tumor visível e que pode ter como consequência problemas físicos e psicológicos” (BERVIAN; GIARDON-PERLINI, 2006, p. 122). Para a escolha do tipo de cirurgia leva-se em consideração o tamanho do tumor, sua localização, a relação tamanho da mama X tumor, salientando-se que as pacientes submetidas à quadrantectomia deverão fazer radioterapia (HEGG, 2000).

São diferentes as seqüelas psicológicas para a mulher entre realizar a mastectomia ou cirurgia conservadora, como a quadrantectomia. Mock (1993) relata que mulheres que realizaram cirurgia conservadora da mama apresentavam maior satisfação com a imagem corporal no pós-operatório que mulheres submetidas a mastectomia, mesmo que seguida de reconstrução mamária.

Pacientes submetidas à mastectomia sofrem um impacto negativo na imagem corporal e na atividade sexual, impacto este menor em pacientes submetidas à cirurgia conservadora da mama. Logo, segundo afirmam Makluf et al (2006, p. 55), “o tratamento de escolha para pacientes com câncer de mama deveria ser a cirurgia conservadora da mama”. Além disso, realizar a mastectomia sem reconstrução da mama acarreta pior qualidade de vida para a mulher, o que pode provocar um impacto negativo na evolução da doença.

Após o tratamento cirúrgico, o câncer de mama é tratado atualmente como uma doença sistêmica, com terapia coadjuvante como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia (MAKLUF et al., 2006).

Fisher et al. (2000) afirmam que, de uma estimativa de 180.000 mulheres com câncer de mama, cerca de 87% delas realizariam radioterapia e desenvolveriam algum tipo de dermatite, desde o eritema até descamações. As reações de pele associadas à radioterapia podem causar um desconforto significativo para a mulher, interferir nas atividades da vida diária e na qualidade de vida.

As alterações presentes nas mulheres que realizam o tratamento para o câncer de mama podem ser quantificadas e avaliadas através de uma escala de qualidade de vida (MAKLUF et al., 2006).

3 OBJETIVOS

3.1 OBJETIVO GERAL

O trabalho teve como objetivo analisar a experiência de mulheres com história de câncer de mama.

3.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Constituem objetivos específicos:

- 1- caracterizar as mulheres com câncer de mama segundo as seguintes variáveis: situação conjugal, nível de instrução, ocupação, renda familiar, tempo de diagnóstico de câncer de mama, laudo da biópsia, localização do câncer de mama, data da cirurgia, complicações pós-operatórias, realização de reconstrução mamária, uso de prótese artificial, realização de radioterapia/ quimioterapia/ hormonioterapia, complicações da radioterapia/ quimioterapia/ quimioterapia;
- 2- descrever os fatores de risco existentes para o câncer de mama;
- 3- identificar o enfrentamento das mulheres no pós diagnóstico de câncer de mama de no mínimo um ano;
- 4- implementar ações educativas e assistenciais para a mulher com câncer de mama na busca de uma assistência humanizada.

4 MATERIAL E MÉTODOS

A pesquisa se desenvolve de forma descritiva-exploratória e retrospectiva.

4.1 SUJEITOS

Constituem-se como sujeitos da pesquisa mulheres em tratamento de câncer de mama residentes na cidade de Maringá – PR. As mulheres foram identificadas através dos prontuários da única clínica de radioterapia da cidade de Maringá cuja referência é o atendimento radioterápico na Região Noroeste do Paraná, com tempo mínimo de 1 ano de diagnóstico.

4.2 COMPOSIÇÃO DA AMOSTRA

Das 172 mulheres que estavam em tratamento radioterápico ou já o tinha realizado; 50 mulheres participaram do estudo.

4.3 COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados durante os meses de abril a agosto de 2006, através de entrevista com questionário estruturado (Apêndice 1), realizada por meio de visita domiciliar conforme horário, dia e local de preferência da mulher e agendada previamente por telefone.

No primeiro contato telefônico com cada mulher foi esclarecido que o número de seu telefone foi obtido através da liberação de acesso ao prontuário no Serviço de Radioterapia. Também foi esclarecido o objetivo da pesquisa e realizado o agendamento da visita domiciliar para entrevista.

A coleta de dados foi realizada no domicílio das mulheres, exceto uma mulher que optou em realizar a entrevista na residência da pesquisadora.

4.4 QUESTÕES ÉTICAS

O Projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética da Universidade Estadual de Maringá e aprovado (Parecer nº 383/2005). As mulheres foram informadas a respeito da pesquisa e, ao optarem por participar, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) antes da realização da entrevista (Apêndice 2).

4.5 PROCEDIMENTOS

Após autorização do serviço foram coletados dos prontuários o nome, endereço e telefone das mulheres. Após levantamento, tentou-se contato telefônico com os sujeitos. Das 172 mulheres, 71% tinham mudado de endereço, de cidade, falecido ou não aceitaram participar da pesquisa.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram analisados utilizando-se do software SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) versão 15.0.

Para a análise do conjunto de 50 mulheres, quanto a sua caracterização, os dados foram analisados descritivamente e apresentados através de tabelas com valores absolutos e valores relativos (percentuais). Algumas variáveis foram categorizadas e outras foram utilizados métodos de transformações para realização dos testes estatísticos (método recode).

As variáveis discretas como idade e classe econômica, foram determinados estatísticas descritivas como média, mediana, desvio padrão, separatrizes. Foram analisados também a apresentação do tipo de distribuição (Kolmogorov-Smirnov), sendo que a maioria de distribuição de probabilidade era normal (Gauss-Laplace). Para as variáveis que não se

apresentaram com distribuição normal foram utilizados os testes Kruskal-Wallis (para mais de duas classificações) e o teste de Mann-Whitney quando havia duas classificações.

O teste de Levene foi utilizado para comparação das variâncias e o teste de Tukey quando se pretendia comparar mais de duas classificações. Quando a comparação era entre apenas duas variáveis utilizou-se o teste T-Student.

A maior parte dos testes foram utilizados para analisar a existência de correlações entre as variáveis, utilizando-se o coeficiente de correlação de Pearson para as variáveis que apresentavam distribuição normal e o coeficiente de Spearman para as que não apresentaram distribuição normal.

Para análise de consistência interna foi utilizado o coeficiente Alpha de Cronbachs. E para a análise de Independência de variáveis foi usado o Teste do Qui-Quadrado.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A população estudada constituiu-se de 50 mulheres entre 30 e 75 anos, predominantemente de cor branca (80%), a maioria casadas ou viúvas (84%), com atendimentos pelo SUS (46%) e planos de saúde (50%). A maior parte delas é do lar (64%), tem instrução no máximo ginásial completo, chamando a atenção, nesse grupo, que 14% de mulheres têm pós-graduação (especialização, mestrado ou doutorado). Desse grupo de mulheres, 54% residem em domicílios com mais de 3 pessoas, nenhuma mora com o pai e poucas (16%) moram com a mãe ou irmãos. Não moram com avós, mas 60% delas vivem com os filhos e com o esposo (68%). Apenas 14% moram sozinhas e mais da metade (64%) não tem histórico de câncer na família.

Tabela 1 - Distribuição segundo faixa etária. Maringá – PR, 2007.

FAIXA ETÁRIA	Frequências	Percentuais
30 a 38	3	6,0
39 a 47	10	20,0
48 a 56	14	28,0
57 a 65	13	26,0
66 a 75	10	20,0
Total	50	100,0

Em relação à idade, 28% das mulheres tinham idade entre 48 e 56 anos, como pode ser visualizado Tabela 1. Observou-se que, entre as idades de 39 a 47 e de 66 a 75 anos houve um percentual de 20% para ambas as faixas etárias.

A média da idade das mulheres pesquisadas foi 54 anos. A metade dessas mulheres tem idade acima ou abaixo de 54 anos. Se forem excluídos 5% das idades mais baixas e mais altas teremos uma nova média de 54,74 anos. A menor idade é de 30 anos e a maior 75 anos. A diferença entre os 25% das menores idades e os 25% das maiores idades é de 17 anos.

Neste estudo mostramos que, pelos testes de Tukey-Hinges, é incomum apresentarem mulheres com esses tipos de problemas com idade inferior a 40 anos (outliers). Também utilizando os testes de normalidade de Kolmogorov-Smirnov podemos dizer que a distribuição das idades obedece uma distribuição de Gaus-Laplace (distribuição aproximadamente normal). Já pelo teste de Shapiro-Wilk não se observam os mesmos tipos de distribuição. Numa reta de regressão, pelo método dos mínimos quadrados, percebe-se claramente que as idades de 30, 31 e 35 são idades incomuns em mulheres acometidas com esse mal (câncer de mama).

Segundo Nora e Giuliano (2005), após os 30 anos de idade há um crescimento da incidência de câncer de mama em mulheres; a ocorrência mantém-se estável entre 45 e 50 anos e aumenta continuamente com o avançar da idade.

Nos Estados Unidos, entre os anos de 1998 a 2002, 95% dos casos novos e 97% das mortes de mulheres por câncer de mama ocorreram em mulheres com idade acima dos 40 anos (AMERICAN, 2005).

Para Boring et al. (1994), a faixa etária entre 45 e 65 anos é mais propensa a ter o câncer de mama, como pôde ser detectado no presente estudo, e a curva de incidência tem um pico aos 50 anos e outro aos 70 anos.

No estudo de Borghesan (2005), a média de idade das mulheres estudadas foi de 51,33 anos e 52,63% delas tinham idade entre 43 e 53 anos. Bergmann et al. (2004) realizaram estudo com 394 mulheres mastectomizadas referente ao diagnóstico de linfedema, das quais a idade média encontrada foi de 55,2 anos, sendo a faixa etária de maior frequência aquela entre 50 a 59 anos, com 31%.

Em estudo relacionado à dieta de mulheres pós-menopausa com câncer de mama, Shannon et al. (2003) encontraram um percentual de 60,1% de mulheres com idade entre 50 e 59 anos e 39,9% de mulheres com idade entre 60 e 69 anos acometidas de câncer.

Paiva et al. (2002), ao estudarem os fatores de risco para câncer de mama na cidade de Juiz de Fora (MG), detectaram que: as idades das mulheres nas quais foi diagnosticado o câncer ficaram na faixa etária de 41 a 60 anos (65%); 45% eram brancas e não houve qualquer tendência quanto a este fator de risco; morar na zona rural foi comum entre as mulheres; 27,5% eram mulheres em pré-menopausa e a idade média da menopausa natural foi de 44,7 anos; a idade da menarca variou entre 9 e 20 anos e não se encontrou relação estatisticamente significativa entre menopausa aos 45 anos ou mais e menarca com 11 anos ou menos; ser múltipara constituiu fator de proteção; ter a primeira gestação após 30 anos de idade não se mostrou um fator de risco estatisticamente significativo; em relação à amamentação, história

de aborto e história familiar de câncer de mama não houve diferença estatisticamente significativa.

A média de idade no estudo de Lindop e Cannon (2001) esteve entre 26 e 58 anos, ou seja, mulheres jovens; o mesmo ocorreu neste estudo, visto que 54% das mulheres com câncer de mama tinham idade entre 30 e 56 anos.

Para Conde et al. (2006, p. 196)

a influência da idade sobre a reação psicológica ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico remete-se ao conceito de QV, uma vez que essa reação representa, ao menos parcialmente, o grau de amadurecimento em que a mulher se encontra.

Ressalta-se que mulheres jovens vivenciam maior estresse emocional durante a vivência do câncer de mama, mais dificuldade em adotar uma atitude positiva diante do diagnóstico e menor manejo da convivência com os efeitos adversos da terapia antineoplásica (BAIDER et al., 2003), o que pode influir na sua qualidade de vida.

Tabela 2 – Distribuição segundo cor. Maringá – PR, 2007

COR	Freqüências	Percentuais
BRANCA	40	80,0
NEGRA	4	8,0
AMARELA	6	12,0
Total	50	100,0

A maioria das mulheres (80%) era da cor branca (Tabela 2).

Segundo dados da *American Cancer Society* (AMERICAN, 2005), mulheres brancas, após os 35 anos, correm maior risco de ter câncer de mama do que mulheres negras, amarelas e asiáticas residentes nos Estados Unidos da América.

Borghesan (2005), em sua pesquisa realizada em Cuiabá (MT), encontrou 94,74% das mulheres de cor branca.

A ocorrência de câncer de mama é maior em mulheres brancas em países industrializados e mais urbanizados, nos quais há predominância de um padrão socioeconômico mais elevado (SABBI, 2002). Isto ocorre, provavelmente, devido à inserção da mulher no mercado de trabalho, o que leva a uma mudança em seu padrão reprodutivo. As

mulheres ficam mais expostas ao estresse da vida moderna, adiam a maternidade, amamentam pouco ou nada, apresentam mais ciclos menstruais, fatos estes que as expõem por mais tempo à ação dos hormônios femininos, que provocam e estimulam a multiplicação celular, podendo, assim, levar ao câncer de mama (BORGHESAN, 2005).

Tabela 3 – Distribuição segundo situação conjugal. Maringá – PR, 2007

SITUAÇÃO CONJUGAL	Frequências	Percentuais
solteira	6	12,0
casada	33	66,0
viuva	9	18,0
outra	1	2,0
Total	50	100,0

Em sua maioria (66%) as mulheres eram casadas (Tabela 3). Borghesan (2005) encontrou, em relação ao estado civil, 57,89% de mulheres casadas.

A situação conjugal constitui fator importante para a mulher que vivencia o câncer de mama, pois o apoio recebido pelo companheiro e família ajuda na melhoria da sua qualidade de vida. O marido/companheiro e familiares são citados pelas mulheres como fonte de suporte (LINDOP; CANNON, 2001).

Para Marcon e Elsen (1999, p. 22), a saúde da família e a de seus membros estão interligadas e a “família é, na maioria das vezes, a mais constante unidade de saúde para seus membros”.

Mulheres que participaram do estudo de Almeida et al. (2001) afirmaram que houve um afastamento das pessoas do convívio social, devido principalmente à possibilidade de contágio do câncer e pela dificuldade em lidar com uma situação de doença que ameaça a vida.

Considerando o relacionamento social (família/amigos) como rede de suporte para a mulher, salienta-se aqui o impacto do câncer sobre a família.

O diagnóstico de câncer provoca dor e sofrimento no seio familiar, pois esta patologia é impregnada de significações negativas; assim, o profissional que atende estas famílias deve ter uma ampla visão destas necessidades para poder ajudá-las a diminuir seus temores e aliviar o estresse (BIELEMANN, 2000 apud WAIDMAN; ELSSEN, 2004). Saber do diagnóstico de câncer provoca forte impacto sobre os membros da família, assim como

mudanças pessoais e na dinâmica familiar (BERVIN; GIRARDON-PERLINI, 2006). A vida familiar sofre alterações quando da convivência de um familiar com câncer; desta forma, a família precisa ser compreendida, apoiada e ajudada pela rede social que a cerca (WAIDMAN; ELSEN, 2004).

Flanagan (2001) aponta que a atuação do enfermeiro na família é uma forma de ajudá-la a adaptar-se ao estresse de cuidar de um familiar com câncer, pois a atuação da enfermagem pode proporcionar resultados positivos à saúde da família quando um de seus membros é acometido de câncer.

Tabela 4 – Distribuição segundo tipo de convênio de saúde que realizou o tratamento. Maringá – PR, 2007

CONVÊNIO DE SAÚDE	Frequências	Percentuais
sus	23	46,0
planos de saúde	25	50,0
outra	2	4,0
Total	50	100,0

A maioria das mulheres (50%) entrevistadas realizou tratamento (cirurgia, radioterapia e quimioterapia) por planos privados de saúde, conforme demonstra a Tabela 4.

Dentre as mulheres participantes de um estudo acerca de condutas preventivas para o câncer de mama na cidade de Pelotas (RS), 56,4% referiram consulta médica em uma unidade básica de saúde do Sistema Único de Saúde, 34,7% eram usuárias de algum tipo de convênio/plano de saúde e 8,9% consultaram ginecologista particular (SCLOWITZ et al., 2005).

Tabela 5 – Distribuição segundo ocupação e grau de instrução da respondente.
Maringá – PR, 2007

OCUPAÇÃO	Frequências	Percentuais
do lar	32	64,0
funcionária pública	8	16,0
empresária/comerciante	1	2,0
aposentada	7	14,0
outra	2	4,0
Total	50	100,0
GRAU DE INSTRUÇÃO	Frequências	Percentuais
Analfabeto / Primário incompleto	9	18,0
Primário completo	14	28,0
Ginásio incompleto	2	4,0
Ginásio completo	2	4,0
Colegial incompleto	3	6,0
Colegial completo	11	22,0
Superior incompleto	1	2,0
Superior completo	1	2,0
Pós-graduação/espec./mestrado/doutorado	7	14,0
Total	50	100,0

Conforme a Tabela 5 a maioria das mulheres (64%) eram do lar.

Silva et al. (1999) estudaram 20 mulheres em tratamento quimioterápico, buscando conhecer o suporte familiar recebido pelas mulheres, que em sua maioria eram donas de casa.

Percentualmente, o maior índice de mulheres (28%) tinha o primário completo, seguindo-se 22% que tinham o colegial completo, perfazendo-se o total de 82% de mulheres com até 12 anos de estudo, ou seja, com o colegial completo, conforme demonstra a Tabela 5.

Observou-se que quanto menos a mulher tem acesso aos estudos, menor é a oportunidade de um trabalho qualificado. Assim, a mulher é levada a casar-se na busca de melhores condições de vida.

Percentual inverso foi encontrado no estudo de Shannon et al. (2003), nos Estados Unidos, no qual os autores encontraram 59% das mulheres com mais de 12 anos de estudo (superior completo ou incompleto), 37,9% de mulheres com 12 anos de estudo (colegial completo) e 3,0% com menos de 12 anos de estudo (colegial incompleto ou escolaridade

menor); demonstrando diferenças importantes de um país desenvolvido para um país em desenvolvimento, como o Brasil.

Por sua vez, Borghesan (2005) constatou que a maioria das mulheres (36,84%) tinham o primeiro grau incompleto e 26,32% tinham o primeiro grau completo; demonstrando assim, diferença na escolaridade “primário completo” predominante neste estudo.

Miller et al. (2002 apud PEARMAN, 2003) relatam que uma QDV mais baixa relaciona-se a um nível de instrução mais baixo. Os autores propõem que níveis de instrução mais baixos podem ser relacionados a um ambiente social que ofereça menos suporte, conhecimento limitado sobre cuidados em saúde e uma saúde geral pobre.

Tabela 6 – Distribuição segundo classe econômica da respondente. Maringá – PR, 2007

CLASSE	Freqüências	Percentuais	Valor da Renda média familiar por classe (em R\$)(*)
A1	1	2,0	7.793,00
A2	8	16,0	4.648,00
B1	7	14,0	2.804,00
B2	9	18,0	1.669,00
C	16	32,0	927,00
D	9	18,0	424,00
E	0	0,0	207,00
Total	50	100,0	

(*) Base de dados IBOPE

Percentualmente, a maior parte das mulheres (32%) era da classe econômica C, mas 50% das mulheres eram das classes A e B, o que justifica o alto percentual de mulheres que realizaram tratamento por planos privados de saúde. Destaca-se o fato de 14% das mulheres terem como grau de instrução a pós-graduação (especialização/mestrado/doutorado) (Tabela 6).

O IBOPE (Instituto Brasileiro de Opinião Pública e Estatística) fez pesquisa domiciliar o ano 2000 para identificar as classes econômicas. A base de dados serviu como referência para a ANEP (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa de Mercado) definir as classes A1, A2, B1, B2, C, D e E.

Para Mendonça (1993), existe uma relação positiva entre nível socioeconômico e ocorrência de câncer de mama, e os fatores que podem estar mais relacionados a esse fato são a dieta e a história obstétrica.

O fator socioeconômico pode influenciar a ocorrência de câncer de mama, principalmente para as classes econômicas mais altas, o que se justifica pelo comportamento reprodutivo ou por outros fatores que ainda precisam ser melhor explorados (AMERICAN, 2005).

Scowitz et al. (2005) detectaram que o melhor nível socioeconômico associa-se à prática de condutas preventivas, sendo, portanto, um fator importante para a detecção precoce do câncer de mama. No referido estudo, 40% das mulheres faziam parte das classes sociais mais baixas (D e E), e a prevalência de mamografia no último ano foi maior na classe social A.

Tabela 7 – Distribuição segundo o número de pessoas que residem no domicílio. Maringá – PR, 2007

NÚMERO DE PESSOAS	Freqüências	Percentuais
1 pessoa	8	16,0
2 pessoas	15	30,0
3 pessoas	12	24,0
4 pessoas	8	16,0
5 pessoas	4	8,0
6 pessoas	3	6,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 7, a maioria das mulheres (30%) têm sua família constituída por duas pessoas apenas e 54% têm sua família constituída por duas ou três pessoas.

A família representa um ponto de apoio emocional e de ajuda nos afazeres domésticos, por manifestar carinho e ajudar financeiramente (SILVA et al., 1999).

No Brasil, entre os anos de 1840 e 1900, a média de filhos era de 7 por família e o lar era administrado pela mulher (CENTA; ELSÉN, 1999). Antes da proclamação da República, as classes altas e médias geravam proles numerosas e nas classes menos abastadas a prole não era numerosa, além de haver entre elas alta incidência de celibatários. Criar filhos significava contribuir com a sociedade e fortalecer a rede de parentesco consanguíneo (RIBEIRO; RIBEIRO, 1995 apud CENTA; ELSÉN, 1999).

A partir de 1940 as classes populares começaram a proliferar mais, pois havia necessidade de mão-de-obra para o processo de industrialização. Atualmente, há predomínio

da família nuclear, centrada nos filhos, voltada para a mobilidade social e com o apoio de um provedor. Tal família “constitui-se numa comunidade de amor, apoio compreensão e solidariedade que tem seu fundamento na própria família (CENTA; ELSEN, 1999, p. 18).

Sabe-se que é fundamental o apoio proporcionado pela família e amigos, os quais exercem influências favoráveis sobre a mulher mastectomizada, pois após a cirurgia, normalmente, inicia-se a fase de tratamentos agressivos (quimioterapia, radioterapia), os quais podem prolongar-se por um longo período e alterar a imagem corporal e o autoconceito, o que acaba por refletir-se de forma negativa na identidade feminina. Durante o tratamento quimioterápico há mudanças no dia-a-dia da mulher, relacionadas ao papel exercido por ela dentro da família (SILVA et al., 1999).

Se a família já tiver dificuldades no enfrentamento de situações difíceis do cotidiano, a inadequação do suporte social encontrado na família/amigos/pessoas da convivência da mulher poderá dificultar seu ajustamento social (RODRIGUES et al., 1998).

Tabela 8 – Distribuição segundo constituição familiar. Maringá – PR, 2007

CONSTITUIÇÃO FAMILIAR	Sim		não	
	Frequência	%	Frequência	%
Pai	0	0	50	100
Mãe	8	16,0	42	84,0
Irmãos	2	4,0	48	96,0
Avós	0	0	50	100
Filhos	30	60,0	20	40,0
Esposo	34	68,0	16	32,0
Sozinha	7	14,0	43	86,0

Como se pode visualizar na Tabela 8, a maioria das mulheres não residiam com seus pais, 84% não residiam com as mães, 96% não residiam com irmãos, 100% não residiam com os avós, 60% residiam com os filhos, 68% residiam com o esposo e 86% não residiam sozinhas; confirmando, assim, a constituição de uma família nuclear.

Para Marcon (1999, p. 15),

A família tem sido, em diferentes épocas, uma unidade que cuida de seus membros e, apesar das mudanças ocorridas em sua estrutura e organização, continua considerada como o principal agente socializador da criança e responsável pelo atendimento de todas as suas necessidades básicas, bem como pela formação dos referenciais de vida que lhe possibilitarão enfrentar um mundo em permanente mudança.

Silva et al. (1999, p. 89) definem família como “um sistema social humano com características distintas, composto de indivíduos com características igualmente distintas”, o qual representa importante fator para o desenvolvimento do indivíduo e suporte durante o processo de adoecimento (FRIEDEMANN, 1989).

Embora haja diferença entre a saúde dos membros da família e a saúde da família, “a situação de saúde/doença de um dos membros da família afeta a saúde da família” (MARCON, 1999, p. 19).

Tabela 9 – Distribuição segundo história familiar de câncer de mama.
Maringá – PR, 2007

HISTÓRIA FAMILIAR	Freqüências	Percentuais
não	32	64,0
mãe	1	2,0
avó	2	4,0
tia	5	10,0
irmã	6	12,0
prima	3	6,0
sobrinha	1	2,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 9, 64% das mulheres não tinham história familiar de câncer de mama e apenas 14% possuíam parentes de primeiro grau (mãe e irmã).

Neste estudo encontrou-se um percentual de 28% de mulheres com história de câncer de mama na família. Borghesan (2005) encontrou um percentual de 5,26% de parentes (mãe, pai, irmã, tia) com história de câncer de mama; já Shannon et al. (2003) constaram que 16,1% das mulheres estudadas tinham história de câncer de mama entre familiares de primeiro grau.

A história familiar sempre foi importante fator de risco para o câncer de mama (REES et al., 2001). Cerca de 80% dos casos diagnosticados são esporádicos, sem antecedentes

prévios da doença, e 15% representam a forma familiar com apenas um parente afetado (LIMA et al., 1999).

Se a mãe, irmã ou filha teve câncer de mama, o risco de a mulher ter este tipo de câncer aumenta significativamente (AMERICAN, 2005). Neste estudo, observou-se que, das mulheres que tiveram antecedentes familiares de câncer de mama (36%), a maioria (12%) a irmã com história de casos de câncer na família.

Nora e Giuliano (2005) afirmam que cerca de 20% das mulheres que desenvolvem o câncer de mama têm história familiar da doença e uma única história familiar aumenta o risco relativo geral de desenvolvê-lo. Outra especificidade é que mulheres cujas mães ou irmãs tiveram câncer de mama bilateral antes da menopausa têm risco de 40 a 50%; se a mãe e/ou irmã tiveram este tipo de câncer unilateral na pré-menopausa, o risco de ter câncer de mama é de cerca de 30%. Os autores ainda afirmam que de 5 a 10% dos cânceres de mama têm origem hereditária.

No estudo de Lindop e Cannon (2001), dentre 12 mulheres, 3 tinham história familiar de câncer, apenas uma com história de câncer de mama. No estudo de caso-controle de Tessaro et al. (2001), os casos tiveram 3 vezes mais história familiar de câncer de mama do que os controles (24% e 10%).

A história familiar de câncer de mama leva a melhor conduta preventiva por parte da mulher, pois os tumores mamários são diagnosticados mais precocemente. Os autores encontraram 5,6% das mulheres com história familiar de câncer de mama (SCLOWITZ, 2005).

Tabela 10 – Distribuição segundo forma de descoberta do câncer de mama.
Maringá – PR, 2007

FORMA DE DESCOBERTA	Frequências	Percentuais
auto exame	12	24,0
consulta médica	10	20,0
outra forma	28	56,0
Total	50	100,0

Segundo a Tabela 10, a maioria das mulheres (56%) descobriu o câncer de mama de forma diferente da orientada nos serviços de saúde (auto-exame das mamas, 24%) ou avaliação do profissional durante a consulta médica (20%). As outras formas relatadas pelas mulheres incluíram: sentir dor, trauma na mama e visualização.

Ao estudar os fatores de risco relacionados ao câncer de mama, Sclowitz et al. (2005) encontraram 83,5% de mulheres que tinham o hábito de realizar o auto-exame das mamas e 80,4% o realizavam ao menos uma vez ao mês.

Em relação à prática do auto-exame das mamas antes da descoberta da doença, 31,58% das mulheres estudadas o realizavam regularmente, 26,32% esporadicamente e 42,10% nunca o tinham realizado (BORGHESAN, 2005), demonstrando o alto número de mulheres que não realizam o auto-exame das mamas.

Observa-se a falta da atuação dos profissionais de saúde quanto à detecção precoce do câncer de mama, o que inclui ações como orientação para o auto-exame das mamas e exame clínico das mamas, como preconizado pelo Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2004b).

Tabela 11 – Distribuição segundo antecedente pessoal de câncer. Maringá – PR, 2007

ANTECEDENTE PESSOAL	Frequências	Percentuais
sim	1	2,0
não	49	98,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 11, a maioria das mulheres (98%) não tinha nenhum antecedente de câncer em outro órgão.

Tabela 12 – Distribuição segundo faixa etária de ocorrência da menarca. Maringá – PR, 2007

FAIXA ETÁRIA MENARCA	Frequências	Percentuais
não se lembra	3	6,0
10 a 12 anos	18	36,0
13 a 14 anos	20	40,0
15 a 16 anos	9	18,0
Total	50	100,0

Como mostra a Tabela 12, 40% das mulheres tiveram menarca entre os 13 e 14 anos, o que não é considerado como fator de risco para a ocorrência do câncer de mama.

Ressalta-se que idade da menarca menor que 12 anos é considerada pela *American Cancer Society* (AMERICAN, 2005) como fator de risco para este tipo de câncer, o que é significativo neste estudo, pois 36% das mulheres tiveram menarca entre 10 e 12 anos.

No estudo de Borghesan (2005), 47,4% das mulheres tiveram menarca entre 10 e 13 anos; dado semelhante ao encontrado neste estudo.

Heimdal et al. (2002) detectaram que em mulheres cuja menarca foi tardia houve uma redução do risco de ter câncer de mama.

Resultado semelhante ao do presente estudo foi obtido por Shannon et al. (2003), os quais detectaram que a maioria das mulheres (28,3%) tinham menarca com 13 anos; porém os resultados eram semelhantes para as demais idades: 22% com idade ≤ 11 anos, 26,5% com idade de 12 anos e 23,1% com idade ≥ 14 anos.

Tabela 13 – Distribuição segundo antecedentes obstétricos. Maringá – PR, 2007

ANTECEDENT ES OBSTÉTRICOS	0 (não)	I	II	III	IV	V e +
Gesta	12	10	34	20	08	16
Para	16	10	38	20	10	06
Aborto	82	06	10	02		

Quanto aos antecedentes gestacionais, 88% das mulheres eram multíparas, sendo 34% gestas II; entre as que tiveram parto (normal ou cesáreo), 38% tiveram 2 partos; 82% não referiram história de aborto e 10% tiveram 2 abortos (Tabela 13).

Tessaro et al. (2001), ao estudarem a relação entre câncer de mama e uso de anticoncepcionais orais, observaram que em mulheres com quatro filhos ou mais houve associação negativa para o câncer de mama, ou seja, uma redução de 70% no risco de câncer de mama, se comparadas com as mulheres nulíparas, com OR de 0,3 (IC 95% 0,2-0,6).

Shannon et al. (2003) obtiveram como resultado que a maioria (58,3%) das mulheres com câncer de mama pós-menopausa tiveram de uma a três gestações, 12,2% eram nulíparas e 29,5% tiveram mais que 3 filhos.

Tabela 14 – Distribuição segundo prática e tempo de aleitamento materno.
Maringá – PR, 2007

PRÁTICA	Frequências	Percentuais
não	10	20,0
sim	40	80,0
Total	50	100,0

TEMPO	Frequências	Percentuais
Não amamentou	10	20,0
1 a 10 anos	5	10,0
11 a 20 anos	10	20,0
21 a 30 anos	12	24,0
31 a 40 anos	10	20,0
41 a 49 anos	3	6,0
Total	50	100,0

Como demonstra a Tabela 14, a maioria das mulheres (80%) já tinha amamentado quando foi acometida pelo câncer de mama.

Percentual semelhante (73,68%) de mulheres que amamentaram seus filhos foi encontrado no estudo de Borghesan (2005).

A maior parte das mulheres (24%) tinham amamentado num período máximo de 10 anos.

Há a hipótese de que as mudanças ocorridas durante a lactação a nível hormonal protegem a mulher do câncer de mama. O efeito protetor resulta da liberação de células responsáveis pela produção de leite, o que inibe o crescimento celular de células pré-malignas, como ocorre na proliferação celular (FENTIMAN, 1993 apud TESSARO et al., 2003)

No estudo de Rea (2004, p. S142), que revisou artigos entre os anos de 1990 e 2004 sobre os benefícios da amamentação para a saúde da mulher, a autora encontrou indícios da importância dos benefícios da amamentação à saúde da mulher, pois confirmou “o menor risco de câncer de mama e ovário, menor índice de fraturas de quadril por osteoporose e contribuição para o maior espaçamento entre gestações”.

Tessaro et al. (2003) estudaram a relação entre amamentação e câncer de mama em mulheres do Rio Grande do Sul, utilizando-se de caso-controle, e concluíram que não houve associação entre a prática da amamentação e câncer de mama, resultado semelhante encontrado em outros estudos caso-controle e coorte pesquisados pelos autores.

Tabela 15 – Distribuição segundo idade da menopausa. Maringá – PR, 2007

IDADE DA MENOPAUSA	Frequências	Percentuais
não teve	21	42,0
39 a 42 anos	5	10,0
43 a 46 anos	7	14,0
47 a 50 anos	11	22,0
51 a 55 anos	6	12,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 15, grande parte das mulheres (48%) estava na menopausa. Considerou-se menopausada a mulher com ausência de menstruação por, pelo menos, 1 ano.

Destas mulheres, 100% não se encontram em idade de risco de câncer de mama, ou seja, idade maior que 55 anos, idade-padrão da *American Cancer Society* (AMERICAN, 2005). Situação esta bem diferente da realidade brasileira, visto que o câncer de mama é raro antes dos 35 anos, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente; e mais de 80% dos casos ocorrem em idade igual ou superior a 50 anos (BRASIL, 2005).

Tabela 16 – Distribuição segundo contato com radiação ionizante e pesticidas. Maringá – PR, 2007

RADIAÇÃO IONIZANTE	Frequências	Percentuais
não	2	4,0
durante a radioterapia	48	96,0
Total	50	100,0
PESTICIDAS	Frequências	Percentuais
não	32	64,0
sim	18	36,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 16, a maioria (96%) das mulheres relatou ter contato com radiação ionizante somente no momento da radioterapia, durante o tratamento.

A maioria (64%) das mulheres relatou não ter contato com pesticidas durante algum momento de sua vida, contato este especificamente relacionado ao trabalho na lavoura (Tabela 16).

Nos últimos 20 anos os estudos terapêuticos conduziram a maior sobrevivência e melhor qualidade de vida as pacientes com câncer de mama, porém, paralelos a estes estudos há a necessidade de estudos relacionados à modificação do estilo de vida (por exemplo: dieta, uso de álcool, peso, exposição aos estrógenos e, mais recentemente, os moduladores seletivos de receptores do estrógeno para quimioprevenção, como o tamoxifeno (GRADISHAR; CELLA, 2006).

Tabela 17 – Distribuição segundo tipo e frequência de atividade física e IMC.
Maringá – PR, 2007

PRÁTICA	Frequências	Percentuais
não	23	46,0
sim. caminhada	19	38,0
sim. Academia	4	8,0
outra forma	4	8,0
Total	50	100,0
FREQÜÊNCIA	Frequências	Percentuais
nenhuma	23	46,0
1 a 2 vezes	10	20,0
3 a 4 vezes	13	26,0
5 a 7 vezes	4	8,0
Total	50	100,0
IMC	Frequências	Percentuais
adequado	28	56,0
sobrepeso	13	26,0
obesidade	9	18,0
Total	50	100,0

Quando questionadas sobre a prática de atividade física, 46% das mulheres referiram não realizar nenhum tipo de atividade. Grande parte (46%) das mulheres não realizava nenhum tipo de atividade física, e dentre aquelas que realizavam, a maioria (26%) o fazia de 3 a 4 vezes por semana (Tabela 17).

A prática de atividade física traz vigor e bem-estar, sendo que a atividade física moderada pode atuar na depressão, além de ser benéfica para o sistema imunológico e aliviar o estresse emocional (MARCUCCI, 2005).

Segundo Burnham (2002 apud MOREIRA; MANAIA, 2005), a prática de exercício físico pode melhorar a capacidade aeróbica, a capacidade de percorrer distâncias, a força muscular, além de alterar a imagem corporal e reduzir sintomas como náusea e fadiga, melhorando a qualidade de vida.

Quanto à prática de atividade física, Borghesan (2005) encontrou percentual maior, visto que 73,68% das mulheres estudadas nunca praticavam nenhuma atividade física.

Apesar de a prática de atividade física estar associada a uma diminuição no risco de desenvolver câncer de mama, o mecanismo envolvido ainda não está claramente elucidado. Possivelmente, tal mecanismo se associe à obesidade, a qual envolve elevados níveis de estrógeno endógeno e seu processo de conversão no tecido adiposo e nível abaixo do normal de progesterona. Em estudo de caso-controle com 112 mulheres na pré-menopausa com diagnóstico recente de câncer de mama, os resultados do estudo sugeriram que a realização de atividade física pode reduzir o risco de câncer de mama pré-menopausa, devido à redução do peso e, possivelmente, pela redução do estradiol, sendo este um mecanismo em potencial que comprova a redução do risco de câncer de mama através da prática de atividade física em mulheres pré-menopausa (KUMAR et al., 2005).

Em estudo sobre a percepção de barreiras e benefícios da atividade física de mulheres submetidas a cirurgia por câncer de mama, Prado et al. (2004) verificaram que a maioria dessas mulheres identifica a atividade física como boa para a saúde, pois, para 63% delas, esta prática é capaz de “promover a saúde e prevenir doenças”, 100% vêem-na como atividade que “melhora a disposição” e 93,3% referiram que “previne o linfedema”. Segundo os autores, do ponto de vista físico, 100% das mulheres referiram que a atividade física é boa para as articulações, melhora o movimento dos braços e do ombro, e 90% referiram que fortalece os músculos. Entre as barreiras para a prática de atividade física, 96,7% das mulheres referiram falta de força de vontade.

Quanto à frequência da realização de atividade física, Prado et al. (2004) identificaram que 43,3% das mulheres exercitavam-se diariamente, 33,3% o faziam três vezes por semana e 16,7% uma vez por semana; resultado este contrário ao encontrado neste estudo. O presente estudo demonstrou que a integralidade da assistência não consiste somente em ter acesso às tecnologias de ponta, mas que é importante a orientação e apoio psicológico de uma equipe

multidisciplinar, onde a enfermagem tem importante papel, como facilitadora do processo de reabilitação da mulher com câncer de mama.

O índice de massa corpórea foi calculado pelo peso e altura referidos pelas mulheres.

Como demonstra a Tabela 17, a maioria das mulheres (56%) tinha o IMC adequado.

Considerou-se IMC adequado aquele com resultados $< 25 \text{ Kg/m}^2$, sobrepeso= 25 a 29 Kg/m^2 e obesidade $\text{IMC} > 30 \text{ Kg/m}^2$ (FERNANDES et al., 2005).

Shannon et al. (2003) classificaram o IMC em $< 21,4 \text{ Kg/m}^2$ e constataram que 21,8% das mulheres pertenciam a esta classificação, 25,9% tinham $\text{IMC} > 21,4$ a $23,9 \text{ Kg/m}^2$; 24% tinham $> 23,9$ a $27,4 \text{ Kg/m}^2$ e a maior parcela (28,3%) tinha $\text{IMC} > 27,4 \text{ Kg/m}^2$. Os autores concluíram que mulheres com IMC acima de $27,4 \text{ Kg/m}^2$ tinham câncer de mama, enquanto no grupo-controle a maior parcela (27,6%) das mulheres tinha IMC entre 23,9 e $27,4 \text{ Kg/m}^2$.

Scowitz et al. (2005), ao estudarem os fatores associados à prevenção do câncer de mama, encontraram que 43,9% estavam com IMC adequado, 35% com sobrepeso e 21,1% com IMC considerado obesidade.

O estudo de Okobia et al. (2006) demonstrou que um aumento moderado de peso da mulher não determinou risco para o câncer de mama em mulheres pré-menopausa (OR = 1.59, 95% CI 0.98–2.58). Os autores encontraram que o IMC foi similar entre o caso (média de $54,45 \pm 4.32$) e o controle (média de $24,83 \pm 4.54$), não sendo, assim, significativamente associado ao risco de câncer de mama (OR = 0.82, 95% CI 0.49–1.36).

Tabela 18 – Distribuição segundo consumo de gordura animal. Maringá – PR, 2007

CONSUMO	Frequências	Percentuais
não	18	36,0
sim	9	18,0
às vezes	23	46,0
Total	50	100,0

Quanto ao consumo de gordura animal, a maioria (64%) das mulheres referiu utilizá-la na dieta, e destas mulheres, 46% utilizavam-na às vezes e 18% referiram uso frequente (Tabela 18).

Estudos citados por Männistö et al. (2005) sugerem que o tipo de gordura utilizado pode ser mais relevante no desenvolvimento do câncer de mama do que a quantidade total de gordura.

Tabela 19 – Distribuição segundo consumo de frutas e frequência semanal do consumo. Maringá – PR, 2007

CONSUMO	Frequências	Percentuais
não	1	2,0
sim	46	92,0
as vezes	3	6,0
Total	50	100,0
FREQUÊNCIA		
	Frequências	Percentuais
não consome	1	2,0
até 2 vezes	2	4,0
3 a 4 vezes	8	16,0
5 a 7 vezes	39	78,0
Total	50	100,0

A maioria (98%) das mulheres referiu consumir frutas (Tabela 19), variando o consumo de 5 a 7 vezes por semana (78%) e para 16%, de 3 a 4 vezes por semana (Tabela 19).

Tabela 20 – Distribuição segundo consumo de vegetais e frequência semanal do consumo. Maringá – PR, 2007

CONSUMO	Frequências	Percentuais
sim	49	98,0
as vezes	1	2,0
Total	50	100,0
FREQUÊNCIA		
1 a 3 vezes	3	6,0
4 a 5 vezes	4	8,0
6 a 7 vezes	43	86,0
Total	50	100,0

Quanto ao consumo de vegetais, como demonstra a Tabela 20, a maioria (98%) das mulheres referiu consumir esses alimentos, cuja frequência era de 6 a 7 vezes por semana(86%).

A provável relação entre câncer e consumo de vegetais e frutas está no fato de estes alimentos possuírem altas concentrações de nutrientes antioxidantes e fibra, o que foi o contrário do verificado no estudo de caso-controle realizado pelos autores, no qual não foram encontradas associações significativas entre o consumo de vegetais e frutas e maior risco de câncer de mama. O resultado do referido estudo permitiu concluir uma associação positiva entre consumo de carne vermelha e risco de câncer de mama na pós-menopausa (SHANNON et al., 2003).

Männistö et al. (2005) também concluíram que o consumo de vegetais não esteve associado ao risco de câncer de mama em um estudo de três coortes.

Fator importante encontrado, relacionado à alimentação, é que mulheres com alto consumo de açúcar têm risco aumentado de contrair câncer de mama. Tal fato pôde ser comprovado pelo estudo de Tavani et al. (2006), os quais realizaram estudo de caso-controle com 2569 mulheres com câncer de mama e 2588 controles e encontraram associação direta da ocorrência de câncer de mama e consumo de biscoitos (OR de 1,19), de açúcar (OR de 1,23) e chocolate (OR de 1,19).

Tabela 21 – Distribuição segundo tempo de uso de Terapia de Reposição Hormonal. Maringá – PR, 2007

TRH	Frequências	Percentuais
não usou	37	74,0
0 a 1 ano	5	10,0
2 a 6 anos	2	4,0
acima de 6 anos	6	12,0
Total	50	100,0

Segundo o uso de terapia de reposição hormonal, a maioria das mulheres (74%) deste estudo não fez uso de hormônios e os 12% que os usaram fizeram-no por tempo superior a 6 anos (Tabela 21).

Pelo coeficiente de Pearson ($r = 0,229$), não existe correlação significativa entre as idades das mulheres e o tempo em que fizeram terapia de reposição hormonal.

O coeficiente de correlação de Pearson mostra um valor ($r = 0,310$) significativo com 5% de confiança. Existe uma tendência de que as mulheres que usaram mais tempo de terapia de reposição hormonal também usaram contraceptivos por mais tempo.

A *terapia de reposição hormonal* (TRH) tem sido amplamente utilizada para o tratamento do climatério em mulheres, pois melhora os sintomas como fogacho, alterações emocionais e atrofia urogenital, causados pela queda progressiva dos níveis de estrogênio, além de diminuir a progressão da osteoporose, da doença de Alzheimer e aumentar a proteção cardiovascular. O uso da TRH aumenta o parênquima mamário, o que pode ser precursor da neoplasia mamária, como comprovou estudo com 108 mulheres (PRITCHARD, 2001; PRITCHARD, 2002; MENDES et al., 2005).

Apesar da ampla aplicação para o controle dos sintomas da menopausa, principalmente por reduzir o fogacho, o uso da TRH é contra-indicado para mulheres com diagnóstico prévio de câncer de mama (PRITCHARD, 2001).

Scowitz et al. (2005), ao estudarem os fatores associados à prevenção do câncer de mama, encontraram que 91% não estavam em uso de TRH.

Shannon et al. (2003) realizaram estudo de caso-controle e detectaram que 66,2% das mulheres com câncer de mama tinham realizado TRH, enquanto 66,5% dos controles também tinham alguma vez usado a TRH.

A associação entre o câncer de mama e hormônios estrogênicos refere-se aos seguintes fatores de risco: menopausa tardia, menarca precoce, idade avançada na primeira gestação, presença de receptores hormonais em um tumor de mama e resposta tumoral à manipulação hormonal. Mais do que aos fatores de risco, tal associação parece estar relacionada a um fator que influencia a etapa subsequente do crescimento do tumor, e não ao processo inicial de transformação (YAGER; LIEHR apud CARREÑO et al., 1999).

Para De Luca (2004), o uso da TRH aumenta o risco relativo de câncer de mama, mas após a suspensão do tratamento o risco desaparece. Não há evidências de que a história de lesões proliferativas e de antecedentes hereditários aumente o risco de câncer de mama nas usuárias e de que o uso isolado de estrogênios não aumente o risco de câncer de mama.

Tabela 22– Distribuição segundo uso de contraceptivos orais em anos.
Maringá – PR, 2007

USO DE ACO	Frequências	Percentuais
não usou	27	54,0
1 a 3	8	16,0
4 a 7	11	22,0
acima de 7	4	8,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 22, 54% das mulheres não fizeram uso de anticoncepcionais orais (ACO) como método contraceptivo. Das mulheres que os usaram, 22% fizeram-no por um período entre 4 e 7 anos.

Tessaro et al. (2001) encontraram entre os casos um uso de 73,8% de ACO e não obtiveram evidência de associação entre o uso de anticoncepcional oral e a ocorrência de câncer de mama. Os autores relatam que, evidenciou-se um risco aumentado em mulheres usuárias por mais de cinco anos e idade superior a 45 anos, porém sem significância estatística.

Existem na literatura estudos que relacionam o uso de ACO à ocorrência de câncer de mama, sendo que alguns apresentam associação positiva e outros, associação negativa, quando levado em conta o fator idade. Mulheres cujo câncer foi diagnosticado durante a faixa etária de 35 a 45 anos apresentam risco maior devido ao uso de ACO (ROOKUS; LEEUWEN, 1994; NEWCOMB et al., 1996; ROSENBERG et al., 1996).

A maioria das mulheres (57,89%), no estudo de Borghesan (2005), utilizava ACO e 42,11% nunca o fizeram. Percentual semelhante (52%) foi encontrado no presente estudo, sobre mulheres que já utilizaram este método de planejamento familiar. No estudo acima citado, quanto ao tempo de uso de ACO, 45,45% o utilizaram por um período maior que 5 anos, e 36,36%, por um período de até 5 anos.

O aumento do risco de ter câncer de mama com o uso de contraceptivos orais parece ser limitado ao uso recente de ACO e ao não-estabelecimento dos efeitos adversos após 10 anos ou mais após parar de usá-lo como método anticoncepcional. Riscos altos estão sendo encontrados em mulheres que começaram a usar ACO antes dos 20 anos de idade e tiveram diagnóstico de câncer de mama em idade precoce. Os efeitos do uso de ACO na mortalidade por câncer de mama ainda são desconhecidos e a relação entre uso de ACO e história familiar

de câncer de mama ainda não está firmemente estabelecida. No estudo de Heimdal *et al.* (2002), os autores constataram um aumento significativo do risco de ter câncer de mama para mulheres com história familiar de câncer de mama e usuárias de ACO.

Quanto aos anos desde que pararam de usar ACO, a maioria das mulheres referiu entre 21 e 30 anos atrás.

Para Heimdal *et al.* (2002), o risco de câncer de mama foi maior em mulheres que usaram ACO por mais de 15 anos, quando comparadas a mulheres que nunca usaram ACO; além disto, as mulheres que pararam de usar ACO nos últimos 15 anos tiveram risco similar quando comparadas às mulheres que nunca haviam usado ACO.

Tabela 23 – Distribuição segundo antecedente e tempo decorrente de doença benigna da mama. Maringá – PR, 2007

ANTECEDENTE	Frequências	Percentuais
Não	38	76,0
Sim	12	24,0
Total	50	100,0
TEMPO	Frequências	Percentuais
não teve	38	76,0
2 a 9 anos	8	18,0
10 a 20 anos	3	6,0
Total	50	100,0

Como demonstra a Tabela 23, a maioria das mulheres (76%) não tinha antecedente de doença benigna da mama, sendo que 18% das que o tiveram, tiveram-no num período de 2 a 9 anos atrás.

No estudo de caso-controle de Tessaro *et al.* (2001), os casos realizaram o dobro de biópsias por lesão benigna em relação aos controles (10,5% e 5,4%), além de terem 3 vezes mais história familiar de câncer de mama do que os casos-controle (24% e 10%).

Tabela 24 – Distribuição segundo tempo de diagnóstico de câncer de mama.
Maringá – PR, 2007

TEMPO	Frequências	Percentuais
até 1 ano	3	6,0
de 1 a 2 anos	24	48,0
de 2 ate 3 anos	16	32,0
de 3 a 4 anos	4	8,0
acima de 4 anos	3	6,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 24, 48% das mulheres tinham o tempo decorrido do diagnóstico de câncer de mama de 1 a 2 anos.

Segundo a *American Cancer Society*, as taxas relativas de sobrevivência para mulheres com câncer de mama são: 88% em 5 anos após o diagnóstico, 80% após 10 anos, 71% após 15 anos e 63% após 20 anos (AMERICAN, 2005). Estes dados demonstram a alta probabilidade de sobrevida para mulheres com câncer de mama, fato decorrente da alta tecnologia empregada no tratamento. Neste estudo, porém, não foi possível avaliar a sobrevida da mulher, pois o máximo de tempo em que a mulher se encontrava após o diagnóstico foi acima de 4 anos, sendo necessário um acompanhamento de longo prazo para verificar a sobrevida acima de 5, 10, 15 e 20 anos.

Além disto, mulheres que tiveram contato mais próximo com familiares que tiveram câncer de mama têm percepções aumentadas do risco de ter este tipo de câncer; e mulheres que tiveram câncer de mama recentemente ou conviveram com esta situação no ambiente familiar, também podem mostrar percepções elevadas do risco de ter câncer de mama (REES et al., 2001).

Segundo resultado da biópsia, a maioria das mulheres (60%) sabia informar o resultado.

Estudando a relação entre mulheres sem câncer de mama e a realização de biópsia da mama, Jacobson et al. (2006) detectaram que, na amostra total, todas as variáveis, exceto a idade, associaram-se com a raça e eram altamente significantes estatisticamente. Entre as mulheres que realizaram a biópsia, o relato do diagnóstico de hiperplasia atípica ou de carcinoma lobular *in situ* foi maior em mulheres brancas e foi menos provável relatar seu diagnóstico como desconhecido.

Tabela 25 – Distribuição segundo localização anatômica do câncer de mama.
Maringá – PR, 2007

LOCALIZAÇÃO	Frequências	Percentuais
Quadrante superior D	12	24,0
Quadrante inferior D	4	8,0
Quadrante superior E	18	36,0
Quadrante Inferior E	7	14,0
aréola	9	18,0
Total	50	100,0

Como pode ser observado na Tabela 25, 50% das mulheres tinham o tumor localizado na mama esquerda, sendo que em 36% o tumor localizava-se no quadrante superior esquerdo (QSE) e em 14%, no quadrante inferior esquerdo (QIE).

Borghesan (2005) encontrou em seu estudo que em 62,16% das cirurgias de mama realizadas foi retirada a mama direita e somente em 36,84% foi retirada a mama esquerda, o que difere significativamente deste estudo.

Panobianco (2002) encontrou uma frequência de 58,8% de mulheres com câncer na mama esquerda e 41,2% na mama direita.

Tabela 26 – Distribuição segundo tipo, tempo decorrente e localização da cirurgia.
Maringá – PR, 2007

TIPO DE CIRURGIA	Frequências	Percentuais
quadrantectomia sem esvaziamento axilar	9	18,0
quadrantectomia com esvaziamento axilar parcial	17	34,0
quadrantectomia com esvaziamento axilar total	5	10,0
Mastectomia	1	2,0
mastectomia radical	18	36,0
Total	50	100,0
TEMPO DECORRENTE	Frequências	Percentuais
até 1 ano	4	8,0
1 a 2 anos	28	56,0
2 a 3 anos	14	28,0
3 a 4 anos	1	2,0
acima de 4 anos	3	6,0
Total	50	100,0
LOCALIZAÇÃO DA CIRURGIA	Frequências	Percentuais
D	23	46,0
E	26	52,0
BI	1	2,0
Total	50	100,0

Observa-se na Tabela 26 que todas as mulheres realizaram cirurgia para a retirada do tumor, sendo que a maioria delas (62%) realizou cirurgias conservadoras da mama (quadrantectomia e suas variações) e 36% realizaram a mastectomia; a maioria das mulheres tinha realizado a cirurgia entre 1 e 2 anos atrás com predominância do lado esquerdo (52%).

No estudo de Bergmann et al. (2004), em sua maioria (69%), as mulheres tinham sido submetidas à mastectomia radical modificada; já no estudo de Prado et al. (2004), 63,3% das mulheres tinham realizado cirurgia conservadora da mama, a qual pode favorecer a qualidade de vida da mulher, por contribuir para melhoria da aceitação da imagem corporal. Quanto ao tempo decorrido desde a cirurgia, 66,7% das mulheres estavam no primeiro ano do pós-operatório, e dentre estas, 36,7% estavam entre 3 e 6 meses pós-cirurgia e 30% entre 7 e 12 meses pós-cirurgia. Os autores destacam que os períodos mais recentes pós-cirurgia são de grande importância para o enfrentamento das dificuldades resultantes do procedimento cirúrgico, pois é nesse momento que as mulheres enfrentam mais dificuldade para alcançar

amplitude maior de movimento do braço operado e dificuldades relacionadas a incorporar práticas de autocuidado na prevenção do linfedema.

A meta de tratamento após a detecção do câncer de mama é a realização de cirurgia para remoção do tumor e dos nódulos linfáticos. Entre as técnicas cirúrgicas utilizadas encontram-se a mastectomia simples, a modificada e a mastectomia radical, cuja diferença baseia-se na retirada de estruturas anatômicas cada vez mais internas da região mamária (AMERICAN, 2005). Para Borghesan (2005, p. 48), “um maior avanço da doença corresponde a uma maior cirurgia, chegando à retirada dos músculos peitorais”.

A justificativa para o alto número de mulheres que realizam mastectomia a nível nacional, ao invés de realizarem cirurgia conservadora da mama, está no fato de o câncer de mama ser diagnosticado em fase tardia, o que reforça a necessidade da detecção precoce desse mal, para que possa ser realizado um tratamento menos agressivo à mulher (MAKLUF et al., 2006).

A realização de diagnóstico precoce e a compreensão da evolução da doença proporcionam abordagens cirúrgicas menos mutiladoras, assim como realizar cirurgia conservadora da mama, biópsia do linfonodo sentinela e a radioterapia intra-operatória associada à cirurgia conservadora representa avanços que podem contribuir para uma melhor QV (CONDE et al., 2006).

Em relação à lateralidade da mama afetada, Panobianco *et al.* (2002) encontraram frequência de 58,8% para a mama esquerda e 41,2% para a mama direita; 58,8% das mulheres foram submetidas a mastectomia radical, 11,8% a quadrantectomia e 29,4% a nodulectomia com esvaziamento axilar.

Tabela 27 – Distribuição segundo complicações com a cirurgia. Maringá – PR, 2007

COMPLICAÇÕES	sim		não	
	N	%	N	%
Problemas pulmonares imediato	1	2	49	98
Problemas pulmonares tardio	3	6	47	94
Infecção/inflamação da cicatriz	7	14	43	86
Linfedema	11	22	39	78
Alterada na região operada	28	56	22	44
lesão neurovascular na axila	4	8	46	92
Necrose tecidual	1	2	49	98
Hemorragia	2	4	48	96
Limitação da ADM do ombro	10	20	40	80
Aderência cicatricial	0	0	50	100
Fibrose	1	2	49	98
Deiscência cicatricial	4	8	46	92
Complicação nenhuma	11	22	39	78
outra forma de complicação	13	26	37	74
Realizou reconstrução mamária após mastectomia	10	20	40	80

O principal problema relatado com a cirurgia foi ter a sensibilidade alterada na região operada, com um percentual de 56% (Tabela 27).

É comum ocorrer a disfunção de ombro como complicação decorrente da mastectomia, em pacientes que não se submeteram a programas profiláticos de reabilitação no pós-operatório (BORGHESAN, 2005).

As principais complicações pós-mastectomia compreendem o seroma, a infecção, linfedema, necrose, hemorragia, diminuição do movimento do braço, lesão nervosa, deiscência da sutura, granuloma e queimaduras na radioterapia (BIAZUS et al., 2000; MAMEDE, 1991).

Ao fim do terceiro mês de pós-operatório, Panobianco et al. (2002) detectaram que todas as mulheres apresentaram alguma complicação decorrente do procedimento cirúrgico, a saber: edema (64,7%), seroma (41,1%), deiscência (47%), dor (41,1%), limitação da amplitude de movimento (64,7%), infecção (23,5%), aderência (41,1%), inflamação no local de inserção do dreno (11,8%) e celulite (5,9%).

Tabela 28 – Distribuição segundo problemas no pós cirúrgico de reconstrução mamária.
Maringá – PR, 2007

COMPLICAÇÃO	Não fez		sim		não	
	N	%	N	%	N	%
Complicação	38	76	5	9	8	15
Deiscência parcial da parede abdominal	38	76	10	19	3	5
Flacidez abdominal	38	76	10	20	2	4
hérnia abdominal	38	76	10	20	2	4
Infecção/inflamação	38	76	10	20	2	4
Dor	38	76	7	14	5	10
Alteração postural	38	76	9	18	3	6
Aderência da prótese de silicone	38	76	9	18	3	6
outras complicações	38	76	9	18	3	6

Quanto à realização de reconstrução mamária, a maioria (78%) das mulheres não realizou este procedimento; as mulheres que o realizaram (14%) referiram as seguintes complicações decorrentes da cirurgia: 19%, deiscência da parede abdominal; 20%, flacidez abdominal; 20%, hérnia abdominal; 20%, inflamação/infecção; 14%, dor; 18%, alteração postural; 18%, aderência da prótese de silicone; e 18% referiram outras complicações (Tabela 28).

Avis et al. (2006) referem em seus achados que mais da metade das mulheres estudadas realizou reconstrução mamária; o que demonstra a diferença de acesso a este tipo de cirurgia nos Estados Unidos.

Tabela 29 – Distribuição segundo uso de prótese artificial em mulheres que não realizaram reconstrução mamária. Maringá – PR, 2007

USO DE PRÓTESE	Freqüências	Percentuais
Não	38	76,0
sim, silicone gel	4	8,0
alpiste/bolinha de isopor/chumbinho/espuma	8	16,0
Total	50	100,0

Mesmo sem a realização da reconstrução mamária, a maioria (76%) das mulheres não utilizava nenhum tipo de prótese artificial na mama (Tabela 29).

Tabela 30 – Distribuição segundo realização, meses e sessões de radioterapia.
Maringá – PR, 2007

RADIOTERAPIA	Freqüências	Percentuais
não	3	6,0
sim	47	94,0
Total	50	100,0
MESES	Freqüências	Percentuais
0	2	4,0
1	10	20,0
2	29	58,0
3	8	16,0
4	1	2,0
Total	50	100,0
SESSÕES	Freqüências	Percentuais
nenhuma	3	6,0
20 a 30	15	30,0
31 a 40	28	56,0
41 a 50	3	6,0
acima de 50	1	2,0
Total	50	100,0

Conforme demonstra a Tabela 30, 94% das mulheres realizaram radioterapia.

A radioterapia é um componente essencial para o tratamento do câncer de mama, pois pode reduzir o risco de recorrência local e constitui o esquema de tratamento paliativo. Conseqüentemente, é imperativo que na realização da radioterapia sejam assegurados os melhores resultados para mulheres com câncer de mama. Com um tratamento apropriado, muitas delas são curadas do câncer de mama, outras vivem por mais tempo com a doença e com uma qualidade de vida melhor. Em países em desenvolvimento, a radioterapia é tratamento utilizado na maioria das mulheres e deve, conseqüentemente, estar disponível (BESE et al., 2006).

Bergmann et al. (2004) detectaram que 56% das mulheres estudadas realizaram radioterapia; no estudo de Panobianco et al. (2002), 82,3% das mulheres realizaram esse tratamento; e a maioria das mulheres do estudo de Prado et al. (2004), ou seja, 73,3%, tinham sido submetidas à radioterapia. Estes estudos demonstram que a prática da radioterapia é comum no tratamento da mulher com câncer de mama.

Após a radioterapia, 72% das mulheres estudadas apresentaram dor no braço e no ombro, fraqueza muscular que pôde chegar ao torpor na semana seguinte após a radioterapia, sendo que a QDV foi afetada por estes fatores (HACK et al.; 1999).

A maioria das mulheres realizou radioterapia por um período de 2 meses e com frequência de 31 a 40 sessões (Tabela 30).

Tabela 31 – Distribuição segundo complicações na radioterapia. Maringá – PR, 2007

COMPLICAÇÃO	Não fez		não		sim	
	N	%	N	%	N	%
Complicação	2	4	16	32	32	64
Aderência	2	4	48	96	0	0
sensibilidade alterada na região irradiada	2	4	23	46	25	50
problemas pulmonares	2	4	48	96	0	0
infecção/inflamação da mama ou do braço	2	4	48	96	0	0
Linfedema	2	4	47	94	1	2
Queimaduras	2	4	20	40	28	56

A maioria (64%) das mulheres relatou ter tido alguma complicação durante o tratamento radioterápico; das complicações apresentadas, 50% referiam-se a sensibilidade alterada na região irradiada e 56% eram casos de queimadura (Tabela 31).

Em relação ao tempo de cirurgia e o aparecimento de complicações da radioterapia a correlação é $r = -0,284$ e portanto significativa ao nível de 5%. 56% das mulheres fizeram cirurgia entre 1 e 2 anos e a grande maioria tiveram alguma complicação na radioterapia. Das mulheres que fizeram cirurgia há mais de 3 anos nenhuma apresentou qualquer complicação. Este dado de relevância pode estar relacionado à técnica cirúrgica.

Perda de apetite e conseqüente alteração no peso corporal, dor e mudanças na pele no local irradiado, desde descamação até queimaduras, são fatores relatados por pacientes que realizaram radioterapia (WILLIAMS et al., 2001).

Em 90,9% dos casos estudados por Panobianco et al. (2002), o surgimento do linfedema teve relação com a realização de radioterapia e quimioterapia, demonstrando que o próprio tratamento, além do procedimento cirúrgico, pode levar a esta importante complicação.

Tabela 32 – Distribuição segundo realização, meses e ciclos de quimioterapia. Maringá – PR, 2007

QUIMIOTERAPIA	Freqüências	Percentuais
sim	43	86,0
não	7	14,0
Total	50	100,0
MESES	Freqüências	Percentuais
nenhum	3	6,0
de 1 a 4 meses	11	22,0
de 5 a 6 meses	32	64,0
de 7 a 8 meses	4	8,0
Total	50	100,0
CICLOS	Freqüências	Percentuais
nenhuma	5	10,0
de 1 a 4 sessões	6	12,0
de 5 a 7 sessões	32	64,0
acima de 7 sessões	7	14,0
Total	50	100,0

Conforme demonstra a Tabela 32, 86% das mulheres realizaram quimioterapia para o tratamento sistêmico do câncer de mama.

No estudo de Prado et al. (2004), 56,7% das mulheres foram submetidas à quimioterapia, prática comum no tratamento do câncer de mama.

A quimioterapia é considerada uma terapia sistêmica para o câncer de mama. É chamada de *neo-adjuvante* se for realizada antes do procedimento cirúrgico e *adjuvante* quando realizada após a cirurgia. Após a remoção cirúrgica do tumor visível, a quimioterapia é utilizada com o objetivo de matar qualquer célula tumoral que possa ter migrado para outras partes do organismo (AMERICAN, 2005).

A ampla utilização da quimioterapia para o tratamento do câncer de mama é justificada por proporcionar aumento da sobrevida livre da doença e da sobrevida global da mulher, como afirma o *Early Breast Cancer Trialists' Collaborative Group* (EARLY, 2005).

De acordo com a Tabela 32, 64% das mulheres realizaram quimioterapia por um período de 5 a 6 meses.

A quimioterapia é uma modalidade já consagrada para o tratamento do câncer de mama, podendo ser realizada em caráter neo-adjuvante (o que justifica sua realização por um período de 1 mês), adjuvante e paliativo.

Em geral, as combinações de agentes quimioterápicos são administradas por um período de 3 a 6 meses (ENTREKIN, 1997).

COMPLICAÇÕES	Não teve/não usou		não		sim	
	N	%	N	%	N	%
Náuseas	3	6	8	16	39	78
Vômitos	3	6	14	28	33	66
Diarréia	3	6	29	58	18	36
Perda de apetite	3	6	12	24	35	70
Alopecia	3	6	8	16	39	78
Mal estar	3	6	10	20	37	74
Mucosites	3	6	31	62	16	32
Perda de peso/emagrecimento	3	6	27	54	20	40
Outros tipos de complicação	3	6	30	60	17	34

Quadro 1 – Distribuição segundo complicações da quimioterapia. Maringá – PR, 2007

Quanto a queixas de complicações relacionadas ao tratamento quimioterápico, 78% das mulheres referiram náuseas, 66% referiram vômitos, 58% não referiram ter diarreia durante o tratamento, 70% referiram perda do apetite, 78% referiram alopecia, 74% referiram mal-estar, 62% não referiram ter apresentado mucosites, 54% não tiveram perda de peso e 60% não referiram outras complicações (Quadro 1).

Pacientes que realizam quimioterapia e radioterapia referem sintomas diferentes quando da realização do tratamento (WILLIAMS et al., 2001).

Náuseas, vômitos e mucosites são sintomas comuns referidos por pacientes que realizam quimioterapia, os quais podem culminar com a diminuição do peso corporal; além destes sintomas, os pacientes referem dificuldades para dormir, dor, cansaço e alopecia.

Dentre os sintomas que as mulheres podem relatar após esses tratamentos, as náuseas e vômitos, anorexia, constipação, diarreia, fadiga e mucosite são citados por Anjos e Zago (2006) como os mais frequentes. Ao estudar a quimioterapia na visão de uma paciente, através do estudo de caso, os autores acima citados relatam que os sintomas referidos pela paciente foram náusea, vômito, alopecia, mucosite e mal-estar; afirmaram também que a quimioterapia impôs mudanças importantes no seu dia-a-dia, principalmente no aspecto econômico.

No estudo de Williams et al. (2001) com pacientes que realizaram radioterapia e quimioterapia, 50% referiram apresentar alopecia, sentir mudança no paladar, diminuição do apetite e náuseas; Por outro lado resultados acima de 50% foram encontrados no presente estudo.

Incorporada ao mal-estar, a fadiga é um sintoma comum em pacientes com câncer de mama, provavelmente devido à radioterapia e quimioterapia, pois realizar o tratamento coadjuvante aumenta a possibilidade de a mulher ter fadiga. É mais comum a mulher ter fadiga na última semana de radioterapia, durante os ciclos de quimioterapia e principalmente nos primeiros dias após a mesma (ISHIKAWA et al., 2005).

Para Silva et al. (1999, p. 90) “a percepção das mulheres sobre a quimioterapia volta-se, quase sempre, as consequências desagradáveis referentes à sintomatologia, dificuldades para suportar os problemas adversos e decorrentes do tratamento”. As mulheres entrevistadas pelos autores anteriormente citados referiram que os efeitos colaterais da quimioterapia representam um dos maiores problemas, além do medo das reações das pessoas e medo da própria doença. Conforme citado pelas mulheres, o tratamento quimioterápico, então, apresenta dificuldades relacionadas aos efeitos colaterais, tristeza, deslocamento para a instituição onde o tratamento é realizado, situação financeira difícil, necessidade de deixar a família sozinha em casa e referentes à demora para receber o atendimento.

Conhecer os sintomas mais relatados por pacientes com este tipo de tratamento permite melhor manejo do cuidado por parte da enfermagem.

Tabela 33 – Distribuição segundo uso, tempo de hormonioterapia e medicamento utilizado. Maringá – PR, 2007

HORMONIOTERAPIA	Frequências	Percentuais
Não	14	28,0
Sim	36	72,0
Total	50	100,0
TEMPO DE USO	Frequências	Percentuais
Nenhum	13	26,0
ate 1 ano	16	32,0
de 1 a 2 anos	12	24,0
de 2 a 3 anos	7	14,0
acima de 3 anos	2	4,0
Total	50	100,0
MEDICAMENTO	Frequências	Percentuais
não fez	13	26,0
Tamoxifeno	34	68,0
Anastrozol	3	6,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 33, 72% das mulheres realizam terapia hormonal para o câncer de mama.

A terapia hormonal é utilizada em mulheres cujo teste é positivo para células receptoras de estrógeno, hormônio produzido pelos ovários cujo objetivo é bloquear o efeito do estrógeno para que as células cancerígenas não se multipliquem (AMERICAN, 2005).

Quanto ao tempo de uso de medicamento para hormonioterapia, 32% das mulheres estavam em uso pelo período de até 1 ano, ou seja, no início do tratamento, e 68% delas realizaram hormonioterapia com o medicamento Tamoxifeno (Tabela 33).

O uso do tamoxifeno e dos inibidores da aromatase são indicados para o tratamento adjuvante e neo-adjuvante do câncer de mama (THE ATAC, 2002; SMITH et al., 2005). Este medicamento tem sido amplamente utilizado por muitos anos para o tratamento do câncer de mama (AMERICAN, 2005).

O tamoxifeno é um antiestrógeno no tratamento do câncer de mama e foi o primeiro composto não-esteróide utilizado no tratamento adjuvante. É considerado um modulador seletivo dos receptores de estrógeno. Há mais de 30 anos esse composto comprovou importante ação enquanto agente antitumoral em pacientes com câncer de mama avançado e alcançado (GRADISHAR; CELLA, 2006).

COMPLICAÇÃO	não usou		não		sim	
	N	%	N	%	N	%
Complicação	13	26	9	18	28	56
Fogachos	13	26	21	42	16	32
Náuseas e vômitos	13	26	14	28	23	46
Alterações menstruais	13	26	7	14	30	60
Nervosismo	13	26	6	12	31	62
Depressão	13	26	8	16	29	58
Aumento de peso	13	26	18	36	19	38
Alterações circulatórias	13	26	1	2	36	72
Alterações visuais	13	26	5	10	32	64
Alterações endometriais	13	26	7	14	30	60
Alterações hepáticas	13	26	3	6	34	68

Quadro 2 – Distribuição segundo complicações com a hormonioterapia. Maringá – PR, 2007

De acordo com o Quadro 2, 56% das mulheres que usaram hormonioterapia queixaram-se de complicações relacionadas ao uso do medicamento. Dessas mulheres, 42% não referiram fogachos, 46% referiram náuseas e vômitos, 60% alterações menstruais, 62% referiram alteração no humor do tipo nervosismo, 58% referiram depressão, 36% não referiram aumento de peso, 72% referiram alterações circulatórias, 64%, alterações visuais, 60%, alterações endometriais e 68% referiram alterações hepáticas.

O tamoxifeno tem sido, até o presente, o mais usado no tratamento hormonal do câncer de mama, porém os eventos trombóticos são comumente relatados pelas mulheres que fazem uso deste medicamento, aumentando a prevalência de co-morbidades, como as doenças vasculares, em mulheres com câncer de mama (VENTURINO et al., 2000).

Em estudo comparativo sobre a QDV de mulheres em uso de tamoxifeno (n= 973) e raloxifeno (n= 1010), Land et al. (2006) concluíram que não houve diferença estatística entre os dois grupos, no quesito QDV; a função sexual esteve levemente melhor no grupo de pacientes em uso do tamoxifeno (OR=1,22). Os efeitos colaterais mais referidos pelas mulheres em uso de tamoxifeno foram problemas ginecológicos, sintomas vasomotores e câimbras nas pernas. A ocorrência de obesidade relacionou-se ao uso do raloxifeno, e não ao uso do tamoxifeno.

Quanto ao ganho de peso, grande parte das mulheres (40%) referiu não tê-lo tido, e das que o tiveram, a maioria (32% do total) referiu aumento de 5 a 10 Kg.

Das pacientes que apresentaram complicações na hormonioterapia, o tamoxifeno foi o responsável por 56% das complicações (coeficiente de correlação de Pearson é $r = 0,708$. É significativo ao nível de 1% de confiança). Os demais 18% não tiveram complicações com nenhum dos medicamentos (26% não usaram medicamentos).

Tabela 34 – Distribuição segundo relação familiar do respondente quanto a dependência/independência para as AVD e pessoa que as auxilia. Maringá – PR, 2007

RELAÇÃO FAMILIAR	Frequências	Percentuais
Dependente	23	46,0
Independente	27	54,0
Total	50	100,0
FAMILIAR QUE AUXILIA AVD	Frequências	Percentuais
Não dependente	27	54,0
Mãe	1	2,0
Marido	13	26,0
Filhos	5	10,0
Outros	4	8,0
Total	50	100,0

De acordo com a Tabela 34, 54% das pacientes relataram ser independentes para a realização das atividades da vida diária (AVDs); e das que referiram necessitar de auxílio, 26% referiram a figura do marido enquanto figura principal que as auxilia, e em segundo lugar referiram os filhos, demonstrando a necessidade de apoio familiar para as AVDs.

A avaliação da capacidade funcional permite uma visão mais precisa quanto à severidade e ao impacto da doença. A capacidade funcional relaciona-se a uma função específica e à capacidade de autocuidado, ou seja, as AVDs, incluindo alimentar-se, vestir-se, banhar-se, ter continência e usar o banheiro (PASCHOAL, 1996 apud DIOGO, 2000). Assim, a avaliação da capacidade funcional pode ser realizada através da avaliação das AVDs (ROSA et al., 2003).

Por sua vez, a incapacidade funcional é definida como a “presença de dificuldade no desempenho de certos gestos e de certas atividades da vida cotidiana ou mesmo pela impossibilidade de desempenhá-las” (ROSA et al., 2003, p. 41). Destaca-se que a ocorrência da doença, a deficiência ou problemas médicos, associam-se fortemente com as capacidades funcionais do indivíduo.

Ressalta-se que, para Diogo (2000, p. 76),

A independência na realização das AVD é de grande importância na vida das pessoas pois envolve questões de natureza emocional, física e social. Independentemente da faixa etária, a dependência pode alterar a dinâmica familiar, os papéis desenvolvidos pelos seus membros, interferindo nas relações e no bem estar da pessoa dependente e dos seus familiares.

O estudo de Lindop e Cannon (2001) relata que as mulheres encontram apoio no marido, nos parentes e familiares. Por outro lado, a experiência de conviver com um familiar com câncer de mama consitui um momento difícil para a relação do familiar com o câncer.

Com o adoecer da mulher, dentro do âmbito familiar, é fundamental o apoio recíproco entre irmãos, avós, tios, primos, cunhados e outros, e nesta fase delicada da vida da mulher “qualquer manifestação de cuidado e atenção só virá a beneficiá-los”. Os autores afirmam também que o apoio familiar e de amigos é fundamental e contribui de forma positiva para a experiência da mulher (BERVIAN; GIARDON-PERLINI, 2006, p. 126).

Pereira et al. (2005) confirmaram em seu estudo que a intervenção precoce da fisioterapia ajuda na prevenção de complicações pós-cirúrgicas e reabilita mais cedo as pacientes para as AVDs, demonstrando assim a importância deste tipo de atendimento especializado para a reabilitação das pacientes.

ATIVIDADES	sim		não	
	N	%	N	%
tomar banho sozinha	50	100	0	0
limpara a casa	40	80	10	20
pentear o cabelo	49	98	1	2
lavar a roupa	38	76	12	24
se vestir	50	100	0	0
Cozinhar	47	94	3	6
calçar os sapatos	50	100	0	0
passar roupa	43	86	7	14
se alimentar	50	100	0	0
Caminhar	48	96	2	4
dirigir(*)	18	36	7	14
segurar um objeto pequeno	48	96	2	4
pegar um objeto no alto	43	86	7	14
fazer atividades esportivas	35	70	15	30
Descascar uma fruta	47	94	3	6
fazer atividades profissionais	35	70	15	30

(*) 25 mulheres ou 50% não dirigem veículos

Quadro 3 – Distribuição segundo atividade que realiza com ambas as mãos. Maringá – PR, 2007.

Devido às possíveis complicações decorrentes da cirurgia da mama, a mulher fica impedida de realizar seu autocuidado de maneira plena. Ao avaliar quais AVDs estavam sendo realizadas pela mulher sem auxílio e com ambas as mãos, detectou-se que 100% delas tomavam banho sozinhas, 80% limpavam a casa, 98% penteavam o cabelo, 76% lavavam roupa, 100% conseguiam se vestir, 94% cozinham, 100% calçavam os sapatos, 86% passavam roupa, 100% conseguiam se alimentar, 96% caminhavam, 36% dirigiam carro, 96%

seguravam um objeto pequeno, 86% pegavam objeto no alto, 70% conseguiam fazer atividades esportivas (apesar de que, destas mulheres, somente 54% as realizavam), 94% descascavam uma fruta e 70% conseguiam realizar atividades profissionais (Quadro 3). Observou-se, então, que a maioria das AVDs corriqueiras não podem ser exercidas plenamente pelas mulheres.

A movimentação do braço após a mastectomia é uma das funções físicas mais afetadas, pois ocorrem mudanças anatômicas importantes e irreversíveis no membro superior ipsilateral à cirurgia, quer pelo próprio procedimento cirúrgico quer por complicações desse procedimento. Lash e Silliman (2002) afirmam que pacientes com câncer de mama têm um alto risco de algum declínio de função física, devido ao linfedema ou à dissecação da axila durante o procedimento cirúrgico.

Assim, a importância da avaliação das AVDs das mulheres está na forte relação entre a realização das AVDs, função física e qualidade de vida, como afirmam Vinokur et al. (1990 apud LASH; SILLIMAN, 2002).

Venturino et al. (2000) avaliaram 45 mulheres com câncer de mama com grau moderado a grave de incapacidade e co-morbidade segundo o *Comprehensive Geriatric Assessment* e realizaram a administração de formestane (inibidor da aromatase), devido a terem algum episódio de doença trombótica pelo uso do tamoxifeno; destas, 69% tinham metástase. A maioria das mulheres tinha algum tipo de patologia associada à incapacidade: 64,4% das pacientes tinham artrose/artrite, 44,4% eram hipertensas e 35,5% tinham problemas vasculares. Os autores concluíram que 20% das mulheres apresentaram ao menos um tipo de dependência para a realização das AVDs e constataram a efetividade com mínima toxicidade no uso do formestane na população estudada.

No estudo de Lash e Silliman (2002), aproximadamente 40% das mulheres participantes do estudo relataram algum declínio na realização de ao menos uma de três perguntas que mediam a função física.

Desta forma, o acompanhamento fisioterapêutico da mulher visa permitir um retorno, o mais breve possível, às atividades da vida diária e profissionais, o que melhora sua QDV (MOREIRA; MANAIA, 2005).

MOBILIDADE	Ativa		Ativa-assistida	
	N	%	N	%
MSD	47	94	3	6
MSE	49	98	1	2

Quadro 4 – Distribuição segundo mobilidade de MMSS. Maringá – PR, 2007

Quanto à mobilidade dos membros superiores (MMSS), 94% das mulheres tinham mobilidade ativa do MSD e 98% tinham mobilidade ativa do MSE (Quadro 4).

A importância da mobilidade dos MMSS relaciona-se à execução das AVDs, sendo que a limitação de movimentos da cintura escapular, ombros e braços tem sido descrita como importante seqüela do tratamento do câncer de mama (PRADO et al., 2004).

Tabela 35 – Distribuição segundo presença, localização e tempo de instalação do linfedema. Maringá – PR, 2007

PRESENÇA	Frequências	Percentuais
presente	11	22,0
Ausente	39	78,0
Total	50	100,0
LOCALIZAÇÃO	Frequências	Percentuais
ausente	39	78,0
MS ipsilateral à cirurgia	11	22,0
Total	50	100,0
TEMPO	Frequências	Percentuais
ausente	39	78,0
no primeiro mês de PO	2	4,0
entre o 2º e o 6º mes de PO	2	4,0
entre o 6º mes e o 1º ano de PO	2	4,0
após o 1º ano de PO	4	8,0
após o 3º ano de PO	1	2,0
Total	50	100,0

Quanto à presença de linfedema, 78% das mulheres não apresentaram esta complicação e todas as mulheres tiveram o linfedema no membro ipsilateral à cirurgia (Tabela 35).

Um outro dado é a correlação entre infecção/inflamação da mama ou do braço e linfedema, significativamente alta ao nível de 1% ($r = 0,819$). As mulheres que não fizeram radioterapia também não apresentaram linfedema. E dos 94% que não tiveram linfedema também não tiveram infecção/inflamação da mama ou do braço.

Entre as complicações cirúrgicas da mama, o linfedema do membro superior é a mais comum quando da realização de linfadenectomia axilar da região do membro superior homolateral à cirurgia. Associa-se a isto o fato de que a evolução deste tipo de complicação após a cirurgia da mama não permite considerar a cura.

Esta complicação é uma condição crônica e requer cuidado constante, podendo ocorrer de maneira insidiosa em qualquer momento após o câncer de mama. Espera-se frequência elevada de linfedema entre as mulheres brasileiras, já que os tratamentos oferecidos são mais radicais, em consequência do diagnóstico tardio da doença (BERGMANN et al., 2004).

É inevitável que a presença do linfedema comprometa a qualidade de vida das mulheres que realizaram mastectomia (LORENZATTO et al., 1995).

O linfedema ocorre pela extirpação, no procedimento cirúrgico, dos nódulos linfáticos axilares, cujas funções principais consistem em devolver proteínas plasmáticas do líquido intersticial à circulação sanguínea e responder pela reação imunológica. Como a cavidade axilar é sede da maior drenagem de linfa da região torácica, após a linfadenectomia realizada durante a mastectomia, a drenagem da linfa fica prejudicada com a consequente formação do linfedema.

Para Borghesan (2005), o linfedema é uma das complicações mais importantes da mastectomia. A incidência desta complicação varia de 67% a 62,5%, como ocorrência no pós-operatório imediato ou entre o 1º e o 15º ano pós-cirurgia (BARACHO, 2002).

Ao avaliar pacientes portadores de linfedema em serviço público, Kafajian-Haddad et al. (2005) encontraram como causas desencadeantes do linfedema: processo pós-infeccioso, 56,92%, insuficiência venosa crônica; 9,23%, 10,77% período pós-cirúrgico, 10,77%; trauma em 12,31%; e cirurgia e radioterapia em 10,77%.

No estudo de Prado et al. (2004), das 30 mulheres estudadas, apesar da prevalência na realização de cirurgia conservadora, 46,6% apresentaram linfedema de grau leve, 6,6% de grau moderado, 13,13% de grau moderado, e uma pequena parcela, ou seja, 13,3%, não apresentou tal complicação.

Em estudo comparativo com 33 pacientes que realizaram atendimento fisioterapêutico após a mastectomia e 11 pacientes que não o realizaram, Pereira et al. (2005) constataram que no grupo que realizou fisioterapia houve um percentual de 10% das mulheres que evoluiu para linfedema, e no grupo que não a realizou, 36% evoluíram, o que demonstra a efetividade do tratamento fisioterapêutico para mulheres mastecomizadas.

Ao avaliar a presença de linfedema em pacientes submetidas à mastectomia radical modificada, Freitas Junior et al. (2001) encontraram que 14% das pacientes tiveram linfedema. Entre as pacientes em que foram conservados ambos os músculos peitorais a taxa foi de 9%, e de 15% quando se empregou a conservação apenas do grande peitoral. Os autores também encontraram relação significativa entre a frequência de linfedema e o peso e a idade das pacientes: o linfedema foi observado em apenas uma das 34 pacientes com menos de 46 anos, e nenhuma das 19 pacientes com até 50kg de peso apresentou linfedema.

Bergmann et al. (2004) avaliaram 394 mulheres que realizaram linfadenectomia axilar pós-câncer de mama e encontraram prevalência de 11,9% a 30,7% de linfedema, variando quanto aos métodos diagnósticos realizados e ao ponto de corte empregado. Os autores detectaram que os métodos de avaliação do linfedema que apresentaram maior concordância foram o volume estimado do membro ≥ 300 ml e a perimetria (medida da circunferência do membro) $\geq 3,00$ cm.

Panobianco (2002) estudou o significado do linfedema para 14 mulheres após mastectomia e concluiu que na relação da mulher consigo mesma o linfedema significou preocupação com as possíveis complicações e com o aumento do volume do braço, mudanças de hábitos, dificuldades diversas, alterações emocionais e busca de justificativas para ter o linfedema; na relação da mulher com o mundo as mulheres indicaram a ciência, o trabalho, a família, os serviços de saúde e a sociedade como partes construtoras do significado do linfedema, elas reconhecem seu corpo de maneira diferente, pelo aumento do volume do braço, demonstrando que o linfedema é uma complicação estigmatizante.

Além do problema físico, o linfedema causa incômodo físico e emocional para as mulheres, pois muitas apresentam depressão e ansiedade, chegando a precisar de acompanhamento psicológico/psiquiátrico. O braço com linfedema torna-se foco de atenção das outras pessoas. Panobianco et al. (2002) estudaram 17 mulheres que realizaram cirurgia de mama devido ao câncer e detectaram a presença de linfedema em 64,7% delas, e, apesar de o linfedema ser de grau leve, consideraram importante a detecção precoce do linfedema, pois se não for tratado, pode levar a sérias e irreversíveis complicações.

O percentual de mulheres com linfedema foi maior (8%) após o primeiro ano de pós-operatório (Tabela 39).

Panobianco et al. (2002) detectaram que 64,7% das mulheres tiveram o surgimento do edema do braço durante os três primeiros meses do pós-operatório.

No estudo de Prado et al. (2004), a maioria das mulheres, ou seja, 66,7% delas, estavam no primeiro ano de pós-operatório.

Tabela 36 – Distribuição segundo encaminhamento para atendimento especializado. Maringá – PR, 2007

ATENDIMENTO	Frequências	Percentuais
não	24	48,0
sim.fisioterapia	26	52,0
Total	50	100,0

Quanto ao encaminhamento para atendimento especializado, 52% das mulheres tiveram esse atendimento, sendo predominante a fisioterapia; porém parcela significativa (48%) não foi encaminhada a nenhum tipo de atendimento especializado (Tabela 36).

Incluir a fisioterapia na assistência para realibitação física da mulher no período pós-operatório do câncer da mama previne complicações, promove adequada recuperação funcional e assim propicia melhor QDV (SILVA et al., 2004). Isto demonstra a importância da fisioterapia no atendimento a mulher submetida a cirurgia da mama e os indiscutíveis benefícios para a saúde da mulher atendida por este atendimento especializado.

O tratamento fisioterápico às pacientes mastectomizadas, na opinião de Pereira et al. (2005), tem como objetivos o controle da dor no pós-operatório, prevenção e tratamento do linfedema e de alterações posturais, promoção do relaxamento muscular, manutenção da amplitude de movimento do membro superior envolvido, melhora do aspecto e maleabilidade da cicatriz para prevenir e tratar as aderências.

Moreira e Manaia (2005) afirmam que o tratamento fisioterapêutico de mulheres submetidas à cirurgia para tratamento do câncer de mama deve começar no período pré-operatório e estender-se ao pós-operatório, tendo como objetivo aliviar os sintomas e melhorar o bem-estar da paciente através da minimização das disfunções físicas, prevenir e/ou

restabelecer a perda da função, da força muscular e da amplitude de movimento da cintura escapular, desvios posturais e drenagem linfática.

Por sua vez, a fisioterapia em *cuidados paliativos*, comum a pacientes com doença crônica como o câncer, propicia alívio da dor através da eletroterapia e terapia manual, alívio dos sintomas psicofísicos mediante técnicas de relaxamento e atividade física, atuação nas complicações osteoarticulares decorrentes da *síndrome do desuso* (comum em pacientes que realizam quimioterapia e radioterapia), reabilitação de complicações linfáticas, atuação na fadiga, melhora da função pulmonar, atendimento de pacientes neurológicos e cuidados aos pacientes com úlceras de pressão. Estes atendimentos objetivam melhorar a qualidade de vida dos pacientes sem possibilidades curativas, pois reduzem os sintomas e promovem sua independência funcional (MARCUCCI, 2005).

Tabela 37 – Distribuição segundo afastamento da atividade profissional devido ao procedimento cirúrgico. Maringá – PR, 2007

AFASTAMENTO	Freqüências	Percentuais
sim	32	64,0
não	18	36,0
Total	50	100,0

Quando questionadas sobre seu afastamento da atividade profissional durante o procedimento cirúrgico, 64% referiram ter-se afastado (Tabela 37).

No trabalho de Avis et al. (2005) com mulheres com média de idade de 43 anos, a ausência de trabalho associou-se negativamente à QV, e Conde et al. (2006) reforçam a importância do trabalho para uma melhor QV.

As participantes do estudo de Silva et al. (1999) relataram sentir tristeza por ter interrompido suas atividades profissionais e domésticas devido ao câncer de mama. Após a emancipação da mulher, esta busca sentir-se útil, sendo comum o trabalho fora do lar pelo prazer pessoal, realização profissional ou para contribuir com o orçamento familiar.

Nasajon e Balem (1999) afirmam que o afastamento do trabalho e do convívio familiar para submeter-se ao tratamento e a distorção da auto-imagem pela mutilação da mama causam efeito devastador no conteúdo emocional da mulher.

Segundo Anjos; Zago (2006), pode-se afirmar que a quimioterapia exclui a paciente dos papéis sociais anteriormente desempenhados, principalmente da atividade profissional, e isto a faz sentir-se impotente, o que aumenta suas inseguranças e ameaça sua integralidade.

O estudo de Avis et al. (2006) sugere que mulheres que tenderam a faltar ao trabalho por um número elevado de dias imediatamente após o diagnóstico têm uma QDV mais baixa, quando medida anos mais tarde.

Tabela 38 – Distribuição segundo motivos de afastamento do emprego. Maringá – PR, 2007

MOTIVOS DO AFASTAMENTO	Não se afastou		sim		não	
	N	%	N	%	N	%
menor agilidade	16	32	7	14	27	54
indisposição para o trabalho	16	32	9	18	25	50
não ter força no braço	16	32	6	12	28	56
tem medo de machucar-se	16	32	12	24	22	44
conseguir movimentar normalmente o braço	16	32	12	24	22	44
o braço pesa muito	16	32	3	6	31	62
sente dor	16	32	8	16	26	52
freqüência de fazer exames	16	32	6	12	28	56
outros fatores	16	32	18	36	17	34

De acordo com a Tabela 38, em sua maioria (68%), as mulheres afastaram-se do trabalho após serem acometidas pelo câncer de mama. Dos motivos que levaram ao afastamento, 54% se referiram a menor agilidade, 50% a indisposição para o trabalho, 56% a não ter força no braço, 44% a medo de se machucar, 44% a não conseguir movimentar normalmente o braço, 52% a sentir dor, 56% à freqüência dos exames e 34% a outros fatores (a própria cirurgia em si e ao próprio tratamento).

Segundo Silva et al. (1999), o afastamento do trabalho decorre da cirurgia e do tratamento quimioterápico, o que está de acordo com este estudo.

Com a intensificação dos sintomas no decorrer do tratamento quimioterápico, a paciente do estudo de Anjos e Zago (2006) começa a questionar-se sobre sua vida e seu corpo, pois os sintomas não permitiram manter seu trabalho e os recursos financeiros para o sustento da família.

Tabela 39 - Distribuição segundo sentir-se em condições de exercer suas atividades profissionais e mudança da função profissional após cirurgia. Maringá – PR, 2007

SENTIR-SE EM CONDIÇÕES	Freqüências	Percentuais
sim	40	80,0
não	9	18,0
as vezes	1	2,0
Total	50	100,0
MUDANÇA DE FUNÇÃO	Freqüências	Percentuais
sim	10	20,0
não	40	80,0
Total	50	100,0

Quanto ao sentimento da mulher de estar em condições de exercer suas atividades profissionais, 80% referiram estar em condições (Tabela 39), o que demonstra boa perspectiva de futuro destas mulheres e seu otimismo em face do tratamento a que foi submetida. Em sua maioria (80%), as mulheres referiram não ter necessitado mudar a função profissional após a cirurgia, apesar de informalmente terem referido que tentaram aposentadoria, devido a dificuldades na realização das atividades profissionais, mas não a conseguiram.

6 CONCLUSÃO

Os dados desta pesquisa mostram que a maioria da população estudada foi composta por mulheres jovens, que são responsáveis pelas atividades do lar, da cor branca e casadas. A escolaridade da maioria esteve num nível bom, correspondente ao colegial completo, que dentre esse grupo, 14% tinham nível universitário com especialização, mestrado ou doutorado.

Quanto à classe econômica, 50% das mulheres foram classificadas como das classes A e B e 32% eram da classe econômica C; o que caracterizou uma população diferenciada da maioria das população brasileira, que tem uma renda mensal de 1 salário mínimo.

Todas as mulheres do estudo realizaram cirurgia mamária, daí a necessidade de tratamento fisioterápico visando a melhora do local cirúrgico para tratamento complementar e também para a realização das AVD.

Foi possível detectar a falta de orientação da mulher em relação aos cuidados com sua própria saúde (períodos pré e pós-cirúrgico, prevenção do linfedema, exercícios físicos); assim como falta de orientação sobre a importância do atendimento fisioterápico, pois algumas mulheres relataram que foram retomando suas AVD através da execução de atividades domésticas e por si só.

Detectou-se a falta de acompanhamento por parte da enfermagem a estas mulheres de forma mais direcionada e planejada. O atendimento a mulher foi feito isoladamente nos serviços de radioterapia e quimioterapia.

Um exemplo de atendimento de enfermagem e multidisciplinar a mulheres mastectomizadas é o Grupo REMA (Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas) da Escola de Enfermagem da USP de Ribeirão Preto.

Daí a proposta da implementação de ações educativas e assistenciais para a mulher com câncer de mama na região, através de um grupo de assistência, na busca de humanização e integralidade de cuidados.

REFERÊNCIAS

ABREU, Evaldo de; KOIFMAN, Sérgio. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-131, jan. 2002.

ALMEIDA, Ana Maria de; MAMEDE, Marli Villela; PANOBIANCO, Marislei Sanches; PRADO, Maria Antonieta Spinoso; CLAPIS, Maria José. Construindo o significado de recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 9, n. 5, p. 63-69, set./out. 2001.

ALDRIGHI, José Mendes; BUCHALLA, Cássia; CARDOSO, Maria Regina Alves. (Ed.). *Epidemiologia dos agravos à saúde da mulher*. São Paulo: Atheneu, 2005.

AMERICAN CANCER SOCIETY. *Breast Cancer Facts E Figures 2005-2006*. Atlanta: American Cancer Society, Inc, 2005. Disponível em: <<http://www.cancer.org/downloads/STT/CAFF2005BrF.pdf>>. Acesso em: 23 dez. 2006.

ANDRADE, Célia Regina de; CHOR, Dóra; FAERSTEIN, Eduardo; GRIEP, Rosane Haerter; LOPES, Claudia S.; FONSECA, Maria de Jesus Mendes da. Apoio social e auto-exame das mamas no Estudo Pró-saúde. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 379-386, mar./abr. 2005.

ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos; ZAGO, Márcia Maria Fontão. A experiência da terapêutica quimioterápica na visão do paciente. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 14, n. 1, p. 33-40, jan./fev. 2006.

AVIS, Nancy E.; CRAWFORD, Sybil; MANUEL, Janeen. Quality of life among younger women with breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, Alexandria, v. 23, no. 15, p. 3322-3330, May. 2005.

AVIS, Nancy E.; IP, Edward; FOLEY, Kristie Long. Evaluation of the Quality of Life in Adult Cancer Survivors (QLACS) scale for long-term cancer survivors in a sample of breast cancer survivors. *Health Qual Life Outcomes*, London, v. 4, no. 92, p. 1-11, Dec. 2006. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content/4/1/92>>. Acesso em: 26 dez. 2006.

BANCO MUNDIAL. *Série de estudos do Banco Mundial sobre países*. Brasil: novo desafio à saúde do adulto. Washington, DC, 1990.

BAIDER, L.; ANDRITSCH, E.; UZIELY, B.; GOLDZWEIG, G.; EVER-HADANI, P.; HOFMAN, G. et al. Effects of age on coping and psychological distress in women diagnosed with breast cancer: review of literature and analysis of two different geographical settings. *Crit. Rev. Oncol. Hematol.*, Boca Raton, v. 46, no. 1, p. 5-16, Apr. 2003.

BARACHO, Elza. *Fisioterapia aplicada à obstetrícia*. Aspectos de ginecologia e neonatologia. 3. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2002.

BERGAMASCO, Roselena Bazilli; ANGELO, Magareth. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 271-282, jul. 2001.

BERGMANN, Anke; MATTOS, Inês Echenique; KOIFMAN, Rosalina Jorge. Diagnóstico do linfedema: análise dos métodos empregados na avaliação do membro superior após linfadenectomia axilar para tratamento do câncer de mama. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 50, n. 4, p. 311-320, out. 2004.

BERVIAN, Patricia Isabel; GIARDON-PERLINI, Nara Marilene Oliveira. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 121-128, abr. 2006.

BESE, Nuran Senel; KIEL, Krystyna; EL-GUEDDARI, Brahim El-Khalil; CAMPBELL, Oladapo Babatunde; AWUAH, Baffour; VIKRAM, Bhadrassain. Radiotherapy for Breast Cancer in Countries with Limited Resources: Program Implementation and Evidence-Based Recommendations. *Breast J.*, Cambridge, v. 12, p. S96–S102, Jan./Feb. 2006. suppl. 1

BIAZUS, Jorge Villanova; XAVIER, Nilton Leite; RABIN, Eliane Goldberg; BITTELBRUM, Ana Cristina da Costa; CERICATTO, Rodrigo; AMORETTI, Roberto Kras; CAVALHEIRO, José Antônio Crespo; MENKE, Carlos Henrique. *Rotinas em Mastologia*. 1. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

BIFFI, Raquel Gabrielli. *A dinâmica familiar de um grupo de mulheres com câncer de mama*. 2003. 179 f. Tese (Doutorado)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2003.

BORGESAN, Deise Helena Pelloso; BARAÚNA, Mário; PELLOSO, Sandra Marisa Pelloso; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Auto-exame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde em um instituição pública. *Acta Scientiarum - Health Sciences*, Maringá, v. 25, n. 1, p. 103-113, jan. 2003.

BORGHESAN, Deise Helena Pelloso. *Estudo descritivo da postura corporal em mulheres mastectomizadas*. 2005. 68 f. Dissertação (Mestrado)– Universidade Estadual de Maringá, Maringá, 2005.

BORING, Catherine C.; SQUIRES, Teresa S.; TONG, Tony; MONTGOMEY Sherry. Cancer statistics 1994. *CA Cancer J. Clin.*, New York, v. 44, no. 1, p. 7-26, Jan./Feb. 1994.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. *Estimativa 2005: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Controle do câncer de mama: documento de consenso*. Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Controle e Vigilância. *Estimativa 2006: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA, 2005.

CALIRI, M. H. et al. Câncer de mama: a experiência de um grupo de mulheres. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 239-247, jul. 1998.

CARREÑO, Marcela S. R.; PEIXOTO, Sérgio; GIGLIO, Auro del. Reposição hormonal e câncer de mama – uma revisão crítica da literatura para o Oncologista. *Rev. Soc. Bras. Canc.*, Salvador, n. 7, p. 1-10, 1999. Disponível em: <<http://www.rsbcancer.com.br/rsbc/7artigo3.asp?nrev=Nº 7>>. Acesso em: 26 dez. 2006.

CASSO, Deborah; BUIST, Diana S. M.; TAPLIN, Stephen. Quality of life of 5-10 year breast cancer survivors diagnosed between age 40 and 49. *Health Qual. Life Outcomes*, London, v. 2, no. 25, p.1-8, May. 2004. Disponível em: <<http://www.hqlo.com/content>>. Acesso em: 02 jul. 2005.

CELLA, David F.; CHERIN, E. A. Quality of life during and after cancer treatment. *Compr Ther*, Harvard, v. 14, no. 5, p. 69-75, May 1988.

CENTA, Maria de Lourdes; ELSÉN, Ingrid. Reflexões sobre a evolução histórica da família. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 15-20, jan./dez. 1999.

CERVI, Adriane; HERMSDORFF, Helen Hermana Miranda; RIBEIRO, Rita de Cássia Lanes. Tendência da mortalidade por doenças neoplásicas em 10 capitais brasileiras, de 1980 a 2000. *Rev. Bras. Epidemiol.*, v. 8, n. 4 p. 407-418, dez. 2005.

CONDE, Délio Marques; PINTO-NETO, Aarão Mendes; CABELLO, César; SANTOS-SÁ, Danielli; COSTA-PAIVA; MARTINEZ, Edson Zangiacomi. *Breast J.*, Cambridge, v. 11, no. 6, p. 425–432, Nov. 2005.

CONDE, Délio Marques; PINTO-NETO, Aarão Mendes; FREITAS JÚNIOR, Ruffo; ALDRIGHI, José Mendes. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, mar. 2006.

DE LUCA, Laurival A. A polêmica sobre o aumento do risco de câncer de mama associado à reposição hormonal na menopausa não termina tão cedo. *Rev. Bras. Mastol.*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 89-90, set. 2004.

DE LUCA, Laurival A. et al. Recentes Aquisições em Mastologia. *Rev. Bras. Mastol.*, Rio de Janeiro, v. 8, n. 3, p. 146-156, set. 1998.

DIAS, Rosangela Corrêa et al. Avaliação da qualidade de vida relacionada à saúde em idosos com osteoartrite de joelhos. *Rev. Bras. Fisioterapia*, Rio de Janeiro, v. 6, n. 3, p. 105-111, set. 2002.

DIOGO, Maria José D'Elboux. O papel da enfermeira na reabilitação do idoso. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 8, n. 1, p. 75-81, jan. 2000.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Angela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, jan./abr. 2003.

EARLY BREAST CANCER TRIALISTS` COLLABORATIVE GROUP (EBCTCG). Effects of chemotherapy and hormonal therapy for early breast cancer on recurrence and 15-year survival: an overview of the randomized trials. *Lancet*, London, v. 365, no. 9472, p. 1687-1717, May 2005.

ENGEL, Jutta; KERR, Jacqueline; SCHLESINGER-RAAB, Anne; SAUER, Hansjörg; HÖLZEL, Dieter. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-Year Prospective Study. *Breast J.*, Cambridge, v. 10, no. 3, p. 223–231, May 2004.

ENTREKIN, Nina M. Câncer de mama. In: CLARK, Jane C.; MACGEE, Rose F; . *Enfermagem Oncológica: um currículo básico*. Porto Alegre: Artes Médicas, 1997, p. 401-415.

FERNANDES, Arlete Maria dos Santos; LEME, Larissa Capochin Paes; YAMADA, Elza Mitiko; SOLLERO, Celina de Azevedo. Avaliação do índice de massa corpórea em mulheres atendidas em ambulatório geral de ginecologia. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 2, p. 69-74, fev. 2005.

FERREL, B. R.; GRANT, M.; FUNK, B. OTIS-GREEN, S.; GARCIA, N. Quality of life in breast cancer. Part I: Physical and social well-being. *Cancer Nursing*, New York, v. 20, no. 6, p. 398-408, Dec. 1997.

FISHER, J.J.; SCOTT, Charles; STEVENS, Randy; MARCONI, Barabara; CHAMPION, Lorraine; FREEDMAN, Gary M.; ASRARI, Fariba; PILEPICH, M.V.; GAGNON, James D.; WONG, Gene. Randomized phase III study comparing best supportive care to biafine as a prophylactic agent for radiation-induced skin toxicity for women undergoing breast irradiation: radiation therapy oncology group (RTOG) 97-13. *Int. J. Radiat. Oncol. Biol. Phys.*, New York, v. 48, no.5, p. 1307-1310, Dec. 2000.

FLANAGAN, Jean. Clinically effective cancer care: working with families. *Eur. J. Oncol. Nurs.*, Edinburgh, v. 5, no. 3, p. 174-179, Sept. 2001.

FLECK, Marcelo P. A . LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Martha; CHACHAMOCICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme L.; SANTOS, L.; PINZON, Vanessa. *Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100)*. Porto Alegre, 1997.

FLECK, Marcelo P. A.; LOUZADA, Sérgio; XAVIER, Martha; CHACHAMOVICH, Eduardo; VIEIRA, Guilherme L.; SANTOS, Lyssandra; PINZON, Vanessa. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100). *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 33, n. 2, p. 198-205, abr. 1999.

FRANCO, J. M. *Mastologia: formação do especialista*. São Paulo: Atheneu, 1997.

FREITAS JÚNIOR, Ruffo de; RIBEIRO, Luiz Fernando Jubé; TAIA, Lúcia; KAJITA, Dáissuke; FERNANDES, Marcus Vinícius; QUEIROZ, Geraldo Silva. Linfedema em pacientes submetidas à Mastectomia Radical Modificada. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, p. 205-208, mai. 2001.

FRIEDEMANN, Marie Luise. The concept of family nursing. *J. Adv. Nurs.*, Oxford, v. 14, no. 3, p. 211-216, Mar. 1989.

GANZ, Patrícia A. Quality of life across the continuum of breast cancer care. *Breast J.*, Cambridge, v. 6, no. 5, p. 342-330, Oct. 2000.

GRADISHAR, William J.; CELLA, David. Selective estrogen receptor modulators and prevention of invasive breast cancer. *JAMA*, Chicago, v. 295, no. 23, p. 2784-2786, June 2006.

GREIMEL, Elfriede R.; THIEL, T.; PEINTINGER, Florentia.; CEGNAR, T.; PONGRATZ E. Prospective Assessment of Quality of Life of Female Cancer Patients. *Gynecol. Oncol.*, New York, v. 85, no. 1, p. 140-147, Apr. 2002.

HACK, Thomas F.; COHEN, Lorenzo; KATZ, Joel; ROBSON, Lynd S.; GOSS, Paul. Physical and psychological morbidity after axillary lymph node dissection for breast cancer. *J. Clin. Oncol.*, Baltimore, v. 17, no. 1, p. 143-149, Jan. 1999.

HEGG, Roberto. Câncer de mama. *Rev. Bras. Medicina*, São Paulo, v. 57, n. 5, p. 473-474, maio 2000.

HEIMDAL, Ketil; SKOVLUND, Eva; MÜLLER, Pal. Oral contraceptives and risk of familial breast cancer. *Cancer Detect. Prev.*, New York, v. 26, no. 1, p. 23-27, Mar. 2002.

ISHIKAWA, Neli Muraki; DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricette; THULER, Luiz Claudio Santos. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 4, p. 313-318, out. 2005.

JACOBSON, Judith S.; GRANN, Victor R.; HERSHMAN, Dawn; TROXEL, Andrea B.; LI, Huiling; NEUGUT, Alfred I. Breast biopsy and race/ethnicity among women without breast cancer. *Cancer Detect. Prev.*, New York, v. 30, no. 2, p. 129-133, Apr. 2006.

KAFEJIAN-HADDAD, Andréa Paula; SANJAR, Fernanda Alves; HIRATSUKA, Priscila Gagliardi Kalil Debs; FERNANDES, Marcela Bianca; KAFEJIAN, Ohannes. Análise dos pacientes portadores de linfedema em serviço público. *J Vasc Br*, Rio de Janeiro, v. 4, n. 1, p. 55-58, set. 2005.

KLIGERMAN, Jacob. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil – 2000. *Rev. Bras. Cancerol.*, v. 46, n. 2, p. 1-2, abr/mai/jun. 2000. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_46/v02/editorial.html>. Acesso em: 06 jan. 2007.

KUMAR, Nagi B.; RICCARDI, Diane; CANTOR, Alan; DALTON, Kyle; ALLEN, Kathy. A Case-Control study evaluating the association of purposeful physical activity, body fat distribution, and steroid hormones on premenopausal breast cancer risk. *Breast J.*, Cambridge, v. 11, no. 4, p. 266–272, July. 2005.

LAND, Stephanie R.; WICKERHAM, D. Lawrence; COSTANTINO, Joseph P.; RITTER, Marcie W.; VOGEL, Victor G.; LEE, Myoungkeun; PAJON, Eduardo R.; WADE III, James L.; DAKHIL, Shaker; LOCKHART JR, James B.; WOLMARK, Norman; GANZ, Patricia A. Patient-Reported Symptoms and Quality of Life During Treatment With Tamoxifen or Raloxifene for Breast Cancer Prevention. *JAMA*, Chicago, v. 295, no. 23, p. 2742-2751, June. 2006.

LASH, Timothy L.; SILLIMAN, Rebecca A. Long-term follow-up of upper-body function among breast cancer survivors. *Breast J.*, Cambridge, v. 8, no. 1, p. 28-33, Jan./Feb. 2002.

LAURENTI, Ruy. A mensuração da qualidade de vida (comentário). *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 4, p. 361-362, nov. 2003.

LIMA, Geraldo Rodrigues et al. *Ginecologia oncológica*. São Paulo: Atheneu, 1999.

LINDOP, Edward; CANNON, Sue. Experiences of women with diagnosis of breast cancer: a clinical pathway approach. *Eur. J. Oncol. Nurs.*, Edinburgh, v. 5, no. 2, p. 91-99, June 2001.

LORENZATTO, Maurício Andreis; ROCHA, Augusto César Peixoto; OLIVEIRA, Afrânio Coelho; FONSECA, André Luiz Arnaud; AMIN JÚNIOR, Joffre; SILVA, Luiz Guilherme Pessoa da. Complicações imediatas no pós-operatório da mastectomia. *J. Bras. Ginecol.*, Rio de Janeiro, v. 105, n. 10, p. 431-436, out. 1995.

MÄNNISTÖ, Satu; DIXON, L. Beth; BALDER, Helena F.; VIRTANEN, Mikko J.; KROGH, Vittorio; RASHID, Bahram; BERRINO, Franco; van den BRANDT, Piet A.; HARTMAN, Anne M.; PITINEN, Pirjo; TANS, Frans; WOLK, Alicia; GOLDHOHM, R. Alexandra. Dietary patterns and breast cancer risk: results from three cohort studies in the DIETSCAN project. *Cancer Causes Control*, Oxford, v. 16, no. 6, p. 725–733, Aug. 2005.

MAKLUF, Ana Silvia Diniz; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, jan. 2006.

MAMEDE, Marli Villela. *Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial*. 1991. Tese (Livre Docência)—Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, São Paulo, 1991.

MARCON, Sonia Silva. *Criar filhos: experiências de famílias de três gerações*. Pelotas: Universitária; UFPel, 1999.

MARCON, Sonia Silva; ELSSEN, Ingrid. A enfermagem com um novo olhar...a necessidade de enxergar a família. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 21-26, jan./dez. 1999.

MARCUCCI, Fernando César Iwamoto. O papel da fisioterapia nos cuidados paliativos a pacientes com câncer. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 1, p. 67-77, jan. 2005.

MARTINS, Ana Paula Vosne. *Visões do feminino: a medicina da mulher nos séculos XIX e XX*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2004.

MENDES, Sandra Helena F.; PEREIRA FILHO, Alkindar Soares; KOCH, Hilton Augusto; DJAHJAH, Maria Célia; PETRELLI, Andréa; FERNANDES, Silvio Silva. Efeito da terapia de reposição hormonal sobre a densidade mamária avaliada pela mamografia. *Rev. Bras. Mastol.*, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 36-41, jan. 2005.

MENDONÇA, Guinar Azevedo e Silva. Câncer na população feminina brasileira. *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 27, n. 1, p. 68-75, fev. 1993.

MINAYO, Maria Cecília de Souza; HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; BUSS, Paulo Marchiori. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n.1, p. 7-18, jan. 2000.

MOCK, V. Body image in women treated for breast cancer. *Nurs. Res.*, New York, v. 42, no. 3, p. 153-157, Aug. 1993.

MOLINA, Luciana; DALBEN, Ivete; LUCA, Laurival A. de. Análise das oportunidades de diagnóstico precoce para as neoplasias malignas de mam. *Rev. Assoc. Med. Bras.*, São Paulo, v. 49, n. 2, p. 185-190, mar. 2003.

MOREIRA, Eliane Cristina Hilberath ; MANAIA, Clárcia Aparecida Rodrigues. Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina. *Semina: Ciências Biológicas e da Saúde*, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005.

MORI, Maria Elizabeth; COELHO, Vera Lucia Decnop. Mulheres de corpo e alma: aspectos biopsicossociais da meia-idade feminina. *Psicologia: reflexão e crítica*, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 177-187, jul. 2004.

MUSSCHENGA, Albert W. The relation between concepts of quality-of-life, health and happiness. *J. Med. Philos.*, Chicago, v. 22, no. 1, p. 11-28, Feb. 1997.

NASAJON, L. W.; BALEM, J. L. A evolução do câncer de mama da mulher jovem: uma revisão de literatura. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 27, n. 9, p. 745-747, out. 1999.

NEWCOMB, Polly A.; LONGNECKER, Matthew P.; STORER, Barry E.; MITTENDORF, Robert; BARON, John; CLAPP, Richard W.; TRENTAM-DIETZ, Anny; WILLETT, Walter C.. Recent oral contraceptive use and risk of breast cancer (United States). *Cancer Causes Control*, Oxford, v. 7, no. 5, p. 525-532, Sept. 1996.

NORA, Dean T.; GIULIANO, Armando E. Câncer de mama. In: BEREK, Jonathan S. *Novak Tratado de Ginecologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

OJANLATVA, Ansa; MÄKINEN, Hans Helenius; KORKEILA, Katariina; SUNDELL, Jari; Rautava Päivi. Sexual activity and perceived health among Finnish middle-aged women. *Health Qual. Life Outcomes*, London, v. 4, no. 29, p. 1-10, May 2006.

OKOBIA, Michael N.; BUNKER, Clareann H.; ZMUDA, Joseph M; OSIME, Usifo; EZEOME, Emmanuel R.; ANYANWU, Stanley N. C.; UCHE, Emmanuel E. O.; OJUKWU, Joseph; KULLER, Lewis H. Anthropometry and Breast Cancer Risk in Nigerian Women. *Breast J.*, v. 12, no. 5, p. 462-466, Sept. 2006.

OLIVEIRA, Márcia Melo de; MONTEIRO, Ana Ruth Macêdo. Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. *Texto Contexto Enferm.*, Florianópolis, v. 13, n. 3, jul./set. 2004.

PAIVA, Carlos Eduardo; RIBEIRO, Bianca Sakamoto; GODINHO, Agildo Alavarenga; MEIRELLES, Ricardo de Souza Portes; SILVA, Eduardo Vignoli Guzella da; MARQUES, Guilhermer D'Addazio; ROSSINI JÚNIOR, Olamir. Fatores de risco para câncer de mama em Juiz de Fora (MG): um estudo caso-controle. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, p. 48-52, abr., 2002.

PANOBIANCO, Marislei Sanches. *Significado do linfedema na vida de mulheres com câncer de mama*. 137 f. Tese (Doutorado)– Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PANOBIANCO, Marislei Sanches; MAMEDE, Marli Villela. Complicações e intercorrências associadas ao edema de braço nos três primeiros meses pós mastectomia. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 10, n. 4, p. 544-551, jul./ago. 2002.

PEARMAN, Timothy. Quality of life and psychosocial adjustment in gynecologic cancer survivors. *Health Qual. Life Outcomes*, London, v. 1, no. 33, p. 1-6, Aug. 2003.

PEREIRA, Carla Maria de Abreu; VIEIRA, Elidia Orié Rodrigues Yamada; ALCÂNTARA, Paulo Sérgio Martins. Avaliação de protocolo de fisioterapia aplicado a pacientes mastectomizadas a Madden. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 143-148, abr. 2005.

PIATO, Sebastião. *Mastologia*. São Paulo: Roca, 1995.

PRADO, Maria Antonieta Spinoso; MAMEDE, Marli Villela; ALMEIDA, Ana Maria de; CLAPIS, Maria José. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. *Rev. Lat. Am. Enfermagem*, São Paulo, v. 12, n. 3, p. 494-502, maio/jun. 2004.

PRITCHARD, K.I. The role of hormone replacement therapy in women with a previous diagnosis of breast cancer and a review of possible alternatives. *Ann. Oncol.*, Dordrecht, v. 12, no. 3, p. 301-310, Jan. 2001.

PRITCHARD, K.I. Hormonal replacement therapy in breast cancer. *European Society Medical Oncology*, [s.l.], supp. 4, p. 73-80, Oct. 2002.

REA, Marina F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher. *J Pediatr*, Rio de Janeiro, v. 80, Supl. 5, nov. 2004, p. S142-146.

REES, G.; FRY, A.; CULL, A. A family history of breast cancer: women`s experiences from a theoretical perspective. *Soc. Sci. Med.*, Oxford, v. 52, no. 9, p. 1433-1440, May 2001.

RODRIGUES, D. P.; MELO, E. M.; SILVA, R. M.; MAMEDE, Marli Villela. O suporte social para atender as necessidades de mulheres mastectomizadas. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 44, n. 3, p. 231-238, jul. 1998.

ROOKUS, M. A.; LEEUWEN, Flora E van. Oral contraceptives and breast cancer in women aged 20-54 years. *Lancet*, London, v. 344, no. 8423, p. 844-851, Sep. 1994.

ROSA, Tereza Etsuko da Costa; BENÍCIO, Maria Helen D`Aquino; LATORRE, Maria do Rosário Dias de Oliveira; RAMOS, Luiz Roberto. Fatores determinantes da capacidade funcional em idosos. *Rev Saude Publica*, São Paulo, v. 37, n. 1, p. 40-48, fev. 2003.

ROSENBERG, Lynn; PALMER, Julie R.; RAO, R.Sowmya; ZAUBER, Ann G.; STROM, Brian L.; WARSHAUER, M.Ellen; HARLAP, Susan; SHAPIRO, Samuel. Case-control study of oral contraceptive use risk of breast cancer. *Am. J. Epidemiol.*, Baltimore, v. 143, no. 1, p. 25-37, Jan. 1996.

SABBI, A. Ricardo. Salvando a sua mama: informações para as mulheres. Rio de Janeiro: Revinter, 2002.

SALES, Cibele Alves Chapadeiro Castro; PAIVA, Luciana; SCANDIUZZI, Délcio; ANJOS, Anna Cláudia Y. Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social. *Rev. Bras. Cancerol.*, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 263-272, jul. 2001.

SCLOWITZ, Marcelo Leal; MENEZES, Ana Maria Baptista; GIGANTE, Denise Petrucci; TESSARO, Sérgio. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 39, n. 3, p. 340-349, jun. 2005.

SEIDL, Eliane Maria Fleury; ZANNON, Célia Maria Lana da Costa. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 250-257, mar./abr. 2004.

SEGRE, Marco; FERRAZ, Flávio Carvalho. O conceito de saúde. *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 31, n. 5, p. 538-542, out. 1997.

SHANNON, Jackilen; COOK, Linda S.; STANFORD, Janet L. Dietary intake and risk of postmenopausal breast cancer (United States). *Cancer Causes Control*, Oxford, v. 14, no. 1, p. 19-27, Feb. 2003.

SILVA, Raimunda Magalhães da; MELO, Elizabeth Mesquita; RODRIGUES, Maria Socorro Pereira. Família como suporte para a mulher em tratamento quimioterápico. *Fam. Saúde Desenv.*, Curitiba, v. 1, n. 1/2, p. 87-96, jan./dez. 1999.

SILVA, Marcela Ponzio Pinto e; DERCHAIN, Sophie Françoise Mauricette; REZENDE, Laura; CABELLO, César; MARTINEZ, Edson Zangiacomini. Shoulder movement after surgery for invasive breast carcinoma: randomized controlled study of postoperative exercises. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 2, p. 125-130. mar. 2004.

SMITH, I. E.; DOWSETT, M.; EBBS, S. R.; DIXON, J. M.; SKENE, A.; BLOHMER, J. U. et al. Neoadjuvant treatment of postmenopausal breast cancer with anastrozole, tamoxifen, or both in combination: the Immediate Preoperative Anastrozole, Tamoxifen, or Combined with Tamoxifen (IMPACT) multicenter double-blind randomized trial. *J. Clin. Oncol.*, Alexandria, v. 23, no. 22, p. 5108-5116, Aug. 2005.

TAVANI, A.; GIORDANO, L.; GALLUS, S.; TALAMINI, R.; FRANCESCHI, S.; GIACOSA, A.; MONTELLA, M.; La VECCHIA, C. Consumption of sweet foods and breast cancer risk in Italy. *Ann. Oncol.*, Dordrecht, v. 17, no. 2, p. 341–345, Feb. 2006.

TAVARES, Jeane Saskuya C.; TRAD, Leny A . Bomfin. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 426-435, mar./abr. 2005.

TESSARO, Sérgio; BÉRIA, Jorge U.; TOMASI, Elaine; BARROS, Aluísio J. D. Contraceptivos orais e câncer de mama: estudo de casos e controles. *Rev. Saude Publica*, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 32-38, fev. 2001.

TESSARO, Sérgio; BÉRIA, Jorge U.; TOMASI, Elaine, VICTORIA, Cesar G. Amamentação e câncer de mama: estudo de caso-controle no Sul do Brasil. *Cad. Saude Publica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 6, p. 1593-1601, nov./dez. 2003.

THE ATAC (ARIMIDEX, TAMOXIFEN ALONE OR IN COMBINATION) TRIALIST' GROUP. Anastrozole alone or in combination with tamoxifen versus tamoxifen alone for adjuvant treatment of postmenopausal women with early breast cancer: first results of the ATAC randomized trial. *Lancet*, London, v. 359, no. 9324, p. 2131-9, June 2002.

VENTURINO, Antonella; COMANDINI, Danila; GRANETTO, Cristina; AUDISIO, Riccardo Alberto; CASTIGLIONE, Federico; ROSSO, Riccardo; REPETTO, Lazzaro. Formestane is feasible and effective in elderly breast cancer patients with comorbidity and disability. *Breast Cancer Res. Treat.*, v. 62, no. 3 , p. 217–222, Aug. 2000.

WAIMAN, Maria Angélica Pagliarini; ELSÉN, Ingrid. Família e necessidades... revendo estudos. *Acta Scientiarum – Health Sciences*, Maringá, v. 26, n. 1, p. 147-157, jan. 2004.

WILLIAMS, Phoebe Daut; DUCEY, Kathleen A.; SEARS, Angela M.; WILLIAMS, Arthur R.; TOBIN-RUMELHART, Susan E.; BUNDE, Paula. Treatment type and symptom severity among oncology patients byself-report. *Int. J. Nurs. Stud.*, Oxford, v. 38, no. 3, p. 359-367, Jun. 2001.

APÊNDICES

APÊNDICE A

Instrumento de coleta de dados

DADOS PESSOAIS

Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

01 - Idade: _____ anos

02 - Cor: 1() branca 2() negra 3() amarela

03 - Situação conjugal: 1() solteira 2() casada 3() viúva 4() divorciada 5() outros

04 - Com qual convênio de saúde você fez o tratamento

1() SUS

2() Particular

3() Planos de saúde

4() outra forma. Qual? _____

05 - Ocupação:

1() trabalha no lar

2() funcionaria publica

3() funcionaria de empresa privada

4() empresaria/comerciante

5() aposentada

6() outra. Qual? _____

Nível de instrução:

Até que ano da escola o/a chefe da família estudou? E você?	Chefe/família	06. Entrevistado
Analfabeto / Primário incompleto (menos de 4ª série)	0	1
Primário completo (até a 4ª série)	1	2
Ginásio incompleto (5ª até 7ª série)	1	3
Ginásio completo (até a 8ª série)	2	4
Colegial incompleto (2º grau incompleto)	2	5
Colegial completo (2º grau completo)	3	6
Superior incompleto	3	7
Superior completo	5	8
Pós-graduação/espec./mestrado/doutorado	5	9

Classificação Econômica:

Você tem na sua casa? Quantos?	0	1	2	3	4	5	6 ou +
Televisão em cores	0	2	3	4	5	5	5
Video cassette	0	2	2	2	2	2	2
Radio (menos do carro)	0	1	2	3	4	4	4
Banheiro (inclui lavabo e empregada)	0	2	3	4	4	4	4
Automóvel de passeio próprio	0	2	4	5	5	5	5
Empregadas mensalistas	0	2	4	4	4	4	4
Aspirador de pó elétrico	0	1	1	1	1	1	1
Máquina de lavar roupas	0	1	1	1	1	1	1
Geladeira	0	2	2	2	2	2	2
Freezer (duplex ou independente)	0	3	3	3	3	3	3
Computador	0	0	0	0	0	0	0
Computador com Internet	0	0	0	0	0	0	0

SOMAR PONTUAÇÃO DO CHEFE DA FAMÍLIA: Total de pontos: _____

07 – Resultado da classificação econômica:

A1	A2	B1	B2	C	D/E	E
34 - 30	29 – 25	24 – 21	20 - 17	16 - 11	10 - 06	05 - 00
1	2	3	4	5	6	7

08 - Quantas pessoas residem no seu domicílio: _____ pessoas

Você mora com seu:

09 – Pai 1()sim 2()não

10 – Mãe 1()sim 2()não

11 – irmãos 1()sim 2()não

12 – avos 1()sim 2()não

13 – filhos 1()sim 2()não

14 – esposo 1()sim 2()não

15 – só 1()sim 2()não

16 – Alguém na sua família já teve ou tem câncer de mama?

1() não

2() Sim. Minha mãe

3() Sim. Minha avó

4() Sim minha tia

5() Sim minha irmã

6() Sim. Minha prima

17 – Como você descobriu o câncer de mama?

1() Fiz auto exame

2() Em consulta médica

3() Outra forma. Qual? _____

18 - Você já teve câncer antes, em outro órgão?

(Antecedentes pessoais de câncer de mama):

1() sim

2() não

19 – Com quantos anos você teve Menarca? Resp. _____

Antecedentes obstétricos e ginecológicos:

Você já teve:

20 - Gesta 0 () 0 1() I 2() II 3() III 4() IV 5() V e +

21 – Para 0 () 0 1() I 2() II 3() III 4() IV 5() V e +

22 - Aborto 0 () 0 1() I 2() II 3() III 4() IV 5() V e +

23 - Aleitamento materno: 1() não 2() sim. 3()

24 – Número de vezes: _____

25 - Há quantos anos você amamentou pela última vez: 1() nunca 2() _____ anos

26 - Idade que entrou na menopausa: _____ anos

Teve contato com:

27 - Radiação ionizante:

1() não

2() sim. Na radioterapia

3() No trabalho

28 - Pesticidas:

- 1() não
2() sim

29 - Faz atividade física? (indique apenas uma resposta)

- 1() não
2() sim. Caminhada
3() sim. Academia
4() outra forma. Qual? _____

30 - Quantas vezes por semana?

- 0() não faço
1() faço: _____ vezes por semana

31 - Qual o seu Peso: _____ Kg

32 - Qual a sua altura: _____ metros

33 - Qual o seu IMC: _____

Alimentação:

34 - Você consome gordura animal? 1() não 2() sim 3() as vezes

35 - Você consome frutas? 1() não 2() sim 3() as vezes

36 - Quantas vezes por semana? _____ vezes.

37 - Você consome vegetais? 1() não 2() sim 3() as vezes

38 - Quantas vezes por semana? _____ vezes.

39 - Quanto tempo fez terapia de reposição hormonal?

0() não usou 1() _____ anos

40 - Há quanto parou com a terapia de reposição hormonal?

0() não usou 1() _____ anos

41 - Quantos anos você usou contraceptivos?

0() não usou 1() _____ anos

42 - Há quantos anos parou de usar contraceptivos?

0() não usou 1() _____ anos

43 - Teve doença benigna na mama?

- 1() não 2() sim.

44 - Há quantos anos? _____

DADOS REFERENTES AO CÂNCER

45 - Tempo de diagnóstico de câncer de mama: _____ meses

46 - Laudo da Biópsia: 1() sabe informar 2() Não sabe informar

47 - Localização: 1() Quadrante Superior D 2() Quadrante Inferior D 5() aérola

3() Quadrante Superior E 4() Quadrante Inferior E

48 - Cirurgia realizada:

- 1() quadrantectomia sem esvaziamento axilar
2() quadrantectomia com esvaziamento axilar parcial
3() quadrantectomia com esvaziamento axilar total
4() mastectomia
5() mastectomia radical

49 - Há quanto tempo você fez a cirurgia? _____ meses

50 - Localização da cirurgia: 1() D 2() E 3() BI

Complicações no pós-operatório :

51 - Problemas pulmonares imediato. 1() sim 2() não

- 52 - Problemas pulmonares tardio 1()sim 2()não
 53 - Infecção/inflamação da cicatriz 1()sim 2()não
 54 - Linfedema 1()sim 2()não
 55 - Sensibilidade alterada na região operada 1()sim 2()não
 56 - Lesão neurovascular na axila 1()sim 2()não
 57 - Necrose tecidual 1()sim 2()não
 58 - Hemorragia 1()sim 2()não
 59 - Limitação da ADM do ombro 1()sim 2()não
 60 - Aderência cicatricial 1()sim 2()não
 61 - Fibrose 1()sim 2()não
 62 - Deiscência cicatricial 1()sim 2()não
 63 - Nenhuma complicação 1()sim 2()não
 64 - Outros 1()sim 2()não

Reconstrução Mamária

- 65 - Realizou reconstrução mamária após mastectomia? 1() Sim 2() Não
 66 - Teve alguma complicação após a cirurgia de reconstrução mamária?
 0() não fez 1() Sim 2() Não

- 67 - Você teve deiscência parcial da parede abdominal: 0() não fez 1()não 2()sim
 68 - Você teve flacidez abdominal? 0() não fez 1()não 2()sim
 69 - Você teve hérnia abdominal? 0() não fez 1()não 2()sim
 70 - Você teve infecção/inflamação? 0() não fez 1()não 2()sim
 71 - Você teve dor? 0() não fez 1()não 2()sim
 72 - Você teve alteração postural? 0() não fez 1()não 2()sim
 73 - Você teve aderência da prótese de silicone? 0() não fez 1()não 2()sim
 74 - outras complicações 0() não fez 1()não 2()sim

75 - Se não realizou reconstrução mamária, faz uso de algum tipo de prótese artificial mamária?

- 1() Não
 2() Sim, silicone gel?
 3() alpiste/bolinha de isopor/chumbinho/espuma

76 - Fez ou faz radioterapia?

- 1() Não
 2() Sim.

77- Pelo período de _____ mês (es)

78- Quantas sessões foram realizadas? _____ sessões

- 79 - Teve alguma complicação na radioterapia? 0() não fez 1()não 2()sim
 80 - Aderência: 0() não fez 1()não 2()sim
 81 - Sensibilidade alterada na região irradiada: 0() não fez 1()não 2()sim
 82 - Problemas Pulmonares: 0() não fez 1()não 2()sim
 83 - Infecção/inflamação da mama ou do braço: 0() não fez 1()não 2()sim
 84 - Linfedema: 0() não fez 1()não 2()sim
 85 - Queimadura 0() não fez 1()não 2()sim

86 - Fez ou faz quimioterapia? () Sim () Não

Se a resposta for SIM, responder as seguintes questões:

87 - Sim. Por _____ meses

88 - Quantas sessões/ciclos foram realizadas? _____ sessões/ciclos.

Teve alguma complicação?

- 89 - 1 – Náuseas: 1() não 2() sim
90 - Vômitos: 1() não 2() sim
91 - Diarréia: 1() não 2() sim
92 - Perda de apetite: 1() não 2() sim
93 - Alopecia: 1() não 2() sim:
94 - Mal-estar: 1() não 2() sim
95 - Mucosites: 1() não 2() sim
96 - Perda de peso/emagrecimento: 1() não 2() sim
97 – outros 1() não 2() sim

98 - Fez ou faz hormonioterapia?

0() Não

1() Sim.

99 – Por quantos meses? por _____ meses

100 – Com qual medicamento fez o tratamento?

0 () não fez 1() tamoxifeno 2() anastrozol

101 – No uso do medicamento houve complicação?

0 () não usou 1() não 2() sim

Se SIM, quais complicações:

- 102 – Fogachos 0 () não usou 1() sim 2() não
103 - Náuseas e vômitos 0 () não usou 1() sim 2() não
104 - Alterações menstruais 0 () não usou 1() sim 2() não
105 – Nervosismo 0 () não usou 1() sim 2() não
106 – Depressão 0 () não usou 1() sim 2() não
107 - Aumento de peso 0 () não usou 1() sim 2() não
108 – Tromboembolismo 0 () não usou 1() sim 2() não
109 - Alterações visuais (catarata e retinopatia) 0 () não usou 1() sim 2() não
110 - Alterações endometriais (pólipo, hiperplasia e carcinoma) 0 () não usou 1() sim 2() não
111 - Alterações hepáticas (esteatonecrose, ↑ aminotransferases) 0 () não usou 1() sim 2() não

Você teve:

112 - Ganho de peso Quantos quilos? _____ Kg

113 - Retenção Hídrica 1() sim 2() não

114 - Náuseas: 1() sim 2() não

115 – Miomas : 1() sim 2() não

116 - Limitação de MMSS: 1() sim 2() não

117 - Alterações estéticas: 1() sim 2() não

118 - Limitação de força muscular de MMSS: 1() sim 2() não

119 - Alterações posturais: 1() sim 2() não

120 - Hiposensibilidade na região operada: 1() sim 2() não

121 - Linfedema: 1() sim 2() não

- 122 - Hipersensibilidade na região operada: 1()sim 2()não
 123 - Problemas pulmonares: 1()sim 2()não
 124 - Dor Local: 1()sim 2()não
 125 - Outros. 1()sim 2()não

126 - Relação familiar dependência/independência para as atividades de vida diária
 1() Dependente 2() Independente

127 - Se a resposta for DEPENDENTE, quem lhe auxilia com as AVDs? (indicar quem mais ajuda)

1() mãe 2() marido 3() filhos 4() outros_____

Que atividades você consegue fazer sem auxílio e utilizando ambas as mãos?

- 128 - Tomar banho sozinha 1() não 2() sim
 129 - Limpar a casa 1() não 2() sim
 130 - Pentear meu cabelo 1() não 2() sim
 131 - Lavar roupa 1() não 2() sim
 132 - Me vestir 1() não 2() sim
 133 - Cozinhar 1() não 2() sim
 134 - Calçar sapatos 1() não 2() sim
 135 - Passar roupa 1() não 2() sim
 136 - Me alimentar 1() não 2() sim
 137 - Caminhar 1() não 2() sim
 138 - Dirigir 1() não 2() sim 3() não dirige
 139 - Segurar um objeto pequeno 1() não 2() sim
 140 - Pegar um objeto no alto 1() não 2() sim
 141 - Atividades esportivas 1() não 2() sim
 142 - Descascar uma fruta 1() não 2() sim
 143 - Atividades profissionais 1() não 2() sim

Mobilidade de MMSS:

- 144 - MSD: 1() ativa 2() ativa-assistida 3() passiva
 145 - MSE: 1() ativa 2() ativa-assistida 3() passiva

146 - Linfedema: 1() Presente 2() Ausente

147 - Se o linfedema estiver presente, determinar a localização do mesmo:

- 0() ausente
 1() MS ipsilateral à cirurgia
 2() MS contralateral à cirurgia
 3() Parede torácica ipsilateral à cirurgia
 4() Parede torácica contralateral à cirurgia
 5() com cacifo

148 - Tempo de instalação do linfedema após a cirurgia:

- 0() ausente
 1() no primeiro mês de PO
 2() entre o 2^a e o 6^a mês de PO
 3() entre o 6^a mês e o 1^a ano de PO
 4() após o 1^a ano de PO
 5() após o 3^a ano de PO

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Marcas no corpo – mulheres convivendo com o câncer de mama.

Esta pesquisa procura conhecer melhor sobre a qualidade de vida de mulheres com câncer de mama em Maringá. Pois, conhecendo melhor a qualidade de vida será possível sugerir melhoras para o atendimento de saúde das mulheres atendidas.

Procura-se, com este estudo, contribuir para a melhoria dos serviços de saúde da cidade que prestam cuidados à mulher com câncer de mama.

Você receberá instruções de como a pesquisa será feita.

Será garantido a você que, quando da escrita do trabalho e apresentação, seu nome e outros dados serão mantidos em segredo.

Você poderá se recusar a participar da pesquisa ou retirar este consentimento em qualquer parte do desenvolvimento da pesquisa sem sofrer nenhum problema.

Eu, _____, após ter lido e entendido as informações e esclarecido todas as minhas dúvidas referentes a este estudo com a Professora Dr^a Sandra Marisa Pelloso, CONCORDO VOLUNTARIAMENTE em participar deste estudo.

_____ Data: ___/___/___
Assinatura (do pesquisado ou responsável) ou impressão datiloscópica

Eu, Prof. Dr. _____, declaro que forneci todas as informações referentes ao estudo ao paciente.

Para maiores esclarecimentos, entrar em contato com os pesquisadores nos endereços abaixo relacionados:

Nome:	SANDRA MARISA PELLOSO		
Endereço:	AV. COLOMBO, nº 5790		
Bairro:	ZONA 7		
Cidade:	MARINGÁ	UF:	PR
Fones:	3261-4318	e-mail:	smpelloso@uem.br
Nome:	HELLEN CARLA RICKLI CAMPANA		
Endereço:	AV. COLOMBO, nº 5790		
Bairro:	ZONA 7		
Cidade:	MARINGÁ	UF:	PR
Fones:	9953-4302	e-mail:	hcrickli@hotmail.com

