

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: FILOSOFIA, SAÚDE E
SOCIEDADE**

LUCIANA MARTINS DA ROSA

**A MULHER COM CÂNCER DE MAMA DO SINTOMA AO
TRATAMENTO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

**FLORIANÓPOLIS
2011**

LUCIANA MARTINS DA ROSA

**A MULHER COM CÂNCER DE MAMA DO SINTOMA AO
TRATAMENTO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

Tese submetida ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina para obtenção do Grau de Doutora em Enfermagem. Área de Concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade. Linha de Pesquisa: O cuidado e o processo de viver, ser saudável e adoecer.
Orientadora: Prof^ª.Dr^ª. Vera Radünz

**FLORIANÓPOLIS
2011**

Catálogo na fonte pela Biblioteca Universitária
da
Universidade Federal de Santa Catarina

R788m Rosa, Luciana Martins da

A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento
[tese] : implicações para o cuidado de enfermagem / Luciana
Martins da Rosa ; orientadora, Vera Radünz. - Florianópolis,
SC, 2011.

182 p.: il., tabs.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa Catarina,
Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em
Enfermagem.

Inclui referências

1. Enfermagem. 2. Oncologia. 3. Mamas - Câncer. 4.
Diagnóstico Tardio. 5. Emoções. 6. Atitudes em relação a
saúde. I. Radunz, Vera. II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Titulo.

CDU 616-083

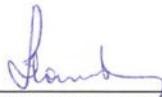
LUCIANA MARTINS DA ROSA

**A MULHER COM CÂNCER DE MAMA DO SINTOMA AO
TRATAMENTO: IMPLICAÇÕES PARA O CUIDADO DE
ENFERMAGEM**

Esta TESE foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

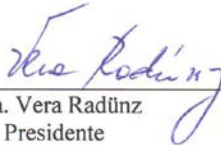
DOUTOR EM ENFERMAGEM

e aprovada em 05 de maio de 2011, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: **Filosofia, Saúde e Sociedade.**

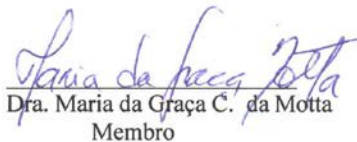


Dra. Flávia Regina Souza Ramos
Coordenadora do Programa

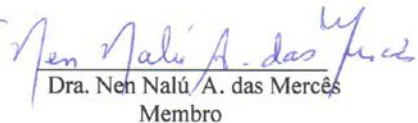
Banca Examinadora:



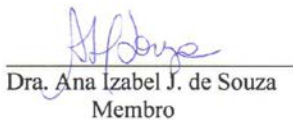
Dra. Vera Radünz
Presidente



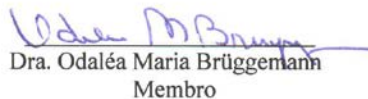
Dra. Maria da Graça C. da Motta
Membro



Dra. Nen Nali A. das Mercês
Membro



Dra. Ana Izabel J. de Souza
Membro



Dra. Odaléa Maria Brüggemann
Membro

Dedicatória

Dedico este estudo às mulheres que a partir de suas histórias de vida, no vivenciar do câncer de mama, me deram a oportunidade de usar suas vivências, dores, sofrimentos e conquistas para poder escrever esta tese.

Dedico também àquelas mulheres que já receberam e, principalmente, às que ainda irão receber o diagnóstico de câncer de mama.

Desejo que este estudo possa contribuir para a detecção precoce da doença e para o início e a conclusão do tratamento no tempo mais curto possível.

Que as tristes histórias que ouvi de detecções tardias, nos meus 19 anos de experiência na Oncologia, um dia, logo em breve, sejam apenas histórias de um tempo longínquo, um triste tempo.

AGRADECIMENTOS

Professora Doutora Vera Radünz, agradeço-lhe pela oportunidade de tê-la como orientadora. Ao seu lado aprendi novos conhecimentos científicos e de vida, me senti cuidada, valorizada e elogiada. Hoje, vejo o mundo muito diferente daquele que via antes de ingressar no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) e me sinto melhor como discente, profissional, mulher, mãe, amiga, filha, pois estudar ajudou que eu me transformasse em um ser melhor do que eu era antes. Minha eterna gratidão por a senhora me aceitar como sua orientanda por tantos anos.

Queridos filhos, Thaís e Bernar, agradeço a vocês por estarem ao meu lado no dia a dia, me elogiando, me dando tanto carinho e compreensão que me mantiveram firmes em meus propósitos, pois minha principal vontade de crescer, de ser melhor, sempre foi para poder dar exemplo a vocês, e para que pudéssemos ter condições de um futuro melhor. Amo demais vocês!

Meus queridos pais, Antônio Carlos e Rosária, agradeço a vocês por terem me dado condições e exemplos para eu ter um bom “alicerce de vida” e por, mesmo nos meus 41 anos, vocês nunca terem deixado de me “regar” e de se emocionar com meus pequenos feitos. Obrigada, Queridos! Eternamente obrigada por tudo! Amo vocês!

Tia Glória, obrigada por ser a minha segunda mãe desde que eu era pequenina. Quanto carinho me destes, de inúmeras formas, e quanto eles me fizeram bem! Obrigada, tia querida do meu coração!

Walter e Juliana, meus queridos irmãos, sei que já existiu um tempo em que fui ídolo de vocês, mas hoje muito me espelho em vocês para prosseguir a vida. Obrigada pelo incentivo e pela atenção que vocês sempre dão a mim e aos meus filhos.

Tia Regina, Élio, Tio Carlos, Tia Ema, Tia Graça, Lívia, Kabral, Valéria, Cristina, Junior, meus Avós, obrigada pela ajuda, apoio, incentivo, cuidados e carinho. Família é família e esta eu sempre tive a oportunidade de ter e de me sentir uma privilegiada por ela ser do jeito

que é. Vocês são muito especiais!

Minhas amigas, Lilian, Rosane, Jacqueline, Andrea, Nen Nalú, Silvana, Carmem, Sandra e Maristela, agradeço por todos os elogios, convivência, risadas, conversas, apoio... Amigas adoçam o viver e ao mesmo tempo nos ajudam a ver a vida quando uma “névoa” cisma em cobrir nossos olhos.

João Ricardo, meu namorado, tua presença, atenção e elogios, nesta reta final do doutorado, temperaram minha vida com uma pitada a mais de alegria, de entusiasmo, de tranquilidade e de felicidade. Que bom que nos encontramos! Obrigada Querido pelo incentivo e carinho!

Agradeço ao CEPON, aos colegas de trabalho que fazem o CEPON e a todos que procuram essa casa para serem cuidados por estarem na minha vida há muito tempo, com vocês aprendi tanto, mas tanto que as palavras não expressariam tudo o que vivi, senti e aprendi a ser e a fazer.

Equipe de Enfermagem da Central de Quimioterapia, Daniel e Equipe do Faturamento, Equipe da Informática e do Serviço de Arquivo Médico, obrigada por me ajudarem a encontrar meus sujeitos de pesquisa, sem vocês eu não teria conseguido realizar este estudo. Roderly, agradeço por todos os *helps*, quando o meu *notebook* teimava em não me atender.

Colegas da Turma do Doutorado 2008/1, como foi bom conhecê-las e conviver com vocês. Valeu por tudo! Desejo a vocês, hoje e sempre, felicidades e sucesso como Doutoradas em Enfermagem.

Colegas do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando, nossas trocas representaram alavancas para hoje eu poder estar aqui. Obrigada!

Agradeço ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina pela competência de manter o Programa com a qualidade e a desenvoltura que ele se apresenta. É um privilégio poder dizer: Sou Doutora pelo PEN/UFSC.

Professores Doutores que compõem o Curso de Doutorado do PEN/UFSC, obrigada por vocês me ensinaram o que precisava saber para eu poder hoje estar aqui defendendo esta tese. É um orgulho ter tido

a oportunidade de vê-los atuar profissionalmente. Digo atuar, pois considero a docência uma arte.

Professoras Doutoradas Ana Izabel Jatobá de Souza, Odaléa Maria Brüggemann, Maria da Graça Motta, Nen Nalú Alves das Mercês, Telma Elisa Carraro, Celina Maria Araújo Tavares, agradeço a vocês por aceitarem ser membros da Banca de Qualificação e Banca Examinadora, mas principalmente por dividirem comigo seus saberes para que esta tese pudesse ser apresentada dentro dos princípios científicos exigidos no mundo acadêmico.

Professora Doutora Sílvia Modesto Nassar, agradeço sua disponibilidade, paciência e sugestões para eu poder enxergar os dados quantitativos como eles deveriam ser enxergados, seu conhecimento foi essencial para direcionar o meu raciocínio. Obrigada!

Aos meus amigos do céu e a Deus minha eterna admiração e gratidão por todos os cuidados e intuições para um bom caminhar, como é bom sentir vocês ao meu lado!

ROSA, Luciana Martins da. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento:** implicações para o cuidado de enfermagem. 2011. 182 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Vera Radünz

Linha de Pesquisa: O Cuidado e o Processo de Viver, Ser Saudável e Adoecer.

RESUMO

Este estudo utilizou como métodos de investigação revisão integrativa, pesquisa qualitativa e pesquisa descritiva, para atender aos objetivos propostos: identificar nas publicações da LILACS, SciELO e PubMed, período 2004-2009, fatores contribuintes para a elevação das taxas de sobrevida em cinco anos e de sobrevida livre de doença de mulheres com câncer de mama; analisar fatores condicionantes associados ao estadiamento avançado do câncer de mama; analisar o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante de mulheres com câncer de mama; conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante; conhecer o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante. O referencial teórico utilizado foi o Sistema de Cuidados à Saúde e publicações científicas que compõe a introdução e a revisão integrativa deste estudo. A coleta de dados ocorreu de maio a dezembro de 2010. Foi realizada em 24 prontuários de mulheres com câncer de mama, que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009 e através de entrevista semiestruturada com 13 mulheres com câncer de mama, assistidas pelo Sistema Único de Saúde em instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina/Brasil. Para análise dos dados utilizou-se estatística descritiva e análise de conteúdo. Os resultados mostraram que a maior incidência da doença ocorre entre os 40 e 60 anos. A baixa escolaridade, as mulheres casadas, com profissões/ocupações relacionadas à atividades domésticas estão associadas a estádios avançados da doença, estádios II e III. Programas de rastreamento, elevação da escolaridade e do padrão socioeconômico são fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevida, bem como a utilização dos atuais métodos diagnósticos genéticos, imunohistoquímicos, e citológicos para os diagnósticos mais precisos e as

terapêuticas convencionais associadas às novas terapêuticas. O intervalo de tempo do sintoma ao início do tratamento, quimioterapia neoadjuvante ou cirurgia, equivaleu a mediana de 245 dias e da cirurgia até a adjuvância 45 dias. O intervalo de tempo prolongado entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas favorece ao estadiamento avançado, à redução das taxas de sobrevidas e à elevação dos gastos públicos para o tratamento do câncer de mama avançado e suas consequências. O significado do câncer envolve, principalmente, a ansiedade sentida no período do diagnóstico, a dificuldade para aceitação da doença e da alteração da imagem, o medo da doença e da morte, a impossibilidade de trabalhar e a repadronização dos hábitos de vida. O itinerário terapêutico associa cuidados com o corpo, alimentação, aparência, espiritualidade, acompanhamentos com os profissionais da área da saúde e a busca de informações. Os resultados apontam para a necessidade da adoção de políticas públicas que possam educar para a saúde e favorecer o desenvolvimento socioeconômico da população brasileira. Também apontam para a necessidade da efetividade da Política Nacional de Atenção Oncológica e do Sistema Único de Saúde, incluindo a adequação das ações em saúde, de acordo com a realidade de cada região brasileira. Incluindo também melhorias na infraestrutura, equipamentos, aumento do número de profissionais especializados em saúde e no atendimento oncológico, aprimoramento técnico-científico, formação continuada, redução do fluxo de encaminhamento entre a baixa, média e alta complexidade. Para Enfermagem, os resultados contribuem para o replanejamento dos cuidados de enfermagem desde a atenção primária até a terciária, fortalecendo este cuidado para o atendimento das necessidades de cuidado em todas as dimensões da mulher com câncer de mama. Isso implica na urgência de especialização dos profissionais contribuindo para a qualificação da Enfermagem e da Enfermagem Oncológica.

Palavras-chave: Enfermagem. Oncologia. Neoplasias da mama. Diagnóstico tardio. Emoções. Atitude frente à saúde.

ROSA, Luciana Martins da. **From Symptoms to treatment of a woman with breast cancer:** implications to the Nursing Care. 2011. 182 p. Thesis (Doctorate in Nursing) – Post Graduation Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2011.
Supervisor: Dr. Vera Radünz
Research Line: Care and the process of living, being healthy and getting.

ABSTRACT

This study used as methodology research the integrative, qualitative research and descriptive research to reach the proposed objectives: identify on LILACS, SciELO and Pubmed publications, in the period between 2004-2009, the factors which contributed to the increase of the survival rate in 5 years and the disease-free survival rate on women with breast cancer; to analyze the determinants factors for the staging of advanced breast cancer; to analyze the time interval from symptom to the adjuvant treatment of women with breast cancer; to know the meaning of breast cancer, in the perception, in the time interval from symptom of the disease to adjuvant therapy; to the therapeutic itinerary adopted by women with breast cancer in the time interval from symptom of the disease to adjuvant therapy. The theoretical referential used was the Health Care System and the results from scientific studies related in this work. Data collection was realized in 24 woman's handbooks with breast cancer since whom started the treatment in 2009. We also used a semi-structured interviews with 13 woman treated by National Health System at an institution specialized in oncology care of Santa Catarina/Brazil, from May to December 2010. For analysis, we used simple statistics and content analysis. The results showed that the highest incidence of the disease occurs between 40 and 60 years. The low education, married women and profession/occupations related to household activities were associated with advanced stages of disease, stage II and III. Screening programs, increment of the education and socioeconomic level are contributing factors to augment the survival rates, as well as the use of current genetic, immunohistochemical and cytologic diagnostic methods, for more accurate diagnoses and therapies associated with conventional new therapies. The average time interval from symptom to treatment, neoadjuvant chemotherapy or surgery, was 245 days, and from surgery to adjuvant treatment 45 days. The great times intervals between the diagnostic and therapeutics steps conducive to the advanced stage, reduction of the survival rates and increment of

the government spending for the treatment of advanced breast cancer and its consequences. The meaning of cancer involves mainly the anxiety felt at the time of diagnosis, the difficulty for acceptance of the disease and the image changing, fear of illness and death, the impossibility of working and the repatterning of the living habits. The itinerary combines therapeutic body care, nutrition, appearance, spirituality, accompaniments with health care professionals and information seeker. The results point the need to adopt public policies to health education and to promote the socioeconomic development of the Brazilian population. They also point the need of the effectiveness of the National Oncological Care and Health System, including the adequacy of health actions, in accordance with the reality of each region. This also includes infrastructure improvements, equipment, increment of the number of the specialized professionals in health and oncology care, technical and scientific improvement, continuing education, reduction of the flow of routing between low, medium and high complexity. For nursing, the results contribute to the redesign of nursing care from primary to tertiary, strengthening this care to meet the needs of care in all dimensions of women with breast cancer. This emphasizes the urgency of expertise of professionals contributing to the qualification of Nursing and Oncology Nursing.

Keywords: Nursing; Oncology, Breast neoplasm; Delayed diagnosis; Emotions; Attitude to health.

ROSA, Luciana Martins da. **La mujer con cáncer de mama del sintoma al tratamiento:** implicaciones para el tratamiento de enfermería. 2011. 182 f. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Posgrado en Enfermería. Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

Orientadora: Dr^a Vera Radünz

Línea de Investigación: El cuidado y El proceso de vivir, ser saludable y adolecer.

RESUMEN

Este estudio ha utilizado como metodología la investigación integrativa; cualitativa y descriptiva, para cumplir con los objetivos propuestos: identificar en las publicaciones de LILACS, SciELO y PubMed, en el período entre 2004-2009, los factores que contribuyen a la elevación de las tasas de supervivencia de las mujeres con cáncer de mama; analizar los factores determinantes para la estadificación avanzada del cáncer de mama; analizar el intervalo del tiempo entre las etapas diagnósticas y terapéuticas, del síntoma al tratamiento adyuvante de las mujeres con cáncer de mama; conocer el significado del cáncer de mama en la percepción de la mujer en el intervalo de tiempo entre el síntoma de la enfermedad y del tratamiento adyuvante; conocer el itinerario terapéutico adoptado por las mujeres con cáncer de mama en el intervalo de tiempo entre el síntoma de la enfermedad y el tratamiento adyuvante. El referencial teórico utilizado ha sido el Sistema de Cuidados a la Salud y las publicaciones científicas que componen la Introducción y la Revisión Integrativa de este estudio. La colecta de datos se llevó a cabo entre Mayo y Diciembre de 2010 y ha sido realizada en 24 prontuarios de mujeres con cáncer de mama, que iniciaron el tratamiento de la enfermedad en el año de 2009. Además hemos utilizado una entrevista semiestructurada a 13 mujeres con cáncer de mama, asistidas por el Sistema Único de Salud en la institución especializada en el atendimento oncológico en Santa Catarina/Brasil. Para el análisis de datos se utilizó estadística descriptiva y análisis del contenido. Los resultados mostraron que la mayor incidencia de la enfermedad ocurrió entre los 40 y 60 años. La baja escolaridad, las mujeres casadas y mujeres con profesión/ocupación relacionada con las actividades domésticas están asociadas a los estadios avanzados de la enfermedad, estadios II y III. Programas de rastreos, elevación de la escolaridad y del padrón socioeconómico son factores contribuyentes para la elevación de las tasas de sobrevida, así como la utilización de los actuales métodos

diagnósticos genéticos, inmunohistoquímicos y citológicos para los diagnósticos mas finos y las terapéuticas convencionales asociadas a las nuevas terapéuticas. El intervalo de tiempo del síntoma al inicio del tratamiento, quimioterapia neoadyuvante o cirugía, ha sido de 245 días y de la cirugía hasta la adyuvancia de 45 días. El intervalo de tiempo prolongado entre las diversas etapas diagnósticas y terapéuticas favorece la estadificación avanzada, a la reducción de las tasas de supervivencia y a la elevación de los gastos públicos para el tratamiento del cáncer de mama avanzado y sus consecuencias. El significado del cáncer está relacionado, sobretudo, en la ansiedad sentida en el período del diagnóstico, la dificultad para la aceptación de la enfermedad y de la alteración de la imagen, el miedo a la enfermedad y la muerte, la imposibilidad de trabajar y la repadronización de los hábitos de vida. El itinerario terapéutico asocia cuidados con el cuerpo, alimentación, apariencia, espiritualidad, acompañamientos con los profesionales del área de la salud y la búsqueda de informaciones. Los resultados apuntan a la necesidad de adopción de políticas públicas que puedan educar para la salud y favorecer el desarrollo socioeconómico de la población Brasileña. También apuntan a la necesidad de una efectiva Política Nacional de Atención Oncológica y del Sistema Único del Salud, incluyendo la adecuación de las acciones en salud, de acuerdo con la realidad de cada región brasileña. Incluyendo también mejoras en la infraestructura, equipos, aumento del numero de profesionales especializados en salud y atención oncológica, capacitación técnico-científica, formación continuada, reducción del flujo de camino entre la baja, media y alta complejidad. Para la Enfermería, los resultados contribuyen para el rediseño de los cuidados de enfermería desde la atención primaria hasta la terciaria, dando fuerzas a este cuidado para la atención de las necesidades del cuidado en todas las dimensiones de la mujer con cáncer de mama. Esto implica en la urgencia de especialización de los profesionales contribuyendo para la cualificación de la Enfermería y de la Enfermería Oncológica.

Palabras clave: Enfermería; Oncología; Neoplasias de la mama; Diagnóstico tardío; Emociones; Actitud frente a la salud.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AMUCC	Associação Brasileira de Portadores de Câncer
APAC	Autorização de Procedimento de Alto Custo
APVP	Anos Potenciais de Vida Perdidos
BAAF	Biópsia aspirativa por agulha fina
BPAG	Biópsia-punção por agulha grossa
BPA-I	Boletim de Produção Ambulatorial – I
BRCA 1	Breast cancer 1
BI- RADS	Breast Image Reporting and Data System
CI	Carteira de Identidade
CPF	Cadastro de Pessoa Física
CEPON	Centro de Pesquisas Oncológicas
CSSO	Canadian Society for Surgical Oncology
ECM	Exame clínico das mamas
HER2/neu	Human epidermal growth factor receptor 2
LILACS	Literatura Latino-Americana y del Caribe em Ciencias de la Salud
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
NSA	Não se aplica
PAG	Punção por agulha grossa
PEN/UFSC	Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina
PNAO	Política Nacional de Atenção Oncológica
QA	Quimioterapia adjuvante
QN	Quimioterapia neoadjuvante
SAME	Serviço de Arquivo Médico
SciELO	Scientific Electronic Library Online
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	T-tumor primário, N-linfonodos regionais e M- metástases a distância
UICC	União Internacional Contra o Câncer
USG	Ultrassonografia

LISTA DE TABELAS

MANUSCRITO 2

Tabela 1: Idade, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade e estadiamento das mulheres com câncer de mama. Florianópolis/SC/Brasil. 2010	85
---	----

MANUSCRITO 3

Tabela 1: Intervalo de tempo, em dias, do sintoma da doença à terapêutica adjuvante de mulheres com câncer de mama. Florianópolis/SC/Brasil. 2010	105
---	-----

LISTA DE FIGURAS

MANUSCRITO 2

- Figura 1: Intervalos de tempos, em dias, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Esquema terapêutico I.
Florianópolis/SC/Brasil. 2010. 86
- Figura 2: Intervalos de tempos, em dias, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Esquema terapêutico II.
Florianópolis/SC/Brasil. 2010. 88
- Figura 3: Intervalo de tempo, em dias, entre a cirurgia e a adjuvância, esquemas terapêuticos I e II. Florianópolis/SC/Brasil. 2010. * 89

MANUSCRITO 3

- Figura 1: Intervalos de tempos, em dias, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Esquema terapêutico I e II.
Florianópolis/SC/Brasil. 2010. 106
- Figura 2: Intervalo de tempo, em dias, do sintoma ao tratamento (neoadjuvante ou cirúrgico) por mulher investigada.
Florianópolis/SC/CEPON. 2010. 107

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	19
LISTA DE TABELAS.....	21
LISTA DE FIGURAS	23
1 INTRODUÇÃO	27
1.1 OBJETIVOS	34
2 REFERENCIAL TEÓRICO	37
3 CONTEXTUALIZANDO O CÂNCER DE MAMA	41
4 MÉTODO.....	47
4.1 ESTUDO DE REVISÃO	47
4.1.1 Desenho metodológico.....	47
4.2 PESQUISA DE CAMPO.....	48
4.2.1 Desenho do estudo	49
4.2.2 Cenário do estudo.....	49
4.2.3 Amostra	50
4.2.4 Coleta de dados.....	52
4.2.5 Variáveis.....	54
4.2.6 Processamento e análise dos dados	57
4.2.7 Aspectos éticos	58
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	61
5.1 MANUSCRITO 1 - TAXA DE SOBREVIVÊNCIA NA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE REVISÃO	62
5.2 MANUSCRITO 2 - FATORES CONDICIONANTES PARA O ESTADIAMENTO AVANÇADO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ASSISTIDAS NO SUS.....	79
5.3 MANUSCRITO 3 - DO SINTOMA AO TRATAMENTO ADJUVANTE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA	97
5.4 MANUSCRITO 4 - SIGNIFICADO DO CÂNCER DE MAMA: DO SINTOMA AO TRATAMENTO	116
5.5 MANUSCRITO 5 - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM	129
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	147

REFERÊNCIAS.....	153
APÊNDICES	161
ANEXOS.....	173

1 INTRODUÇÃO

A magnitude e o impacto do câncer no mundo e no Brasil vêm exigindo o desenvolvimento de pesquisas, vigilância epidemiológica, planejamento, monitoramento e avaliação das ações para controle, prevenção, detecção precoce, tratamento e cuidados paliativos (BRASIL, 2009). Essa magnitude e o impacto global são preocupantes. Nas últimas três décadas, os casos de cânceres mais que dobraram, e as estimativas de incidência e prevalência para daqui a duas décadas preocupam ainda mais (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009a).

O câncer de mama destaca-se por ser o segundo tipo de neoplasia mais incidente no mundo e o primeiro entre as mulheres. A incidência elevada dessa doença exige diretrizes específicas em saúde (BRASIL, 2009b).

No mundo, a cada ano, cerca de 1,3 milhão de mulheres têm diagnóstico de câncer de mama. Isso equivale a aproximadamente 10% de todos os novos casos e a 23% dos casos de câncer em mulheres, sendo, portanto, o câncer mais prevalente no sexo feminino (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009; INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2010).

No Brasil, o número de casos novos de câncer de mama esperados para 2011 é de 49.400, risco estimado de 49 casos a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2009). O número de mortes ocasionadas por essa neoplasia, nas mulheres brasileiras, no ano de 2008, foi de 12.573 (INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER, 2010).

A distribuição proporcional do total de mortes por câncer de mama em mulheres no Brasil, para os períodos entre 1998-2002 e 2003-2007, manteve-se praticamente inalterada. A variação foi de 15,7% para 15,6% (BRASIL, 2011a)

A relação entre a incidência e a mortalidade demonstra a gravidade da doença. Essa relação é denominada de curva de sobrevida. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) declara que o Brasil ainda carece de estudos que demonstrem a real sobrevida dos diversos tipos de cânceres (BRASIL, 2006).

Estudos internacionais têm apresentado um aumento global na sobrevida das mulheres com câncer de mama, principalmente para os casos em estádios clínicos iniciais. Na Europa, a sobrevida cumulativa é de 91% no primeiro ano e de 65% após cinco anos. Nos Estados Unidos

da América, a sobrevida é de 96,8% no primeiro ano (BRASIL, 2003).

O tempo de sobrevida está diretamente relacionado com o estadiamento da doença. Estadiar significa avaliar a extensão do comprometimento anatômico do organismo pelo câncer. A definição do estágio da doença auxilia para o planejamento terapêutico. Para estadiar o câncer três aspectos são levados em consideração: extensão local do tumor, presença ou ausência de metástases em linfonodos regionais e sua extensão, e presença ou ausência de metástases a distância. O sistema de estadiamento recomendado internacionalmente é a Classificação TNM (T-tumor primário, N-linfonodos regionais e M-metástases a distância) da União Internacional Contra o Câncer (UICC). Assim, o estadiamento é o resultado da avaliação desses três aspectos e é definido entre estágio *in situ*, I, II, III e IV (BRASIL, 2004a).

Para as mulheres com câncer de mama atendidas no INCA, a taxa de sobrevida geral em cinco anos foi de 52%; no estágio *in situ* e IIa foi de 80%; no estágio IIb foi de 70%, no estágio IIIa foi de 50%; no estágio IIIb foi de 32% e no estágio IV foi de 5% (BRASIL, 2006).

Para a Região Sul, segunda região do Brasil em incidência para o câncer de mama, o número de casos novos estimados para 2011 é de 9.310 e em Santa Catarina, de 1.570 casos novos na capital, Florianópolis (BRASIL, 2009).

O percentual de mulheres diagnosticadas em Santa Catarina, em 2008, com estágio *in situ* foi de 1,5%; estágio I, 18%; estágio II, 30%; estágio III, 18%; e estágio IV, 5,5% (BRASIL, 2011b).

No Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina, a distribuição dos casos novos para câncer de mama, no sexo feminino, no ano 2008 foi de 380 casos novos. A distribuição dos casos por estadiamento clínico para o câncer de mama se manifestou com os seguintes percentuais: 2,1% para o estágio *in situ*, 25,5% para o estágio I, 23,5% para o estágio II, 20,8% para o estágio III, 6% para o estágio IV, sendo que 22,1% dos prontuários foram encontrados sem informações quanto ao estadiamento (BRASIL, 2011b).

Os percentuais de estadiamento do câncer de mama no estado de Santa Catarina demonstram as dificuldades do sistema de saúde para o diagnóstico precoce e, conseqüentemente, para a redução da taxa de mortalidade e a elevação das taxas de sobrevida. Diagnósticos tardios elevam os recursos necessários para prestação dos serviços em saúde para tratamento do câncer de mama, uma vez que as terapêuticas implementadas, no caso das terapêuticas oncológicas, têm custo elevado.

Além das terapêuticas, outros custos estão envolvidos, como os afastamentos das atividades laborais das mulheres com câncer de mama e, em alguns casos, do familiar cuidador. Aposentadorias, pensões e outros direitos da mulher com câncer de mama e de sua família somam-se também aos custos despendidos pelo governo.

Mortes por câncer de mama representam também anos potenciais de vida perdidos (APVP), isto é, perdas sofridas em consequência da morte prematura. A epidemiologia, que objetiva aumentar a esperança de vida nas melhores condições possíveis de saúde, investiga o indicador APVP para que possa ser usado no planejamento e na definição das prioridades à saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2003). O número médio de anos potenciais de vida perdidos por câncer de mama, por 1.000 mulheres no Brasil, em 2007, partindo da premissa de que o limite superior é de 70 anos, foi de 133.163 (BRASIL, 2011a).

Portanto, a efetividade de um diagnóstico precoce reduziria os APVP, os prejuízos à saúde da mulher, a sua família e à sociedade, os custos que o estado de Santa Catarina e o Brasil têm com o tratamento do câncer e contribuiria com a qualidade de vida no tempo de sobrevivência após o diagnóstico do câncer de mama.

O atraso no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama está diretamente relacionado à progressão da doença e ao mau prognóstico. Estudos evidenciam que um atraso de mais de três meses entre o início dos sintomas e o tratamento está associado com menor sobrevivência, além de outras consequências de ordem pessoal, familiar e social (MONTELLA et al., 2001; ARNDT et al., 2003; COLD et al., 2006).

Estudos realizados na Inglaterra (1996-1998) em mulheres (entre 18-80 anos) com câncer de mama invasivo e primário demonstraram que 50% delas foram diagnosticadas em 12 dias e iniciaram o tratamento em 15 dias. No total, o tratamento foi iniciado no primeiro mês em 73% dos casos, no segundo mês em 16% dos casos e no terceiro mês em 11% dos casos. As principais causas relacionadas com o atraso do início do tratamento, conforme análise da pesquisa foram: resultados dos exames falso-negativos e baixa escolaridade (ARNDT et al., 2003).

No Sul da Itália, um estudo (1998-1999) que considerou o intervalo de tempo entre o sintoma e o início do tratamento demonstrou que 65% das mulheres com câncer de mama iniciaram o tratamento no intervalo de 1 a 3 meses, 16% das mulheres de 3 a 6 meses e 19% das mulheres acima de 6 meses (MONTELLA et al., 2001)

Outro estudo desenvolvido em Quebec/Canadá (1992-1998)

mostrou que o intervalo de tempo, a partir do diagnóstico até a cirurgia do câncer de mama, foi de 34 dias, no entanto 13,5% das mulheres esperaram mais de 90 dias. Em 1992, a mediana foi de 29 dias e em 1998 foi de 42 dias. Esse acréscimo foi justificado no estudo pelo aumento do número de procedimentos diagnósticos, pela elevação do número de casos e pela redução dos recursos na saúde (MAYO et al., 2001).

Em Alberta/Canadá (1997-2000), pesquisadores analisaram que o tempo médio entre o diagnóstico e o tratamento foi de 22 dias e que 43,8% das mulheres foram tratadas em 14 dias após o diagnóstico (período de tempo recomendado pela Sociedade Canadense de Cirurgia Oncológica) e 27% no mesmo dia do diagnóstico (REED et al., 2004).

Já em Nova Scotia/Canadá (1999-2000), o tempo médio entre o aparecimento dos sintomas e o início da primeira terapia adjuvante foi de 96 dias, sendo que o intervalo de tempo oscilou entre 76 e 122 dias (RAYSON et al., 2007).

Em Londrina/Brasil (2003-2004), o tempo decorrido entre o primeiro exame de imagem alterado e o início do tratamento foi superior a 90 dias: o tempo entre o primeiro exame de imagem e a consulta médica foi de 30 dias, equivalendo a 40% dos casos; entre 30-90 dias, 16,1% dos casos; acima de 90 dias, 13,3% dos casos, sendo que em 30,5% dos casos os dados não estavam disponíveis nos prontuários; o tempo entre a primeira consulta e o encaminhamento ao especialista foi de 30 dias, equivalendo a 82,78% dos casos; entre 30-90 dias, 10,55% dos casos; acima de 90 dias, para 0,5% dos casos; o tempo entre a consulta com especialista e o diagnóstico definitivo foi de até 30 dias, equivalendo a 45,55% dos casos; entre 30-90 dias, 16,66% dos casos; acima de 90 dias, 5% dos casos, sendo que 32,77% das mulheres já tinham diagnóstico ao consultarem com o especialista; o tempo entre o primeiro exame de imagem e o tratamento inicial foi de até 30 dias, equivalendo a 7% dos casos; entre 30-90 dias, 21,1% dos casos; mais de 90 dias, 71,66% dos casos. A média foi de 175 dias, sendo o mínimo de 1 dia e o máximo de 1.580 dias. O intervalo de tempo, neste estudo, foi associado à imprecisão do exame físico, à demora na realização dos métodos diagnósticos complementares, à burocracia do Sistema Único de Saúde (SUS) para a transferência da mulher de um município para outro e ao número reduzido de salas cirúrgicas (SOUZA; GRANDO; FILHO, 2008).

Em São Paulo/Brasil (2006), os intervalos de tempo investigados entre a mamografia e o tratamento adjuvante corresponderam à mediana de: da mamografia à biópsia: intervalo de 72 dias; da biópsia ao

resultado da biópsia: 1 dia; do resultado da biópsia ao tratamento neoadjuvante: intervalo de 14,5 dias; do tratamento neoadjuvante à cirurgia: intervalo de 55,5 dias; da cirurgia ao anatomopatológico: 13 dias; do anatomopatológico ao tratamento adjuvante: intervalo de 35 dias; da mamografia ao início do tratamento adjuvante: intervalo de 189 dias. Conforme análise do estudo, neste intervalo de tempo surgem as micrometástases, tornando a doença geralmente incurável (TRUFELLI et al., 2008).

Os resultados dos estudos apresentados anteriormente demonstram a diferença entre os intervalos de tempo para o diagnóstico e para o início do tratamento do câncer de mama no Brasil e no mundo. Atrasos nas etapas diagnósticas e terapêuticas favorecem o potencial metastático e a mortalidade.

Considera-se que o reconhecimento dos intervalos de tempo para efetivação dos diagnósticos e tratamentos contribui para uma análise e um planejamento apropriados à realidade atual e às necessidades sociais, contribuindo para melhoria da qualidade de vida das mulheres e da sociedade brasileira.

Além disso, pesquisar informações sobre eventos ligados à saúde em uma determinada população e quantificá-los auxilia no controle dos problemas de saúde e na melhoria do perfil de saúde das populações (MEDRONHO, 2009).

Olhar um evento quantitativamente possibilita o reconhecimento de uma realidade. São notórios a importância e o significado que os resultados numéricos nos oferecem. Entretanto, como seres humanos, repletos de vivências, emoções e influenciados por diversos fatores sociais, emocionais, religiosos, culturais, psicológicos, e outros, relacionados às inter-relações humanas, faz-se necessário também um olhar qualitativo sobre o intervalo de tempo para efetivação dos diagnósticos e tratamentos, pois é nesse intervalo de tempo que a mulher pode adotar uma nova definição de cuidados à sua saúde, o que pode alterar o itinerário terapêutico até então adotado.

Conhecer os aspectos envolvidos no intervalo de tempo do diagnóstico ao tratamento do câncer de mama possibilita compreender a realidade vivida e sentida pela mulher, o que pode favorecer o desenvolvimento de ações em saúde mais apropriadas e mais eficazes.

Os itinerários terapêuticos são escolhas de cuidados à saúde que se definem ao longo da trajetória de vida, na convivência com a saúde e com a doença, consigo e com os outros (ROSA, 2007).

Enfrentar as doenças faz parte do cotidiano. Para tanto, o ser humano desenvolve diversas estratégias no processo saúde-doença. O

cotidiano representa o cenário de base para o estudo dos itinerários terapêuticos, pois os tratamentos das doenças são construções individuais e sociais que se materializam nos pequenos jogos sociais, reconhecidos como trama social (LEITE; VASCONCELLOS, 2006) formada pela rede de relações do indivíduo com os familiares, vizinhos, terapeutas populares, organizações religiosas e com os próprios serviços de saúde (SCHOLZE; SILVA, 2005), dividindo-se em três setores de influência: o familiar, o popular e o profissional (KLEINMAN, 1980).

O câncer, como doença crônica e degenerativa, causa uma série de mudanças no cotidiano das pessoas e no itinerário de cuidados e/ou terapêuticos. As mudanças decorrentes do diagnóstico de câncer acontecem de forma diferenciada e são vivenciadas também diferentemente nas diversas etapas do tratamento (ROSA, 2007).

A pessoa com diagnóstico de câncer é um ser humano suscetível a crises de caráter psicológico, biológico, emocional e/ou espiritual, que podem ser desencadeadas pelo diagnóstico, pelo prognóstico, por efeitos colaterais do tratamento ou ainda pelas atitudes e comportamentos dos próprios familiares (RADŪNZ, 1999). É uma pessoa que luta para sanar ou minimizar as ameaças que surgem com a vida. É um ser humano que vive com a incerteza, cujo futuro, que antes significava potencial ilimitado, na presença do diagnóstico de câncer, torna-se imediatamente limitado (McCRAVY, 2000).

Diante do inesperado diagnóstico de câncer, a pessoa vivencia diversas fases psicológicas, que oscilam e por vezes se sobrepõem: negação, depressão, raiva, barganha e aceitação (KÜBLER-ROSS, 1998).

As pessoas se fragilizam diante do diagnóstico, das fases psicológicas trazidas pela doença, das inúmeras mudanças a serem enfrentadas e compreendidas (envolvendo todas as dimensões do ser humano) e do próprio tratamento, o que exige atenção e cuidado, mudanças de hábitos, cuidados e conceitos de vida, não somente os seus próprios, mas também daqueles com os quais partilham relações próximas. Em consequência dessas vivências, o itinerário terapêutico se transforma, em geral, buscando o equilíbrio do corpo e da alma e a continuidade da vida com mais qualidade (ROSA, 2007).

Assim, o câncer e suas consequências atingem a pessoa doente, sua família, os grupos relacionais próximos, o SUS e a sociedade brasileira.

A prevenção, o diagnóstico e o tratamento precoces do câncer são imprescindíveis não somente para manutenção e recuperação da qualidade de vida, mas também para a subsistência do País e do SUS,

principalmente porque a Lei 8.080, que institui o SUS, estabelece que a saúde é direito fundamental do ser humano e dever do Estado. A saúde deve ser garantida por políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e assegurar acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1990).

Em 2005, diante da magnitude do câncer, o Ministério da Saúde instituiu a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO), que objetiva a promoção da saúde, prevenção, diagnóstico, tratamento das neoplasias, reabilitação e cuidados paliativos. Essa Política estabelece, dentre outros princípios (BRASIL, 2005):

- a) O desenvolvimento de estratégias coerentes com a política nacional para controle do câncer, para promoção da qualidade de vida e saúde, para prevenção de fatores de risco, para redução de danos e proteção da vida, de forma a garantir a equidade e a autonomia dos indivíduos e da coletividade;
- b) A constituição das Redes Estaduais de Atenção Oncológica, formalizada nos Planos Estaduais de Saúde;
- c) A ampliação da cobertura do atendimento aos doentes de câncer, garantindo a universalidade, a equidade, a integralidade, o controle social e o acesso à assistência oncológica;
- d) A fomentação da formação e a especialização de recursos humanos para a Rede de Atenção Oncológica.

Além disso, o Ministério da Saúde definiu que a PNAO seja constituída a partir da promoção e vigilância em saúde, utilizando a avaliação tecnológica, a educação permanente, o incentivo à pesquisa e o sistema de informação (BRASIL, 2005).

No entanto, apesar de ter sido instituída em 2005, a PNAO ainda se encontra apenas como proposta, pois a realidade dos dados apresentados pelos próprios governantes demonstra a necessidade de implantação de estratégias que alterem a realidade de diagnósticos tardios no estado de Santa Catarina.

Convivendo com mulheres com diagnóstico de câncer de mama, evidencia-se nas declarações destas que o atendimento no SUS dificulta, ou até impede, o acesso a consultas, exames/resultados e os encaminhamentos à assistência especializada em tempo hábil para evitar um diagnóstico em estádios mais avançados. Essa realidade dificulta o início precoce da terapêutica de combate à doença enquanto o câncer ainda se localiza no órgão de origem, sem a presença de metástases.

Assim, define-se como tese para este estudo:

O intervalo de tempo prolongado do sintoma ao tratamento do câncer de mama dificulta a adoção de uma terapêutica curativa e de um itinerário terapêutico voltado à realidade da doença, trazendo prejuízos à saúde da mulher.

Os resultados obtidos com o estudo intitulado *O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer* (dissertação de mestrado), que apresenta a pessoa com diagnóstico de câncer buscando várias formas de cuidado que se constituem num itinerário terapêutico em busca de qualidade de vida e de tempo de vida, somados à realidade aqui apresentada, oferecem subsídios a novas perguntas de pesquisa (ROSA, 2007).

O que os estudos apontam como fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevida das mulheres com câncer de mama?

Quais os intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas no câncer de mama, ocorridas entre o aparecimento do sintoma da doença ao tratamento adjuvante?

Qual o significado do câncer de mama na percepção das mulheres?

Qual o itinerário terapêutico da mulher com câncer de mama do sintoma da doença ao tratamento adjuvante?

A partir destas perguntas de pesquisa fixamos os seguintes objetivos:

1.1 OBJETIVOS

- Identificar nas publicações da LILACS, SciELO e PubMed, período 2004-2009, fatores contribuintes para a elevação das taxas de sobrevida em cinco anos e de sobrevida livre de doenças das mulheres com câncer de mama;
- Analisar fatores condicionantes associados ao estadiamento avançado do câncer de mama.;
- Analisar o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante de mulheres com câncer de mama;
- Conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante;

- Conhecer o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante.

Apresentando esse contexto inicial e relacionando-o com as implicações e contribuições do Cuidado de Enfermagem em Oncologia, afirma-se que esta área da Enfermagem não pode se restringir à ação terciária na realidade brasileira.

Para alterar a realidade do câncer são necessárias mudanças nos padrões culturais e essas são construídas em longos espaços de tempo, às vezes décadas ou séculos. Acredita-se que, neste momento de incidência elevada do câncer de mama, seja imprescindível que a Enfermagem se organize na busca e na cobrança dos governantes quanto aos investimentos, planejamentos e ações para o diagnóstico precoce da doença, entendendo-se como um das estratégias de cobrança a apresentação de resultados de pesquisas que demonstrem as evidências e/ou os aspectos sociais e de saúde relacionados ao câncer e ao câncer de mama.

Para cuidar é pertinente estabelecer uma política assistencial de saúde e de enfermagem, garantindo acesso a diagnósticos, tratamento, medicações, o que pode, certamente, garantir qualidade na assistência (RADÜNZ, 1999), e o desenvolvimento de pesquisas é um grande colaborador para esse fim.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

O referencial teórico associa as publicações que introduzem este estudo, o Sistema de Cuidados à Saúde proposto por Arthur Kleinman e as publicações sobre taxa de sobrevida, apresentadas na revisão integrativa, manuscrito intitulado: *Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão*.

Este capítulo apresenta o Sistema de Cuidados à Saúde.

O Sistema de Cuidados à Saúde foi proposto pelo médico, psiquiatra e um dos principais representantes da abordagem interpretativista na Antropologia da Saúde, Arthur Kleinman (KLEINMAN, 1995; 1980; 1988).

O Sistema de Cuidados à Saúde é um modelo conceitual utilizado por pesquisadores para identificar como as pessoas e/ou o meio social articulam sistemicamente os diferentes elementos ligados à saúde, à doença e aos cuidados com a saúde, envolvendo a experiência dos sintomas, condutas, decisões terapêuticas e de avaliação dos resultados, inicialmente proposto na década de 1970 a partir de pesquisas desenvolvidas na cultura chinesa (KLEINMAN, 1980).

O modo como se percebe a doença, como se responde a ela, a experiência da pessoa, o tratamento e as instituições sociais envolvidas constituem o Sistema de Cuidado à Saúde. Os processos sociais, econômicos e culturais possibilitam o desenvolvimento de diferentes formas de atenção a partir de necessidades e possibilidades de diferentes grupos sociais. Outros fatores também influenciam as escolhas dos cuidados à saúde, como a religião, a classe social, a escolaridade, a ocupação, a etnia e a própria influência da rede social (KLEINMAN, 1980).

Dessa forma, esse Sistema é construído socialmente e depende do conhecimento adquirido na trajetória de vida de cada pessoa, do conhecimento biomédico e das instituições de saúde, bem como do conhecimento de outras pessoas que compõem uma sociedade. Destaca-se que a procura por determinado recurso à saúde é guiada pelas percepções e crenças sobre saúde e doença (KLEINMAN, 1980).

Os termos *illness* (doença), *disease* (patologia) e *sickness* (enfermidade) colaboram para a compreensão do Sistema de Cuidado à Saúde e da própria antropologia da saúde (KLEINMAN, 1980; 1988, 1995).

Doença (*illness*) se refere à maneira como a pessoa doente, sua

família e a rede social ampliada percebem, convivem e respondem aos sintomas e alterações provocados por ela. É o significado que a pessoa atribui a essa experiência. É a própria experiência vivida, incluindo seu julgamento no enfrentamento de sua situação e dos problemas provocados por ela. A doença se torna um conjunto de experiências associadas por redes de significados e interações sociais. Os seus significados são construídos a partir das experiências de vida, experiências com outras doenças, sob a influência do contexto social e econômico (KLEINMAN, 1988).

Patologia (*disease*) representa uma anormalidade biofisiológica, isto é, uma alteração na estrutura biológica ou funcional, evidenciada pela ciência biomédica. Dessa forma, relaciona-se à perspectiva do profissional de saúde, à racionalidade científica, aos dados psicoquímicos, não podendo ser reconhecida pela cultura popular. Patologia não é um sinônimo de doença, pois uma pessoa pode ter uma patologia e não se sentir doente, ou pode ter a cura de sua patologia e continuar a sentir-se doente (KLEINMAN, 1988).

O termo enfermidade (*sickness*) engloba os termos doença e patologia e se refere ao processo que é determinado pelos aspectos políticos, econômicos e socioculturais. Produzido nas relações sociais, enfoca o processo da construção sociocultural da doença, envolvendo os poderes e processos de negociação, diante da doença e da patologia. É consequente das ações políticas, econômicas e sociais que levam à miséria humana (YOUNG, 1982; 1993; LANGDON, 1994; KLEINMAN, 1988). Assim, a enfermidade é vista como reflexo de opressão política, privação econômica e outras fontes sociais de miséria (KLEINMAN, 1988).

O Sistema de Cuidados à Saúde refere que três subsistemas, que se sobrepõe, influenciam as escolhas de cuidados à saúde. Esses subsistemas são: o familiar, o profissional e o popular.

O Subsistema Familiar basicamente determina o cuidado à saúde escolhido pela pessoa. O autotratamento pelas pessoas indivíduos e família é a primeira intervenção terapêutica em diversas culturas. A pessoa doente e sua família utilizam as crenças e valores sobre a doença para entender o que está acontecendo e para planejar os cuidados a serem realizados. Quando o indivíduo opta por procurar tratamento profissional, diante da doença, ele retorna a sua família para avaliar e decidir o que fazer a partir do tratamento prescrito. Além disso, planeja e organiza os atos individuais, como, quando e onde consultar, quais os tratamentos alternativos possíveis de serem procurados. Concomitantemente, avalia se o cuidado foi efetivo e se o resultado

esperado foi alcançado (KLEINMAN, 1980).

O Subsistema Profissional compreende a rede oficial de assistência à saúde e socialmente os principais representantes deste setor são os profissionais médicos. Para esses profissionais os aspectos biológicos são prioritários, enquanto os aspectos psicossociais e culturais são fenômenos de segunda ordem. Esses aspectos são percebidos diferentemente pelas outras profissões da saúde, como a Enfermagem (KLEINMAN, 1980).

O Subsistema Popular constitui-se por pessoas que influenciam o cuidado à saúde e/ou prestam atendimento à saúde, mas não são reconhecidos legalmente como profissionais, tais como: especialistas da cura, curandeiros, benzedeiras, rezadores, especialistas em ervas, dentre outros. Essas pessoas, “profissionais do subsistema popular”, possuem os mesmos valores culturais da comunidade onde vivem, podendo oferecer explicações sobre a doença de forma mais acessível à compreensão do grupo social. O cuidado realizado nesse Subsistema vem aumentando nos últimos tempos em todas as partes do mundo. O Subsistema Popular une os outros dois Subsistemas, funcionando como ponto de entrada e saída (KLEINMAN, 1980).

As escolhas frente a doença são resultados das experiências sociais e consistem em iniciar o tratamento e decidir quando se deve procurar a ajuda do subsistema profissional ou de qualquer outro sistema. Envolvem as percepções e os julgamentos da pessoa e de sua família sobre a melhor forma de enfrentar as doenças e as mudanças que esta traz aos hábitos de vida (KLEINMAN, 1988).

Para compreender as práticas de cuidados adotadas em cada subsistema, Kleinman desenvolveu o conceito de modelo explanatório (*explanatory model*) com a perspectiva de oferecer explicações sobre a doença e o tratamento, visando à elaboração do significado pessoal e social da experiência da doença, de modo a orientar a escolha entre as terapias disponíveis (KLEINMAN, 1980).

Esse modelo foi construído sob a influência da corrente interpretativista da antropologia, que considera que as percepções, as interpretações e as ações, até mesmo na área da saúde, são construídas culturalmente. Baseia-se no pressuposto de que todas as atividades de cuidados em saúde são respostas socialmente organizadas frente às doenças e devem ser entendidas como um sistema cultural (UCHÔA; VIDAL, 1994; KLEINMAN, EISENBERG; GOOD, 1978).

O modelo explanatório procura compreender, num primeiro momento, os modelos adotados pelas pessoas e sua família. Num segundo momento, é apresentado à pessoa e à sua família o modelo

profissional. Neste momento, o profissional tem a oportunidade de interpretar as queixas, os sintomas, os sentimentos trazidos e de trocar experiências e saberes, sempre visando à identificação do caminho terapêutico (CAPRARA; SILVA FRANCO, 1999).

Na sequência, engaja-se a pessoa e sua família na negociação propriamente dita, exigindo do profissional respeito pelos pontos de vista das pessoas e de suas famílias, bem como a utilização de estratégias que articulem os diversos saberes e experiências (CAPRARA; SILVA FRANCO, 1999).

A grande contribuição do modelo explanatório é que ele permite abordar sistematicamente o conjunto de valores, crenças e condutas da área da saúde, assim favorecendo o desenvolvimento dos programas de saúde (KLEINMAN, 1988).

O Sistema de Cuidados à Saúde é entendido como um sistema simbólico pautado nas inter-relações que ocorrem entre instituições sociais, os modelos de inter-relação pessoal, a cultura sobre a saúde-doença, as terapêuticas e as instituições e os profissionais da saúde (KLEINMAN, 1988).

3 CONTEXTUALIZANDO O CÂNCER DE MAMA

A neoplasia mamária é na grande maioria dos casos detectada pela própria mulher por palpação, por anormalidades mamográficas, por achado incidental histológico em fragmentos de mama retirados por outra razão ou pelo encontro de células malignas na investigação de derrames, ou ainda por suas metástases (SCHMITT; GOBBI, 2006).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama incluem: idade acima de 50 anos, sendo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa; menarca precoce e menopausa tardia; nuliparidade e o primeiro filho em idade avançada; história familiar; síndromes genéticas; hiperplasia atípica; estimulação estrogênica prolongada; história pessoal de câncer de ovário ou de endométrio; exposição à radiação ionizante; hiperplasias ductal sem atipia; reposição hormonal na menopausa; ingestão de álcool; obesidade na pós-menopausa; estatura elevada na adolescência; história de doença benigna na mama; variação geográfica (McPHERSON; STEEL; DIXON, 2000; SCHMITT; GOBBI, 2006; BRASIL, 2010).

Os carcinomas de mama são classificados em: carcinoma *in situ* – definido como proliferação epitelial maligna dos ductos ou ductulos mamários, representa cerca de 25% de todos os cânceres da mama e um grupo heterogêneo de lesões, além da existência de dois tipos distintos: lobular e ductal; carcinoma invasor – todos os carcinomas mamários que infiltram o estroma, o que não ocorre no carcinoma *in situ* (SCHMITT; GOBBI, 2006).

Os principais tipos de carcinomas invasores da mama são (SCHMITT; GOBBI, 2006):

Carcinoma ductal invasor clássico (75% dos casos) – é o câncer mais frequente da mama, caracteriza-se pela ausência de achados morfológicos, tem comportamento agressivo, com sobrevida de cinco anos em 60% das mulheres;

Carcinoma lobular (10% dos casos) – representa bom prognóstico, com sobrevida de 10 anos em 80-90% das mulheres, tendência à bilateralidade e taxa elevada de recidiva sistêmica tardia;

Carcinoma tubular (5% a 10% dos casos) – morfologicamente se caracteriza pela formação de túbulos arredondados, ovoides ou angulados, imersos em estroma fibroelástico; na maioria dos casos é detectado por mamografia; multifocal em 10 a 56% dos casos e bilateral em 9% a 38% dos casos;

Carcinoma medular (7% dos casos) – apresenta um prognóstico melhor que os carcinomas ductais em geral, sendo mais frequente em mulheres jovens e em casos familiares, estando frequentemente associado a anormalidades no gen breast cancer cancer 1 (BRCA 1);

Carcinoma mucinoso (2-3% dos casos) – normalmente se manifesta em mulheres após a menopausa, apresenta bom prognóstico, com sobrevida de 10 anos em 80% a 90% dos casos, frequentemente associado a mutações no gen BRCA 1;

Carcinoma micropapilar – caracteriza-se pela proliferação de células malignas em arranjos micropapilares no interior de espaços císticos no estroma da mama, sem revestimento epitelial ou endotelial, sendo frequentes achados de metástases axilares na fase de diagnóstico;

Doença de Paget – caracteriza-se por lesão eczematosa do mamilo causada pela disseminação intraepidérmica de células neoplásicas de um carcinoma intraductal ou invasor subjacente. Em quase todos os casos da doença suas células são positivas para a proteína do oncogene human epidermal growth factor receptor 2 (HER2/neu). Assim, o marcador para esse oncogene é um determinante da extensão dos carcinomas intraductais e um fator prognóstico para recidiva em cirurgias conservadoras;

Carcinoma inflamatório - apresentação clínica do carcinoma mamário, e não um subtipo histológico, produz sinais semelhantes a processo inflamatório, pouco diferenciado e com péssimo prognóstico;

Carcinoma metaplásico – neoplasia clonal formada por uma mistura de carcinoma com elementos escamosos e/ou sarcomatoides, tumor raro (menos de 1%), com comportamento clínico e biológico heterogêneo, agressivo e metastatiza por via hematogênica.

A disseminação dos carcinomas mamários é por invasão local (pele, mamilo, músculo ou parede torácica), linfática ou hematogênica. Em 30% a 50% dos casos há comprometimento dos linfonodos axilares no momento do diagnóstico, sendo que as metástases regionais indicam o potencial metastático a distância e sistêmico. Mulheres com 1-3 linfonodos comprometidos têm 60% de sobrevida em 10 anos, esta taxa reduz para 20% nas mulheres que tiveram de 3-4 ou mais linfonodos com metástases na ocasião do diagnóstico. As metástases sistêmicas ocorrem em geral nos pulmões, ossos, fígado, suprarenal, ovários e sistema nervoso central. Cerca de 30% das mulheres sem metástases axilares desenvolvem metástases sistêmicas posteriormente, o que indica que grande parte dos carcinomas da mama já são doenças sistêmicas no momento do diagnóstico (SCHMITT; GOBBI, 2006).

Compreender os diversos tipos histológicos do carcinoma

mamário favorece a definição de como detectá-lo precocemente, diagnosticá-lo e tratá-lo.

O Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama e detecção precoce recomenda: rastreamento por meio do exame clínico da mama, para todas as mulheres a partir de 40 anos de idade, realizado anualmente, devendo ser realizado em todas as consultas clínicas, independentemente da faixa etária; rastreamento por mamografia, para as mulheres com idade entre 50 a 69 anos, com o máximo de dois anos entre os exames; exame clínico da mama e mamografia anual, a partir dos 35 anos, para as mulheres pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama; garantia de acesso ao diagnóstico, tratamento e seguimento para todas as mulheres com alterações nos exames realizados (BRASIL, 2004b).

São definidos como grupos populacionais com risco elevado para o desenvolvimento do câncer de mama: mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama, abaixo dos 50 anos de idade; mulheres com história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; mulheres com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular *in situ* (BRASIL, 2004b).

No Brasil, a Lei 11.664, sancionada em 2008 e que entrou em vigor em 30 de abril de 2009, assegura a todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade a realização de exame mamográfico; o encaminhamento a serviços de maior complexidade das mulheres cujos exames citopatológicos ou mamográficos ou cuja observação clínica indicarem a necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderem ser realizados na unidade que prestou o atendimento; os subsequentes exames citopatológicos do colo uterino e mamográficos (BRASIL, 2008).

Em Santa Catarina para o rastreamento e diagnóstico de câncer de mama é recomendado pela Associação Brasileira de Portadores de Câncer (AMUCC)¹:

Exame Clínico das Mamas (ECM): deverá ser realizado em todas

¹ As recomendações da AMUCC para rastreamento e diagnóstico do câncer de mama podem ser encontradas no material intitulado: Ajuda de trabalho sobre as condutas para rastreamento de câncer de mama. Este material pode ser encontrado no Anexo A deste estudo ou pode ser encontrado em: <<http://www.amucc.com.br/conteudo/documentos/>>

as mulheres, anualmente. Achados suspeitos: nódulo palpável e fixo à pele e ou parede torácica, pele apresentando retração, erosão ou aspecto de casca de laranja, retração do complexo areolopapilar e fluxo papilar sanguinolento ou “água de rocha”.

Mamografia: exame complementar para mulheres acima de 35 anos com achados suspeitos no ECM. A partir dos 50 aos 69 anos todas as mulheres deverão realizar mamografia para rastreamento. A frequência depende dos achados mamográficos: BI-RADS (Breast Image Reporting and Data System)² 1 e 2: a cada dois anos. BI-RADS 3: semestral, ou anual após segunda repetição de BI-RADS 3.

Ultrassonografia (USG) mamária: exame complementar inicial em pacientes jovens abaixo de 35 anos, gestantes ou mulheres com próteses mamárias para avaliar achados suspeitos no ECM, para diferenciar entre massa cística ou sólida e avaliar pacientes com fluxo papilar.

Exame complementar após mamografia, quando esta for classificada como: BI-RADS 0: pacientes com achados suspeitos no ECM, com nódulo encoberto e assimetria focal em que a mamografia complementar (compressão localizada e magnificação) não conseguir eliminar a dúvida quanto à classificação, deve-se esgotar as possibilidades de um método diagnóstico antes de indicar outro; BI-RADS 3: caso o achado seja nódulo no ECM e o exame de USG detectar nódulo cístico será reclassificado como BI-RADS-2, sendo o seu controle anual; e se o resultado for nódulo sólido sem aspecto suspeito, controle mamográfico semestral; BI-RADS 4: quando se detecta microcalcificações agrupadas no parênquima e se deseja saber se há massa tumoral associada.

Crítérios para indicação de biópsia de mama: Biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF) - Cisto redondo ou ovalado de grande proporção, Cisto complexo ou lesão sólida irregular espiculada ou microlobulada ao exame de imagem; Biópsia-punção por agulha grossa (BPAG) - Lesão em que o resultado da BAAF sugere atipia celular (positiva ou suspeita) ou o resultado for incompatível com a suspeita clínica/exame de imagem, e quando o material aspirado for insuficiente para o diagnóstico; Nódulo for sólido, irregular, espiculado,

² Sistema padronizado, criado nos Estados Unidos, utilizado para uniformizar os relatos de radiologia quando se analisam as imagens de mamografia. Criado pelo Colégio Americano de Radiologia, NCI (National Cancer Institute), CDC (Centers for Disease Control and Prevention), FDA (Food and Drug Administration), Colégio Americano de Cirurgiões e pelo Colégio Americano de Patologistas.

microlobulado ou com microcalcificações no interior; Lesão BIRADS 4 ou 5.

Critério para indicação de biópsia de mama guiada por USG: lesão palpável não necessita obrigatoriamente ser guiada por USG; lesão não palpável ou microcalcificações agrupadas com densidade associada, a BPAG deverá ser guiada por USG (microcalcificações sem densidade associada dificilmente serão evidenciadas pela USG); mulheres com outras lesões não especificadas e suspeitas de câncer de mama devem ser encaminhadas ao mastologista para definir a melhor conduta diagnóstica.

Para o tratamento: abordagem multidisciplinar; cirurgia, sua indicação dependerá do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora, com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela, ou não conservadora; radioterapia, utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia; quimioterapia utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia e hormonoterapia (BRASIL, 2004b).

Esclarece-se que terapia adjuvante é o tratamento posterior ao tratamento de eleição. Neste estudo, o tratamento de eleição foi o tratamento cirúrgico e a terapia adjuvante foi quimioterapia ou a radioterapia. A terapia neoadjuvante é o tratamento anterior ao tratamento de eleição, sendo utilizada para redução do tamanho do tumor, possibilitando a realização da cirurgia (BRASIL, 2004b).

Para as mulheres que apresentarem receptores hormonais positivos, é recomendada a hormonoterapia (BRASIL, 2004b).

4 MÉTODO

4.1 ESTUDO DE REVISÃO

Este estudo de revisão foi realizado para o desenvolvimento do objetivo 1: identificar nas publicações da LILACS, SciELO e PubMed, período 2004-2009, fatores contribuintes para a elevação das taxas de sobrevida em cinco anos e de sobrevida livre de doenças de mulheres com câncer de mama.

4.1.1 Desenho metodológico

Trata-se de revisão integrativa, estudo que possibilita deduzir generalizações sobre questões substantivas a partir de um conjunto de resultados de estudos. Dessa forma, contribui para síntese, análise e elaboração de um corpo de conhecimentos a partir dos estudos investigados (GANONG, 1987).

A revisão integrativa inclui as seguintes etapas: formulação do objetivo da revisão ou de hipóteses a serem testadas; definição dos critérios para inclusão dos estudos; realização de revisão de literatura, selecionando os estudos caso o número seja elevado; elaboração de formulário para a coleta de dados; definição das regras para inferência; leitura dos estudos selecionados, aplicando o formulário estabelecido para coleta de dados; análise dos dados de maneira sistemática; apresentação e discussão dos dados, relatando a revisão da maneira mais clara e completa possível (GANONG, 1987).

A questão que direcionou o desenvolvimento da pesquisa foi: quais os fatores contribuintes para a elevação da taxa de sobrevida de mulheres com câncer de mama?

Este estudo foi realizado no índice de literatura disponível na base *Literatura Latino-Americana y del Caribe em Ciencias de la Salud* (LILACS), na biblioteca eletrônica *Scientific Electronic Library Online* (SciELO) e no banco de dados do PubMed, serviço da National Library of Medicine, a partir dos termos: na base LILACS, câncer de mama *AND* taxa de sobrevida; na SciELO câncer de mama *OR breast cancer*, taxa de sobrevida *OR survival rate*; na PubMed, *breast cancer AND*

survival rate. Como limites adotaram-se as publicações de julho de 2004 a julho de 2009, o sexo feminino e os idiomas inglês, espanhol e português. Para a base de dados PubMed, incluíram-se textos disponíveis na íntegra.

Foram incluídas publicações que apresentavam a taxa de sobrevida em cinco anos e/ou sobrevida livre de doença em cinco anos em mulheres com câncer de mama.

Para aplicação dos critérios de inclusão todos os resumos selecionados foram lidos. Os resumos que não apresentavam claramente os critérios de inclusão a leitura foi do texto completo.

A busca das publicações a partir dos termos estabelecidos disponibilizou 317 artigos: 5 na LILACS, 22 na SciELO e 290 na PubMed, destes 40 atenderam aos critérios de inclusão. As publicações incluídas no estudo foram lidas na íntegra.

O formulário utilizado para a coleta de dados abordou os seguintes aspectos: local do estudo/país, período do estudo, desenho do estudo, número de sujeitos, critérios para inclusão dos sujeitos, idade dos sujeitos, taxa de sobrevida em cinco anos, taxa de sobrevida livre de doença em cinco anos, objetivo do estudo, fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevidas. Os dados coletados foram digitados em planilhas no Programa Excel da Microsoft.

4.2 PESQUISA DE CAMPO

A pesquisa de campo foi realizada para o desenvolvimento dos objetivos:

2. Analisar fatores condicionantes associados ao estadiamento avançado do câncer de mama;

3. Analisar o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante de mulheres com câncer de mama;

4. Conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante;

5. Conhecer o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante.

4.2.1 Desenho do estudo

Para a pesquisa de campo utilizou-se os métodos: pesquisa documental (para desenvolver o objetivo 2), pesquisa descritiva (para desenvolver o objetivo 3) e pesquisa qualitativa (para desenvolver os objetivos 4 e 5).

A pesquisa documental é o método que utiliza materiais ou documentos que não receberam material analítico, sejam eles de instituições públicas ou privadas. As fontes para este tipo de estudo são diversas. A análise documental permite acrescentar a dimensão de tempo à compreensão do social, favorece a observação do processo de maturação ou evolução de indivíduos, grupos, conceitos, conhecimentos, comportamentos, práticas, entre outros (CELLARD, 2008).

A pesquisa descritiva tem como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis (GIL, 2006).

A pesquisa qualitativa é uma modalidade de investigação que apresenta a dimensão subjetiva, designando o espaço das emoções, vivências, sentimentos, crenças e percepções, cuja natureza não admite mensuração, uma vez que se refere à singularidade. Esta abordagem está interessada no microssocial, baseada em palavras, histórias e narrativas, aplicando o método indutivo, tendo a entrevista aberta como uma das técnicas privilegiadas para obter a informação (MERCADO-MARTÍNEZ; BOSI, 2007).

4.2.2 Cenário do estudo

O cenário deste estudo foi uma instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina, Brasil.

São encaminhadas a essa instituição pessoas com diagnóstico de todos os tipos de câncer, para tratamento das doenças que necessitam abordagem cirúrgica, internação em Oncologia e Onco-hematologia, transplante de células tronco-hematopoiéticas, cuidados paliativos e atendimento ambulatorial em quimioterapia, radioterapia e radiodiagnóstico. A equipe técnica multidisciplinar conta com representantes das seguintes categorias profissionais: Enfermagem, Farmácia, Física Médica, Fisioterapia, Fonoaudiologia, Medicina,

Nutrição, Psicologia, Serviço Social e Terapia Ocupacional. O número total de profissionais é equivalente a 430. O número de atendimentos em 2010 foi de 39.152 mil, sendo este número referente ao número de consultas e internações³.

O Serviço de Arquivo Médico é responsável pelo arquivamento dos prontuários dos pacientes e conta com uma equipe de quatro profissionais técnicos administrativos. A Central de Quimioterapia constitui uma das áreas organizacionais da instituição em questão e atende aproximadamente 1.200 pacientes em tratamentos quimioterápicos a cada mês. A equipe de enfermagem da Central de Quimioterapia é composta por oito enfermeiros e sete técnicos de enfermagem³.

Ressalta-se que o atendimento oncológico em Santa Catarina está dividido em sete Municípios de Referência: Florianópolis, Lages, Blumenau, Itajaí, Tubarão, Porto União e Joaçaba³.

Cabe à instituição, cenário deste estudo, prestar atendimento à Região Referência Florianópolis, que compreende 22 municípios: Anitápolis, Antônio Carlos, Angelina, Águas Mornas, Alfredo Wagner, Biguaçu, Canelinha, Florianópolis, Garopaba, Governador Celso Ramos, Palhoça, Paulo Lopes, Leoberto Leal, Major Gercino, Nova Trento, Santo Amaro da Imperatriz, São Bonifácio, São João Batista, São José, São Pedro de Alcântara, Rancho Queimado, Tijucas³.

Alguns Municípios Referência não possuem infraestrutura completa e profissionais especializados para o atendimento oncológico em radioterapia e quimioterapia casos de leucemia. Assim, o cenário deste estudo atende outros 125 municípios para tratamento em quimioterapia de leucemias (Referência Lages – 36 municípios; Referência Blumenau – 14 municípios; Referência Itajaí – 11 municípios; Referência Tubarão – 17 municípios; Referência Joaçaba – 47 municípios). Para outros 48 municípios do Estado, o cenário deste estudo presta atendimento em radioterapia (Referência Lages – 18 municípios; Referência Porto União – 10 municípios; Referência Joaçaba – 20 municípios)³.

4.2.3 Amostra

A amostra constitui-se por prontuários e mulheres com câncer de

³ Informações fornecidas pela Assessoria do Planejamento da instituição cenário deste estudo.

mama.

Foram incluídos prontuários de mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009, exclusivamente pelo SUS, desde o diagnóstico até o tratamento, conforme registros nos prontuários (registros profissionais e nos laudos de exames) e que foram tratadas inicialmente com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante (QN), seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e quimioterapia adjuvante (QA), denominada neste estudo esquema terapêutico I ou, cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia adjuvante (QA), denominada neste estudo esquema terapêutico II.

Esclarece-se que a opção terapêutica está relacionada ao tamanho do nódulo neoplásico mamário. Assim, para nódulos com dimensões maiores, é recomendado o esquema terapêutico I, com quimioterapia neoadjuvante, o que reduz a massa tumoral e possibilita a realização da terapêutica cirúrgica. A opção do esquema terapêutico II é utilizada para tumores com pequenas dimensões, que podem se encaminhados inicialmente para tratamento cirúrgico.

Para seleção dos prontuários foi solicitado ao Setor de Faturamento da instituição, cenário deste estudo, lista dos códigos das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs) que cadastram as QN e QA, sendo esta a única maneira de identificação dos prontuários, diante do banco de dados existente na instituição. A partir destes códigos foi solicitada à Divisão de Informática lista de nomes das mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009, para então serem localizados os números dos prontuários das respectivas mulheres.

A QN é cadastrada pelo código 0304040029 e as QAs pelos códigos 0304050067, 0304050075, 0304050130, 0304050148 nas APACs.

A lista fornecida pela Divisão de Informática totalizou 138 nomes. Após análise dos 138 prontuários, inicialmente selecionados, somente 24 atenderam os critérios de inclusão.

Quanto à inclusão das mulheres com câncer de mama, dois grupos foram selecionados. O primeiro grupo foi referente às mulheres que deram origem aos 24 prontuários incluídos no estudo. Foram excluídas as mulheres que não foram encontradas com agendamento de atendimento no período da coleta de dados. Então, das 24 mulheres inicialmente selecionadas, cinco foram encontradas com agendamento de atendimento, e essas estavam em seguimento pós-adjuvância.

O segundo grupo refere-se às mulheres que realizaram o esquema

terapêutico I ou II e, no período do estudo, estavam realizando quimioterapia adjuvante. Foram excluídas as mulheres que não realizaram todas as etapas diagnósticas e terapêuticas, exclusivamente pelo SUS, conforme relato das mulheres e registros nos prontuários.

A seleção deste grupo ocorreu através do sistema de agendamento das quimioterapias, na Central de Quimioterapia. Foram abordadas 36 mulheres, sendo que oito atenderam os critérios de inclusão. As 28 exclusões ocorreram devido à realização de etapas diagnósticas e terapêuticas por recursos particulares ou convênios de saúde.

Assim, a amostra totalizou 24 prontuários e 13 mulheres entrevistadas (cinco mulheres em seguimento pós-adjuvância e oito mulheres realizando quimioterapia adjuvante).

4.2.4 Coleta de dados

Os dados da pesquisa documental foram coletados dos prontuários, os dados da pesquisa descritiva através de entrevista e coleta nos prontuários e os dados da pesquisa qualitativa através de entrevista.

Inicialmente esclarecemos que para abertura de prontuário na instituição, cenário deste estudo, é necessário apresentar cópias dos documentos: carteira de identidade (CI), cadastro de pessoa física (CPF), cartão nacional do SUS, comprovante de residência, laudo da biópsia que diagnosticou a neoplasia. Os prontuários são cadastrados a partir de um número gerado por um sistema aplicativo para automação hospitalar que gera uma ficha de identificação que registra número do prontuário, nome da pessoa, data de nascimento, idade, sexo, CPF, CI, número do cartão nacional de saúde, estado civil, profissão, endereço residencial, bairro, cidade, estado, código de endereço postal, nome da mãe do paciente, profissão da mãe, nome do pai, profissão do pai, local de trabalho, convênio, nome do médico, nome do responsável.

Os prontuários são compostos de: ficha de identificação, cópia dos documentos solicitados para a abertura do prontuário, ficha de evolução, ficha de registro do protocolo de tratamento, histórico de enfermagem, ficha de avaliação nutricional, ficha de avaliação do serviço social, ficha da APAC e cópia de resultados de exames. A guarda dos prontuários é realizada pelo Serviço de Arquivo Médico (SAME).

Para a coleta de dados nos prontuários, era diariamente encaminhada ao SAME lista dos nomes das mulheres cujos prontuários seriam manuseados no dia subsequente, favorecendo assim a organização das atividades de pesquisa e as atividades institucionais.

Os dados coletados dos prontuários foram registrados no instrumento apresentado no Apêndice A. Este instrumento registra dados de identificação das mulheres, escolaridade, profissão/ocupação, estado marital, estágio da doença e datas da realização das diversas etapas diagnósticas e terapêuticas. Após, os dados foram digitados em planilhas do Programa Excel da Microsoft.

Para testar o instrumento foi realizado pré-teste com cinco prontuários. Nesse pré-teste foi verificada a necessidade de inclusão da variável data de início da radioterapia adjuvante e data do término da quimioterapia neoadjuvante, considerando que, dos cinco prontuários investigados inicialmente, dois registraram a adjuvância com radioterapia e os números de ciclos de quimioterapias neoadjuvantes apresentaram-se muito distintos. A inclusão foi autorizada a partir de emenda de inclusão, encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa, sob o parecer número 0020/2010 (Anexo B).

Os dados investigados e não encontrados nos registros dos prontuários foram registrados com a sigla SRP (sem registro no prontuário) e as informações que não se aplicavam à mulher investigada foram registrados como NSA (não se aplica), como é o caso da terapêutica neoadjuvante que algumas mulheres não necessitavam realizar.

Para a coleta de dados, pesquisa descritiva, junto às mulheres com câncer de mama, foi aplicado o instrumento apresentado no Apêndice A e foi realizada entrevista semiestruturada, gravada, transcrita e validada na pesquisa descritiva e pesquisa qualitativa.

As perguntas que orientaram o desenvolvimento da entrevista foram:

- Como e quando ocorreu a descoberta da doença?
- Quais os intervalos de tempo entre as diversas etapas para o diagnóstico e para o tratamento da doença que a senhora vivenciou no período do sintoma ao tratamento da doença?
- Quais os motivos que determinaram esses intervalos de tempo?
- O que significou para a senhora o diagnóstico de câncer de mama, na vivência desse período de tempo, entre a suspeita da doença e o início do tratamento?
- Quais os cuidados que a senhora adotou para se cuidar nesse período?

- O que ou quem influenciou na adoção desses cuidados?

Para validação da transcrição foi agendado, no dia da entrevista, um segundo encontro. Entende-se que apresentar a transcrição ao sujeito, na pesquisa qualitativa, dá rigor à validade dos dados, aos resultados analisados e respeito ao discurso dos sujeitos (CAMPOS; TURATO, 2009).

A abordagem da mulher foi realizada na área organizacional na qual ela iria ter atendimento. Ressalta-se que o sistema de agendamento das quimioterapias registra o nome dos pacientes, o protocolo a ser aplicado e o horário para a administração da terapêutica.

Os protocolos quimioterápicos mais utilizados no cenário deste estudo para tratamento do câncer de mama são: Adriamicina, Ciclofosfamida e Fluouracil ou Methotrexato, Ciclofosfamida e Fluouracil ou Adriamicina e Ciclofosfamida ou Adriamicina, Ciclofosfamida e Paclitaxel.

As mulheres identificadas inicialmente, atendendo os critérios de inclusão, foram convidadas a participar como sujeitos da pesquisa. Inicialmente foram feitos os esclarecimentos quanto ao objetivo do estudo. Diante do aceite, foi agendado uma data e horário, escolhido pelos sujeitos, para a realização da entrevista. A entrevista foi realizada no consultório de enfermagem ou na sala da Coordenadoria de Ensino, onde então foi apresentado e esclarecido, em linguagem de senso comum, o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) - Apêndice B. Diante do aceite e da assinatura do TCLE, a mulher com câncer de mama foi então considerada sujeito do estudo. A entrevista foi realizada individualmente.

O período para a realização da coleta dos dados foi de maio a dezembro de 2010, sendo que as entrevistas foram realizadas de agosto e dezembro de 2010.

A coleta dos dados foi desenvolvida exclusivamente pela pesquisadora principal.

4.2.5 Variáveis

As variáveis aqui definidas foram utilizadas na pesquisa documental e na pesquisa descritiva. As variáveis não encontradas nos prontuários (ausência de registros) foram questionadas as mulheres que foram entrevistadas por este estudo. As variáveis de intervalo de tempo foram calculadas a partir das datas das etapas diagnósticas e

terapêuticas.

Variáveis sociodemográficas e clínica:

- Idade: número de anos completos, calculado pela data do nascimento até o dia da coleta do material para a realização da biópsia. Classificada como: número de anos.
- Procedência: nome da cidade e bairro onde reside a mulher com câncer de mama, segundo cópia do comprovante de residência.
- Escolaridade: último período escolar formal cursado na escola e registrado no prontuário. Classificado como: ensino fundamental completo, ensino fundamental incompleto, médio completo, médio incompleto, superior completo, superior incompleto.
- Profissão (ocupação): atividade registrada no prontuário como profissão e classificada conforme registro no prontuário.
- Estado marital: situação conjugal classificada em: solteira, casada, divorciada, viúva, separada, união consensual.
- Estádio: combinação das variantes T (dimensão do tumor mamário), N (extensão da disseminação do câncer de mama nos linfonodos regionais) e M (presença ou ausência de metástases) registrada no prontuário através de diagnóstico médico e que define o estágio da neoplasia e possibilita avaliação para o prognóstico da doença e tratamento. Classificado como: estágio I, estágio II, estágio III, estágio IV.

Variáveis relacionadas aos intervalos de tempo:

- Data mamografia ou ultrassonografia: data da realização da mamografia ou ultrassonografia que evidenciou/suspeitou o câncer de mama. Classificada em: dia, mês e ano.
- Data biópsia: data da realização da primeira biópsia que diagnosticou o câncer de mama. Classificada em: dia, mês e ano.
- Data do laudo da biópsia: data da emissão do primeiro laudo da biópsia que diagnosticou o câncer de mama. Classificada em: dia, mês e ano.
- Data de início da QN: data em que foi realizado o primeiro ciclo de QN. Classificada em: dia, mês e ano.
- Data de término da QN: data em que foi realizado o último ciclo de QN. Classificada em: dia, mês e ano.
- Data da cirurgia: data da realização da cirurgia para retirada

- da neoplasia mamária. Classificada em: dia, mês e ano.
- Data da adjuvância: data em que foi realizado o primeiro ciclo de tratamento quimioterápico ou radioterápico após a cirurgia. Classificada em: dia, mês e ano.
 - Intervalo de tempo entre a mamografia ou ultrassonografia e a biópsia: tempo transcorrido entre a data da mamografia ou ultrassonografia e a data da biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF) e/ou biópsia por punção com agulha grossa (BPAG). Classificado em: número de dias
 - Intervalo de tempo entre a biópsia e o laudo da biópsia: tempo transcorrido entre a data da BAAF/BPAG e data da emissão do laudo da BAAF/BPAG. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre o laudo da biópsia e QN: tempo transcorrido entre a emissão do laudo da BAAF/BPAG e a data de início da QN. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre o laudo da biópsia e a cirurgia: tempo transcorrido entre o dia da emissão do laudo da BAAF/BPAG e a data da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a primeira QN e a última QN: tempo transcorrido entre o início e o término da QN. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a QN e a cirurgia: tempo transcorrido entre o término da QN e a data da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a cirurgia e a QA: tempo transcorrido entre a data da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e o início da QA. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a mamografia ou ultrassonografia e a QN: tempo transcorrido entre a mamografia ou ultrassonografia e o início da QN. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a mamografia ou ultrassonografia e a cirurgia: tempo transcorrido entre a mamografia ou ultrassonografia e a data da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a mamografia ou ultrassonografia e a QA: tempo transcorrido entre a mamografia ou ultrassonografia e o início da QA. Classificado em: número de dias.
 - Intervalo de tempo entre a biópsia e a QN: tempo transcorrido

entre a data da BAAF e/ou BPAG e o início da QN. Classificado em: número de dias.

- Intervalo de tempo entre a biópsia e a cirurgia: tempo transcorrido entre a data da BAAF e/ou BPAG e a data da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário. Classificado em: número de dias.
- Intervalo de tempo entre a biópsia e a QA: tempo transcorrido entre a data da BAAF e/ou BPAG e o início da quimioterapia antilástica adjuvante. Classificado em: número de dias.

4.2.6 Processamento e análise dos dados

Os dados coletados e registrados no Apêndice A da pesquisa documental foram digitados em planilha construída no Programa Excel da Microsoft. Esta planilha inicial deu origem a mais duas planilhas, uma registrando os dados das mulheres que realizaram os esquema terapêutico I e outra registrando os dados do esquema terapêutico II.

Os dados coletados e registrados no Apêndice A e mais a variável início dos sintomas (data de início do câncer de mama, de acordo com a referência da mulher colhida na entrevista, classificada em: número de dias) da pesquisa descritiva também foram digitados em planilha construída no Programa Excel da Microsoft. Esta planilha inicial deu origem a mais duas planilhas, como na pesquisa documental, uma registrando os dados das mulheres que realizaram os esquema terapêutico I e outra registrando os dados do esquema terapêutico II.

Após esse registro inicial, foram construídas mais duas planilhas, para a pesquisa tipo de estudo (documental e qualitativo exploratório-descritivo), referentes aos dados das mulheres que realizaram o esquema terapêutico I e II. A partir dessas planilhas foram elaboradas tabelas e figuras para apresentação dos resultados, relacionados as variáveis de intervalo de tempo, sociodemográficas e clínica.

Para os cálculos dos intervalos de tempo foi utilizada ferramenta disponível no Programa Excel da Microsoft.

As variáveis relacionadas ao perfil sociodemográfico, clínico e de intervalos de tempo foram analisados por estatística descritiva e apresentadas por frequência absoluta e/ou percentual.

A análise das comunicações, das mulheres entrevistadas, foi realizada segundo o método de análise de conteúdo proposto por Bardin (2006).

Para Bardin (2006), a análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que busca compreender os manifestos e os ocultos oriundos da coleta de dados. É uma análise estatística do discurso político, ou uma técnica de pesquisa para descrição objetiva, sistemática e quantitativa do conteúdo das comunicações, ou pode ser descrita como técnica de análise das comunicações que visa obter indicadores que permitam inferir conhecimentos relativos às condições de produção e recepção dessas mensagens.

Para o levantamento e a organização dos conteúdos obtidos, é necessário: pré-análise, codificação, categorização e inferência (BARDIN, 2006).

A pré-análise corresponde à fase de organização e objetiva a escolha dos documentos a serem submetidos à análise, a formulação das hipóteses, dos objetivos e a elaboração de indicadores que fundamentem a interpretação final (BARDIN, 2006).

A codificação “é o processo pelo qual os dados brutos são transformados sistematicamente e agregados em unidades, as quais permitem uma descrição exata das características pertinentes do conteúdo” (BARDIN, 2006, p. 97).

A categorização é a classificação dos dados coletados, por diferenciação e seguidamente por reagrupamento segundo analogia (BARDIN, 2006).

A inferência é a intenção da análise de conteúdo, é a etapa que permite a passagem da descrição para a interpretação das mensagens (BARDIN, 2006).

4.2.7 Aspectos éticos

A elaboração do projeto e sua efetivação seguiram as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas com seres humanos contidas na Resolução 196/96 (BRASIL, 1996). O projeto foi encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da instituição cenário deste estudo. O parecer número 0009/2010 (Anexo C) autorizou o desenvolvimento do estudo.

Para o desenvolvimento do trabalho de campo foi solicitada a liberação do desenvolvimento da pesquisa à Direção da instituição cenário do estudo, à Coordenação de Enfermagem da Central de Quimioterapia, ao Serviço de Arquivo Médico, com esclarecimentos

quanto aos objetivos da pesquisa. Todos autorizaram o desenvolvimento da pesquisa, mediante aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Foi solicitada a isenção do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) ao Diretor da instituição, cenário deste estudo, no que se referiu ao manuseio dos prontuários para o desenvolvimento do seguinte objetivo: analisar fatores condicionantes associados ao estadiamento avançado do câncer de mama, pesquisa documental.

A isenção foi solicitada considerando a dificuldade de localização das mulheres, o número da amostra, a importância dos dados coletados, os resultados da pesquisa para a instituição, cenário do estudo, para o Sistema Único de Saúde e para a sociedade catarinense. Considerou-se ainda que os dados investigados constituem-se de dados epidemiológicos e que não revelariam características pessoais, que não possibilitam danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano.

Para o registro da autorização do Diretor foi elaborado documento de Isenção do Registro do TCLE (Apêndice C). O modelo é apresentado no Apêndice C. Esse tipo de autorização é apontada como possibilidade pela Resolução 196/96, que define no item IV, inciso 3, alínea c.: “nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade e parecer do Comitê de Ética em Pesquisa” (BRASIL, 1996). Este documento foi anexado ao projeto de pesquisa, quando da análise e parecer autorizando o desenvolvimento do estudo.

Após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa, foi agendado um momento para apresentação do projeto à equipe de Enfermagem da Central de Quimioterapia e a outros profissionais interessados.

Para garantir o anonimato das mulheres foi utilizado um pseudônimo, escolhido pela própria mulher para simbolizá-la.

O modelo de TCLE segue no Apêndice B. O documento foi assinado pela pesquisadora principal e pelo sujeito, e ambas as partes ficaram com uma via original deste.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para exposição dos resultados, optou-se pela apresentação no formato de manuscritos, o que atende as determinações da Instrução Normativa 06/PEN/2009, estabelecida pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC).

Os manuscritos estão apresentados sequencialmente. Os mesmos foram elaborados, conforme as normas das revistas a que serão submetidos. Para cada objetivo fixado neste estudo foi elaborado um manuscrito.

Desta forma, para responder o objetivo 1: identificar nas publicações da LILACS, SciELO e PubMed, período 2004-2009, fatores contribuintes para a elevação das taxas de sobrevida em cinco anos e de sobrevida livre de doença de mulheres com câncer de mama, foi elaborado o manuscrito, *Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão*.

Para responder o objetivo 2: analisar fatores condicionantes associados ao estadiamento avançado do câncer de mama foi elaborado o manuscrito, *Fatores condicionantes para o estadiamento avançado do câncer de mama em mulheres assistidas no SUS*.

Para responder o objetivo 3: analisar o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante de mulheres com câncer de mama foi elaborado o manuscrito, *Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama*.

Para responder o objetivo 4: conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante foi elaborado o manuscrito, *Significado do câncer de mama: do sintoma ao tratamento*.

Para responder o objetivo 5: conhecer o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante foi elaborado o manuscrito, *Itinerário terapêutico da mulher com câncer de mama: uma contribuição para o cuidado de enfermagem*.

5.1 MANUSCRITO 1 - TAXA DE SOBREVIDA NA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: ESTUDO DE REVISÃO

Este manuscrito será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem.

Taxa de sobrevida na mulher com câncer de mama: estudo de revisão

Survival rates to woman with breast cancer: review

Tasa de supervivencia en mujer con cáncer de mama: estudio de revisión

Luciana Martins da Rosa^A, Vera Radünz^B

RESUMO

Revisão integrativa que identificou nas publicações da LILACS, SciELO e PubMed, período 2004-2009, fatores contribuintes para a elevação das taxas de sobrevida em cinco anos e sobrevida livre de doenças em cinco anos das mulheres com câncer de mama. Os resultados, 40 publicações, demonstraram maior incidência da doença nas idades 50-60 e 40-49 anos. Programas de rastreamento, elevação da escolaridade, do padrão socioeconômico, métodos diagnósticos genéticos, imuno-histoquímicos e citológicos, associação das novas terapêuticas com as convencionais são fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevidas, da qualidade de vida e do cuidado à

^A Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Enfermeira do Centro de Pesquisas Oncológicas. Florianópolis/SC/Brasil. Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 404. Itacorubi, Florianópolis/SC, CEP: 88034-000. E-mail: cecepon@saude.sc.gov.br

^B Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/SC/Brasil. E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

mulher com câncer de mama.

Descritores: Taxa de sobrevida; Neoplasias da mama; Diagnóstico precoce.

ABSTRACT

Integrative research that aimed to identify results in the publications available through the databases LILACS, SciELO and PubMed, period 2004 – 2009, the contributing factors to the increment of the survival rates in 5 years and the disease-free survival rate in 5 years in women with breast cancer. The results in 40 publications showed a higher incidence of the disease for the age groups between 50-60 years and 40-49 years. Screening programs, genetic, immunohistochemical and cytological diagnostic methods, increment of the education and socioeconomically patterns, associations to the conventional to the news therapy contribute to the increase of survival rates, quality of life and care for women with breast cancer.

Descriptors: Survival rate; Breast cancer; Early diagnosis.

RESUMEN

Investigación integrativa que identificó en las publicaciones de LILACS, SciELO y PubMed, período 2004-2009, los factores contribuyentes para la elevación de las tasas de supervivencia en cinco años y supervivencia libre de enfermedades en cinco años de las mujeres con cáncer de mama. Los resultados, 40 publicaciones, demuestran la mayor incidencia de la enfermedad entre los 50-60 años y 40-49 años. Programas de rastreo, elevación de la escolaridad, del patrón socioeconómico, estudios genéticos, inmunohistoquímicos y citológicos además de las terapéuticas convencionales favorecen a la elevación de las tasas de supervivencia, la calidad de vida y de los cuidados de la mujer con cáncer de mama.

Descritores: Tasa de supervivencia; Neoplasias de la mama; Diagnóstico precoz.

INTRODUÇÃO

A cada ano um milhão de mulheres são acometidas pelo câncer de mama no mundo, sendo esta malignidade a mais frequente no sexo feminino. Alguns fatores de risco estão relacionados ao câncer de mama. O aumento da idade da mulher é um desses fatores, sendo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa⁽¹⁻³⁾. A variação geográfica, a etnia e a raça também são influenciadoras, no

Ocidente o número de casos de câncer de mama é mais incidente que no Oriente. A menarca precoce e a menopausa tardia aumentam o risco para o câncer de mama, bem como a nuliparidade e o primeiro parto em idade avançada^(1,3).

História familiar de câncer de mama antes dos 40 anos, câncer de mama bilateral, câncer de ovário, câncer de mama masculino (parente em primeiro grau), dentre outros fatores, demonstram que a predisposição genética é responsável por 10% dos casos de câncer de mama. Os genes BRCA1 e BRCA2 estão relacionados com o aparecimento da doença^(1,3).

As doenças de mama benignas também são outros indicativos para câncer na mama. Por exemplo, as mulheres com hiperplasia epitelial atípica têm risco de desenvolver o câncer de mama quatro a cinco vezes maior que as mulheres que não apresentam alterações proliferativas em sua mama^(1,3).

A exposição à radiação ionizante, principalmente durante o período de desenvolvimento mamário, duplica o risco. A dieta rica em gorduras não parece ser um indicativo realmente forte para o câncer de mama. O sobrepeso, no entanto, é associado ao aumento do risco na pós-menopausa e a ingestão de álcool contribui como fator de risco. O tabagismo não influencia diretamente o surgimento da doença⁽¹⁾.

Durante o período do uso de contraceptivos orais e após dez anos do seu desuso, há um pequeno aumento do risco relativo de desenvolver o câncer de mama. Já para as usuárias das terapias de reposição hormonal há o aumento do risco, principalmente se houver a combinação de progesterona e estrogênio⁽¹⁾.

Pouco se sabe hoje sobre os fatores que podem prevenir a incidência do câncer de mama. Dessa forma, o rastreamento precoce ainda constitui a melhor forma de controlar a doença e configura uma das estratégias para elevar a sobrevida das mulheres⁽¹⁾.

Sobrevida refere-se à ocorrência de um determinado evento de interesse, partindo de um tempo inicial até um tempo final, por exemplo, a partir do diagnóstico do câncer de mama até o óbito⁽⁴⁾.

Os principais parâmetros da análise de sobrevida constituem-se pela probabilidade de sobrevivência no decorrer de cada intervalo de tempo considerado e pela probabilidade de sobrevida acumulada. Então, a análise de sobrevida significa a probabilidade de sobreviver do tempo zero até o tempo final considerado⁽⁵⁾.

Conhecer os fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevida das mulheres com câncer de mama pode auxiliar na definição de ações para detecção precoce, melhores propostas terapêuticas e de

cuidado, tanto para a área da Enfermagem como para todas as áreas da saúde.

Dessa forma, este estudo objetiva identificar nas publicações da LILACS, SciELO e PubMed, período 2004-2009, fatores contribuintes para a elevação das taxas de sobrevida em cinco anos e sobrevida livre de doença em cinco anos das mulheres com câncer de mama.

MÉTODOS

Trata-se de revisão integrativa, desenvolvida nas publicações indexadas nas bases de dados LILACS, SciELO e PubMed. Essas bases de dados foram escolhidas pelo alcance científico na área da saúde e enfermagem.

A revisão integrativa possibilita deduzir generalizações sobre questões substantivas a partir de um conjunto de resultados de estudos. Desta forma, contribui para síntese, análise, e elaboração de um corpo de conhecimentos a partir dos estudos investigados por ela⁽⁶⁾.

Os termos utilizados para busca nas bases de dados foram: na base LILACS, câncer de mama *AND* taxa de sobrevida; na SciELO câncer de mama *OR breast cancer*, taxa de sobrevida *OR survival rate*; na PubMed, *breast cancer AND survival rate*. Como limites adotaram-se as publicações de julho de 2004 a julho de 2009, o sexo feminino e os idiomas inglês, espanhol e português. Para a base de dados PubMed, incluíram-se textos disponíveis na íntegra.

Como critério de inclusão estabeleceu-se que as publicações deveriam apresentar a taxa de sobrevida das mulheres com câncer de mama em cinco anos ou taxa de sobrevida livre de doença em cinco anos.

Para aplicação dos critérios de inclusão todos os resumos encontrados foram lidos. E leitura completa dos textos nos quais os resumos não apresentaram claramente os critérios de inclusão e exclusão.

A busca das publicações a partir dos termos estabelecidos disponibilizou 317 artigos, 5 na LILACS, 22 na SciELO e 290 na PubMed e destes 40 atenderam aos critérios de inclusão. As publicações incluídas neste estudo foram lidas na íntegra.

A partir do objetivo estabelecido para este estudo, definiram-se as variáveis a serem investigadas: desenho do estudo; local do estudo/país; número de sujeitos; idade dos sujeitos; taxa de sobrevida em cinco anos; taxa de sobrevida livre de doenças em cinco anos; fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevida. Para coleta dos dados foi elaborado um formulário de investigação. Os dados foram digitados em

planilhas no programa Excel da Microsoft.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os desenhos dos estudos das 40 publicações incluídas nesta investigação foram: um estudo de caso controle, três estudos randomizados, cinco ensaios clínicos, cinco estudos de *coorte* histórica e/ou retrospectivo, nove estudos de análise de sobrevida e dezessete estudos epidemiológicos transversais.

As publicações originaram-se de 20 países: Coreia (seis estudos), Japão (cinco estudos), Brasil (quatro estudos), Canadá (três estudos), Estados Unidos da América (três estudos), Itália (três estudos), Suíça (três estudos), França (dois estudos), China (um estudo), Cingapura e Suécia (um estudo, estudo realizado nos dois países), Escócia (um estudo), Espanha (um estudo), Finlândia (um estudo), Índia (um estudo), Inglaterra (um estudo), México (um estudo), Polónia (um estudo), Reino Unido (um estudo).

O número total de sujeitos, referentes às 40 publicações, foi de 1.152.521, sendo que o número mínimo de sujeitos foi sete (ensaio clínico)⁽⁷⁾ e o máximo 1.000.000. Esse estudo que incluiu 1.000.000 sujeitos foi realizado na Holanda e avaliou o impacto sobre a sobrevivência de acordo com o *status* socioeconômico, após a implantação de programa de rastreamento de câncer de mama por mamografia. O estudo destacou que, apesar da participação elevada de mulheres com *status* socioeconômico mais baixo, as taxas de sobrevida mais elevadas ocasionadas com a implantação do programa de rastreamento foram maiores nas mulheres com *status* socioeconômico mais elevado. Esse resultado é justificado devido à prevalência de comorbidades e tratamentos que não abrangeram doenças concomitantes ao câncer nas mulheres mais carentes⁽⁸⁾.

Os dados epidemiológicos encontrados indicaram que a incidência mais elevada para o câncer de mama está na faixa etária dos 50 aos 60 anos, seguida da faixa etária dos 40 e 49^(2,9-11). Assim, reafirma-se a necessidade da realização de exame mamográfico a partir dos 50 anos, como estabelece o Consenso Internacional para o Controle do Câncer de Mama,⁽¹²⁾ e a iniciativa brasileira, que instituiu a mamografia para todas as mulheres a partir dos 40 anos de idade aproxima-se desta realidade. Esta iniciativa foi promulgada pela Lei 11.664/08, que efetiva ações de saúde que asseguram a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde, sendo que esta iniciativa, antecipação da mamografia para os 40 anos, contraria o consenso

internacional⁽¹³⁾.

Relacionando a taxa de sobrevida à escolaridade, estudos demonstram que mulheres com nível superior têm sobrevida global em cinco anos equivalente a 92,2%; para as mulheres com escolaridade até o 2º grau a taxa cai para 84%; 1º grau, 73,6%; e analfabetas, para 56%. As mulheres analfabetas têm cerca de sete vezes mais risco de morrer do que as de nível superior. O aumento do nível de escolaridade aponta tendência à diminuição do risco de óbito^(2,14,15).

O padrão socioeconômico é um importante fator na sobrevida das mulheres com câncer de mama. Estudo de base populacional desenvolvido com mulheres francesas com câncer de mama apresenta que a sobrevida é mais elevada nas mulheres com padrão socioeconômico mais elevado, com maior escolaridade, com mais filhos. O número maior de filhos é contribuinte pelo fato das mulheres irem mais frequentemente ao ginecologista⁽¹⁵⁾, o que favorece o acompanhamento e avaliação em saúde.

Mais do que os diferenciais absolutos do nível socioeconômico, a influência do acesso aos serviços de saúde pode explicar a relação inversa entre a diminuição de diagnósticos tardios e melhores prognósticos à medida que aumenta o nível de escolaridade⁽¹⁶⁾. As diversidades culturais tampouco podem ser esquecidas, pois com elas há a questão da heterogeneidade do acesso aos cuidados e tratamento de qualidade⁽¹⁷⁾.

Mulheres da classe socioeconômica mais alta se beneficiam mais com a terapêutica, independentemente do estágio da doença. A proporção desigual em relação à classe socioeconômica mais baixa pode ser explicada pelo estilo de vida, por maiores índices de obesidade e de tabagismo, o que contribui para a piora geral da saúde durante o tratamento e para a associação de doenças relacionadas ao tabagismo. As comorbidades são mais frequentes na classe socioeconômica mais baixa, reduzindo os índices de sobrevida⁽⁸⁾.

Diante desses achados, é pertinente o desenvolvimento de políticas de saúde e de educação que favoreçam o acesso às informações e a possibilidade de uma formação escolar que contribua com o desenvolvimento profissional e socioeconômico, facilitando a adoção de cuidados que proporcionem um viver mais saudável.

Programas de rastreamento para a detecção precoce do câncer de mama, o aumento da escolaridade, do padrão socioeconômico representam fatores contribuintes para elevação das taxas de sobrevida, bem como para diminuição dos estadiamentos avançados da doença quando do seu surgimento.

Estudo realizado com 27.377 mulheres de Cingapura e da Suécia mostrou que a raça branca é predominante no diagnóstico do câncer de mama e apresenta maior sobrevida (76,9%) que as mulheres de raças negra, parda, amarela e indígena quando agrupadas (62,2%)⁽¹⁴⁾.

Entre as mulheres mexicanas o diagnóstico mais frequente está nos estádios II (55,6%) e III (34,8%), sendo que a sobrevivência em cinco anos é mais elevada entre as mulheres diagnosticadas em estádios I (82%) e reduz para 59,9% quando se associa todos os estádios. A menor sobrevivência corresponde aos estádios IIIB (47,5%), IIIA (44,2%) e IV (15%)⁽¹⁰⁾.

Resultado semelhante encontra-se em estudo espanhol, em que o diagnóstico de câncer de mama foi mais frequente no estágio II (42%) e a sobrevivência em cinco anos foi de 95%. As mulheres diagnosticadas em estádios iniciais têm percentuais mais elevados de sobrevivência. No estágio *in situ* 100% das mulheres sobrevivem, nos estádios I e II sobrevivem 99,3%, no estágio III sobrevivem 92,9% e no estágio IV sobrevivem 63,9%⁽⁹⁾.

Estudo brasileiro, realizado em Minas Gerais, descreve a predominância dos estádios II e III (86%), sendo que, entre as pacientes com estadiamento III, 27,9% foram a óbito⁽¹⁴⁾. Em Santa Catarina, somente 18,1% das mulheres tiveram diagnóstico em estágio I, e estas tiveram a melhor sobrevida global aos cinco anos (93,6%), enquanto as mulheres com diagnóstico em estágio IV tiveram a pior sobrevida global aos cinco anos (27,3%). O risco de óbito das mulheres com estágio III foi 7,18 vezes maior que das em estágio I, e das com estágio IV, por ocasião do diagnóstico, foi 19,49 vezes maior⁽¹⁴⁾.

Quanto ao tamanho do tumor, o diagnóstico do câncer de mama tende a ser realizado pelo autoexame com o tumor maior que 2,0 cm, oscilando entre 2,0 e 5,0 cm^(10,11,18-20). Esse resultado demonstra a dificuldade dos sistemas de saúde para diagnosticar o câncer de mama em estádios iniciais, principalmente com ausência de metástase, quando a doença é de fácil controle e potencialmente curável.

Com relação à taxa de sobrevida em cinco anos, ela foi investigada por 36 estudos (90%), sendo que os resultados apresentaram uma oscilação da taxa de 49% até 100%. A taxa de sobrevida livre de doenças em cinco anos foi investigada por quatro estudos (10%), sendo que os resultados apresentaram uma oscilação de 24% até 95,3%.

A sobrevida apresenta diminuição significativa de acordo com o aumento do tamanho tumoral (até 2,0 cm: 87,2%; maior que 2,0 cm: 78,9%) e do estágio da doença (I: 90%; II: 89%; III: 68,7%)⁽¹¹⁾. A presença de metástases ganglionares no câncer de mama é fator

preditivo para a sobrevivência e recorrência da doença nas mulheres, reduzindo a sobrevivência em 40% quando comparada à sobrevivência das mulheres com doença não metastática⁽¹⁰⁾.

Na Itália, entre 1996 e 2000, a taxa de sobrevivência de cinco anos foi de 94% no grupo detectado por programa de rastreamento. No grupo não rastreado a taxa foi de 84%. A taxa de sobrevivência livre de doenças em cinco anos foi de 89% para o grupo rastreado e de 75% para o grupo não rastreado⁽²¹⁾.

A sobrevivência de mulheres canadenses com câncer de mama invasivo (entre 50 e 70 anos) diagnosticadas a partir de rastreamento mamográfico antes de 1997 com mamografia anual foi de 95,2% em cinco anos e 90,4% em dez anos. Depois de 1997 com mamografia bianual foi de 94,6% em cinco anos e 89,2% em dez anos. Assim, não houve aumento significativo na sobrevida das mulheres rastreadas anualmente. Mas comparando-se os resultados dos rastreamentos anuais e bianuais em dez anos, observou-se que houve aumento de 1,2 % na sobrevivência específica das mulheres rastreadas bianualmente⁽²²⁾.

Ressalta-se que esta revisão integrativa investigou a sobrevida em cinco anos, período em que há tendência de sobrevida mais elevada. A investigação da sobrevida em dez anos ou mais provavelmente demonstraria taxas mais baixas. Também fica evidente que os programas de rastreamento contribuem para o controle e a detecção precoce do câncer de mama.

Dos fatores preditores, os mais importantes para um melhor prognóstico são a ausência do comprometimento ganglionar metastático e a presença de receptores de estrogênio. Isso reforça a importância do diagnóstico e tratamento em estágios iniciais, aumentando a chance da doença ainda não ter invadido linfonodos axilares, o que aumenta a sobrevida, as possibilidades de cura e a adoção de tratamento menos agressivo^(2,23,24).

Entre as mulheres com tumores maiores que 2,0 cm, 71,1% delas apresentam comprometimento linfonodal. A maioria das mulheres apresenta mais de dez linfonodos comprometidos⁽¹¹⁾.

Somente o diagnóstico precoce poderá alterar esta realidade e consequentemente elevar a sobrevida das mulheres com câncer de mama, principalmente quando associa-se o rastreamento ao desenvolvimento de terapêutica eficaz após a descoberta precoce da doença.

Com relação às terapêuticas, atualmente, a cirurgia menos mutilante é uma tendência e alguns estudos avaliam a sobrevivência a partir desta nova forma terapêutica. A sobrevivência em cinco anos para

as mulheres que realizaram tratamento cirúrgico de conservação da mama foi de 92% e para mulheres que realizaram mastectomia total foi de 93%. No entanto, na mastectomia total ou na cirurgia conservadora da mama, quando há comprometimento axilar, o esvaziamento axilar é essencial para evitar o risco de recorrência local e disseminação da doença. A conservação da mama é contraindicada quando já existe fator preditivo de invasão da pele^(17,25).

A radioterapia adjuvante tem sido apontada pelos estudos como forma terapêutica de bom prognóstico após o tratamento cirúrgico. O resultado é favorável para mulheres com idade mais jovem, em tumores em estágio avançado e com comprometimento linfonodal. A radiação locorregional também é indicada nos casos em que há indicação de quimioterapia adjuvante, pois a adição desta terapêutica é importante para alcançar maior taxa de cura e de sobrevivência^(26,27).

Com relação ao uso da terapia hormonal, estudo suíço evidencia que em mulheres pós-menopausadas, com câncer de mama e receptores hormonais positivos, a terapia adjuvante com letrozol, quando comparada com o tamoxifeno, reduz o risco de recorrência da doença, especialmente metastática⁽²⁸⁾. Estudo canadense conclui que a radioterapia associada ao tamoxifeno reduz o risco de recorrência axilar do câncer de mama e recorrência axilar após quadrantectomia em mulheres com tumores pequenos, com axila negativa e com receptores hormonais positivos⁽²⁹⁾.

Estas indicações, e outras da atualidade, favorecem o plano terapêutico individualizado, contribuindo para a elevação da sobrevida.

A taxa de sobrevida para as portadoras de mutação no BRCA2 é mais baixa (81%) do que para as negativas para mutações no BRCA2 (91%)⁽³⁰⁾.

Mulheres com câncer de mama com receptor HER2 positivo têm risco de recorrência da doença de 30% a 50%, utilizando terapias convencionais. O uso combinado de doxorubicina, ciclofosfamida e paclitaxel, mais um ano de trastuzumab demonstra uma redução de 52% para a recorrência da doença e uma redução de 33% do risco para mortalidade em comparação com as mulheres que não receberam trastuzumab⁽³¹⁾.

A expressão cyclin E positiva, detectada por análise imuno-histoquímica é indicativa de mau prognóstico no câncer de mama ductal invasivo, especialmente nas mulheres com linfonodos positivos, bem como a expressão Maspin, que desempenha papel importante na invasão do tumor e das metástases^(32, 33).

A identificação da expressão FOXA1 (fator de transcrição

familiar relacionado com receptores de estrogênio) é útil na decisão terapêutica. A expressão positiva é relacionada com melhor sobrevida⁽³⁴⁾. Os níveis elevados de proteína Erβ2 também melhoram a sobrevivência livre de recaída⁽³⁵⁾.

O fator de crescimento endotelial vascular é um importante regulador da angiogênese e da permeabilidade vascular e tem sido associado com estádios avançados e sobrevida de vários cânceres. Estudo chinês avaliou a associação de polimorfismos funcionais do gene relacionado ao fator de crescimento endotelial vascular com a sobrevivência do câncer de mama. Os resultados sugerem que ele é um marcador genético significativo para determinar o prognóstico do câncer de mama⁽³⁶⁾.

Estes resultados demonstram a importância dos métodos diagnósticos existentes no mundo atual, por auxiliarem os profissionais na compreensão e tratamento do câncer de mama.

CONCLUSÃO

As publicações que compõem esta revisão integrativa apresentam alguns fatores contribuintes para elevação da taxa de sobrevida das mulheres com câncer de mama. Os resultados reafirmam que a detecção através de programas de rastreamento representa uma alternativa que favorece o diagnóstico em estádios iniciais da doença, o que contribui para o tratamento curativo e/ou maiores taxas de sobrevida.

Ressalta-se que o diagnóstico em estádios iniciais, com tumores identificados por exames de imagem em pequenas dimensões, ausência de comprometimento linfonodal, mulheres com padrão socioeconômico mais elevado e com maiores níveis de escolaridade, constituem fatores contribuintes, diretamente relacionados com a elevação das taxas de sobrevivência e com a redução dos estadiamentos avançados quando da descoberta da doença.

Observar a raça e investigar alterações genéticas pode contribuir para a definição da melhor forma de acompanhamento das mulheres e para o diagnóstico precoce da doença.

A conservação da mama deve ser avaliada, pois caso não altere a sobrevida da mulher representa a opção de melhor escolha, considerando que a mastectomia total traz consequências de ordem física, psicológica, emocional e social, difíceis de serem enfrentadas, tanto pela mulher quanto pela família.

A terapêutica radioterápica é um fator contribuinte no tratamento da mulher com câncer de mama. Isso reafirma a necessidade de ampliação dos Serviços de Radioterapia no Brasil, realizado por apenas

191 serviços (serviços registrados na Comissão Nacional de Energia Nuclear). Considerando a área territorial do Brasil e a incidência do câncer, é necessária a ampliação desta forma terapêutica e o acesso a ela, bem como há a necessidade de ampliação do número de profissionais enfermeiros especializados para atuar nesta área.

As novas descobertas terapêuticas incluindo os anticorpos monoclonais, como é o caso do trastuzumab apresentado neste estudo, o uso dos taxanos e as definições das melhores indicações de terapias hormonais necessitam ser disponibilizadas para todas as mulheres. A melhor resposta terapêutica, possibilitada por essas alternativas de tratamento, aumenta a sobrevida e consequentemente reduz os custos governamentais e os danos à sociedade, em geral, ocasionados pelo câncer de mama.

Diante da magnitude do câncer de mama e das dificuldades de controle da doença, intensificam-se estudos que possam contribuir com a compreensão da manifestação da mesma. Os investimentos em estudos genéticos, citológicos, imuno-histoquímicos e laboratoriais trouxeram resultados significativos para aumentar a sobrevida das mulheres, facilitando o diagnóstico e a indicação terapêutica mais eficaz para realidade/diagnóstico de cada mulher.

As novas descobertas diagnósticas e terapêuticas ainda não são acessíveis a todos os serviços de saúde, entretanto, configuram-se novos caminhos a serem percorridos e que podem levar a um maior controle do câncer e a redução dos casos de doenças avançadas, de maus prognósticos, de baixa sobrevida e número elevado de mortalidade.

Os estudos favorecem a compreensão das manifestações e o estabelecimento de condutas mais eficazes, dentre as diversas indicações terapêuticas disponibilizadas pelos avanços científicos para tratamento do câncer de mama. No entanto, o diagnóstico precoce ainda permanece como a melhor opção para controle da doença e para minimização de suas consequências.

Para tanto, faz-se necessária a implementação de políticas de saúde que incluam os resultados científicos atuais e que os mesmos sejam prioritariamente voltados às mulheres a partir dos 40 anos de idade, e também faz-se necessário a agilização do fluxo de atendimento nos serviços de saúde, na baixa, média e alta complexidade. A rapidez nos atendimentos e encaminhamentos são grandes colaboradores para o diagnóstico precoce.

Conhecer e utilizar os resultados científicos aqui apresentados, no cuidado à mulher com câncer de mama, pode possibilitar a cura da doença, o controle da doença, a qualidade e esperança de vida das

mulheres e suas famílias.

REFERÊNCIAS

1. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *BMJ*. 2000; 321(7261):624-628.
2. Mendonça GAS, Silva AM da, Caula WM. Características tumorais e sobrevida de cinco anos em pacientes com câncer de mama admitidas no Instituto Nacional de Câncer, Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2004 Out; 20(5): 1232-9.
3. Ministério da Saúde (BR), Instituto Nacional do Câncer. Câncer de mama. [página na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA [acesso em 2010 Jan 29]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
4. Pereira BP, Louzada-Neto F. Análise de sobrevida. In: Medronho RA; Bloch KV, organizadores. *Epidemiologia*. São Paulo (SP): Editora Atheneu; 2009. p. 485-92.
5. Fletcher RH, Fletcher SW, Wagner EH. *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. 3^a ed. Porto Alegre (RS): Artes Médicas; 1996.
6. Ganong, LH. Integrative review of nursing research. *Res Nursing Health*. 1987; 10(1):1-11.
7. Morse MA, Hobeika A, Osada T, Niedzwiecki D, Marcom PK, Blackwell KL, Anders C, Devi GR, Lyerly HK, Clay TM. Long term disease-free survival and T cell and antibody responses in women with high-risk Her2+ breast cancer following vaccination against Her2. *J Transl Med*. 2007 Sep 6;5:42.
8. Louwman WJ, Poll-Franse LV van de, Fracheboud J, Roukema JA, Coebergh JW. Impact of a programme of mass mammography screening for breast cancer on socio-economic variation in survival: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat* [Internet]. 2007 Nov [acesso em 2009 Set 8]; 105(3): 369–375. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17211536>
9. Acevedo JC, Rossat C, Gutiérrez J, Reyes JM. Câncer de mama: Experiencia del Centro Integral de la Mama de Clínica Las Condes 1996-2005. *Rev Med Clin Condes* [Internet]. 2006 [acesso em 2009 Out 11];

17(4): 248–55. Disponível em:

http://www.mastologia.cl/sitio/pto_docente/007_exprnc_ce.pdf

10. Flores-Luna L, Salazar-Martínez E, Duarte-Torres RM, Torres-Mejía G, Alonso-Ruiz P, Lazcano-Ponce E. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud pública Mex.* [Internet]. 2008 Abr [acesso em 2009 Out 11]; 50(2):119-125. Disponível em:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200005&lng=en

11. Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev Assoc Med Bras.* [Internet]. 2008 Ago. [acesso em 2009 Out 11]; 54(4):339-346. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000400020&lng=en

12 Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). Controle do Câncer de Mama: documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA; 2004.

13. Presidência da República (BR), Casa Civil. Lei 1.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. *Diário Oficial da Republica Federativa do Brasil*, 30 Abr 2008.

14. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública.* 2009 Jun; 25(6):1285-1296.

15. Gentil-Brevet J, Colonna M, Danzon A, Grosclaude P, Chaplain G, Velten M, et al. The influence of socio-economic and surveillance characteristics on breast cancer survival: a French population-based study. *Br J Cancer.* [Internet]. 2008 Jan [acesso em 2009 Out 12]; 15;98(1):217-24. Disponível em:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18182980>

16. Gorey KM, Holowaty EJ, Fehrubger G, Laukkanen E, Richter NL, Meyer CM. An international comparison of cancer survival: relatively poor areas of Toronto, Ontario and three US metropolitan areas. *J Publ*

Health Med. 2000; 22:343-8.

17. Fisch T, Pury P, Probst N, Bordoni A, Bouchardy C, Frick H, et al. Variation in survival after diagnosis of breast cancer in Switzerland. *Ann Oncol*. [Internet]. 2005 Dec [acesso em 2009 Out 15]; 16(12):1882-8. Disponível em: <http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/12/1882>

18. Yau TK, Choi CW, Sze H, Soong IS, Lee AW. Should young age be a contra-indication to breast conservation treatment in Chinese women? Twelve-year experience from a public cancer centre in Hong Kong. *Hong Kong Med J*. [Internet]. 2009 Abr [acesso em 2009 Out 11]; 15(2):94-9. Disponível em: http://www.hkmj.org/article_pdfs/hkm0904p94.pdf

19. Al Murri AM, Wilson C, Lannigan A, Doughty JC, Angerson WJ, McArdle CS, et al. Evaluation of the relationship between the systemic inflammatory response and cancer-specific survival in patients with primary operable breast cancer. *Br J Cancer*. [Internet]. 2007 Mar [acesso em 2009 Out 12]; 26;96(6):891-5. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17375036>

20. Lee JH, Yim SH, Won YJ, Jung KW, Son BH, Lee HD, et al. Population-based breast cancer statistics in Korea during 1993-2002: incidence, mortality, and survival. *J Korean Med Sci*. [Internet]. 2007 Set [acesso em 2009 Out 12]; 22 Suppl:S11-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2694389/pdf/jkms-22-S11.pdf>

21. Cortesi L, Chiuri VE, Ruscelli S, Bellelli V, Negri R, Rashid I, et al. Prognosis of screen-detected breast cancers: results of a population based study. *BMC Cancer*. [Internet]. 2006 Jan [acesso em 2009 Out 15]; 23;6:17. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2407/6/17>

22. Wai ES, D'yachkova Y, Olivotto IA, Tyldesley S, Phillips N, Warren LJ, et al. Comparison of 1- and 2-year screening intervals for women undergoing screening mammography. *Br J Cancer*. [Internet]. 2005 Mar [acesso em 2009 Out 17]; 92(5):961-6. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2361910/?tool=pubmed>

23. Kim KJ, Huh SJ, Yang JH, Park W, Nam SJ, Kim JH, et al. Treatment Results and Prognostic Factors of Early Breast Cancer

Treated with a Breast Conserving Operation and Radiotherapy. *Jpn J Clin Oncol*. [Internet]. 2005 Mar [acesso em 2009 Out 17] ;35(3):126-33. Disponível em:

http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15741302?ordinalpos=259&itool=Email.EmailReport.Pubmed_ReportSelector.Pubmed_RVDocSum

24. Tiezzi DG, Andrade J M, Reis FJCandido, Deriggi DJP, Zola FE, Marana HRC. Impacto prognóstico da recorrência local em pacientes com câncer inicial de mama submetidas a tratamento conservador. *Rev Col Bras Cir*. [Internet]. 2008 Out [acesso em 2009 Out 11]; 35(5):284-91. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-69912008000500003

25. Tada K, Morizono H, Iijima K, Miyagi Y, Nishimura S, Makita M, et al. Skin invasion and prognosis in node negative breast cancer: a retrospective study. *World J Surg Oncol*. [Internet]. 2008 Jan [acesso em 2009 Out 12]; 30;6:10. Disponível em:

<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18234087>

26. Yadav BS, Sharma SC, Singh R, Singh G, Kumar V.

Postmastectomy radiation and survival in patients with breast cancer. *J Cancer Res Ther*. [Internet]. 2007 Out-Dez [acesso em 2009 Out 12]; 3(4):218-24. Disponível em:

<http://www.cancerjournal.net/article.asp?issn=0973-1482;year=2007;volume=3;issue=4;spage=218;epage=224;aulast=Yadav>

27. Konkin DE, Tyldesley S, Kennecke H, Speers CH, Olivotto IA, Davis N. Management and outcomes of isolated axillary node recurrence in breast cancer. *Arch Surg*. [Internet]. 2006 Set [acesso em 2009 Out 13]; 141(9):867-72. Disponível em:

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16983030>

28. Thürlimann B, Keshaviah A, Coates AS, Mouridsen H, Mauriac L, Forbes JF, et al. A Comparison of Letrozole and Tamoxifen in Postmenopausal Women with Early Breast Cancer. *N Engl J Med*. [Internet]. 2005 Dez [acesso em 2009 Out 15]; 29;353(26):2747-57.

Erratum in: *N Engl J Med*. 2006 May 18;354(20):2200. Wardly, Andrew [corrected to Wardley, Andrew]. Disponível em:

<http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/353/26/2747>

29. Fyles AW, McCready DR, Manchul LA, Trudeau ME, Merante P,

- Pintilie M, et al. Tamoxifen with or without breast irradiation in women 50 years of age or older with early breast cancer. *N Engl J Med*. [Internet]. 2004 Set [acesso em 2009 Out 17]; 351(10):963-70. Disponível em: <http://content.nejm.org/cgi/content/abstract/351/10/963>
30. Budroni M, Cesaraccio R, Coviello V, Sechi O, Pirino D, Cossu A, et al. Role of *BRCA2* mutation status on overall survival among breast cancer patients from Sardinia. *BMC Cancer*. [Internet]. 2009 Fev [acesso em 2009 Out 11]; 9:62. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=19232099>
31. Morse MA, Hobeika A, Osada T, Niedzwiecki D, Marcom PK, Blackwell KL, et al. Long term disease-free survival and T cell and antibody responses in women with high-risk Her2+ breast cancer following vaccination against Her2. *J Transl Med*. [Internet]. 2007 Set [acesso em 2009 Out 12]; 6(5):42. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17822557>
32. Potemski P, Kusińska R, Pasz-Walczak G, Piekarski JH, Watała C, Pluciennik E, et al. Prognostic relevance of cyclin E expression in operable breast cancer. *Med Sci Monit*. [Internet]. 2009 Fev [acesso em 2009 Out 12]; 15(2):34-40. Disponível em: <http://www.medscimonit.com/fulltxt.php?ICID=869544>
33. Lee MJ, Suh CH, Li ZH. Clinicopathological Significance of Maspin Expression in Breast Cancer. *J Korean Med Sci*. [Internet]. 2006 Abr [acesso em 2009 Out 15]; 21(2):309-14. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2734010/?tool=pubmed>
34. Badve S, Turbin D, Thorat MA, Morimiya A, Nielsen TO, Perou CM, et al. FOXA1 expression in breast cancer--correlation with luminal subtype A and survival. *Clin Cancer Res*. [Internet]. 2007 Agos [acesso em 2009 Out 12]; 13:4415-21. Disponível em: <http://clincancerres.aacrjournals.org/content/13/15/4415.long>
35. Vinayagam R, Sibson DR, Holcombe C, Aachi V, Davies MP. Association of estrogen receptor beta 2 (ER β 2/ER β cx) with outcome of adjuvant endocrine treatment for primary breast cancer--a retrospective study. *BMC Cancer*. [Internet]. 2007 Jul [acesso em 2009 Out 12]; 18;7:131. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17640362>

36. Lu H, Shu XO, Cui Y, Kataoka N, Wen W, Cai Q, et al. Association of genetic polymorphisms in the *VEGF* Gene with breast cancer survival. *Cancer Res.* [Internet]. 2005 Jun [acesso em 2009 Out 17]; 65(12):5015-9. Disponível em: <http://cancerres.aacrjournals.org/cgi/content/full/65/12/5015>

5.2 MANUSCRITO 2 - FATORES CONDICIONANTES PARA O ESTADIAMENTO AVANÇADO DO CÂNCER DE MAMA EM MULHERES ASSISTIDAS NO SUS

Este manuscrito será submetido à Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo.

Fatores condicionantes para o estadiamento avançado do câncer de mama em mulheres assistidas no SUS

Conditionings factors for the advanced staging of breast cancer in women treated by SUS

Factores condicionantes para la estadificación del cáncer de mama avanzado en mujeres atendidas por el SUS

Luciana Martins da Rosa^I
Vera Radünz^{II}

RESUMO

Pesquisa documental que investigou fatores condicionantes para o estadiamento avançado do câncer de mama em instituição oncológica de Santa Catarina/Brasil. Coleta dos dados realizada em 24 prontuários de mulheres atendidas pelo Sistema Único de Saúde em 2009. Análise por estatística descritiva. Faixa etária 40-49 anos, ensino fundamental, profissão do lar, estado civil casada, estágio III da doença, procedência

^I Coordenadora de Ensino do Centro de Pesquisas Oncológicas. Enfermeira. Mestre e Doutoranda em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem) da Universidade Federal de Santa Catarina. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/SC/Brasil. Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 404, Florianópolis/SC/Brasil, CEP: 88034-000. Telefone: (55) 48 3331-1504. Email: ensino@cepon.org.br Artigo que compõe a tese intitulada *Cuidado de Enfermagem para o tratamento precoce do câncer de mama: realidade e impedimentos*, defendida em 2011 pela Universidade Federal de Santa Catarina.

^{II} Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/SC/Brasil. Email:radunz@ccs.ufsc.br

de Florianópolis foram as variáveis mais frequentes. O intervalo de tempo da mamografia ao início do tratamento da doença oscilou entre 31 e 233 dias. Os resultados encontrados demonstram a necessidade de ampliação do número de profissionais especializados, a agilização para os exames diagnósticos e para a possibilidade do atendimento exclusivo pelo Sistema Único de Saúde. Atrelar políticas de educação e saúde representa uma alternativa apropriada para o diagnóstico e tratamento precoces.

Descritores: Neoplasias da mama. Enfermagem. Oncologia. Diagnóstico tardio.

ABSTRACT

Documental research which investigated the conditionings factors for the advanced staging of breast cancer in an oncology health institution from Santa Catarina/Brazil. Data were collected from 24 handbook of women treated exclusively by the National Health System in 2009, and were analyzed by descriptive statistics. The variables most frequently were: the age group 40-49 years, primary education, household profession/occupation, marital status married, stage III of the disease and the origin from Florianópolis. The time interval between the mammography and the treatment of the disease was 31 and 233 days. Results show the need to increase the number of specialized professionals, the need to make agile the diagnose tests and the possibility to exclusive attendance by National Health System. Linking the education and health politics represents a good alternative to the early diagnosis and treatment.

Keywords: Breast neoplasm. Nursing. Medical Oncology. Delayed diagnosis.

RESUMEN

Investigación documental que estudió los factores condicionantes para la estadificación del cáncer de mama avanzado en una institución oncológica de Santa Catarina/Brasil. La colecta de datos se realizó en 24 prontuarios de mujeres atendidas por el Sistema Único de Salud en 2009; analizado mediante estadística descriptiva. Las variables edad entre 40-49 años, educación primaria, profesión/ocupación de la casa, estado civil casado, enfermedad en estadio III, el origen de Florianópolis, han sido las más frecuentes. El intervalo de tiempo entre la mamografía y el tratamiento precoz de la enfermedad osciló entre 31 y 233 días. Los resultados muestran la necesidad de ampliación de los profesionales especializados, la agilización de los análisis diagnósticos y

la posibilidad de atención exclusiva por el Sistema Único de Salud. Unir políticas de educación y salud representa una alternativa apropiada para el diagnóstico y tratamiento precoz.

Descriptor: Neoplasias de la mama. Enfermería. Oncología médica. Diagnóstico tardío.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama continua sendo o câncer mais incidente nas mulheres. Em 2008, a doença acometeu 1.384.155 mulheres e causou 458.503 mortes no mundo. No Brasil, no mesmo ano, a incidência atingiu 42.566 casos novos e 12.573 mortes⁽¹⁾.

Alguns fatores de risco estão relacionados com o desenvolvimento da doença, tais como idade acima de 50 anos, história familiar, síndromes genéticas, hiperplasia atípica e ductal sem atipia, estimulação estrogênica prolongada, história de doença benigna na mama, câncer de ovário ou de endométrio, exposição à radiação ionizante, reposição hormonal na menopausa, ingestão de álcool, obesidade na pós-menopausa⁽²⁾.

Diagnósticos tardios da doença são determinantes para a progressão da doença e para maus prognósticos. Assim, a detecção e o tratamento precoces ainda são as melhores opções para o controle da doença^(3,4). Alguns fatores relacionam-se com melhores taxas de sobrevivência, como o padrão socioeconômico mais elevado e a escolaridade⁽⁵⁾.

A *Canadian Society for Surgical Oncology* (CSSO), objetivando melhores taxas de sobrevivência, recomenda que os tratamentos das doenças oncológicas, iniciados por cirurgias, comecem no prazo de duas semanas após o diagnóstico da doença⁽⁶⁾. A quimioterapia adjuvante no câncer de mama deve ser realizada até 12 semanas (84 dias) após a cirurgia⁽⁷⁾.

Em Santa Catarina, a distribuição dos casos por estadiamento clínico para o câncer de mama no ano de 2008 se manifestou com os seguintes percentuais: estágio *in situ* - 1,5%; estágio I - 18%; estágio II - 30%; estágio III - 17,9%; estágio IV - 5,6%; sem informações - 27%⁽⁸⁾. Antes de 2008 não havia padronização dos registros hospitalares de câncer em Santa Catarina.

No Centro de Pesquisas Oncológicas (CEPON), instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina/Brasil, a distribuição dos casos por estadiamento clínico para o câncer de mama nos anos de 2002 e 2008 se manifestou com os seguintes percentuais:

estádio *in situ* – 3,9% e 2,1%; estágio I - 17,5% e 25,5%; estágio II 36,8% e 23,4%; estágio III - 21,1% e 20,8%; estágio IV - 11,9% e 6,1%^(8,9).

Assim, este estudo objetiva analisar fatores condicionantes associados ao estadiamento avançado do câncer de mama, ou seja, doença localmente avançada, a partir do estágio II, doença com comprometimento linfonodal e metastática, estágios II, III, IV⁽¹⁰⁾.

Entendemos que o reconhecimento da realidade possa contribuir para a redução dos graus de estadiamento da doença no Estado de Santa Catarina e incrementar a qualidade de vida e sobrevida das mulheres catarinenses que ainda receberão o diagnóstico de câncer de mama.

MÉTODOS

Estudo documental realizado em instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina, aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, cenário do estudo, sob o parecer 009/2010.

Foram incluídos prontuários de mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009, exclusivamente pelo SUS, desde o diagnóstico até o tratamento, conforme registros nos prontuários (registros profissionais e nos laudos de exames) e tratadas inicialmente com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante (QN), seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e quimioterapia adjuvante (QA), denominada neste estudo, esquema terapêutico I ou, cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia adjuvante (QA), denominada neste estudo, esquema terapêutico II.

Para seleção dos prontuários foi solicitado ao Setor de Faturamento da instituição, cenário deste estudo, lista dos códigos das Autorizações de Procedimentos de Alto Custo (APACs) que cadastram as QN e QA, sendo esta a única maneira de identificação dos prontuários, diante do banco de dados existente na instituição. A partir destes códigos foi solicitada à Divisão de Informática lista de nomes das mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença no ano de 2009, para então serem localizados os números dos prontuários das respectivas mulheres.

A lista fornecida pela Divisão de Informática totalizou 138 nomes. Após análise dos 138 prontuários, inicialmente selecionados, somente 24 (17,3%) atenderam os critérios de inclusão.

Prontuários de mulheres com câncer de mama não localizados no Serviço de Arquivo Médico (SAME) equivaleram a 26,1% (36 prontuários). Identificou-se que 30 (21,7%) nomes tinham apenas

registro dos códigos das APACs, por serem pacientes da Região de Lages e por ser a cobrança das APACs realizada pela instituição cenário deste estudo até outubro de 2009. Isso justificou o cadastro dos nomes, dos códigos das APACs e a não abertura dos prontuários. Seis nomes (4,3%) tinham apenas o cadastro na instituição, no entanto não realizaram a abertura de prontuário.

Prontuários com registro de consultas, exames e cirurgias realizadas através de recursos particulares e/ou via convênios de saúde equivaleram a 45% (62 prontuários) das exclusões.

Terapêutica quimioterápica associada à radioterapia concomitante, alterando dessa forma a proposta de tratamento inicialmente planejada e incluída neste estudo, equivaleu a 0,7% (um prontuário) das exclusões. Adjuvância com hormonoterapia equivaleu a 0,7% (um prontuário) das exclusões.

Diagnóstico de metástase (cerebral, pulmonar e hepática) durante a neoadjuvância, o que alterou a proposta terapêutica inicial, equivaleu a 3% (quatro prontuários) dos prontuários. Óbito após o término da neoadjuvância equivaleu a 0,7% (um prontuário) das exclusões. A causa do óbito não foi registrada no prontuário.

Prontuário de uma mulher que havia iniciado o tratamento no ano de 2008, período não incluído neste estudo, equivaleu a 0,7% (um prontuário) das exclusões. Ausência de registros desde o término da neoadjuvância equivaleu a 1,5% (dois prontuários) das exclusões. Nome selecionado duas vezes na listagem disponibilizada pela Divisão de Informática, equivaleu a 1,5% (dois prontuários) das exclusões. Registro médico com letra incompreensível, o que impediu a coleta de dados relacionados às terapêuticas adotadas equivaleu a 0,7% (um prontuário) das exclusões.

A coleta de dados iniciou em maio de 2010 e terminou em novembro do mesmo ano. Foi realizada no SAME, responsável pela guarda de todos os prontuários. O manuseio dos prontuários se deteve na busca das variáveis: idade, cidade de procedência, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil, estágio da doença, data da mamografia ou ultrassonografia, data da biópsia, data do laudo da biópsia, data de início e de término da quimioterapia neoadjuvante, data da cirurgia, data de início da quimioterapia adjuvante.

A partir das variáveis relacionadas às etapas diagnósticas e terapêuticas foram calculados os intervalos de tempo entre as mesmas.

Os dados coletados foram registrados em instrumento próprio e digitados em planilhas construídas no Programa Excel da Microsoft. Uma planilha contendo todos os registros e mais duas dividindo os

dados referentes ao esquema terapêutico I e II. Após o processamento, os dados foram analisados por estatística descritiva, que incluíram cálculos dos intervalos de tempo entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas.

Para testar o instrumento, foi realizado pré-teste com cinco prontuários. Nesse pré-teste foi verificada a necessidade de inclusão da variável “data de início da radioterapia adjuvante”, pois dos cinco prontuários inicialmente investigados, dois registraram a adjuvância com a terapêutica radioterápica. Além disso, identificou-se a necessidade de registrar as datas de início e de término da quimioterapia neoadjuvante, pois o número de ciclos nessa etapa do tratamento apresentou intervalos distintos para cada caso. Para tanto, solicitou-se emenda de inclusão ao Comitê de Ética em Pesquisa, aprovada pelo parecer 020/2010.

As variáveis: idade, cidade de procedência, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil, intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas podem ser consideradas fatores condicionantes para o estadiamento avançado do câncer de mama.

RESULTADOS

As idades das mulheres com câncer de mama oscilaram entre os 25 e 78 anos. A faixa etária dos 40 aos 49 anos foi a que apresentou o maior percentual, com 41,5% dos casos, seguida da faixa etária dos 50 aos 59 anos, com 29,2% dos casos. Outras variáveis sociodemográficas que obtiveram os percentuais mais elevados foram: mulheres com escolaridade até o ensino fundamental, com 54,2% dos casos; profissão/ocupações envolvendo atividades domésticas, com 45,8% dos casos; mulheres casadas, com 54,2% dos casos; estágio III, com 45,8% dos casos, seguido do estágio II, com 33,4%. Esses e outros achados são apresentados na Tabela 1.

As cidades de procedência das mulheres foram: Canelinha, com 4,2%; Garopaba, 4,2%; Governador Celso Ramos, 12,5%; São José, 12,5%; Palhoça, 16,6%. Florianópolis ficou com o percentual mais elevado, com 50% dos casos.

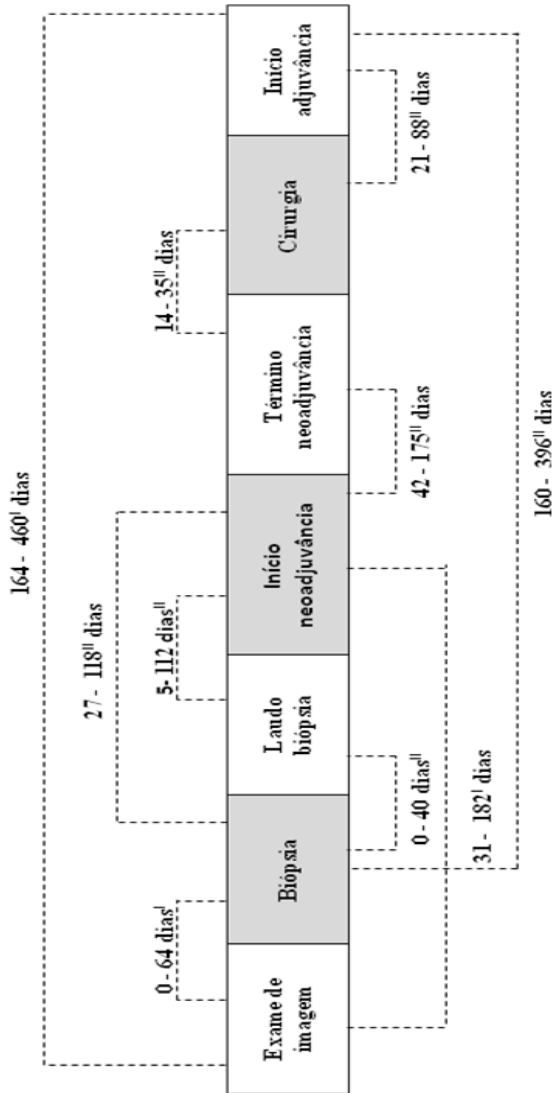
Dos 24 prontuários investigados (100%), 16 (66,7%) não apresentaram registro da data do exame de imagem que diagnosticou a doença; 10 (41,7%) não apresentaram a data da coleta do material e/ou recebimento do material pelo laboratório; 11 (45,8%) não registraram a data da emissão dos laudos das biópsias.

Tabela 1: Idade, estado civil, profissão/ocupação, escolaridade e estadiamento das mulheres com câncer de mama. Florianópolis/ SC/Brasil. 2010

Idade		Estado civil		Profissão/ocupação		Escolaridade		Estadiamento	
Faixa etária	N(%)	Situação	N (%)	Situação	N (%)	Nível	N (%)	Grau	N (%)
20 – 29	1 (4,2)	Casadas	13 (54,1)	Do lar	6 (25,0)	Analfabetas	2 (8,4)	I	5 (20,8)
30 – 39	3 (12,5)	Solteiras	4 (16,6)	ASG/doméstica/faxineiras	5 (20,8)	Ensino fundamental	13 (54,1)	II	8 (33,4)
40 – 49	10 (41,5)	Separadas	3 (12,5)	Técnicas enfermagem/contábil	3 (12,5)	Ensino médio	6 (25,0)	III	11 (45,8)
50 – 59	7 (29,2)	Viúvas	2 (8,4)	Enfermeira	1 (4,2)	Ensino superior	3 (12,5)	IV	0 (0)
60 – 69	2 (8,4)	Divorciadas	1 (4,2)	Outras ocupações	8 (33,3)	--	--	--	--
70 – 79	1 (4,2)	Uniões consensuais	1 (4,2)	SRP	1 (4,2)	--	--	--	--

O esquema terapêutico I (cirurgia seguida de quimioterapia ou radioterapia adjuvante) foi realizado por sete mulheres (29,2%) e o esquema terapêutico II (quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia e quimioterapia ou radioterapia adjuvante) foi realizado por 17 mulheres (70,8%). A quimioterapia adjuvante foi realizada por 22 mulheres (91,7%) e a radioterapia adjuvante, por 2 mulheres (8,3%).

A Figura 1 apresenta os intervalos de tempo (mínimo e máximo) entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas percorridas pelas mulheres com câncer de mama que realizaram o esquema terapêutico I (sete mulheres).



Legenda:

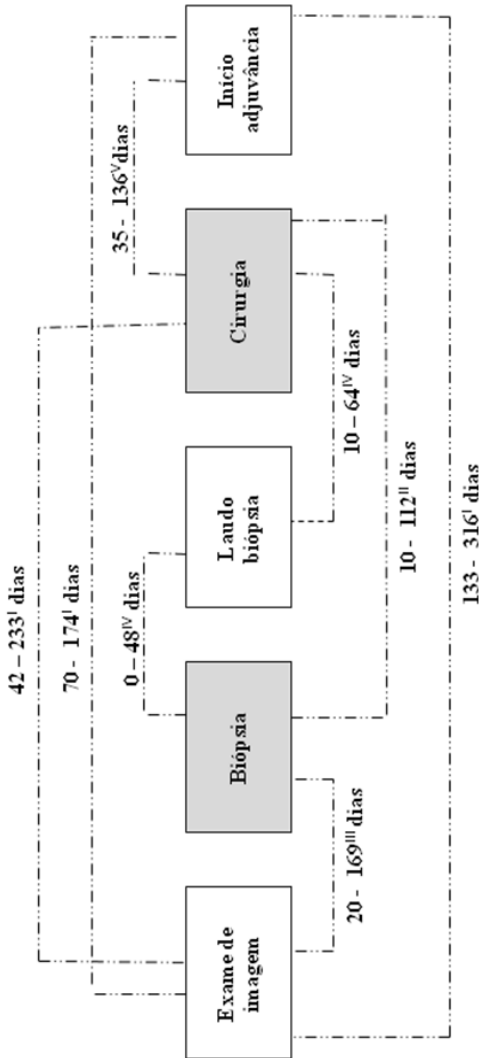
I: intervalo de tempo encontrado nos registros de quatro prontuários

II: intervalo de tempo encontrado nos registros de sete prontuários

Figura 1: Intervalos de tempos, em dias, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Esquema terapêutico I. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.

O intervalo de tempo do exame de imagem até o início do tratamento neoadjuvante, esquema terapêutico I, oscilou de 31 até 182 dias. As etapas que definiram este período de tempo referiram-se, principalmente, ao desenvolvimento da biópsia da mama e da consulta com oncologista para dar início à quimioterapia neoadjuvante. O tempo máximo encontrado entre a cirurgia e a adjuvância foi de 88 dias, excedendo em até 6 dias o tempo recomendado pelos estudos, 84 dias (Figura 1).

A Figura 2 apresenta os intervalos de tempo (mínimo e máximo) entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas vivenciadas pelas mulheres com câncer de mama que realizaram o esquema terapêutico II (14 mulheres).



Legenda:

- I: intervalo de tempo encontrado nos registros de quatro prontuários
- II: intervalo de tempo encontrado nos registros de sete prontuários
- III: intervalo de tempo encontrado nos registros de dois prontuários
- IV: intervalo de tempo encontrado nos registros de seis prontuários
- V: intervalo de tempo encontrado nos registros de dezesseis prontuários

Figura 2: Intervalos de tempos, em dias, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Esquema terapêutico II. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.

O intervalo de tempo do exame de imagem até o início do tratamento cirúrgico, esquema terapêutico II, oscilou de 42 até 233 dias. As etapas que definiram este período de tempo referiram-se, principalmente, ao desenvolvimento da biópsia e a consulta com oncologista. O tempo máximo encontrado entre a cirurgia e a adjuvância foi de 136 dias, excedendo em até 54 dias o tempo recomendado pelos estudos, 84 dias (Figura 2).

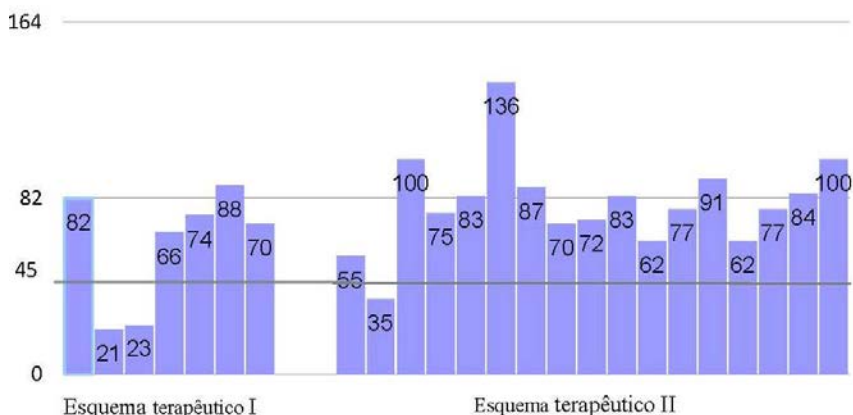


Figura 3: Intervalo de tempo, em dias, entre a cirurgia e a adjuvância, esquemas terapêuticos I e II. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.*

Na Figura 3 são apresentados os intervalos de tempo entre a cirurgia e a adjuvância encontrados nos esquemas terapêuticos I e II, a partir dos 24 prontuários analisados, e as duas linhas de tempo recomendadas para o intervalo entre a cirurgia e a adjuvância. A primeira linha de tempo, 84 dias, refere-se à indicação de estudo internacional⁽⁷⁾ e a segunda, 45 dias, refere-se à linha de tempo sugerida pelo Serviço de Oncologia Clínica do cenário do estudo. Observa-se que sete mulheres ultrapassam a linha dos 84 dias, o que equivaleu a 29%

* Não há padronização internacional para o intervalo de tempo entre cirurgia e tratamento adjuvante do câncer de mama. Lohrisch, Paltiel, Gelmon, et al, (2006) recomendam o intervalo máximo de 84 dias. O Serviço de Oncologia Clínica do cenário deste estudo orienta um intervalo de até 45 dias.

dos casos. Mas na linha dos 45 dias, apenas três mulheres não excedem este intervalo de tempo, 21 mulheres ultrapassam esta linha de tempo, o que equivaleu a 87% dos casos.

DISCUSSÃO

A faixa etária mais frequente das mulheres estudadas foi a dos 40 aos 49 anos. Isto difere dos estudos internacionais que indicam a faixa etária dos 50 aos 60 anos como a mais incidente. Estudos evidenciam que o aumento da idade representa um fator de risco para o câncer de mama, de modo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa^(11,12). A *American Cancer Society* publicou que 95% dos casos de câncer de mama diagnosticados são em mulheres com 40 anos ou mais⁽¹³⁾. Neste estudo, o percentual de mulheres acima de 40 anos foi de aproximadamente 83%.

A instituição cenário deste estudo é responsável pelo atendimento oncológico de 22 municípios próximos a Florianópolis e 99% do seu atendimento é através do SUS. Florianópolis foi a principal cidade de procedência das mulheres atendidas exclusivamente pelo SUS. Diante disso deduz-se que as mulheres procedentes de Florianópolis têm maior acesso ao SUS para os encaminhamentos das diversas etapas diagnósticas e terapêuticas, do que as mulheres procedentes de outras cidades excluídas neste estudo por terem realizado etapas diagnósticas e/ou terapêuticas via recursos particulares ou via convênio de saúde. A dificuldade de realizar as etapas diagnósticas e terapêuticas via SUS contribui para o diagnóstico e início dos tratamentos tardios, conseqüentemente com o estadiamento avançado da doença.

Comparando os estádios das doenças encontrados neste estudo com os estádios referentes ao ano de 2008 observa-se elevação do percentual dos estádios II e III e diminuição do percentual do estádio I. Estádios *in situ* e IV não foram encontrados neste estudo. Este achado demonstra elevação do estadiamento da doença. Ressalta-se que mulheres com câncer de mama em estádios II e III têm tumores acima de dois centímetros e/ou comprometimento linfonodal axilar, podendo então apresentar disseminação da doença para tecidos próximos à mama, aos linfonodos mamários, abaixo da clavícula e próximos à região cervical e, conseqüentemente, estar sujeitas a menores taxas de sobrevida⁽¹⁴⁾.

Quanto à escolaridade, a realidade de ser o ensino fundamental o mais frequente dentre as mulheres investigadas, confirma a indicação dos estudos epidemiológicos que apresentam que quanto menor a

escolaridade, maiores são os estádios das doenças e menores são as taxas de sobrevida^(5,15).

Estudo que incluiu mulheres com câncer de mama atendidas na instituição cenário deste estudo refere que, em relação à sobrevida estratificada por escolaridade, mulheres com nível superior apresentam melhor sobrevida global em cinco anos (92,2%), quando comparadas às mulheres com ensino médio (84%), ensino fundamental (73,6%) e analfabetas (56%), sendo que as mulheres analfabetas tiveram um risco 7,40 vezes maior de morrer que as de nível superior, e as com ensino fundamental, risco 3,76 vezes maior⁽¹⁶⁾. Comparando esses resultados com os resultados do presente estudo, observou-se o risco de redução para taxa de sobrevida estratificada por escolaridade a que as mulheres com escolaridade até o ensino médio estão expostas, quando comparadas às mulheres que possuem ensino superior.

A partir das variáveis estado civil e profissão/ocupação não foram identificadas correlações a outros achados, destacando-se que praticamente metade delas eram casadas e exerciam atividades relacionadas à atividade doméstica.

Analisando os resultados relacionados ao intervalo de tempo do exame de imagem até o início do tratamento, seja ele por terapêutica neoadjuvante ou a cirúrgica e comparando-os com as recomendações científicas que indicam que a cirurgia deve ser realizada até duas semanas após o diagnóstico e o tratamento até três meses após o surgimento dos sintomas, observa-se que os resultados ultrapassam o recomendado^(6,17,18). Desta forma, os atrasos de tempo, achados neste estudo, indicam que as mulheres provavelmente terão taxas de sobrevida diminuídas e justificam o estadiamento avançado da doença na realidade investigada.

Ressalta-se que os prontuários registram o início da doença com o exame de imagem, mas geralmente quem detecta a doença, é a mulher através do autoexame das mamas^(19,20). Então, no intervalo de tempo aqui investigado, ainda deveria ser somado o intervalo de tempo do sintoma ao exame de imagem. Esta investigação foi inviabilizada pela ausência de registros nos prontuários.

Os maiores intervalos de tempo foram encontrados entre a mamografia e a biópsia, laudo da biópsia e neoadjuvância e cirurgia e adjuvância. Este achado reflete a necessidade de ampliação do número de profissionais de saúde especializados para atender o número elevado de casos de mulheres com câncer de mama. A ampliação do quadro destes profissionais agilizaria o diagnóstico e o início do tratamento, consequentemente estaria contribuindo para o diagnóstico precoce, para

o desenvolvimento de tratamentos curativos, para redução dos gastos com as terapêuticas, para elevação das taxas de sobrevida e redução da mortalidade.

A realidade do SUS exige das mulheres com câncer de mama o atendimento pelos postos de saúde, a espera de agendamento dos exames de imagens, a busca por mastologistas nas policlínicas ou unidades de saúde especializadas, a espera para a biópsia, emissão do laudo, agendamento da cirurgia e atendimento por oncologista. Os resultados demonstraram que não existe um padrão de tempo entre essas etapas dentre as diferentes mulheres. Este fato demonstrou que não há uma normatização dos procedimentos operacionais, sugerindo que não existe priorização do atendimento de acordo com a gravidade do caso.

Com relação ao intervalo de tempo entre a cirurgia e a quimioterapia adjuvante a indicação máxima encontrada entre os estudos é de até 12 semanas (84 dias)⁽⁷⁾. Neste estudo, a maioria das mulheres iniciou a adjuvância no intervalo de tempo recomendado. Das mulheres que não iniciaram a adjuvância no tempo recomendado, uma era do esquema terapêutico I e cinco do esquema terapêutico II. Isso demonstra que o agendamento das consultas para iniciar o tratamento adjuvante deve ser o principal condicionante para este achado, considerando que as mulheres do esquema terapêutico I já são pacientes em atendimento na instituição cenário deste estudo e as do esquema terapêutico II, na grande maioria, abrem prontuário na instituição após a avaliação médica pós-cirurgia.

Apesar da indicação da adjuvância até 12 semanas após a cirurgia⁽⁷⁾, os oncologistas da instituição cenário deste estudo sugerem que este intervalo de tempo deva ser de até 45 dias. Dentro dessa indicação de tempo encontramos apenas três mulheres. Isto representa que 87% das mulheres excederam o intervalo de tempo sugerido. Esta realidade pode ser indicativa para redução das taxas de sobrevida e recorrência da doença.

Resultados de estudos realizados no Brasil e em outros países, que calcularam o intervalo de tempo entre o diagnóstico do câncer de mama e o início do tratamento, apresentaram os seguintes intervalos de tempo: estudo inglês – 27 dias⁽³⁾; estudo italiano – 1-3 meses (65% dos casos)⁽⁴⁾; estudos canadenses – 34 dias⁽¹⁷⁾, 22 dias⁽¹⁸⁾, 36 dias⁽²¹⁾; estudos brasileiros – superior a 90 dias⁽²²⁾, 87 dias⁽²³⁾.

Neste estudo, o intervalo de tempo oscilou de 31 a 182 dias, para as mulheres que iniciaram o tratamento da doença pela terapêutica quimioterápica neoadjuvante, e de 42 a 233 dias, para as mulheres que iniciaram o tratamento da doença pela terapêutica cirúrgica. Diante

disto, observa-se a diferença de intervalo de tempo encontrados no Brasil e nos países mais desenvolvidos, justificando as diferenças nas taxas de sobrevida, mortalidade e nos estadiamentos das doenças.

A manutenção dessa realidade é também consequente aos investimentos insuficientes aplicados para o cuidado às mulheres com câncer de mama e à saúde da sociedade.

CONCLUSÃO

Os resultados obtidos apontam para uma série de estratégias que podem ser adotadas para alterar os condicionantes para o diagnóstico avançado do câncer de mama.

O desenvolvimento de programas de rastreamento, entre os 40 e 60 anos, pode representar uma estratégia imediata de abrangência e impacto significativos para as mulheres. Fica evidente também a necessidade de aumentar o nível de escolaridade das mulheres, pois esta estratégia contribui para alteração de outros fatores, tais como, elevação do padrão socioeconômico e melhores condições de emprego, um grande contribuinte para elevação do padrão socioeconômico e para o acesso às informações e a continuidade da formação.

A elevação da escolaridade e do padrão socioeconômico são fatores condicionantes para elevação das taxas de sobrevida e para redução dos graus de estadiamento do câncer de mama.

Os intervalos de tempo prolongados entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas demonstram a necessidade urgente de ampliação dos atendimentos de saúde, de acordo com as demandas de saúde/doença, bem como o aumento do número de profissionais especializados para o atendimento oncológico em consonância com o desenvolvimento científico atual.

A principal deficiência no intervalo de tempo entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas, identificada por este estudo, está relacionada com a dificuldade de acesso ao mastologista, oncologista e ao atendimento exclusivo pelo SUS. Para as mulheres que não residem em Florianópolis a situação ainda é mais difícil e mais preocupante. Destaca-se que estratégias em saúde devem ser adotadas para agilizar a realização das mamografias, biópsias, cirurgia oncológica, quimioterapia e radioterapia.

Todas as mulheres têm direito ao SUS, mas elas necessitam de um SUS ágil e competente, pois diante de uma suspeita de diagnóstico de câncer é impossível aguardar os atrasos do sistema sem ansiedade e medo. Atrasos para o diagnóstico e tratamento do câncer trazem prejuízos à mulher, a sociedade e ao próprio SUS.

A detecção precoce ocorre a partir do acompanhamento de saúde periódico das mulheres, envolvendo prevenção primária e secundária o que contribui para redução dos intervalos de tempo entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas, redução do avanço da doença e dos maus prognósticos.

Atrelar mudanças que incluam políticas de educação e de saúde coerentes com a realidade social e de saúde no Brasil representaria uma alternativa apropriada para a redução dos estadiamentos avançados.

Finalizando, recomenda-se a realização de investigações de abordagem quantitativa e/ou qualitativa sobre as dificuldades encontradas pelas mulheres para realizar todas as etapas diagnósticas e terapêuticas por meio do SUS.

Recomenda-se também, à instituição cenário do estudo, a criação de banco de dados informatizado e a organização dos prontuários, tanto no arquivamento dos diversos documentos quanto no registro dos dados pelos diversos profissionais. Os registros devem abranger, pelo menos, toda a história da doença em questão, o que favoreceria a realização de estudos sobre intervalos de tempo aplicando testes estatísticos de inferência.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization GLOBOCAN 2008. Cancer incidence and mortality Worldwide. 2008. 2010 [internet]. [citado 2010 dez 12]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=76>
2. Schmitt FE, Gobbi H. Mama. In: Bogliolo L, editor. Patologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 613-42.
3. Rayson D, Saint-Jacques N, Younis T, Meadows J, Dewar R. Comparison of elapsed times from breast cancer detection to first adjuvant therapy in Nova scotia in 1999/2000 and 2003/04. Canadian Medical Association [internet]. 2007 Jan [citado 2009 Mar 09];176(3):327-32. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/176/3/327.pdf>
4. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. Can J Public Health. 2004 Set/Out; 95(5):341-5.
5. Gentil-Brevet J, Colonna M, Danzon A, Grosclaude P, Chaplain G, Velten M, Bonnetain F, Arveux P. The influence of socio-economic and

- surveillance characteristics on breast cancer survival: a French population-based study. *Br J Cancer*. [internet]. 2008 Jan [citado 2009 Out 12];15;98(1):217-24. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=18182980>
6. Canadian Society for Surgical Oncology – CSSO. [internet]. [citado 2010 dez 16]. Disponível em: <http://www.cos.ca/csso/>
7. Lohrisch C, Paltiel C, Gelmon K, et al. Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early 2006-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2006; 99:313-21.
8. Ministério da Saúde (BR). Integrador Registro Hospitalar do Câncer. Tabulador Hospitalar. Base do Estado: SC [internet]. [citado 2011 mar 24]. Disponível em: <http://irhc.inca.gov.br/cgi-irhc/dh?rhchos/SC/rhc>
9. Serrano AI, d'Dorsi E, Giordani-Serrano TR, et al. Monitorando o cuidado: análise do registro hospitalar de câncer do CEPON, de 2000 a 2002. Florianópolis: SES/SC/Insular; 2007.
10. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. TNM: classificação de tumores malignos. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA; 2004.
11. McPherson K, Steel CM, Dixon JM. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. *Bmj* [internet]. 2000 [citado 2009 Out 11];321(7261):624-628. Disponível em : <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=10977847%20%5BPUBMED-IDS%5D>
12. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer – INCA. Câncer de mama. [internet] 2010. [citado 2010 Jan 29]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
13. American Cancer Society. Cancer facts & figures 2008. Atlanta: American Cancer Society; 2008.
14. National Cancer Institute. [internet]. [citado 2011 Jan 04]. Disponível em: <http://www.cancer.gov>
15. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. 2009 Jun; 25(6):1285-1296.
16. Schneider IJC, d'Orsi E. Sobrevida em cinco anos e fatores

- prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. *Cad. Saúde Pública* [internet]. 2009 Jun [citado 2010 Dez 14];25(6):1285-1296. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600011&lng=en
17. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. *Journal of Clinical Oncology* [Internet]. 2003 Abr [citado 2009 Mar 09];21(8):1440-6 Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/21/8/1440>
18. Montella M, Crispo A, Botti G, et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. *Breast Cancer Research and Treatment*. 2001;66:209-215.
19. Ministério da Saúde (BR). Instituto Nacional do Câncer. Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil [internet]. [citado 2011 mai 25]. Rio de Janeiro: MS; 2009. Disponível em: http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5.
20. Schmitt FE, Gobbi H. Mama. In: BOGLIOLO, L. *Patologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006.
21. Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* [Internet]. 2001 [citado 2009 Mar 09]; 17;164(8):1133-8. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80969>
22. Souza VO, Grando JPS, Filho JO. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). *RBM rev. Bras. Med* [Internet]. 2008 Jun [citado 2009 Mar 08];65(5):135-8. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=485556&indexSearch=ID>
23. Trufelli DC. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um Hospital Público. *Rev Assoc Bras* [Internet]. 2008 [citado 2009 Mar 09];54(1):72-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/24.pdf>

5.3 MANUSCRITO 3 - DO SINTOMA AO TRATAMENTO ADJUVANTE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

Este manuscrito será submetido à Revista Texto & Contexto Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina.

DO SINTOMA AO TRATAMENTO ADJUVANTE DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA

FROM SYMPTOM TO ADJUVANT TREATMENT OF WOMEN WITH BREAST CANCER

DEL SÍNTOMA AL TRATAMIENTO ADYUVANTE DE LA MUJER CON CÁNCER DE MAMA

Luciana Martins da Rosa*
Vera Radünz†

RESUMO: Pesquisa descritiva que analisou o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante das mulheres com câncer de mama tratadas em instituição oncológica de Santa Catarina/Brasil. Os dados foram coletados por entrevista e nos prontuário de treze sujeitos, de agosto a dezembro de 2010. A análise foi sustentada por recomendações científicas para tratamento do câncer de mama e estatística descritiva. Os resultados demonstram a incidência elevada da doença nas mulheres entre 40 e 49 anos, nas casadas e na escolaridade até o ensino fundamental. A mediana dos intervalos de tempo até o início do tratamento foi de 245 dias e mais 54 dias para a adjuvância. Os achados justificam o

* Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Enfermeira do Centro de Pesquisas Oncológicas. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/Santa Catarina/Brasil. Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 404. CEP: 88034-000. Telefone: (55) 48 3331-1504. Email: ensino@cepon.org.br

† Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/Santa Catarina/Brasil.

estadiamento avançado e a urgência para a implementação do cuidado à mulher com câncer de mama e da Política Nacional de Atenção Oncológica.

Descritores: Enfermagem; Neoplasias da mama; Diagnóstico tardio.

ABSTRACT: Descriptive study that examined the time interval between the diagnostic and therapeutic steps, from symptom to adjuvant treatment of women with breast cancer treated at an institution of Santa Catarina/Brazil. Data were collected by interview and medical records of 13 subjects, from August to December 2010. The analysis was supported by scientific recommendations for the treatment of breast cancer and descriptive statistics. The results demonstrate the high incidence of the disease between 40-49 years old, women with marital status married and fundamental education. The median time interval until the start of treatment was 245 days and 54 days for the adjuvant treatment. These results suggest that advanced stage and the urgency for the implementation of women care with breast cancer and National Policy for Oncology.

Keywords: Nursing; Breast neoplasm; Delayed diagnosis.

RESUMEN: Investigación descriptiva que analizó el intervalo de tiempo, entre las etapas diagnósticas y terapéuticas, del síntoma al tratamiento adyuvante de las mujeres con cáncer de mama tratadas en una institución oncológica de Santa Catarina/Brasil. Los datos han sido colectados mediante entrevista y en los prontuarios de 13 sujetos, entre Agosto y Diciembre de 2010. El análisis se sostuvo por las recomendaciones científicas para el tratamiento del cáncer de mama y estadística descriptiva. Los resultados demuestran la incidencia elevada de la enfermedad en las mujeres entre 40 y 49 años, en las casadas y escolaridad hasta la enseñanza fundamental. El intervalo de tiempo medio hasta el inicio del tratamiento fue de 245 días y 54 días más para la adyuvancia. Los hallazgos justifican el estadiamento avanzado y la urgencia para la implantación del cuidado a la mujer con cáncer de mama y de la Política Nacional de Atención Oncológica.

Descritores: Enfermería; Neoplasias de la mama; Diagnóstico tardío.

INTRODUÇÃO

O câncer de mama ocasiona um impacto significativo na saúde da mulher. No Brasil, é o tipo de câncer mais incidente do sexo feminino, excluindo-se o câncer de pele não melanoma. Os números equivalentes

à incidência e à mortalidade no Brasil, publicados em 2010 pela *International Agency for Research on Cancer (IARC)*, referentes ao ano de 2008 foram, respectivamente, 42.566 e 12.573.¹

Atrasos no diagnóstico e no início do tratamento do câncer de mama aumentam a ansiedade sentida pelas mulheres e podem impedir tratamentos curativos, reduzindo as taxas de sobrevivência.^{2,3} Alguns estudos evidenciam que um atraso de mais de três meses entre o início dos sintomas e o tratamento está associado com menores taxas de sobrevida.⁴⁻⁶

Objetivando melhores taxas de sobrevivência e prognósticos, a *Canadian Society for Surgical Oncology* recomenda que o tratamento inicial de doenças oncológicas por cirurgia seja realizado no prazo de duas semanas após o diagnóstico da doença.⁷ E a quimioterapia adjuvante no câncer de mama deve ser realizada até 12 semanas após a cirurgia.⁸

Estudos canadenses e ingleses que investigaram o intervalo de tempo entre a sintomatologia e o início do tratamento do câncer de mama apresentam um intervalo de 22 até 36 dias. Estudos brasileiros, realizados nos estados do Paraná e São Paulo, apresentam um período superior a 80 dias.^{2,3,5,9-11}

Assim, o presente estudo tem como objetivo analisar o intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, do sintoma ao tratamento adjuvante de mulheres com câncer de mama. Esse objetivo de pesquisa surgiu a partir de inúmeros relatos de atrasos para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama e pelo número de estádios avançados encontrados em instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina/Brasil.

Ressalta-se que em 2002, na instituição cenário deste estudo, os estádios mais frequentes foram: estágio II, 36,6%, e estágio III, 21%, sendo que 8,9% dos prontuários não continham informações sobre o estadiamento das doenças; e no ano de 2008 foram: estágio I, 25,5%, e estágio II, 23,4% e o percentual de prontuários sem informações elevou para 22,1%.^{12,13}

No estado de Santa Catarina, no ano de 2008, os estádios com maiores percentuais foram: estágio II com 30% e I com 18% e III com 18%, sendo que 27% dos prontuários não continham informações sobre o estágio da doença.¹³

Considera-se que, a identificação dos intervalos de tempo pode contribuir para o desenvolvimento de medidas que possibilitem o diagnóstico e o início do tratamento precoces, o que condiz com a proposta da Política Nacional de Atenção Oncológica.

MÉTODO

Pesquisa descritiva realizada em instituição especializada no atendimento oncológico em Santa Catarina/Brasil, no período de agosto a dezembro de 2010. Aprovada pelo Comitê de Ética da instituição cenário do estudo, sob o parecer 009/2010. O estudo seguiu os preceitos legais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.¹⁴ Para garantir o anonimato, os sujeitos escolheram pseudônimos para apresentação de seus relatos.

Foram incluídas no estudo: mulheres realizando terapêutica quimioterápica adjuvante, atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde o diagnóstico da doença e que iniciaram o tratamento com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia adjuvante e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico I), ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia adjuvante e/ou radioterapia (esquema terapêutico II). Foram também incluídas, mulheres que iniciaram o tratamento da doença com o esquema terapêutico I ou II, no ano de 2009, com atendimento exclusivo pelo SUS, conforme registros nos prontuários, encontradas com agendamento de seguimento pós-adjuvância, no período do estudo.

A seleção das mulheres realizando quimioterapia adjuvante foi realizada a partir do sistema de agendamento das quimioterapias. Foram abordadas 36 mulheres na Central de Quimioterapia, e destas oito mulheres atenderam os critérios de inclusão. As exclusões, 28, ocorreram por etapas diagnósticas e/ou terapêuticas terem sido realizadas por meio de recursos financeiros particulares ou por convênios de saúde.

A seleção das mulheres que iniciaram o tratamento no ano de 2009 foi realizada por lista de nomes fornecida pela Divisão de Informática, que totalizou 138 nomes. Após análise dos prontuários somente 24 registraram atendimento exclusivo pelo SUS. Dessas 24 mulheres selecionadas inicialmente, cinco foram encontradas no período do estudo, com agendamento de atendimento no cenário do estudo.

Assim, a amostra totalizou 13 mulheres (oito mulheres realizando quimioterapia adjuvante e cinco em seguimento pós-adjuvância).

A coleta dos dados foi realizada através de entrevista semiestruturada e de dados contidos nos prontuários das mulheres. As perguntas que orientaram o desenvolvimento da entrevista foram: Como e quando ocorreu a descoberta da doença? Quais os intervalos de tempo entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas vivenciadas? Quais

os motivos que justificam os intervalos de tempo?

As entrevistas foram gravadas, transcritas e validadas com cada sujeito. Entende-se que apresentar a transcrição aos sujeitos represente uma forma de validação dos registros, considerando que a pesquisa qualitativa tem sua maior força no rigor da validade dos dados, dos resultados analisados e no respeito ao discurso dos sujeitos.^{15,16}

Após contato individualizado com cada mulher foram agendados data e horário para realização das entrevistas e no término das mesmas, data e horário para a validação. As entrevistas foram transcritas em instrumento próprio. Para coleta dos dados nos prontuários utilizou-se uma ficha de registro.

As variáveis investigadas nos prontuários foram: idade, cidade de procedência, escolaridade, profissão/ocupação, estado civil, estágio da doença, data da mamografia ou ultrassonografia, data da biópsia, data do laudo da biópsia, data de início e de término da quimioterapia neoadjuvante, data da cirurgia, data de início da quimioterapia adjuvante ou radioterapia adjuvante. As variáveis não encontradas nos registros dos prontuários foram investigadas com cada mulher durante a entrevista e/ou durante a validação da mesma.

Os dados da ficha de registro e mais a data de início do sintoma da doença (data identificada nos relatos das mulheres, por ausência de registros nos prontuários) foram digitados em planilhas construídas no Programa Excel da Microsoft. A partir dessas planilhas, foram calculados os intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas e o tempo total do sintoma ao tratamento adjuvante, de acordo com cada esquema terapêutico, I ou II.

A análise dos dados foi sustentada a partir das recomendações científicas indicadas para o tratamento do câncer de mama, por resultados de estudos da temática em questão e por estatística descritiva.²⁻²⁴

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O número de sujeitos totalizou uma amostra de treze mulheres. Dos 13 prontuários investigados, seis apresentaram registros relacionados à procedência, escolaridade, profissão/ocupação e estado civil diferentes dos relatados nas entrevistas. Duas mulheres quando abriram os prontuários apresentaram endereço de familiares residentes em Florianópolis e Palhoça. Elas relataram que tomaram tal conduta para agilizar o atendimento, pois a partir de suas cidades de origem, Blumenau e Laguna, o processo para o diagnóstico estava muito lento. Quanto aos outros dados encontrados, diferindo do relato das mulheres,

as mesmas não souberam referir o motivo para o registro equivocado. Assim, deduz-se que houve erro dos profissionais que realizaram os registros.

Das cinco mulheres que iniciaram o tratamento da doença em 2009, uma confirmou que realizou todas as etapas para diagnóstico e tratamento pelo SUS; duas referiram que realizaram exames diagnósticos e consultas através de recursos particulares; uma realizou exames, consultas e cirurgias através de recursos financeiros particulares; uma realizou exames e consultas através de convênio de saúde. Esclarece-se que, essas mulheres que realizaram etapas diagnósticas e terapêuticas sem utilizar o SUS foram mantidas no estudo, pois haviam registros nos prontuários de atendimento exclusivo pelo SUS.

A falta de registros nos prontuários das etapas diagnósticas e terapêuticas realizadas fora do SUS se deve ao fato de elas terem sido realizadas antes do início do atendimento na instituição cenário deste estudo (abertura do prontuário), conforme relatos. Os registros das histórias clínicas dessas mulheres iniciaram a partir do laudo do anatomopatológico da cirurgia da mama, sem haver registros do início da doença e de como foi o processo diagnóstico anterior ao ingresso na instituição.

As faixas etárias encontradas compreenderam: sete mulheres dos 40-49 anos, três mulheres dos 50-59 anos, duas mulheres dos 60-69 anos e uma mulher dos 30-39 anos. Tal achado reafirma a incidência mais elevada a partir dos 40 anos, como apresentado por outros estudos.¹⁷⁻¹⁹

Entretanto, a faixa dos 40-49 anos geralmente está em segundo lugar na incidência das pesquisas. Neste estudo ficou em primeiro lugar. Isso indica a necessidade de ampliação do acesso das mulheres ao sistema de saúde a partir dos 40 anos, como institui a Lei n.11.664. Essa lei assegura a todas as mulheres a partir dos 40 anos a realização de exame mamográfico, o encaminhamento a serviços de maior complexidade, a partir da necessidade de complementação diagnóstica, tratamento e seguimento pós-tratamento que não puderam ser realizados na unidade na qual foi prestado o atendimento.²⁰

Quanto ao estado civil, não foi possível fazer qualquer correlação com outras variáveis, em decorrência do reduzido número de sujeitos encontrados. Os achados mostram que mais da metade das mulheres são casadas, o que equivaleu a sete mulheres; duas mulheres são separadas; duas são viúvas; uma é solteira e uma tem união consensual.

Somente uma mulher relatou ter escolaridade até o ensino

superior; cinco mulheres relataram ter até o ensino médio, seis até o ensino fundamental; e uma relatou ser analfabeta. Esses resultados demonstram a necessidade de implantação de políticas de educação que possibilitem a elevação do grau de escolaridade da população, tendo em vista que, quanto maior a escolaridade, menores são os estádios das doenças e menores são os números de mortes. A escolaridade também está atrelada a melhor padrão socioeconômico, o que também reduz e/ou favorece o tratamento das comorbidades.^{21,22}

Mudanças nas políticas de educação deveriam incluir a compreensão dos conceitos sobre saúde, doença, qualidade de vida, fatores de risco para as doenças crônicas, adoção de bons hábitos de vida e à saúde desde a infância. Informar e educar consistem em alternativas eficazes à saúde da população.

A elevação da escolaridade e do padrão socioeconômico das mulheres contribui para melhores taxas de sobrevida, redução dos casos de mortes, de aposentadorias precoces e dos gastos públicos com tratamentos mais onerosos.

Das profissões/ocupações encontradas observou-se que são mais frequentes as relacionadas a níveis de escolaridade mais baixos. Seis mulheres têm profissões/ocupações relacionadas a atividades domésticas; uma é técnica de enfermagem, uma é auxiliar administrativa; uma é agricultura, uma é contadora e uma é micro-empresária. Elevar a escolaridade também contribuiria para que as mulheres pudessem ter profissões/ocupações que ofertassem melhores salários e conseqüentemente melhores condições de vida e saúde.

Os estádios mais frequentes foram o estádio II (46,1%), com seis mulheres, e o estádio III (46,1%), também com seis mulheres. No estádio IV (7,7%) foi encontrada uma mulher. Comparando esses achados com os registros hospitalares de câncer de 2002 e 2008,^{12,13} observa-se queda em 2008 e elevação em 2009. A redução em 2008 pode ter sido ocasionada pelo número de prontuários que não apresentaram o estadiamento das doenças, o que correspondeu a 22,1% dos prontuários investigados.

Quanto à procedência, quatro mulheres são da cidade de Florianópolis, quatro de Palhoça, duas de São José, uma de Laguna, uma de Garopaba e uma de Blumenau. Esses resultados indicam que as mulheres residentes em Florianópolis e Palhoça têm maior acesso exclusivo pelo SUS para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama.

Considerando a incidência da doença e a abrangência do atendimento da instituição cenário deste estudo, 22 municípios mais próximos a Florianópolis, o baixo número de mulheres procedentes de

outros municípios, exclusivamente pelo SUS, sugere que as mulheres não residentes em Florianópolis realizaram etapas diagnósticas e/ou terapêuticas, utilizando recursos particulares para chegar ao atendimento especializado em oncologia.

Todas as mulheres investigadas por este estudo detectaram as suas doenças: dez palpavam nódulo, duas sentiram dor/pontadas e uma percebeu retração da pele na mama. Ressalta-se que todas faziam acompanhamento periódico anual ou bianual, conforme indicação médica. Duas referiram que tinham mamografias anteriores que indicavam presença de nódulo, mas que apesar da detecção da imagem o médico do posto de saúde dissera que não havia necessidade de outros exames ou cuidados.

Levei a mamografia que eu havia feito em Garopaba pros médicos de Palhoça e eles me disseram que nela já estava o tumor, só que o médico do Posto de Saúde de Garopaba não tinha visto, ele não enxergou que tinha dado um tumor. Então, eu perdi o meu peito por causa dele, porque ele não me diagnosticou direito [...](Teixeira)

A realidade encontrada, de detecção da doença pelas próprias mulheres, por si só, justifica os casos de doenças avançadas no cenário do estudo. Para o diagnóstico precoce faz-se necessário a detecção por exame de imagem, imperceptível ao autoexame. A realidade também demonstra o despreparo de alguns profissionais para o diagnóstico precoce e para adoção de condutas eficientes.

O esquema terapêutico I foi realizado por quatro mulheres e o esquema terapêutico II por nove mulheres, sendo que a quimioterapia adjuvante foi realizada por 12 mulheres e a radioterapia adjuvante por uma mulher. Todas foram submetidas ao esvaziamento axilar, o que confirma o comprometimento da rede linfática axilar com células neoplásicas e o risco de metástases à distância.

A disseminação dos carcinomas mamários ocorre por invasão local, rede linfática ou hematogênica. Em 30% a 50% dos casos há comprometimento dos linfonodos axilares no momento do diagnóstico, sendo que as metástases regionais indicam o potencial metastático à distância e sistêmico. Mulheres com 1-3 linfonodos comprometidos têm 60% de sobrevida em 10 anos. Essa taxa reduz para 20% nas mulheres que tiveram de 3-4 ou mais linfonodos com metástases na ocasião do diagnóstico. Cerca de 30% das mulheres sem metástases axilares desenvolvem metástases sistêmicas posteriormente, o que indica que grande parte dos carcinomas de mama já são doenças sistêmicas no momento do diagnóstico.²³

A Tabela 1 e a Figura 1 apresentam os intervalos de tempo entre

a sintomatologia e o tratamento adjuvante das mulheres com câncer de mama investigadas neste estudo.

Tabela 1: Intervalo de tempo, em dias, do sintoma da doença à terapêutica adjuvante de mulheres com câncer de mama. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.

n.	Procedência	Intervalos de tempo									
		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1	Florianópolis	1460	33	4	64	86	7	--	105	1561	1759
2	Florianópolis	6	7	5	--	--	--	115	74	133	207
3	Florianópolis	90	42	6	34	156	36	--	54	172	418
4	São José	2	8	4	87	50	25	--	23	101	199
5	Palhoça	50	92	30	--	--	--	78	62	250	312
6	Palhoça	510	12	14	--	--	--	3	55	539	594
7	Blumenau	210	0	10	--	--	--	25	35	245	280
8	Florianópolis	30	12	5	--	--	--	36	76	83	159
9	Palhoça	510	18	3	--	--	--	67	49	598	647
10	São José	23	10	17	--	--	--	25	53	75	128
11	Laguna	60	73	31	--	--	--	291	85	455	540
12	Garopaba	150	431	43	--	--	--	50	46	674	720
13	Palhoça	23	12	0	135	63	34	--	36	170	303
T. min - max		2 - 1460	0 - 431	0 - 43	34 - 135	50 - 156	7 - 36	3 - 291	23 - 105	75 - 1561	128 - 1759
Mediana		60	18	10	45,5	75	30	50	54	245	312
Tempo médio		240	58	13	80	89	26	77	58	389	482

Legenda:

Intervalo 1: Sintoma ao exame de imagem

Intervalo 2: Exame de imagem à biópsia

Intervalo 3: Biópsia ao laudo da biópsia

Intervalo 4: Laudo da biópsia à neoadjuvância

Intervalo 5: Início ao término neoadjuvância

Intervalo 6: Término neoadjuvância à cirurgia

Intervalo 7: Laudo da biópsia à cirurgia

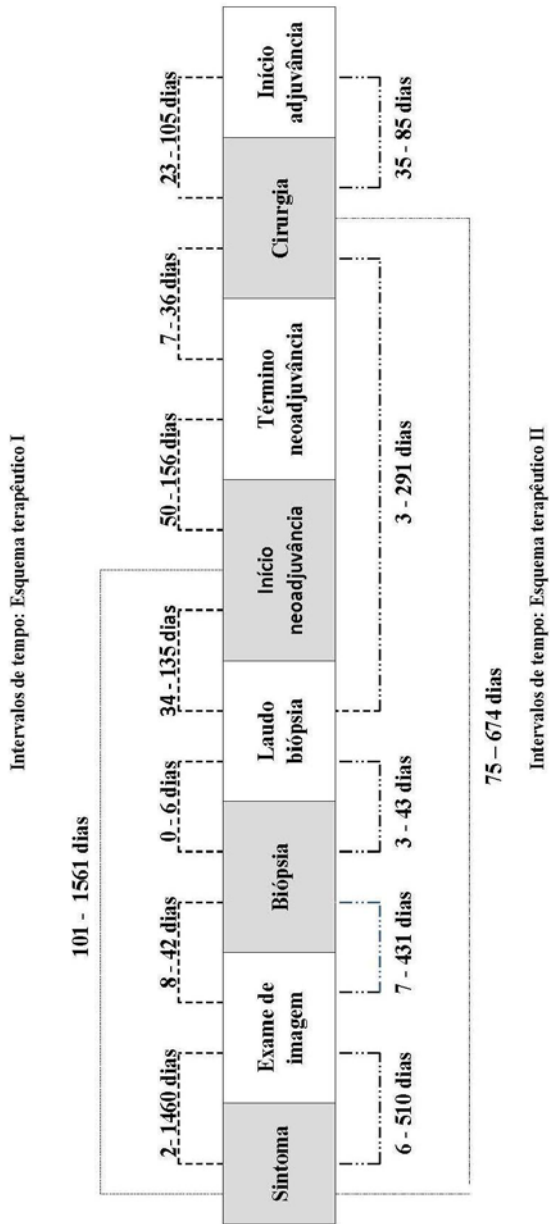
Intervalo 8: Cirurgia à adjuvância

Intervalo 9: Sintoma ao tratamento neoadjuvante ou cirurgia

Intervalo 10: Sintoma à adjuvância

-- Mulheres que não realizaram tratamento neoadjuvante

T. min - max: Tempo mínimo e máximo encontrado entre todas as mulheres investigadas



Legenda:

Esquema I : quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia e quimioterapia ou radioterapia adjuvante

Esquema II : cirurgia seguida de quimioterapia ou radioterapia adjuvante

Figura 1: Intervalos de tempos, em dias, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas do câncer de mama. Esquema terapêutico I e II. Florianópolis/SC/Brasil. 2010.

Analisando os intervalos de tempo apresentados na Tabela 1 e na Figura 1, observa-se que o tempo perdido na fase de diagnóstico até o início do tratamento (cirúrgico ou neoadjuvante) é elevado, mediana de 245 dias, contribuindo com a progressão da doença e o surgimento de metástases.

Seguindo a ordem decrescente dos maiores influenciadores para o intervalo de tempo do sintoma ao início do tratamento, temos: intervalo do sintoma ao exame de imagem, mediana de 60 dias, seguido pelos intervalos de tempos entre o laudo da biópsia e o início do tratamento cirúrgico, mediana de 50 dias, entre a biópsia e o tratamento neoadjuvante, mediana de 45,5 dias. Isso indica a dificuldade que as mulheres estão tendo para realizar o exame de imagem e a dificuldade de acesso ao atendimento pelo oncologista.

Apesar da mediana não apontar a dificuldade de acesso ao mastologista, observa-se que algumas mulheres depararam-se com intervalo de tempo prolongado para conseguir realizar a biópsia da mama. Para quatro mulheres este tempo excedeu a 30 dias.

A Figura 2 apresenta o intervalo de tempo do sintoma ao início do tratamento, neoadjuvante ou cirúrgico, por cada mulher investigada.

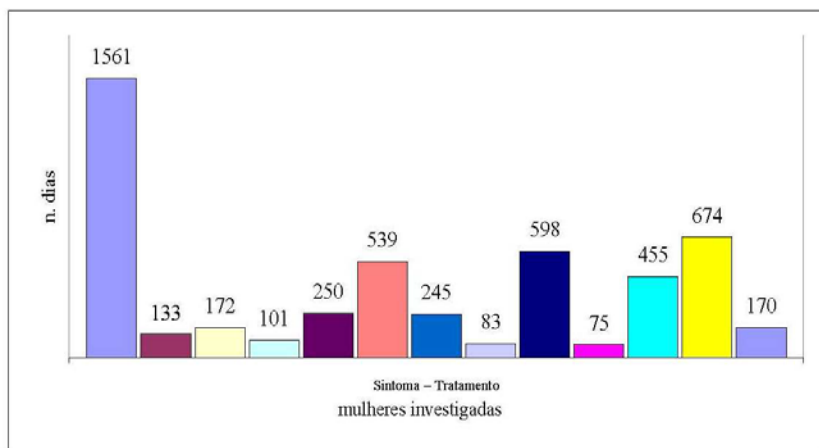


Figura 2: Intervalo de tempo, em dias, do sintoma ao tratamento (neoadjuvante ou cirúrgico) por mulher investigada. Florianópolis/SC/CEPON. 2010.

Estudos científicos indicam que entre o sintoma e o início do tratamento, como já citado, o intervalo de tempo não deve ser superior a

três meses.^{4,6} Neste estudo, apenas duas mulheres iniciaram o tratamento dentro do período recomendado, sendo que uma realizou todas as etapas diagnósticas e terapêuticas para início do tratamento pelo SUS em 83 dias e a outra, da biópsia até a cirurgia, realizou as etapas através de recursos particulares, dados não registrados no prontuário, no entanto, referidos durante a entrevista.

Para o início da adjuvância é preconizado, por alguns estudos, um intervalo de até 12 semanas após a cirurgia.^{7,8} Os resultados indicaram que apenas duas mulheres não ficaram nesse intervalo de tempo. Por outro lado, os oncologistas da instituição cenário deste estudo sugerem que o intervalo entre a cirurgia e a adjuvância seja de até 45 dias. Considerando este intervalo de tempo como o ideal, os achados nos apresentam que apenas três mulheres iniciaram o tratamento adjuvante nesse tempo sugerido. A mediana equivaleu a 54 dias.

Assim, considera-se que a realidade apresentada, de atrasos nos intervalos de tempo entre as etapas diagnósticas e terapêuticas, está na contramão para elevação das taxas de sobrevida, da redução dos graus de estadiamento do câncer de mama e das mutilações físicas, psicológicas e sociais sofridas pelas mulheres. Caso consideremos que o início da adjuvância está dentro do preconizado por alguns estudos, o início do tratamento não está, o que significa que o risco de doença metastática já era anterior à etapa da adjuvância.

Comparando os intervalos de tempo do exame de imagem ao início do tratamento deste estudo em Florianópolis/SC/Brasil com estudos brasileiros realizados em Londrina/PR/Brasil, de janeiro de 2003 a outubro de 2004 (180 prontuários)¹⁰ e de São Paulo/SP/Brasil, no ano de 2006 (68 prontuários)¹¹, que investigaram os prontuários de mulheres atendidas pelo sistema público de saúde, os intervalos de tempo encontrados respectivamente nos três estudos foram: mediana de 99 dias (ou média de 148 dias), média de 175 dias (esse estudo não calculou a mediana)¹⁰ e mediana 143 dias¹¹.

Observa-se que em Florianópolis a realidade se apresenta um pouco melhor à mulher catarinense. Porém, este intervalo de tempo não inclui o tempo do sintoma ao exame de imagem. Assim mesmo, sem este intervalo de tempo, evidencia-se tempo superior a três meses nos três estudos, indicativo de baixa sobrevida em longo prazo. Isso demonstra o quanto ainda é necessário fazer para a obtenção de intervalos de tempo dentro das recomendações científicas e em busca de saúde, qualidade de vida e respeito à mulher e à sociedade.

Os achados relacionados aos intervalos de tempo, entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas, são contrários às proposições

para o atendimento oncológico definidas pela Lei n.11.664 e pela Política Nacional de Atenção Oncológica.^{20,24} As evidências demonstram que o sistema de saúde contribui com o estadiamento avançado das doenças e com piores taxas de sobrevida em 10 anos ou mais, sendo que com isso a sociedade sofre as consequências dessa imprevidência.

Os motivos relatados pelas mulheres para o atraso do diagnóstico e tratamento estão relacionados a:

Dificuldade para o agendamento de exames, tais como: mamografias, ultrassonografias, biópsias, eletrocardiogramas, tomografias, radiografias e cintilografias ósseas.

Evidências de imagens ou sintomas não consideradas pelos médicos. As mulheres afirmaram que exames anteriores indicavam alterações na imagem, mas nenhum outro exame foi solicitado para complementar a avaliação clínica.

Dificuldade para o agendamento de consultas com mastologistas e oncologistas.

Desinformação da mulher sobre o câncer de mama e saúde da mulher por não terem procurado atendimento de saúde logo no início dos sintomas e por acreditar que a sintomatologia não representava perigo.

Dificuldade para agendamento de cirurgia por não haver vaga no sistema de saúde para que a cirurgia pudesse ser realizada logo após o diagnóstico da doença; demora para a emissão do laudo da biópsia; necessidade de repetição da biópsia, sendo que entre as biópsias há um intervalo de tempo longo em decorrência dos agendamentos e emissões de laudos.

Dificuldade para agendamento imediato da quimioterapia.

Demora dos encaminhamentos utilizando o SUS para mulheres não residentes em Florianópolis/SC/Brasil.

A seguir alguns depoimentos, cujos nomes apresentados são pseudônimos:

Em 2003 a mamografia detectou um nódulo, mas a médica do posto disse que não havia perigo [...]. Em 2005 o nódulo tinha aumentado um pouquinho, novamente a médica disse que não tinha problema. Em 2009 comecei a sentir pontadas e senti que ele estava aumentando rápido [...]. (Maria)

Tive que fazer três biópsias em duas instituições diferentes [...] a última biópsia eu consegui fazer depois de um mês e o resultado saiu após 40 dias. (Joice)

Eu não estava podendo encostar na minha mama [...] o médico

pediu a mamografia [...] mas levou dez meses pra eu conseguir fazer o exame [...] (Dinha)

[...] a punção, o médico pediu pelo SUS, mas como ia demorar muito, então fiz particular. [...] Dezoito ou dezessete dias depois que eu trouxe os papéis para agendar a consulta com o oncologista aqui no instituição me ligaram, marcando a consulta para o dia 29 de abril, e era dia 17 de abril. Pra ganhar tempo, ligamos e pedimos o telefone da clínica do oncologista [...] pra gente fazer uma consulta com ele, pra antecipar os exames necessários pra cirurgia. Marquei a consulta [...] No consultório ele disse que ia demorar bastante pra fazer esta cirurgia pelo SUS. Ia demorar de 45 a 60 dias. E ele ainda disse assim: O câncer ele vem muito rápido, então se vocês tiverem condições de fazer particular seria bom, e se vocês não fizerem, a gente começa a quimioterapia pra retardar o crescimento dele. Condições financeiras a gente não tinha, mas como a gente tem bastante irmãos, cada um deu um pouco, foi assim que a gente conseguiu fazer. (Bárbara)

Esses motivos demonstram os entraves no fluxo de encaminhamentos entre a baixa, média e alta complexidade para o atendimento de saúde via SUS. Os entraves estão relacionados principalmente ao desenvolvimento de exames e ao atendimento especializado. Ressalta-se que o despreparo técnico/capacitação de alguns profissionais contribui para a progressão da doença, para diagnósticos indevidos e/ou tardios.

CONCLUSÃO

Os resultados aqui investigados no intervalo de tempo do sintoma ao tratamento do câncer de mama indicam a dificuldade de acesso ao SUS com o qual a mulher se depara. O acesso ao atendimento de saúde às mulheres de 40 anos ou mais, considerando a incidência da doença a partir dessa idade e a própria definição da Lei 11.664, deveria ser facilitado. A realidade de tempos prolongados entre os diversos encaminhamentos contribui para o avanço da doença e para o estadiamento avançado. Os dados demonstram que o sistema de saúde contribui com piores taxas de sobrevivência em 10 anos ou mais, e que a sociedade vem sofrendo as consequências dessa imprevidência.

A escolaridade e o padrão socioeconômico mais elevados colaborariam com a redução dos casos de câncer de mama avançados e consequentemente com os casos de mortes prematuras. Para isso, mudanças nas políticas sociais e educacionais necessitam ser implantadas no território nacional, pois, sendo Santa Catarina um dos Estados mais desenvolvidos do País, a realidade de outros Estados

menos desenvolvidos deve ser pior do que a investigada neste estudo.

Ainda ressalta-se que a política de saúde, no caso do câncer, a Política Nacional de Atenção Oncológica, deve se adequar a cada realidade encontrada nas diversas regiões brasileiras, observando as diferenças culturais, econômicas, sociais e educacionais encontradas em cada uma delas. Esse cuidado proporcionaria resultados mais eficazes e menos onerosos ao governo e à sociedade.

Reduções dos intervalos de tempo até o início do tratamento do câncer de mama são necessárias, no entanto, destaca-se que o sistema de saúde deveria priorizar ações do sintoma ao tratamento, seja ele cirúrgico ou neoadjuvante. Para o alcance de tais mudanças faz-se necessária a formação e qualificação dos profissionais da área da saúde, nos diversos níveis de formação, a contratação de um número de profissionais que possa atender as demandas existentes de saúde/doença, aquisição e manutenção de equipamentos e área física adequada para os diversos atendimentos, de acordo com o nível de complexidade.

Outro ponto importante é a estruturação do modelo atual adotado pelo SUS que exige diversos encaminhamentos entre os diversos serviços de saúde que o compõe, de acordo com a complexidade das ações de saúde. Infelizmente, o sistema não possibilita meios para que a mulher percorra esses encaminhamentos em curto espaço de tempo, de forma a impedir o avanço da doença, o mau prognóstico e os sofrimentos. Esses encaminhamentos, no modelo atual, aumentam os intervalos de tempo, principalmente pelos atrasos nos agendamentos entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas.

Os achados demonstram como a realidade da saúde catarinense está aquém das descobertas e indicações científicas atuais. Muito ainda se precisa fazer para implantar um sistema que detecte precocemente o câncer de mama, contribuindo assim com a redução dos estádios avançados e com taxas de sobrevida mais elevadas.

Quando pensamos em saúde e qualidade de vida, a prioridade é o ser humano, neste caso, as mulheres com câncer de mama. Para priorizá-las precisamos enxergar o que precisa ser enxergado, e este enxergar exige uma responsabilidade coletiva que envolva pelo menos os governantes, as instituições de saúde e seus profissionais, as instituições de ensino e a própria sociedade, direcionando ações para a conquista de melhores condições de ensino, trabalho com remuneração digna e acesso aos serviços de saúde com equidade, como instituiu o SUS e a Política Nacional de Atenção Oncológica.

Essas ações reduziriam as taxas de mortalidade e de estádios avançados ocasionadas pelo câncer de mama nos dias atuais.

Por outro lado, como profissionais, deixaríamos de ouvir histórias que relatam a perda da mama, o medo da morte, a dificuldade motora do braço e consequente dificuldade para o trabalho, o sentimento de abalo da autoestima, a vergonha de se olhar no espelho e de se mostrar aos companheiros e familiares e o desejo de reconstrução da mama “indo embora”, diante das dificuldades ou impedimentos impostos pelo SUS.

Como recomendação para a instituição cenário do estudo sugerimos que a mesma possa manter atualizado um banco de dados informatizado e que os registros nos prontuários sejam revistos, organização e cumprimento dos registros dos dados relatando, mesmo que sucintamente, a história clínica da doença tratada. Essas providências podem auxiliar na avaliação do processo de trabalho e no atendimento das recomendações científicas preconizadas para tratamento do câncer de mama e de todos os outros tipos de câncer.

REFERÊNCIAS

1. International Agency for Research on Cancer. World Health Organization [GLOBOCAN 2008. Cancer incidence and mortality Worldwide 2008. [on line]. 2010 [acesso em 2010 Dez 12]. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=76>
2. Rayson D, Saint-Jacques N, Younis T, Meadows J, Dewar R. Comparison of elapsed times from breast cancer detection to first adjuvant therapy in Nova Scotia in 1999/2000 and 2003/04. Canadian Medical Association [on line]. 2007 Jan [acesso em 2009 Mar 09];176(3):327-32. Disponível em: <http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/176/3/327.pdf>
3. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. Can J Public Health. 2004 Set/Out;95(5):341-5.
5. Arndt V, Stürmer T, Stegmaier C, Ziegler H, Becker A, Brenner H. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. Journal of Clinical Oncology [on line]. 2003 Abr [acesso em 2009 Mar 09];21(8):1440-6 Disponível em: <http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/21/8/1440>
6. Montella M, Crispo A, Botti G, et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. Breast Cancer Research and Treatment. 2001;66:209-215.

7. Canadian Society for Surgical Oncology – CSCO. [site internet]. Disponível em: <http://www.cos.ca/cso/> Acesso em: 16/12/2010
8. Lohrisch C, Paltiel C, Gelmon K, et al. Impact on survival of time from definitive surgery to initiation of adjuvant chemotherapy for early 2006-stage breast cancer. *J Clin Oncol* 2006; 99:313-21.
9. Mayo NE, Scott SC, Shen N, Hanley J, Goldberg MS, MacDonald N. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. *Canadian Medical Association Journal* [on line]. 2001 [acesso em 2009 Mar 09];17;164(8):1133-8. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80969>
10. Souza VO, Grando JPS, Filho JO. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). *RBM rev. Bras. Med* [on line]. 2008 Jun [acesso em 2009 Mar 08];65(5):135-8. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=485556&indexSearch=ID>
11. Trufelli DC. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um Hospital Público. *Rev Assoc Bras* [on line]. 2008 [acesso em 2009 Mar 09];54(1):72-6. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/24.pdf>
12. Serrano AI, d'Dorsi E, Giordani-Serrano TR, et al. Monitorando o cuidado: análise do registro hospitalar de câncer do CEPON, de 2000 a 2002. Florianópolis: SES/SC/Insular; 2007.
13. Ministério da Saúde (BR). Integrador Registro Hospitalar do Câncer. Tabulador Hospitalar. Base do Estado: SC [on line]. [acesso em: 2011 Mar 24]. Disponível em: <http://irhc.inca.gov.br/cgi-irhc/dh?rhchos/SC/rhc>
14. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
15. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis (RJ): Vozes; 2003.
16. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que

utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2009; 17(2).

17. Flores-Luna Lourdes, Salazar-Martínez Eduardo, Duarte-Torres Reyna Margarita, Torres-Mejía Gabriela, Alonso-Ruiz Patricia, Lazcano-Ponce Eduardo. Factores pronósticos relacionados con la supervivencia del cáncer de mama. *Salud pública Méx* [on line]. 2008 Abr [acesso em 2009 Out 11]; 50(2):119-125. Disponível em: http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342008000200005&lng=en

18. Cintra JRD, Guerra MR, Bustamante-Teixeira MT. Sobrevida específica de pacientes com câncer de mama não-metastático submetidas à quimioterapia adjuvante. *Rev. Assoc. Med. Bras.* [on line]. 2008 Agos [acesso em 2009 Out 11]; 54(4):339-346. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302008000400020&lng=en.

19. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer – INCA. Câncer de mama [on line]. 2010. [acesso em 29 de jan 2010]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

20. Presidência da República (BR). Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei n.11.664, de 29 de abril de 2008. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília: 2008.

21. Fisch T, Pury P, Probst N, Bordoni A, Bouchardey C, Frick H, Jundt G, De Weck D, Perret E, Lutz JM. Variation in survival after diagnosis of breast cancer in Switzerland. *Ann Oncol.* [on line]. 2005 Dec [acesso em 2009 Out 15];16(12):1882-8. Epub 2005 Oct 10. Disponível em: <http://annonc.oxfordjournals.org/cgi/content/full/16/12/1882>

22. Louwman WJ, van de Poll-Franse LV, Fracheboud J, Roukema JA, Coebergh JW. Impact of a programme of mass mammography screening for breast cancer on socio-economic variation in survival: a population-based study. *Breast Cancer Res Treat.* [on line]. 2007 Nov [acesso em 2009 Set 08]; 105(3):369–75. Disponível em: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?tool=pubmed&pubmedid=17211536>

23. Schmitt FE, Gobbi H. Mama. In: Bogliolo L, editor. *Patologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan; 2006. p. 613-42.

24. Ministério do Estado da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. Política Nacional de Atenção Oncológica. Diário Oficial da União da República, Brasília; 2005.

5.4 MANUSCRITO 4 - SIGNIFICADO DO CÂNCER DE MAMA: DO SINTOMA AO TRATAMENTO

Este manuscrito será submetido à Revista Enfermagem da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

SIGNIFICADO DO CÂNCER DE MAMA: DO SINTOMA AO TRATAMENTO

Meaning of breast cancer: symptom to treatment

Significado del cáncer de mama: del síntoma al tratamiento

Título abreviado: Significado do câncer de mama

Luciana Martins da Rosa^I
Vera Radünz^{II}

RESUMO: Estudo qualitativo que objetivou conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante. Foram entrevistadas 13 mulheres, de agosto a dezembro de 2010. Os relatos foram analisados por análise de conteúdo, sustentada pelo referencial Sistema de Cuidados à Saúde. Dentre os significados, destaca-se: ansiedade no período do diagnóstico; dificuldade para aceitação da doença e da alteração da imagem; medo da morte; impossibilidade de trabalhar; repadronização dos hábitos. Para a mulher enfrentar o câncer de mama ela necessita de um sistema de saúde que atenda as demandas de cuidados que envolvem a vivência da doença. Ressalta-se a agilização do diagnóstico e a reconstrução mamária. Compreender os significados

^I. Enfermeira. Mestre e Doutoranda pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem Oncológica. Enfermeira da Secretaria de Estado da Saúde/Centro de Pesquisas Oncológicas. Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/Santa Catarina/Brasil.

^{II}. Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/Santa Catarina/Brasil.

da doença e auxiliar a mulher à adoção de um itinerário terapêutico voltado à necessidade de saúde minimiza os prejuízos ocasionados pela doença.

Palavras-chave: Enfermagem; Neoplasias da mama; Emoções; Oncologia.

ABSTRACT: Qualitative study which aimed to know the meaning of breast cancer, in the women perception, in time interval from symptom of the disease to adjuvant therapy. Interviews in 13 women were done from August to December 2010. Data were analyzed by content analysis supported by Health Care System referential. Among the meanings, stands out: anxiety in the time of diagnosis; difficulty in accepting the disease and altered image; fear of death; inability to work; repatterning of the habits. Make face the breast cancer, the women need a health system capable to meet the demands of care involving the disease process. A faster diagnostic process and the breast reconstruction should be emphasized. Understand the meanings of illness and help the woman to adopt therapeutic itinerary leading the health are able to minimize the for health damage caused by disease.

Key words: Nursing; Breast Neoplasm; Emotions; Medical Oncology.

RESUMEN: Estudio cualitativo que tuvo por objetivo conocer el significado del cáncer de mama, en la percepción de las mujeres, en el intervalo de tiempo entre los síntomas de la enfermedad y la terapia adyuvante. Han sido entrevistadas 13 mujeres entre agosto y diciembre de 2010. Los informes fueron analizados por análisis de contenido, con el apoyo del referencial adoptados por el Sistema de Cuidado de la Salud. Entre ellos, se destaca: la ansiedad en el momento del diagnóstico, la dificultad para aceptar la enfermedad y para modificar la imagen, el miedo a la muerte, la incapacidad para trabajar; la mudanza de hábitos. Para la mujer que enfrenta el cáncer de mama, se hace necesario profesionales y un sistema de salud capacitados para atender las demandas de la salud que entrañen el proceso de la enfermedad. Cabe destacar la necesidad de un diagnóstico rápido y de la reconstrucción mamaria. Comprender los significados de la enfermedad y auxiliar a la mujer en la adopción de un itinerario terapéutico direccionado a la necesidad de la salud, minimiza los daños ocasionados por la enfermedad.

Palabras Clave: Enfermería; Neoplasias de la mama; Emociones; Oncología médica.

INTRODUÇÃO

A mama é o órgão do corpo feminino que está associado ao prazer e à vida, símbolo de fertilidade, saúde e feminilidade. Quando a mulher descobre o câncer de mama, sua identidade é questionada, tanto com relação à fertilidade como em relação à sexualidade. As modificações corporais são sentidas pela mulher mesmo que não passe pelo processo de mastectomia, porque ela identifica que há algo estranho dentro de seu corpo. Com a possível retirada de uma ou ambas as mamas, as questões se agravam, porque há uma confrontação real no lugar do que antes era somente simbólico.¹

O tratamento do câncer de mama envolve, basicamente, três etapas que se sobrepõem: o recebimento do diagnóstico, a realização do tratamento e a aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem, com a necessidade de aceitação e convivência com esse novo corpo.¹

O câncer de mama é uma experiência amedrontadora para a mulher, podendo gerar sentimentos diversos, ameaçar a integridade psicossocial, provocando incertezas quanto ao sucesso do tratamento e apresentando a possibilidade de recorrência da doença e do enfrentamento da própria morte.²

A fase de diagnóstico da doença é identificada como um período de extremo estresse. Na fase cirúrgica a mulher se confronta com a perda da mama, com o medo da cirurgia, da mutilação e da morte. A fase pós-cirúrgica é marcada pela ambivalência, sobrevivência à cirurgia e a esperança de estar curada. Mas também há o medo do retorno da doença, o medo de enfrentar a dor, os drenos, os curativos, o medo de enfrentar a possibilidade permanente de um corpo mutilado e, ainda, as preocupações com a feminilidade e com as reações do companheiro frente à mutilação. Sequencialmente, muitas mulheres necessitam realizar a terapêutica quimioterápica, que em geral leva à alopecia e a outros efeitos colaterais.^{2,3}

Todo esse emaranhado de emoções e sentimentos, associado ao número elevado de mulheres acometidas pelo câncer de mama vem exigindo a ampliação da compreensão dos significados da doença na vida das mulheres. Com isso, justifica-se este estudo, que objetiva conhecer o significado do câncer de mama, na percepção da mulher, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante.

MÉTODO

Estudo qualitativo, realizado em instituição especializada no atendimento oncológico de Santa Catarina, Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética da instituição, cenário do estudo, sob o registro

009/2010, e que seguiu os preceitos legais para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos.⁴

Foram incluídas no estudo: mulheres realizando terapêutica quimioterápica adjuvante, atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde o diagnóstico da doença e que iniciaram o tratamento com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico I), ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico II). Foram também incluídas, mulheres que iniciaram o tratamento da doença com o esquema terapêutico I ou II, no ano de 2009, com atendimento exclusivo pelo SUS, conforme registros nos prontuários, encontradas com agendamento de seguimento pós-adjuvância, no período do estudo.

A seleção das mulheres realizando quimioterapia adjuvante foi realizada a partir do sistema de agendamento das quimioterapias. Foram abordadas 36 mulheres na Central de Quimioterapia e dessas, oito mulheres atenderam os critérios de inclusão. As exclusões, 28, ocorreram por etapas diagnósticas e/ou terapêuticas terem sido realizadas por meio de recursos financeiros particulares ou por convênios de saúde.

A seleção das mulheres que iniciaram o tratamento no ano de 2009 foi realizada por lista de nomes fornecida pela Divisão de Informática, que totalizou 138 nomes. Após análise dos prontuários somente 24 registraram atendimento exclusivo pelo SUS. Dessas 24 mulheres selecionadas inicialmente, cinco foram encontradas no período do estudo, com agendamento de atendimento no cenário do estudo.

Assim, a amostra totalizou 13 mulheres (oito mulheres realizando quimioterapia adjuvante e cinco em seguimento pós-adjuvância).

A coleta de dados ocorreu no período de agosto a dezembro de 2010. A técnica de coleta utilizada foi a entrevista semiestrutura. A pergunta que orientou o desenvolvimento da entrevista foi: o que significou para a senhora o diagnóstico do câncer de mama, na vivência do sintoma da doença ao tratamento? As entrevistas foram gravadas, transcritas e validadas. Para garantir o anonimato cada mulher escolheu um pseudônimo.

A partir das transcrições foi realizada a análise de conteúdo das comunicações.⁵ A sustentação teórica foi pautada no Sistema de Cuidados à Saúde⁶ proposto pelo antropólogo Arthur Kleinman e em estudos que abordassem as subcategorias temáticas encontradas.

A categorização dos relatos foi realizada pelo agrupamento dos trechos das falas. A partir desses agrupamentos emergiu a categoria: Significados da doença, composta das seguintes subcategorias: Ambivalências; Mudanças no viver; Medos e preocupações; Refazendo o viver.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

As entrevistas com as 13 mulheres do estudo e a partir da análise de conteúdo das comunicações o significado do câncer de mama na percepção da mulher foi definido como:

Ambivalência

As falas demonstraram a aceitação e/ou negação do diagnóstico do câncer de mama, a tranquilidade frente ao diagnóstico de câncer de mama; a falta de informação sobre a doença e suas consequências, a definição do câncer como uma doença como qualquer outra doença; a necessidade de barganhar a vida e a saúde com Deus.

Analisando os trechos das falas, ficou a dúvida se a aceitação relatada representava o que a fala dizia ou se esta comunicação significava a negação ou a falta de informações quanto à doença. O método aplicado neste estudo não permitiu a definição exata dessa manifestação psicológica, mas pela interpretação das comunicações e pela expressão das mulheres durante a entrevista, constatou-se que elas estavam em negação ou aceitação parcial.

Aceitar e/ou negar, por si só, representa uma maneira do indivíduo se proteger contra aquilo que traz dor, sofrimento e medo. Envolve o significado que a mulher atribui a essa experiência e é também o reflexo de tantas outras experiências vividas, numa teia de significados decorrente de inúmeras interações sociais que acabam definindo como as pessoas reagem às doenças e como as enfrentam.⁷

A negação da doença, dentro dos estágios psicológicos no enfrentamento do câncer, representa a fase em que a pessoa não acredita na informação que está recebendo, sendo uma fase temporária, logo substituída pela aceitação parcial. Nesta fase, ainda é comum uma transição em falar sobre a realidade do assunto, num determinado momento, e de repente negá-lo completamente. Na aceitação, os fatos começam a ser enfrentados com consciência das possibilidades e das limitações.⁷

Até a médica perguntou pra mim, sabes o que tens? Eu disse sei. Eu estava tão tranquila que ela achou que eu não estava entendendo [risadas]. (Maria)

A barganha, outro estágio psicológico que a mulher, após a revolta, passa a utilizar inconscientemente acordos para que as coisas se restabeleçam representou uma alternativa a mais para viver e para aceitar a doença. Geralmente este movimento volta-se à religiosidade.^{7,14}

[...] quando o médico diagnosticou o câncer em mim, eu fiz esta pergunta, eu sempre rezei, sempre pedi a Deus, anjos e santos que me dessem muita saúde, pra eu trabalhar e criar meus filhos com dignidade. Aí quando o médico diagnosticou o câncer, eu disse assim: Por que Deus? Se eu pedi tanto pra me dares saúde? Eu só pedia saúde, eu não pedia pra ganhar casa ou ganhar na mega sena, só saúde. E por que uma doença, a pior doença a se manifestar em mim? [...] eu fiquei descrente de tudo. Acreditar em Deus pra quê, se me manda uma doença dessa? Fiquei chocada, acho que estava bastante nervosa com tudo... quando aí digo não, Deus é a salvação pra mim. Voltei, refleti bastante, pedi perdão pelo que eu pensei e falei. Comecei ir à missa carismática, [...] e foi naquela novena, a desatadora dos nós, que eu reencontrei as minhas forças. (Bárbara)

Quanto à falta de informações sobre a doença e seu prognóstico, observa-se que algumas mulheres sabem que têm câncer de mama e também têm consciência da representação social quanto ao risco de morte decorrente de um diagnóstico de câncer. Mas, quando elas olham apenas para sua própria realidade, apegam-se à esperança de vida, considerando que o câncer pode matar, mas o câncer delas não, mesmo que seja um câncer avançado.

Outro aspecto envolveu o desconhecimento das consequências da doença avançada, tais como: a alteração da imagem, alteração motora, alteração da atividade laborativa, alteração das vivências no próprio seio familiar e, principalmente, alteração dos hábitos de vida no decorrer da progressão da doença, para o resto da vida. Essas consequências só foram pensadas quando instaladas, pois antes eram desconhecidas, não tinham sido esclarecidas pelos profissionais. Nos relatos constata-se o quanto ainda se faz necessário informar e educar a mulher e a sociedade sobre câncer, câncer de mama e cuidados à saúde.

Mudanças no viver

Todas as mulheres entrevistadas foram submetidas ao esvaziamento axilar e nove mulheres realizavam atividades profissionais/ocupações relacionadas a atividades domésticas. As outras mulheres realizavam atividades de pesca, massagem, atividade de técnica em enfermagem e auxiliar administrativo. Todas estas atividades exigem esforço e movimentos repetitivos, não recomendados para pessoas submetidas ao esvaziamento axilar.

Além das mudanças de ordem profissional, as falas das mulheres apresentaram a dificuldade da mulher em conseguir se olhar no espelho e observar as mudanças físicas decorrentes da terapêutica cirúrgica e quimioterápica; a dificuldade de enfrentamento da ausência da mama diante da dificuldade/impossibilidade de reconstrução da mama via SUS; a presença de linfedema; a necessidade de mudança no estilo de se vestir, na tentativa de esconder as consequências da retirada da mama parcial ou total; a vergonha da aparência física, quando despida na frente dos familiares.

Analisando os achados, o esvaziamento axilar as impediu de continuar exercendo a profissão até então escolhida, e mesmo diante da orientação de não retornar à atividade laboral pelos profissionais, algumas vivenciaram a dificuldade para conseguir a aposentadoria, incluindo os trâmites normais definidos pelas leis previdenciárias e porque algumas trabalhavam sem registro na carteira profissional. Essa realidade dificulta a subsistência da mulher e de sua família, pois mesmo para aquelas que conseguem se aposentar há uma redução dos rendimentos.

As experiências objetivas e subjetivas vividas com a doença direcionam o enfrentamento das dificuldades. A limitação física, neste caso, é a grande influenciadora para a aposentadoria, sendo um direito da mulher.⁶ Somada a isto está a baixa escolaridade, que impede as mulheres de poderem optar por uma atuação profissional mais condizente com sua atual condição física, decorrente do tratamento do câncer de mama, e assim continuarem sendo membros produtivos dentro do sistema econômico brasileiro.

Eu estava com um medo tremendo, porque eu disse: meu Deus do céu, eu vou ter que deixar de trabalhar. Porque sabe... aposentada ganha um salário mínimo né. Aí eu disse: aí meu Deus, a minha filha estudando, ela não trabalha ainda, o filho lá, preso. O que vai ser da minha vida. E eu tinha tanto medo e quando o médico me deu a notícia, que eu tava com câncer, cáí no desespero. (Cristina)

Por outro lado, enfrentar as mudanças físicas exige da mulher com câncer de mama um equilíbrio psicológico, emocional, espiritual, físico e social. Para alcançar esse equilíbrio, há necessidade de uma reorganização na forma de ver e viver a vida. Junto com isso vem o desejo da reconstrução mamária, tentando minimizar as sequelas do tratamento. No entanto, essas mulheres ainda têm que enfrentar o SUS e seus impedimentos, para obterem esse direito já estabelecido pelo sistema de saúde. Segundo os relatos, os cirurgiões as informam que devem esperar cinco anos para depois pensarem na reconstrução mamária, e mesmo depois desse tempo necessitarão entrar na fila para conseguir a vaga cirúrgica, esta sem previsão de tempo.

A alteração da estética e da imagem corporal são aspectos inerentes ao câncer de mama, conseqüentemente necessitam ser considerados continuamente na prática profissional, especialmente quando se pensa em um cuidado preocupado com a dimensão psicossocial, que envolve as percepções e os julgamentos da mulher e familiares.^{6,8}

Orientações quantos aos procedimentos diagnósticos, terapêuticos e às conseqüências dos mesmos por parte da equipe multiprofissional, somadas à abordagem psicológica e à participação das mulheres nos grupos terapêuticos, podem contribuir significativamente para minimizar a alteração da imagem. No entanto, diante dos casos de amputação da mama, a reconstrução mamária, para a maioria das mulheres, representa uma alternativa significativa para a vida da mulher.

A reconstrução da mama é a minha prioridade na vida. É muito ruim ficar sem peito, a autoestima cai muito. Imagina, desde os 12 nos a gente tem peito e de repente não tem mais, fica difícil ficar sem. Reconstruir vai me fazer ficar mais feliz, o seio faz parte do corpo da gente. (Denise)

Medos e Preocupações

Os relatos demonstraram a ansiedade de iniciar e de concluir o tratamento o mais rapidamente possível; ansiedade por estar sem tratamento enquanto aguardam os agendamentos e os resultados dos exames diagnósticos; ansiedade quanto ao possível avanço da doença; o medo do enfrentamento da doença; do tratamento; dos efeitos colaterais; das mudanças do dia a dia a serem enfrentadas; de morrer; do diagnóstico de morte prematura; da mutilação decorrente da terapêutica cirúrgica; do prognóstico da doença; da preocupação com os familiares. Esperar o resultado da investigação diagnóstica constituiu o período de antecipação da situação a ser vivenciada com o início do tratamento.³

Atrasos para o diagnóstico aumentam a angústia sentida nessa fase.⁹ O período de diagnóstico é considerado como período de ansiedade, estresse e de morbidade psicológica para as mulheres e seus familiares. A ansiedade sentida pode comprometer o pensamento crítico e a habilidade para o processamento das informações.¹⁰ Essa tensa etapa começa a apresentar à mulher a falta de saúde (*illness*) e as alterações biofísicas (*disease*) e psicológicas, trazidas pela suspeita ou quase certeza do câncer de mama.⁶

Pensando na qualidade de vida dessas mulheres e pensando em estratégias para redução da ansiedade, ficou evidente que o diagnóstico em curto espaço de tempo colaboraria para redução dos estressores, dos medos e das incertezas. Somada a esse aspecto, a brevidade do início do tratamento representaria uma alternativa imediata para o controle da progressão da doença. Para tanto, seria necessário que as mulheres pudessem se deparar com um sistema de saúde que possibilitasse encaminhamentos entre a baixa, média e alta complexidade, num período de tempo que não comprometesse sua própria existência.

O diagnóstico de câncer acarreta uma série de problemas que ultrapassa os problemas de ordem física, na medida em que se associa à morte, à dor e ao sofrimento. A extensão e a duração desses problemas podem ser fortemente influenciadas pelas estratégias de enfrentamento da doença adotadas pelas mulheres^{6,11} e pela forma como a equipe multiprofissional e o sistema de saúde cuidam dessas mulheres para o controle da doença, o equilíbrio e a reintegração social das mesmas.

Nesse contexto de cuidado, ressalta-se a importância dos grupos de apoio terapêutico na reestruturação da mulher. Eles possibilitam através do diálogo, da problematização, das vivências e das trocas de informações o surgimento de novos aprendizados, dando condições à mulher para entender a doença e suas consequências, favorecendo assim a resiliência.

Além de buscar a resiliência, a mulher também procura amenizar os sofrimentos daqueles que lhe são importantes, seus familiares, preparando-os para o que puder vir pela frente. Isso leva esta mulher a buscar saídas de ordem prática e para preparo psicológico das possíveis dores e perdas. Por outro lado, muitas procuram diminuir suas próprias dores, para que as dores nos que ela ama sejam menores.

Essa preocupação é justificada, pois a mulher tem a consciência, mesmo que parcialmente falando, das consequências da doença na sua vida e na vida de seus familiares.^{6,13}

O que mais pesou foram os meus filhos, eu não pensei muito em mim, eu pensei mais neles. O que eu podia

fazer pra eles não sofrerem tanto. Aí tem a angústia, e se eu morresse, porque isto é do ser humano. Porque nós podemos morrer a qualquer momento, ainda mais quando se descobre que se está com uma doença um pouco mais grave. Foi isto que eu mais me preocupei, em deixar eles bem. [...] (Gordelícia)

Refazendo o viver

Esta subcategoria constituiu-se nas falas que declararam: priorização aos hábitos de vida familiar, pela maior valorização dada a este núcleo de relacionamento após o diagnóstico do câncer; manutenção dos hábitos cotidianos e da atividade laboral; repadronização dos hábitos de vida, de acordo com cada etapa vivenciada, a partir do surgimento da doença e das limitações físicas decorrentes da mesma.

A hospitalização e os tratamentos, com normas predeterminadas, limitam a autonomia dessa mulher e o seu direito de ir e vir. Esses aspectos, associados à mutilação da mama, geram um impacto, acarretando uma série de preconceitos e fantasias associadas à doença. As experiências relacionadas ao câncer são sempre negativas, podendo gerar transtornos afetivos e provocar um afunilamento do campo perceptivo, fazendo com que a mulher só veja a doença e suas consequências, reais ou fantasiosas.^{6,12}

Lutar pela manutenção dos hábitos e/ou repadronizar hábitos de vida representa o esforço da mulher em se manter viva e atuante, dentro da família, da sociedade e dentro de si mesma.

Eu me apego bastante ao meu trabalho, no que me dá ânimo pra encarar o dia a dia. Se não fosse o meu trabalho... O médico disse assim: Tem que descansar, tem que repousar. Concordo, mas se eu tirar o tempo só pra descansar e repousar, o que tem pra eu fazer? De manhã e à tarde dorme e à noite como é que fica? E o sono? Aí o que tem que fazer? Remédio pra dormir. Não tá certo tomar remédio pra dormir, vamos trabalhar, vamos ocupar a cabeça, vamos esquecer a doença. Aí tu tá com o corpo cansado, a mente cansada, chega a noite tu dormes tomo um chazinho, pois ajuda a dormir [...] (Bárbara)

A tentativa de refazer o viver representa a adoção de cuidados à saúde e de busca da qualidade de vida, sendo influenciada principalmente pelo

subsistema familiar e profissional.⁶ No entanto, observa-se nos relatos a descontinuidade das avaliações profissionais analisando e auxiliando estas mulheres a solucionar seus problemas e atender suas necessidades.

CONCLUSÃO

Os resultados encontrados favorecem a compreensão quanto ao que é sentido pelas mulheres no vivenciar do câncer de mama, do sintoma da doença ao tratamento, cabendo aos profissionais o planejamento e o desenvolvimento de estratégias de cuidado que colaborem para a aceitação e enfrentamento da doença. Isso envolve o conhecimento, pela mulher, do processo de adoecimento, tratamento e pós-tratamento e também o apoio profissional à mulher, auxiliando-a na adaptação da nova condição de vida e de imagem. Também a adoção de um itinerário terapêutico voltado para o bem estar, qualidade de vida, controle da doença, minimizando assim os prejuízos ocasionados pelo câncer de mama à saúde da mulher.

Destaca-se que, a agilização para a realização dos exames e de seus resultados na fase de diagnóstico, bem como a agilização da reconstrução mamária podem ser forte estratégias a serem adotadas para a reestruturação psicológica e sexual da mulher.

Questiona-se também se o sistema de saúde tem se preocupado com o número de profissionais disponíveis para examinar as mulheres nas unidades ambulatoriais, hospitalares e da atenção básica. Como o sistema de saúde tem “olhado” para o tempo que os profissionais dispõem para examinar as mulheres? Esse contato da mulher com a equipe de saúde abre espaço para o diálogo e para o cuidado integral/humano, preconizado dentro da filosofia de atendimento do próprio sistema SUS?

O SUS é uma filosofia de atenção integral, e não apenas uma normativa de procedimentos para atender demandas reprimidas. Mas, na verdade, é isso que está sendo feito, ou pelo menos, é o que os profissionais e a sociedade estão enfrentando. Diante da realidade do câncer no Brasil, ainda há muito que fazer para se atender com dignidade e respeito todos os doentes por câncer, destacando neste caso a mulher com câncer de mama.

Seguir as diretrizes estabelecidas pela política do SUS é trabalhar para o cuidado mais amplo, ou seja, a essência do cuidado, que vê a mulher e o ser humano em todas as suas dimensões, inserido em um ambiente e contexto que o influencia e vice-versa.

REFERÊNCIAS

1. Vieira CP, Lopes MHBM, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev. esc. enferm* 2007; 41(2):311-16.
2. Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2003; 11(5): 614-21.
3. Poole K, Lyne PA. The cues to diagnosis: describing the monitoring activities of women undergoing diagnostic investigations for breast disease. *Journal of Nursing* 2000; 31(4):752-8.
4. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde; 1996.
5. Bardin L. Análise de conteúdo; tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa/Portugal: Edições 70, LDA; 2006.
6. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.
7. Kübler-Ross (1969). Sobre a morte e o morrer. Rio de Janeiro: Martins Fontes; 2001.
8. Tavares JSC, Trad LAB. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. *Ciênc. saúde coletiva* 2010;15(supl. 1):1349-58.
9. Reed AD, Williams RJ, Wall PA, Hasselback P. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. *Can J Public Health*. 2004 ;95(5):341-5.
10. O'Mahony M. Women's lived experience of breast biopsy: a phenomenological study. *Journal of Clinical Nursing* 2001; 10:512-20.
11. Carvalho MVB, Merighi MAB. O cuidar no processo de morrer na percepção de mulheres com câncer: uma atitude fenomenológica. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* 2005; 13(6): 951-9.
12. Mello ELR, Santos CER. Manual de cirurgia oncológica. São Paulo: Tecmedd Editora; 2006.
13. Caetano EA, Gradin CVC, Santos LES. Câncer de mama: reações e enfrentamentos ao receber o diagnóstico. *Rev. enferm. UERJ*, Rio de

Janeiro, 2009 abr/jun; 17(2):257-61.

14. Cascais AFMV, Martini JG, Almeida PJS. Representações sociais da pessoa estomizada sobre o câncer. Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16(4):495-0.

5.5 MANUSCRITO 5 - ITINERÁRIO TERAPÊUTICO DA MULHER COM CÂNCER DE MAMA: UMA CONTRIBUIÇÃO PARA O CUIDADO DE ENFERMAGEM

Este manuscrito será submetido à Revista Brasileira de Enfermagem.

Itinerário terapêutico da mulher com câncer de mama: uma contribuição para o Cuidado de Enfermagem

Therapeutic itinerary of women with breast cancer: a contribution to the Nursing Care

El itinerario terapéutico de las mujeres con cáncer de mama: una contribución para el Cuidado de Enfermería

Luciana Martins da Rosa^A, Vera Radünz^B

RESUMO

Estudo qualitativo que objetivou conhecer o itinerário terapêutico adotado pela mulher com câncer de mama. A coleta de dados, de agosto a dezembro de 2010, com treze mulheres, utilizou entrevista semiestruturada, seguida pela análise de conteúdo. O Sistema de Cuidados à Saúde foi o referencial teórico adotado. Itinerário terapêutico encontrado, cuidados com o braço; alimentação e hidratação; sol e pele; aparência; crença em Deus, na fé e na espiritualidade; acompanhamento médico, exames e tratamentos; repouso; atividade física; uso de fitoterápico e automedicação; autoconhecimento e reflexão; busca por

^A Mestre em Enfermagem pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem (PEN) da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Membro do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Enfermeira do Centro de Pesquisas Oncológicas. Florianópolis/SC/Brasil. Endereço: Rodovia Admar Gonzaga, 404. Itacorubi, Florianópolis/SC, CEP: 88034-000. E-mail: cecepon@saude.sc.gov.br

^B Doutora em Enfermagem. Docente do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC. Líder do Grupo de Pesquisa Cuidando & Confortando. Florianópolis/SC/Brasil. E-mail: radunz@ccs.ufsc.br

informações; participação em grupos de apoio. Estes cuidados representam cuidados significantes para a mulher com câncer de mama e para o cuidado de enfermagem e na saúde.

Descritores: Atitude frente à saúde; Enfermagem; Neoplasias da mama; Oncologia.

ABSTRACT

Qualitative study which aimed to know the therapeutic itinerary adopted by women with breast cancer. Data were collected from 13 women through semi-structured interview, from August to December 2010 and were analyzed by content analysis. Health Care System was the theoretical reference chosen. The therapeutic itinerary found was the care with the arm; nutrition and hydration; sun and skin; appearance; belief in God, in faith and spirituality; medical care, tests and treatments; rest; physical activity; use of herbal treatments and self medication; self knowledge and reflection; search for information; participation in support groups. These points represent significant care for women with breast cancer, nursing and health care.

Descriptors: Attitude to health; Nursing; Breast neoplasm; Medical Oncology.

RESUMEN

Estudio cualitativo cuyo objetivo ha sido conocer el itinerario terapéutico adoptado por la mujer con cáncer de mama. La recopilación de los datos ha sido mediante entrevista semi-estructurada entre agosto y diciembre de 2010. Los datos fueron analizados por análisis de contenido; como referencial teórico adoptado, el marco teórico del Sistema de Cuidado de la Salud ha sido elegido. El itinerario terapéutico revela el cuidado con el: brazo; nutrición y hidratación; sol y piel; apariencia; creencia en Dios, en la fe y espiritualidad; atención médica, exámenes y tratamientos; descanso; actividad física; uso de fitoterapia y automedicación; autoconocimiento y reflexión; búsqueda de información; participación en grupos de apoyo. Estos cuidados representan cuidados significantes para la mujer con cáncer de mama y para el cuidado de enfermería y en la salud.

Descriptor: Actitud frente a la salud; Enfermería, Neoplasias de la mama; Oncología médica.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre itinerário terapêutico podem desempenhar papel

importante para compreensão de como as pessoas constroem seus próprios caminhos no enfrentamento das exigências e consequências da cronicidade de algumas doenças⁽¹⁾.

As doenças crônicas provocam mudanças na vida das pessoas, tanto na estrutura como no funcionamento e na qualidade de vida. Surge a necessidade de novos hábitos, papéis sociais e da incorporação da doença no processo de viver⁽²⁾. Isso leva as pessoas a realizarem diferentes cuidados e tratamentos, com a perspectiva de encontrar uma solução para a doença. Diante do prognóstico de doença crônica e da não cura, as pessoas precisam acreditar que algo mais pode ser feito e, então, buscam variadas opções de tratamento, envolvendo o saber profissional e outros saberes, como o seu próprio, o das pessoas próximas (parentes, amigos, vizinhos) e de outros agentes de cura, numa rede de relações que interfere, consolida e transforma as crenças e os valores dos indivíduos na determinação desses cuidados^(1,3).

A atuação dos profissionais da saúde, muitas vezes, não considera a questão fundamental da liberdade das pessoas. Isso por estarem convictos de que há uma maneira certa ou mais adequada de efetuar os tratamentos e os cuidados em saúde e também por acreditarem que possuem conhecimento superior sobre o cuidado à saúde para definir o que é melhor para o outro⁽⁴⁾.

No entanto, quando há aproximação com as pessoas cuidadas, busca-se apreender a maneira como elas tratam e cuidam de seus problemas de saúde. Percebe-se, então, que a prescrição do profissional de saúde não representa o único caminho adequado ao tratamento e cuidado em saúde, e sim é compreendida como mais uma opção⁽⁴⁾.

Estudo desenvolvido anteriormente com pessoas com diagnóstico de câncer demonstrou que o itinerário terapêutico durante o período de tratamento quimioterápico é fortemente influenciado pelo subsistema familiar e profissional, destacando-se o cuidado com a alimentação, hidratação e os tratamentos e cuidados prescritos e/ou orientados pelos profissionais da área da saúde, principalmente pelos enfermeiros e médicos⁽³⁾.

Considerando a importância do conhecimento do itinerário terapêutico no planejamento do cuidado de enfermagem, este estudo objetiva conhecer o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo do sintoma da doença ao tratamento adjuvante.

MÉTODOS

Estudo qualitativo realizado em instituição especializada no

atendimento oncológico em Santa Catarina, Brasil. Aprovado pelo Comitê de Ética da instituição cenário do estudo, sob o parecer 009/2010 e desenvolvido de acordo com os preceitos legais estabelecidos para o desenvolvimento de pesquisas com seres humanos⁽⁵⁾.

Foram incluídas no estudo: mulheres realizando terapêutica quimioterápica adjuvante, atendidas exclusivamente pelo Sistema Único de Saúde (SUS) desde o diagnóstico da doença e que iniciaram o tratamento com as seguintes sequências terapêuticas: quimioterapia neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico I), ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário, seguida de quimioterapia e/ou radioterapia adjuvante (esquema terapêutico II). Foram também incluídas, mulheres que iniciaram o tratamento da doença com o esquema terapêutico I ou II, no ano de 2009, com atendimento exclusivo pelo SUS, conforme registros nos prontuários, encontradas com agendamento de seguimento pós-adjuvância, no período do estudo.

A seleção das mulheres realizando quimioterapia adjuvante foi realizada a partir do sistema de agendamento das quimioterapias. Foram abordadas 36 mulheres na Central de Quimioterapia e dessas oito mulheres atenderam os critérios de inclusão. As exclusões, 28, ocorreram por etapas diagnósticas e/ou terapêuticas terem sido realizadas por meio de recursos financeiros particulares ou por convênios de saúde.

A seleção das mulheres que iniciaram o tratamento no ano de 2009 foi realizada por lista de nomes fornecida pela Divisão de Informática, que totalizou 138 nomes. Após análise dos prontuários somente 24 registraram atendimento exclusivo pelo SUS. Dessas 24 mulheres selecionadas inicialmente, cinco foram encontradas no período do estudo, com agendamento de atendimento no cenário do estudo.

Assim, a amostra totalizou 13 mulheres (oito mulheres realizando quimioterapia adjuvante e cinco em seguimento pós-adjuvância).

A coleta de dados, de agosto a dezembro de 2010, foi realizada através de entrevista semiestruturada. As entrevistas foram agendadas, hora e data, de acordo com a disponibilidade de cada mulher.

As perguntas que orientaram o desenvolvimento da entrevista foram: Quais os cuidados à saúde que a senhora adotou, no seu dia a dia, desde o início da suspeita da doença? Quem influenciou a adoção destes cuidados?

As entrevistas foram gravadas, transcritas e validadas. A

validação dos dados com o sujeito foi planejada para dar rigor aos resultados analisados, respeitando o discurso dos sujeitos⁽⁶⁾.

Para garantir o anonimato dos sujeitos, cada mulher escolheu um pseudônimo para representá-la.

A partir das transcrições foi realizada a análise de conteúdo das comunicações, que inclui as fases de pré-análise, codificação, categorização e inferência⁽⁷⁾.

O referencial teórico que sustentou o desenvolvimento do estudo foi o Sistema de Cuidados à Saúde, proposto pelo médico antropólogo Arthur Kleinman⁽⁸⁾.

O Sistema de Cuidados à Saúde é formado por três subsistemas que se sobrepõem: o familiar, o profissional e o popular. O subsistema familiar basicamente determina o cuidado à saúde escolhido pela pessoa. A pessoa doente e sua família utilizam as crenças e valores sobre a doença para entender o que está acontecendo e para planejar os cuidados a serem realizados. Esse subsistema é representado pela própria pessoa, pela família e pessoas mais próximas a sua convivência. O subsistema profissional compreende a rede oficial de assistência de saúde. O subsistema popular constitui-se dos profissionais não reconhecidos legalmente (especialistas da cura, curandeiros, benzedeiros, rezadores, especialistas em ervas) que prestam cuidados através de ervas, tratamentos manipulativos, rituais de cura, dentre outros⁽⁸⁾.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Dos relatos das mulheres, e conforme orienta o método de análise de conteúdo, foram selecionados trechos dos diálogos que expressassem os cuidados adotados à saúde e que retratassem o itinerário terapêutico adotado. Assim, surgiu a categoria temática: Itinerário terapêutico, composta pelas seguintes subcategorias: Cuidado com o braço; Cuidado com a alimentação e hidratação; Crença em Deus, na fé e na espiritualidade; Acompanhamento médico, exames e tratamentos prescritos; Repouso; Cuidado com o sol e pele; Atividade física; Uso do fitoterápico e automedicação; Autoconhecimento e reflexão; Cuidado com a aparência; Busca por informações; Participação em grupo de apoio terapêutico e de idosos; Influenciadores para o cuidado.

Cuidados com o braço

Esta subcategoria foi constituída pelos cuidados adotados com o braço submetido ao esvaziamento axilar, conseqüente ao tratamento do câncer de mama com comprometimento linfonodal axilar, relatados na forma de: redução do peso levantado pelo braço operado; cuidados com

o braço operado, evitando o risco de lesões cutâneas ou outras; cuidados na hora de dormir para não colocar o peso do corpo sobre o braço operado; cuidados de higienização e embelezamento das unhas da mão; fisioterapia orientando os cuidados com o braço operado; fisioterapia auxiliando na redução do linfedema, incluindo drenagem linfática e enfaixamento.

Fiz fisioterapia, porque inchou né, aí tive que fazer drenagem [...] Cuido do meu braço, não pego peso, não faço faxina, quem faz são os meus filhos. Normalmente fico mais em casa e cuido no que dá na casa. (Maria)

O cuidado com o braço submetido ao esvaziamento axilar foi o cuidado citado por todas as mulheres entrevistadas. Num primeiro olhar, este resultado sugere uma prática em saúde apropriada à necessidade da mulher com câncer de mama submetida ao esvaziamento axilar. No entanto, as falas demonstraram que nem todas as mulheres receberam as orientações no período cirúrgico e pós-cirúrgico. Outras só receberam as orientações durante o tratamento quimioterápico.

Dois mulheres afirmaram que não receberam esclarecimentos quanto aos motivos dos cuidados a serem adotados com o braço operado. Estavam seguindo as informações recebidas, mas não sabiam por que deveriam segui-las. Outras duas mulheres relataram que não receberam informações sobre os cuidados que deveriam ter com o braço operado após a cirurgia, e outras mulheres destacaram a dificuldade para o agendamento de consultas e acompanhamento com fisioterapeutas, tanto na instituição cenário deste estudo como nos postos de saúde. Quanto às orientações de enfermagem, só foram citadas as orientações referentes aos cuidados para não realização de punção venosa e verificação de pressão arterial no braço operado.

O relato a seguir é de uma das mulheres que estava no seguimento pós-adjuvância, que retrata a carência de informações à mulher.

[...] quando eu tiver consulta com a doutora eu vou perguntar por que não posso tirar sangue neste braço que foi operado e nem medir a pressão. [...] não me explicaram até hoje [...]
(Cristina)

Com relação ao atendimento fisioterápico, a dificuldades ao acesso a esse tipo de serviço retardou a recuperação dos movimentos do braço, limitando a realização adequada das atividades diárias.

Um ponto importante a ser discutido refere-se à falta de

esclarecimentos quanto ao ato cirúrgico e às consequências físicas. As devidas informações justificariam as mudanças de hábitos a serem adotadas após a cirurgia. Entende-se que ensinar exige esclarecer os porquês, pois sem isto o processo de aprendizagem é incompleto, podendo gerar um descuidado ou um cuidado sem sentido ou fantasioso.

Sendo o cuidado com o braço submetido ao esvaziamento axilar essencial para a mulher operada é imprescindível a organização do sistema de saúde, orientando-a e supervisionando-a, quanto aos cuidados desde a fase pré-cirúrgica até a sua adoção como cuidados diários pela mulher. Essa atenção deve envolver os profissionais enfermeiros, médicos e fisioterapeutas.

Além disso, é importante manter acesso para o cuidado com o linfedema, pois essa condição pode surgir de um momento para o outro na vida dessas mulheres, exigindo, além da disponibilidade de fisioterapeutas em número adequado para atendimento de todas as mulheres, uma prática integrada entre médicos e enfermeiros, avaliando-as permanentemente, orientando e encaminhando-as à fisioterapia sempre que necessário.

Esta subcategoria de dados foi influenciada pelo subsistema profissional, pois partiu, mesmo que em alguns casos deficitariamente, das orientações dos profissionais de saúde. Mas, no dia a dia, surgiu o subsistema familiar realizando, avaliando e selecionando os cuidados. Isso demonstra não somente a influência do subsistema profissional, pautado no conhecimento científico, mas também a forte influência do subsistema familiar, definindo os cuidados adotados como prática diária de cuidado. Essa é uma sobreposição indicada e justificada pelo Sistema de Cuidados à Saúde⁽⁸⁾.

Cuidado com a alimentação e hidratação

Esta subcategoria foi definida a partir dos relatos de cuidados com: redução da quantidade de alimentos; inclusão de comidas mais saudáveis na alimentação diária, destacando-se o consumo de frutas e verduras; redução das comidas menos saudáveis (alimentos que compõem o ápice da pirâmide alimentar); adequação dos horários das refeições; eliminação do consumo de comidas fritas, bebidas alcoólicas, carnes vermelhas e enlatados; aumento do consumo de peixes; inclusão na alimentação de castanhas-do-pará, melado, suco de uva integral, suco de espinafre com laranja e aumento da ingesta hídrica.

Estou comendo mais coisas saudáveis e estou cuidando dos horários, porque eu estava comendo fora de hora, comendo besteiras e agora não, só como o necessário e antes não fazia

assim, comia fora de hora e um monte. (Mari)

Esta subcategoria de cuidado foi a segunda mais citada entre as mulheres entrevistadas. Este achado é similar ao encontrado em pesquisa realizada com as pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento quimioterápico ambulatorial, quando se evidenciou a valorização do ato alimentar, auxiliando o equilíbrio do corpo e a cura da doença⁽³⁾.

Ter um diagnóstico de câncer leva a pessoa a refletir sobre a própria vida, a buscar os conhecimentos adquiridos ao longo da história de vida, associá-los com as novas informações recebidas na busca pela manutenção da vida com mais qualidade.

Refletir sobre o ato alimentar e transformá-lo é a demonstração da responsabilidade por aquilo que se decide comer, assumindo suas decisões sem poder culpar outros. Esse processo envolve a inter-relação, mais uma vez sobreposta, entre os subsistemas familiar e profissional, este complementando o cuidado adotado^(8,9).

Crença em Deus, fé e espiritualidade

Esta subcategoria foi constituída pelos cuidados envolvendo a espiritualidade, representada pela manifestação de fé; crença em Deus e nos desígnios da vida; orações realizadas diariamente; crença de que o controle da doença ocorreu “graças a Deus”; leituras sobre temas espíritas e da bíblia; participação em atividades desenvolvidas em casas espíritas e pela reza do rosário.

Eu quero viver até os 100 anos [...] Deus vai permitir, porque eu sei que eu passei por isto, mas não quero mais passar [...] eu tenho muita fé em Deus, tenho Deus no meu coração, ele segurava a minha mão, quando eu estava fazendo quimioterapia [...] (Neni)

A busca por Deus, pela fé, pela espiritualidade e/ou religiosidade constitui uma forma de entender a doença, aceitá-la, de buscar forças para os enfrentamentos vividos. Compreender o surgimento do câncer exige um esforço e a reorganização do pensar, da maneira de ver a vida.

A vivência do câncer traz uma sensação de vazio e um sentimento de solidão, experiência que leva a pessoa a buscar recursos para amenizar os sofrimentos. Um desses recursos envolve as crenças religiosas e espirituais, que representam socialmente um apelo externo, quando os internos estão escassos. A fé adquire a função de estabelecer um pacto com a vida e de uma aliada contra o câncer⁽¹⁰⁾.

Nesse contexto, observa-se a influência do subsistema popular sobre o subsistema familiar por proximidade dos valores culturais e por oferecer explicações sobre a doença de forma mais acessível à compreensão da mulher⁽⁸⁾.

Acompanhamento médico, exames e tratamentos prescritos

Esta subcategoria de dados envolveu as terapêuticas cirúrgica, quimioterápica, radioterápica, hormonoterápica, o desenvolvimento de exames, fisioterapia, uso de medicamentos prescritos e acompanhamento médico.

Faço os acompanhamentos com os médicos, daqui da instituição, da radioterapia, lá do hospital e com o mastologista. (Maria)

A forte representação social do câncer, ainda nos dias de hoje, vinculada à morte, à dor e ao sofrimento, bem como as evidências sociais de que o câncer é uma doença de difícil tratamento e controle, leva à pessoa, neste caso a mulher com câncer de mama, a reconhecer o subsistema profissional como o orientador para a determinação dos cuidados a serem adotados. Por esse motivo, esta subcategoria também mereceu destaque nas falas das mulheres. A não realização dos cuidados prescritos pelos profissionais que compõem o subsistema profissional configuraria para a mulher um descuidado com o próprio corpo e com a manutenção da vida.

Assim, observam-se a influência do conhecimento científico da rede social de assistência à saúde sobre as mulheres com câncer de mama e a inter-relação entre a mulher e o subsistema profissional, modificando a percepção e a resposta ao mundo social, interferindo na forma de pensar e de reagir à doença e de escolher as práticas de cuidados à saúde⁽⁸⁾.

Repouso

Esta subcategoria foi constituída pelas falas das mulheres que manifestaram o repouso durante o período de tratamento, a parada ou redução do exercício profissional e das atividades domésticas anteriormente realizadas.

O que eu fiz pra me cuidar foi não trabalhar, repouso total, pois tenho uma filha casada que mora do lado da minha casa e ela faz o serviço. Bastante repouso. Agora que estou podendo fazer alguma coisinha, faço uma sopinha. É uma sensação ruim, a gente ver a casa e não poder fazer nada, né? As

atividades da gente, né? Acostumada a fazer, né? Há 19 anos levantando às 5:00 horas da manhã pra trabalhar. (Nete)

O repouso constitui uma necessidade humana básica. Ele possibilita uma inatividade parcial ou completa do corpo e da mente e associado ao sono auxilia na redução da ansiedade, das preocupações, do sofrimento.⁽¹¹⁾ Ele auxilia no restabelecimento das forças físicas e mentais e colabora para o controle da doença, pois a redução da perda de energia despendida para a realização de inúmeras atividades corriqueiras poderia disputar forças com o próprio organismo para o seu equilíbrio durante o período de tratamento. Por outro lado, as terapêuticas prescritas para o tratamento do câncer de mama levam o organismo a uma perda de energia, tanto física quanto psicológica, emocional e espiritual, desregulando a própria homeostasia. Assim, as crenças do subsistema familiar orientam a mulher a realizar o repouso e esta escolha também é reforçada pelas orientações do subsistema profissional.

Cuidado com o sol e pele

O cuidado com o sol e a pele envolveu os cuidados com: a exposição solar no horário anterior às 10 horas e depois das 16 horas; a busca pela sombra e/ou uso de guarda-sol; o uso de protetor solar, boné e hidratante.

Ah, eu não pego sol de jeito nenhum, antes a gente ficava com aquela marquinha, com aquela corzinha, né? Olha, nunca mais na minha vida! Agora, vou à praia no horário certo, tomo o meu banho de mar e vou pra sombrinha, fico ali, uso bastante protetor solar, boné, me cuido o máximo. (Neni)

Estes cuidados, novamente, envolveram a sobreposição dos subsistemas familiar e o profissional. As pessoas normalmente têm conhecimento de quais são os cuidados que devem ser tomados para evitar exposição solar indevida. Apesar de terem o conhecimento, não o praticam. Diante de uma doença crônica e/ou fatal, no entanto, a reflexão sobre o viver e as consequências deste viver vem à tona e com isso vem a necessidade de resgatar e utilizar o saber para viver melhor. Somado a isto, ainda há o peso das recomendações de cuidados necessários a serem seguidos durante o período de tratamento quimioterápico, dialogados com os enfermeiros e médicos e outros profissionais.

Os estudos sobre o sistema de cuidados à saúde afirmam que os

princípios simbólicos influenciam os processos psicológicos e decisórios, mas que ainda não se sabe como a realidade simbólica exerce seus efeitos sobre a realidade psicológica. Evidências sugerem como ocorre, mas o que acontece de verdade é incerto⁽⁸⁾.

Atividade física

A prática da caminhada e da yoga definiram esta subcategoria temática.

Caminho, sempre caminhei. Caminho todos os dias, da minha casa até a praia, ida e volta dá uma hora e vinte e cinco minutos. (Teixeira)

Compreende-se que a fase de diagnóstico e de tratamento do câncer de mama dificulta a prática da atividade física regular. Neste estudo, apenas três mulheres declararam este cuidado, o que chama a atenção, principalmente porque os estudos indicam que a atividade física regular tem um papel protetor em relação ao câncer de mama. A atividade física ajuda a manter o equilíbrio entre a ingestão calórica e o gasto energético, evitando o acúmulo de calorias que pode levar a um aumento de peso e à obesidade, reduzindo o risco de câncer. Este cuidado deve ser observado e estimulado, principalmente no período da menopausa,^(12,13) cabendo aos profissionais os esclarecimentos e as orientações necessárias para que a mulher compreenda a importância da adoção da prática regular da atividade física. Essa orientação não foi encontrada nos relatos dos sujeitos, o que indica que o subsistema profissional necessita rever sua abordagem.

Uso de fitoterápicos e da automedicação

O consumo da babosa, do chá de camomila, erva-cidreira, funcho e o uso de relaxante muscular definiram esta subcategoria temática.

[...] à noite pra dormir, tome um chazinho, ajuda a dormir, é o que eu faço, né? [...] Camomila, erva-cidreira, funcho e assim vai.[...] sempre tomei bastante chá, hábito de família, herança de mãe.(Bárbara)

Além das terapêuticas prescritas pelos profissionais da área da saúde, é comum a busca por outras estratégias de cuidados diante do enfrentamento de doenças. Essa busca visa complementar as necessidades de cuidados à saúde e, em geral, está voltada para as crenças culturais, sendo diretamente influenciada por escolhas do subsistema familiar. O uso de ervas, na sua origem, inter-relaciona o

subsistema familiar e o popular, no entanto, neste estudo, ele surgiu pela influência do subsistema familiar.

Estudos demonstram que a vivência com o câncer leva as pessoas ao uso de terapêuticas não convencionais, procuradas para proporcionar equilíbrio emocional e como auxiliares para o controle da saúde⁽¹⁴⁾. Os sujeitos aqui investigados buscaram os fitoterápicos para o equilíbrio do corpo, para relaxamento, favorecendo o sono e o descanso. A automedicação foi utilizada como alternativa para o relaxamento muscular, reduzindo as tensões.

Autoconhecimento e reflexão

Esta subcategoria foi constituída nas falas das mulheres que revelaram que após o surgimento do câncer de mama a vida passou a ter novo valor. Assim, mudando a maneira de pensar e de agir na vida, houve redução do estresse, da agitação da vida anterior ao diagnóstico de câncer e o desenvolvimento do pensamento positivo diante dos enfrentamentos vividos.

Mas, a doença serviu pra eu dar valor pras coisas, pra vida, me ajudou bastante pra eu me valorizar. Quanto a isto me ajudou bastante. (Mari)

O modo como se percebe a doença, como se responde a ela, a experiência de vida da pessoa e com o tratamento do câncer formam o itinerário terapêutico, ou seja, o Sistema de Cuidado à Saúde. Outros fatores também influenciam as escolhas dos cuidados à saúde, como os fatores religiosos, a classe social, a escolaridade, a ocupação, a etnia e a própria influência da rede social⁽⁸⁾.

As percepções, as interpretações e as ações para a saúde são construídas culturalmente e na individualidade de cada ser. O autoconhecimento, frente a uma doença crônica e degenerativa, como é o caso do câncer, surge no fluxo dos enfrentamentos vividos, o que leva a pessoa a refletir sobre a própria vida. Porém, esse refletir está inserido num encontro consigo mesmo que oscila nas diversas fases psicológicas de convívio com o câncer. Esse processo de exercício do pensar e do sentir transforma o ser, e o autoconhecimento surge como efeito desse exercício, auxiliando a saúde, por contribuir com o equilíbrio do ser, mulher com câncer de mama.

Algumas pessoas consideram o diagnóstico de câncer um divisor de águas, o que elas eram antes e como eles ficaram depois da doença.⁽³⁾ Frequentemente, a própria doença leva a pessoa a viver com mais qualidade de vida, e não somente a buscar quantidade de anos de vida.

Isso por si só já pode significar um desfrutar de mais saúde⁽¹⁵⁾.

Cuidado com a aparência

Este cuidado incluiu o uso de perucas, lenços, maquiagem, cuidado com as unhas e o uso de prótese de silicone no sutiã, como também a busca pela possibilidade de reconstrução da mama.

Eu tomo o meu banho, passo o meu creme, uso a prótese no sutiã[...] faço a minha maquiagem [...] coloco meu lenço[...]
(Teixeira)

A mulher com câncer de mama lida com a própria doença, com o tratamento e possíveis sequelas físicas e psicológicas. Ao mesmo tempo se confronta com os aspectos culturais relacionados à construção da identidade feminina, uma simbologia e significado social muito especial. Compreender essa mulher nessa teia de significados é importante, pois esse compreender orienta a adoção de um tratamento direcionado a uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade. Por outro lado, o papel ativo da mulher deve ser estimulado e percebido como agente da própria cura⁽¹⁶⁾.

As falas encontradas expressaram a necessidade da manutenção da feminilidade, o desejo de se sentir bela, de amenizar os efeitos físicos ocasionados pelos tratamentos e de mostrar para as outras pessoas que elas continuam vivas e mulheres como antes.

Entretanto, as mulheres que não referem tal cuidado podem estar vivenciando a fragilização decorrente do processo de adoecimento e tratamento. Isso exige dos profissionais observação, diálogo para diagnosticar necessidades individuais de cada mulher e para o planejamento multiprofissional dos cuidados para a saúde integral. Ressalta-se o papel do enfermeiro no diagnóstico das necessidades, pela inter-relação deste profissional para o cuidado com as mulheres com câncer de mama e seus familiares.

Busca por informações

Esta subcategoria foi constituída pelas falas das mulheres que afirmaram a busca de informações sobre alimentação na internet e sobre o câncer de mama com outras mulheres diagnosticadas com a mesma doença.

O médico me deu as dicas do que era bom, assim eu adquirir e adotei as dicas dele. Nem tudo foi orientado por ele, muitas pesquisas na internet, e conversas. As minhas irmãs

conversaram com uma nutricionista, amiga delas[...] (Bárbara)

A curiosidade e a busca por informações são inerentes à natureza humana. A atitude das mulheres representou a necessidade de compreender melhor a situação vivenciada e de encontrar novas alternativas para cuidar de si. Com isso, elas não se limitaram a um único subsistema, e sim passaram por todos os subsistemas que trazem respostas a seus questionamentos.

Falando especificamente sobre o conhecimento divulgado na internet, os conteúdos disponibilizados e a dificuldade de avaliação da qualidade das informações, por inexistência de mecanismo de controle da qualidade, representa um importante aspecto a ser considerado⁽¹⁷⁾, pois o acesso facilitado pode ser um contribuidor ou não para a saúde da mulher. No entanto, a principal preocupação é que as informações devem ser verificadas pelos profissionais, pois sabemos que algumas informações obtidas podem ser totalmente errôneas, e assim, em vez de auxiliar a mulher no seu itinerário terapêutico, podem prejudicá-la.

Grupo de apoio terapêutico e de idosos

Esta subcategoria foi revelada por duas mulheres e as falas expressaram a importância dos grupos de idosos pela convivência com pessoas em condições de vida semelhantes às suas, possibilidade de fazer novas amizades, oportunidade de dançar, fazer atividades físicas, atividades recreativas e de passeio. Mostraram também a relevância dos grupos de apoio terapêutico pela possibilidade de aprender e trocar novas informações, de estar perto de mulheres que vivenciaram as mesmas dificuldades, de distração, diversão, descontração, para pensar em si própria, e não apenas nos outros.

[...] nos clubes dos idosos a pessoa faz amizades com outras pessoas, dança ou faz isto ou faz aquilo, faz atividade. É muito bom. (Cristina)

A procura pelos grupos de idosos e de apoio terapêutico configura a busca do subsistema profissional, alicerçando os diálogos, as vivências, as atividades dos grupos em questão. Por outro lado, possibilita também a troca de experiências e de crenças dos participantes e dos vários subsistemas familiares. Esse conviver para cada mulher oferece novas oportunidades de reflexão e transformações, abrindo novos olhares sobre a própria vida e sobre a vida das outras mulheres. A experiência de cada mulher se soma à experiência das outras, solidificando conhecimentos e auxiliando na repadronização dos novos

hábitos de vida.

Nos grupos de apoio a mulher reconhece que poderá, juntamente com as demais, enfrentar barreiras e superar limites, percebendo também que não está só, que pode trocar experiências, e com isso redescobre a vontade de viver e de transformação psicofísica e psicossocial⁽¹⁸⁾.

Influenciadores para o cuidado

Quando questionamos quem foram os influenciadores para o cuidado, as mulheres referiram que o subsistema profissional é o principal influenciador, sendo o médico o profissional mais representativo nos achados, citado por oito mulheres. Na sequência apareceu o enfermeiro, citados por três mulheres e outros profissionais somaram cinco citações. O subsistema familiar como influenciador foi reconhecido por seis mulheres e o popular por oito mulheres. No entanto, o popular foi citado apenas no que se refere ao aspecto religioso e espiritual. Esses achados coincidem com os achados referentes ao itinerário terapêutico das pessoas com diagnóstico de câncer em tratamento quimioterápico ambulatorial, realizado anteriormente a este estudo⁽³⁾.

Neste estudo a influência do enfermeiro quando comparada à influência médica demonstrou uma invisibilidade do profissional pelos poucos relatos encontrados. Isso demonstrou uma lacuna nas informações, orientações e cuidados de enfermagem desenvolvidos pelos profissionais à mulher com câncer de mama.

CONCLUSÃO

O conhecimento do itinerário terapêutico das mulheres com câncer de mama configura um saber orientador para o planejamento das ações de cuidados à saúde, para a Enfermagem e para as outras áreas da saúde. Os cuidados adotados pelas mulheres e definidos no subsistema familiar, representam caminhos mais fáceis para um aprendizado mais abrangente, por sua significância à mulher.

Aproximar os saberes da mulher dos saberes dos profissionais, e vice e versa, possibilita a adoção de estratégias de cuidados mais eficazes. A influência do subsistema profissional, incentivando as mulheres para o cuidado diário de si próprias e para introdução de novos conhecimentos necessários à vida da mulher com câncer de mama.

Neste contexto, a adoção de um itinerário terapêutico voltado à realidade do câncer de mama é prejudicada pela limitação de

informações profissionais, limitação de acesso aos tratamentos fisioterápicos, psicológicos e participações em grupos de apoio.

A precariedade das informações à mulher submetida ao esvaziamento axilar exige a reorganização do sistema de saúde, de forma a minimizar as consequências do ato cirúrgico para retirada do linfonodos da região axilar.

Outro ponto importante está relacionado à necessidade de se criar um espaço para o diálogo sobre a feminilidade, auxiliando esta mulher no enfrentamento das mudanças ocasionadas pelas terapêuticas e pelo próprio diagnóstico de câncer. O tratamento do câncer de mama leva a mulher a rever seus próprios conceitos sobre 'ser mulher', pois a perda da mama (mesmo que parcial), símbolo cultural que representa a mulher, exige esta reflexão, num processo de aceitação da doença e na busca da reinserção social.

Recomenda-se ao Serviço de Enfermagem da instituição cenário deste estudo, revisão sobre o desenvolvimento do cuidado de enfermagem, pois os relatos demonstram a carência de orientações de Enfermagem para as mulheres com câncer de mama e as dificuldades vivenciadas. A atuação da Enfermagem na Oncologia não pode prescindir de cuidar de mulheres com câncer de mama, pois as mesmas precisam deste cuidado.

REFERÊNCIAS

1. Mattosinho MMS, Silva DMGV. Itinerário terapêutico do adolescente com diabetes mellitus tipo 1 e seus familiares. Rev. Latino-Am. Enfermagem 2007 dez; 15(6):1113-9.
2. Silva DMGV, Souza SS, Meirelles BS. O itinerário terapêutico de pessoas com problemas respiratórios crônicos. Texto Contexto Enferm 2004 jan-mar; 13(1):50-6.
3. Rosa LM. O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer. (Dissertação) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-graduação em Enfermagem, Florianópolis; 2007.
4. Silva DGV, Francioni FF, Souza SS, Mattosinho MMS, Coelho MS, Sandoval RCB, et al. Pessoas com Diabetes Mellitus: suas escolhas de cuidados e tratamentos. Rev. bras. Enferm. 2006 jun; 59(3): 297-302.
5. Ministério da Saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 196/96: Dispõe sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília:

Ministério da Saúde; 1996.

6. Campos CJG, Turato ER. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. Rev. Latino-Am. Enfermagem [online]. 2009 abr [acesso em 2010 mar. 04]; 17(2). Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso

7. Bardin L. Análise de conteúdo. Tradução: Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro, Lisboa/Portugal: Edições 70, LDA; 2006.

8. Kleinman A. Patients and healers in the context of culture. Berkeley: University of California Press; 1980.

9. Radünz V. Uma filosofia para enfermeiros: o cuidar de si, a convivência com a finitude e a inevitabilidade do *burnout*. Florianópolis: Editora da UFSC; 2001.

10. Vieira CP, Queiroz MS. Representações sociais sobre o câncer feminino: vivência e atuação profissional. Psicol. Soc. [online]. 2006 [acesso em 2011 mar. 03]; 18(1):63-70 . Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-71822006000100009&lng=en&nrm=iso

11. Mercês NNA. As representações sociais do câncer: enfermos e familiares compartilhando uma jornada. In: Mercês NNA, Marcelino SR. Enfermagem oncológica: a representação social do câncer e o cuidado paliativo no domicílio. Blumenau: Nova Letra; 2004. p.21-182.

12. Instituto Nacional de Câncer (Brasil). Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. / Instituto Nacional de Câncer. – 3. ed. Rev. atual. ampl. – Rio de Janeiro: INCA; 2008.

13. Khan N, Afaq F, Mukhtar H. Lifestyle as risk factor for cancer: evidence from human studies. Cancer Letters [online]. 2010 [acesso em 2011 mar 29]; 293(2010):133-143. Disponível em: www.elsevier.com/locate/canlet

14. Elias MC, Alves E. Medicina não-convencional: prevalência em pacientes

oncológicos. Rev. Bras. de Cancerologia 2002; 48(4):523-32.

15. Radünz V. Cuidando e se cuidando: fortalecendo o self do cliente

oncológica e o self da enfermeira. 2ª ed. Goiânia: AB – Editora; 1999.

15. Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicol. estud.*, Maringá 2008 jun. [acesso em 2011 fev 03]; 13(2). Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lng=en&nrm=iso

17. Lopes IL. Novos paradigmas para avaliação da qualidade da informação em saúde recuperada na Web. *Ci. Inf.* [online]. 2004 [acesso em 2011 jun. 02]; 33(1):81-90. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-19652004000100010&lng=en&nrm=iso

18. Pinheiro CPO, Silva RM, Mamede MV, Fernandes AFC.

Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [online]. 2008 agos [acesso em 2011 fev 03]; 16(4):733-8. Disponível em:

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400013&lng=en

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo iniciou com a tese de que o intervalo de tempo prolongado do sintoma ao tratamento do câncer de mama dificulta a adoção de uma terapêutica curativa e de um itinerário terapêutico voltado à realidade da doença, trazendo prejuízos à saúde da mulher.

Essa tese foi elaborada a partir da vivência de 19 anos na atenção oncológica e dos resultados de estudos que demonstram a elevada incidência da doença, dos estádios avançados, de taxas de sobrevida ainda reduzidas em longo prazo, da mortalidade elevada, da qualidade de vida deficitária, decorrentes principalmente dos diagnósticos tardios do câncer de mama.

Os resultados encontrados neste estudo apontam para a necessidade de adoção de estratégias sócio, políticas e educacionais que atendam a realidade encontrada de doença avançada em Florianópolis/SC/Brasil.

Fatores contribuintes para o tratamento curativo e para melhores taxas de sobrevida envolvem o desenvolvimento de programas de rastreamento da doença e divulgação de informações sobre saúde e saúde da mulher.

É essencial a adoção de políticas educacionais que ampliem o conhecimento da população sobre os conceitos de saúde, doença, fatores de risco para doenças crônicas, como é o caso do câncer, hábitos saudáveis de vida, prevenção e diagnóstico precoce. Para tanto, é necessária a instituição de políticas educacionais que direcionem para esse fim.

Outro ponto importante a ser priorizado pela política educacional é o acesso à educação e à educação com qualidade. Uma educação que favoreça o desenvolvimento de cada cidadão brasileiro, pois quanto maior a escolaridade, menores são os estádios do câncer, melhores são as possibilidades de tratamento das comorbidades, melhores são as taxas de sobrevida e menores são os casos de mortes prematuras. Elevar a escolaridade significa elevar o padrão socioeconômico, outro fator contribuinte para redução dos estadiamentos avançados dos cânceres.

Quanto às políticas de saúde, essas precisam ser estabelecidas de acordo com a realidade de cada região brasileira, adaptando-se às necessidades das populações. É crucial o acesso facilitado aos serviços de saúde, pois o atendimento atual dificulta o acesso em curto prazo para consultas e desenvolvimento de exames, principalmente quando há

necessidade de encaminhamentos entre a baixa, média e alta complexidade. O fluxo lento entre os diversos encaminhamentos é fator condicionante para o estadiamento avançado do câncer de mama.

Com relação aos intervalos de tempo encontrados, entre as diversas etapas diagnósticas e terapêuticas, a fase diagnóstica e de acesso ao atendimento especializado por mastologistas e oncologistas, representam os principais fatores contribuintes para o intervalo de tempo prolongado. A dificuldade de acesso aos exames se estende desde os mais simples e mais baratos, como as radiografias, até os mais complexos, como as tomografias e ultrassonografias.

Analisou-se que não há padrão de intervalo de tempo, entre as etapas diagnósticas e terapêuticas e os diferentes sujeitos. Comparando os intervalos de tempo encontrados com as recomendações científicas, a etapa terapêutica que mais se aproxima do recomendado é a etapa entre a cirurgia e o tratamento adjuvante. No entanto, as etapas anteriores, que iniciam desde a suspeita da doença, excedem as recomendações científicas para que se possa realmente ter uma detecção e tratamento precoces. Isso justifica os estádios avançados da doença encontrados no estado de Santa Catarina e os gastos públicos com os diagnósticos e terapêuticos mais onerosos, necessários ao tratamento da doença avançada/metastática.

Assim, os resultados demonstram a necessidade urgente de ampliação dos serviços e do número adequado de profissionais instrumentalizados e especializados para atender a demanda de saúde já existente.

No entanto, além da contratação, faz-se necessário que todos os profissionais da área da saúde tenham competência, de fato, para realizar suas atividades. Isso exige formação e formação continuada.

Os achados deste estudo revelam que alguns exames de imagens alterados para o câncer de mama não foram considerados na rede de atenção básica, o que levou à progressão do câncer de mama e à exposição da mulher a um risco de vida elevado, não só no momento do diagnóstico, mas para toda a sua vida. Profissionais devidamente preparados para o atendimento reduziriam situações como essas.

O tempo prolongado para o diagnóstico do câncer de mama e para dar início ao tratamento da doença, somado à sintomatologia referida pelas mulheres e não considerados pelos profissionais, levam muitas mulheres, mesmo em situação de carência financeira, a procurar o atendimento privado para agilizar o início do tratamento e para reduzir a ansiedade e o risco de progressão da doença.

O acesso exclusivo ao SUS, diagnóstico e tratamento, é mais

facilitado para as mulheres residentes em Florianópolis e não as outras mulheres residentes em outros municípios da abrangência de atendimento do cenário do estudo. Isso contrapõe a própria política do SUS que afirma que a saúde é direito de todos e dever do Estado.

No vivenciar de tempo e atrasos, a mulher constrói o significado do câncer de mama para si mesma. Esse significado surge numa teia de vivências, na luta para aceitação da própria doença, que exige o esforço para lidar com as mudanças de ordem física, psicológica, emocional e social ocasionadas pelo medo, pela insegurança, pelas mudanças de hábitos de vida e da própria imagem corporal, pela ansiedade em resolver os problemas, na busca pela cura da doença, ao mesmo tempo em que convive com o medo da doença e da morte. Isso leva a mulher a rever e repadronizar a forma de viver a vida. A família representa uma preocupação, mas também o amparo necessário às transformações tão exigidas. As crenças religiosas/espirituais, por sua vez, complementam esse suporte.

Esse movimento de mudança direciona a mulher com câncer de mama a escolher cuidados para o bem viver. Para tanto, ela elege um itinerário terapêutico que pode configurar um fio condutor para o planejamento das ações de cuidados profissionais, destacando-se aqui os profissionais de enfermagem.

Os cuidados adotados no itinerário terapêutico representam saberes que podem ser ampliados pela complementação e troca de saberes com os profissionais. Por isso merecem ser conhecidos e compreendidos.

No entanto, a investigação sobre o itinerário terapêutico revelou a deficiência de alguns cuidados à saúde, principalmente, relacionados à informação/orientações e sobre tratamentos, efeitos colaterais, consequências terapêuticas, acesso a fisioterapeutas, grupos de apoio terapêuticos, acompanhamento psicológico.

Tais fatos não podem continuar sendo desconsiderados, pois os avanços tecnológicos e científicos precisam ser aplicados a todas as pessoas com câncer.

Então, diante do exposto, mantém-se a tese de que o intervalo de tempo prolongado do sintoma ao tratamento do câncer de mama dificulta a adoção de uma terapêutica curativa e de um itinerário terapêutico voltado à realidade da doença, trazendo prejuízos à saúde da mulher catarinense.

A tese está sendo mantida porque os dados encontrados confirmam que o tempo perdido na etapa diagnóstica possibilita o avanço da doença, localmente e à distância. Além disto, soma-se ainda o

tempo necessário para as etapas terapêuticas, que contribui para que não se conquiste a cura. Deparamo-nos com remissões da doença, mas a cura é limitada pela manutenção dos diagnósticos tardios. Essas características não impedem a mulher de adotar um itinerário terapêutico, ela sempre o busca. Mas, no contexto de dificuldades e de desconhecimento real do prognóstico do câncer de mama avançado, a adoção de um itinerário terapêutico voltado à realidade da doença ainda é limitado.

Precisamos avançar muito para mudar definitivamente essa realidade. Aspectos objetivos como infraestrutura física e de equipamentos, profissionais em número e com formação continuada condizente com as demandas de saúde e doença, agilização dos encaminhamentos entre a baixa, média e alta complexidade são pontos prioritários. Aspectos subjetivos, como a habilidade dos profissionais em ouvir e olhar quem eles estão atendendo, de dialogar com a pessoa cuidada e com os diversos profissionais e esferas de atendimento, são tão urgentes quanto os aspectos objetivos. É crucial que a mulher com câncer de mama possa ser tratada em todas as suas dimensões.

Possibilitar a reconstrução mamária envolve objetividade e subjetividade, ressaltando-se que os efeitos dessa providência, um direito da mulher, aliviam e transformam o viver após um diagnóstico e tratamento de câncer de mama. Acelerar os diagnósticos e o início do tratamento da doença reduz a ansiedade e oferece perspectivas individuais, sociais e políticas favoráveis à qualidade de vida da mulher e da família, com redução de gastos para o Estado e para o País.

Para a instituição, cenário deste estudo, recomenda-se a organização de um banco de dados informatizado, pois o banco de dados existente dificulta o desenvolvimento de pesquisas, bem como a avaliação e planejamento do processo de trabalho institucional. Além disso, é urgente a necessidade de organização dos prontuários, e a revisão dos registros profissionais. A carência de registro demonstra o quanto os profissionais não reconhecem a importância dos mesmos para instituição, para o Brasil e para o controle do câncer. Essa realidade impediu a aplicação de testes estatísticos de inferência para este estudo. A aplicação desses testes ampliaria a investigação e os resultados.

Para a Enfermagem os resultados contribuem para o replanejamento dos cuidados de enfermagem desde a atenção primária até a terciária, fortalecendo este cuidado para o atendimento das necessidades em todas as dimensões da mulher com câncer de mama. Isso implica na necessidade de especialização do atendimento de Enfermagem e Enfermagem Oncológica.

O desenvolvimento de pesquisas e seus achados geram um corpo de conhecimentos que possibilitam reflexões e replanejamentos das ações, nos seus diversos níveis, contribuindo para a transformação da profissão e possibilitando benefício e/ou redução dos prejuízos à saúde da mulher e mais especificamente, a mulher com câncer de mama.

REFERÊNCIAS

ARNDT, V. et al. Provider delay among patients with breast cancer in Germany: a population-based study. **Journal of Clinical Oncology**, v. 21, n. 8, abr. 2003. Disponível em: <<http://jco.ascopubs.org/cgi/content/full/21/8/1440>>. Acesso em: 09 mar. 2009.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Tradução de Luís Antero Reto e Augusto Pinheiro. Lisboa/Portugal: Edições 70; LDA, 2006.

BRASIL. **Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Presidência da República – Casa Civil, 1990.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo Seres Humanos. Brasília: Ministério da Saúde, 1996.

_____. **Lei n.11.664, de 29 de abril de 2008**. Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília: Presidência da República. Casa Civil. Sub-chefia para Assuntos Jurídicos – SUS. 2008. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111664.htm> . Acesso em: 28 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/versaofinal.pdf>>. Acesso em: 28 set. 2009.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos.** Tradução de Ana Lúcia Amaral Eisenberg. 6 ed. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância (CONPREV). **Controle do Câncer de Mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004b.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439, de 8 de dezembro de 2005. **Política Nacional de Atenção Oncológica.** Diário Oficial da União da República, Brasília, dez. 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **A situação do câncer no Brasil** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Instituto Nacional do Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2006.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância de Câncer. **Estimativa 2010:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Câncer de mama.** [página na Internet]. Rio de Janeiro (RJ): INCA. 2010. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336 . Acesso em: 29 jan. 2010.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Atlas de Mortalidade por Câncer.** 2011a. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em: 01 abr. 2011a.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Integrador Registro Hospitalar de Câncer**. 2011b. Disponível em: <<http://irhc.inca.gov.br/cgi-irhc/dh?rhchos/SC/rhc>>. Acesso em: 01 abr. 2011b.

CAPRARA, A.; FRANCO, A. L. S. A relação paciente-médico: para uma humanização da prática médica. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, n. 3, p. 647-654, jul./set. 1999.

CAMPOS, Claudinei José Gomes; TURATO, Egberto Ribeiro. Análise de conteúdo em pesquisas que utilizam metodologia clínico-qualitativa: aplicação e perspectivas. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 17, n. 2, mar./abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692009000200019&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 04 mar. 2010.

CELLARD, A. **A análise documental**. In: POUPART, T et al. A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos. Petrópoli: Vozes; 2008. p. 295-316.

COLD, S. et al. Does timing of adjuvant chemotherapy influence the prognosis after early breast cancer? Results of the Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBGCG). **British Journal of Cancer**, v. 93, n. 6, p. 627-632, set. 2005.

GANONG, L. H.. Integrative reviews of nursing research. **Research in Nursing & Health**, v.10, n. 1, p. 1-11, fev. 1987.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas, 2006.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER.
WORLD HEALTH ORGANIZATION [site internet]. GLOBOCAN

2008. **Cancer incidence and mortality Worldwide 2008**. 2010.

Disponível em:

<<http://globocan.iarc.fr/factsheets/populations/factsheet.asp?uno=76>>.

Acesso em: 22 dez. 2010.

KLEINMAN, A. **Patients and healers in the context of culture**.

Berkeley: University of California Press, 1980.

_____. **The illness narrative: suffering, healing & the human condition**. [S.L.]: Basic Books, 1988.

_____. **Writing at the margin: discourse between anthropology and medicine**.

Berkeley: University of California Press, 1995.

KLEINMAN, A.; EISENBERG, L.; GOOD, B. Culture, illness and care. **Annals of Internal Medicine**, v. 88, n. 2, p. 251-259, fev. 1978.

KÜBLER-ROSS, E. **A roda da vida: memória do viver e do morrer**. Rio de Janeiro: Sextante, 1998.

LANGDON, E. J. M. **A negociação do oculto: xamanismo, família e medicina entre os Siona no contexto pluri-étnico**. 1994. 107 f. Trabalho apresentado para o concurso público de professor titular da Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1994.

LEITE, A.N.; VASCONCELLOS, M. P. C. Negociando fronteiras entre culturas, doenças e tratamentos no cotidiano familiar. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v.13, n.1, jan/mar. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=50104-59702006000100007&script=sci_arttex>. Acesso em: 16 jul. 2006.

MAYO, N. E. et al. Waiting time for breast cancer surgery in Quebec. **Canadian Medical Association Journal**, v. 164, n. 8, p. 1133-1138, abr. 2001. Disponível em: <<http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=80969>>. Acesso em: 09 março 2009.

McCRAVY, N. D. Questões psicossociais e da qualidade de vida. In: OTTO, Shirley E. **Enfermagem em oncologia**. Tradução: Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica. 3. ed. Loures: Lusociências, 2000.

McPHERSON, K.; STEEL, C. M.; DIXON, J. M.. ABC of breast diseases. Breast cancer-epidemiology, risk factors, and genetics. **British Medical Journal**, v. 321, n. 7261, p. 624-628, 2000.

MEDRONHO, Roberto A. **Epidemiologia**. 2. ed. São Paulo: Atheneu, 2009.

MERCADO-MARTÍNEZ, F.; BOSI, M. L. M. Introdução – notas para um debate. In: BOSI, M. L. M.; MERCADO-MARTÍNEZ, F. (orgs.). **Pesquisa qualitativa de serviços de saúde**. 2 ed. Petrópolis/RJ: Vozes, 2007. p.23-71.

MONTELLA, M. et al. An assessment of delays in obtaining definitive breast cancer treatment in Southern Italy. **Breast Cancer Research and Treatment**, n. 66, p. 209-215. 2001.

RADÜNZ, Vera. **Cuidando e se cuidando: fortalecendo o “self” do cliente oncológico e o “self” da enfermeira**. 2. ed. Goiânia: AB Editora, 1999.

RAYSON, D. et al. Comparison of elapsed times from breast cancer detection to first adjuvant therapy in Nova Scotia in 1999/2000 and 2003/04. **Canadian Medical Association**, v. 176, n. 3, jan. 2007.

Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/176/3/327.pdf>> .
Acesso em: 09 mar. 2009.

REED, A. D. et al. Waiting time for breast cancer treatment in Alberta. **Canadian Journal of Public Health**. set/out, 2004. Disponível em: <<http://www.cmaj.ca/cgi/reprint/176/3/327.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2009.

ROSA, L. M. **O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer**. 2007. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Florianópolis, 2007.

SCHMITT, F. E.; GOBBI, H. Mama. In: BOGLIOLO, L. **Patologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006.

SCHOLZE, A. S.; SILVA, Y. F. Riscos potenciais à saúde em itinerários de cura e cuidado. **Cogitare Enfermagem**, v.10, n. 2, p. 9-16, maio/ago., 2005. Disponível em: <<http://calvados.c3sl.ufpr.br/ojs2/index.php/cogitare/article/viewFile/5008/3786>>. Acesso em: 16 jul. 2006.

SOUZA, V. O.; GRANDO, J. P. S.; COUTO FILHO, J. O. Tempo decorrido entre o diagnóstico de câncer de mama e o início do tratamento, em pacientes atendidas no Instituto de Câncer de Londrina (ICL). **RBM: Revista Brasileira de Medicina**, v. 65, n. 5, jun. 2008. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=485556&indexSearch=I>>. Acesso em: 08 mar. 2009.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v54n1/24.pdf>>. Acesso em: 09 mar. 2009.

UCHÔA Elizabeth; VIDAL, Jean Michel. Antropologia médica: elementos conceituais e metodológicos para uma abordagem da saúde e da doença. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 10, n.4, p. 497-504, dez. 1994. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X1994000400010&lng=en>. Acesso em: 31 ago. 2009.

YOUNG, A. A description of how ideology shapes knowledge of a mental disorder (posttraumatic stress disorder). In: LINDENBAUM, S.; LOCK, M. (Edit.). **Knowledge, power, and practice: the anthropology of medicine and everyday life**. Berkeley: University of California Press, 1993.

_____. The anthropologies of illness and sickness. **Annual Review of Anthropology**, v.11, p. 257-285, out. 1982.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **World Cancer Report, 2008**. International Agency for Research on Cancer, Lyon. 2009a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The Breast Health Global Initiative** (BHGI). 2009b Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/bgih.pdf>>. Acesso em: 20 set. 2009.

_____. **Epidemiological Bulletin**. [Internet], v. 24, n. 2, jun. 2003. Disponível em: <http://www.paho.org/English/DD/AIS/be_v24n2-APVP.htm>

APÊNDICES

APÊNDICE A - Instrumento: coleta de dados

Nº do instrumento: _____

Dados de identificação:

Nº de registro: _____ Idade: _____ anos

Procedência – cidade: _____

bairro: _____

Escolaridade:

- (0) nenhuma
- (2) ensino fundamental
- (4) médio completo
- (6) superior completo
- (8) sem registro no prontuários (SRP)

Profissão (ocupação):

Profissão _____ registrada _____ no _____ prontuário:
 _____ () SRP

Estado marital:

- (1) casada (2) solteira (3) divorciada (4) união consensual (5) separada (6) viúva (7) SRP

Estádio:

- (I) (II) (III) (IV) (5) sem registro no prontuários () SRP

Dados intervalos de tempo:

Data da mamografia: ____/____/____ () SRP

Data da BAAF ou BPAG: ____/____/____ () SRP

Data laudo da BAAF ou BPAG: ____/____/____ () SRP

Data de início da quimioterapia antitumoral neoadjuvante: ____/____/____ () SRP () não se aplica

Data de término da quimioterapia antitumoral neoadjuvante: ____/____/____ () SRP () não se aplica

Data da cirurgia: ____/____/____ () SRP

Data de início da quimioterapia antitumoral adjuvante: ____/____/____ () SRP () não se aplica

Data de início da radioterapia antitumoral adjuvante: ____/____/____ () SRP () não se aplica

Apêndice B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido- No _____

Título da pesquisa/estudo: Cuidado de Enfermagem: evidências para o tratamento precoce do câncer de mama.

Por favor, leia com atenção as informações a seguir e se desejar, discuta com sua família e com o seu médico para que a sua decisão, sobre a sua participação neste estudo, possa ser uma decisão pensada e informada.

Qual objetivo deste estudo e quais as informações disponíveis?

Este estudo está sendo realizado no Ambulatório do Centro de Pesquisas Oncológicas – CEPON. A pesquisadora principal é a doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), enfermeira do CEPON, Luciana Martins da Rosa e a pesquisadora responsável é a Professora Doutora Vera Radünz, docente do Programa de Pós-Graduação e, Enfermagem da UFSC.

Os objetivos do estudo pretendem identificar: os motivos que determinaram o tempo que você gastou desde a mamografia até o início do tratamento da sua doença; os cuidados que você adotou para se cuidar neste período e o que significou para você este período de tempo.

Eu tenho que participar?

Cabe a Senhora decidir se irá ou não participar. Mesmo que não queira participar do estudo não terá nenhuma desvantagem no atendimento que a Senhora tem direito de receber no CEPON. Caso decida participar, a Senhora irá receber este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido para assinar. Mesmo que decida participar ainda será livre para sair do estudo a qualquer momento, bastando para isso informar a sua desistência. Ressaltamos que se a sua desistência não irá afetar de maneira nenhuma seu atendimento no CEPON.

O que acontecerá comigo se eu participar?

Apenas realizaremos algumas perguntas à Senhora. Estas perguntas abrangerão apenas questões que possam responder os objetivos já informados a Senhora neste Termo. Além disto, pedimos autorização para verificarmos no seu prontuário, arquivado no CEPON o registro do diagnóstico médico da sua doença. A entrevista, caso a senhora permita, será gravada, depois transcrita (escrita no papel). Esta transcrição será apresentada a Senhora. Para tanto, precisaremos marcar um segundo encontro para a Senhora verificar se a transcrição da gravação ficou como a Senhora desejava e para complementarmos alguns dados, isto se identificarmos alguma necessidade, tanto da parte das pesquisadoras como

da sua parte. Esclarecemos que os dados coletados não devem lhe causar qualquer desconforto, mas se em algum momento tal sentimento surgir, seus dados poderão ser excluídos, conforme seu desejo e se houver alguma alteração física ou emocional a Senhora será encaminhada para atendimento médico. Este encaminhamento será providenciado pela pesquisadora principal.

O que acontecerá com as informações desta pesquisa e como os seus dados serão utilizados?

Informamos que os dados que lhe identificam serão mantidos sob sigilo absoluto e privado, de posse somente das pesquisadoras desta pesquisa. Não serão tiradas fotos, nem realizadas filmagens. E a divulgação dos dados visará apenas mostrar os resultados obtidos na pesquisa em questão. A divulgação das informações no meio científico será anônima, ou utilizaremos um pseudônimo (nome escolhido pela senhora na hora da entrevista) e em conjunto com as informações de todas as participantes da pesquisa. Esclarecemos que a senhora poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação (divulgação) da mesma.

Que custos terei se participar?

Por ser voluntária e sem interesse financeiro sua participação neste estudo não lhe trará qualquer gasto e também nenhuma remuneração. No entanto, ao assinar este termo não estará abrindo mão de indenização (se isto for de seu direito legal).

Quais os possíveis benefícios que posso ter se participar?

Esperamos que com as informações que a Senhora nos fornecerá, somada a das outras mulheres, possamos comprovar ao Sistema Único de Saúde (SUS) o tempo perdido pelas mulheres para diagnosticar e para iniciar a quimioterapia ou cirurgia como forma de tratamento do câncer de mama. Diante dos resultados, vamos poder informar a situação pesquisada ao CEPON e aos órgãos públicos responsáveis. As informações obtidas poderão ajudar a tratar outras mulheres.

Com quem devo entrar em contato se necessitar de mais informações?

Em caso de qualquer dúvida ou problemas relacionados ao estudo, entre em contato com:

Pesquisadora principal: Luciana Martins da Rosa, telefone: (48) 3331-1504 ou 3024-2405.

Pesquisadora responsável: Doutora Vera Radünz, telefone: (48) 3331-9480
R. 42

Se tiver dúvidas sobre seus direitos pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON, secretária Sayonara Weeydmann,

telefone: (48) 3331-1502.

Eu, _____
recebi informações sobre o estudo acima citado, além disso, li e entendi todas as informações fornecidas sobre minha participação no mesmo.

Tive a oportunidade de discuti-las e fazer perguntas. Todas as minhas dúvidas foram esclarecidas satisfatoriamente e eu voluntariamente concordo em participar deste estudo.

Ao assinar este termo de consentimento, estou de pleno acordo com os dados a serem coletados, podendo os mesmos serem utilizados conforme descrito neste termo de consentimento. E recebi uma cópia assinada deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Nome da pesquisadora: Luciana Martins da Rosa, RG: 2.001.119

Assinatura da pesquisadora principal: _____

Data/...../.....

Nome do sujeito do estudo: _____

R G: _____

Assinatura do sujeito do estudo: _____

Data/...../.....

APÊNDICE C - Isenção do Registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

O estudo intitulado **Cuidado de Enfermagem: evidências para o tratamento precoce do câncer de mama** será desenvolvido pela pesquisadora principal e doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC), enfermeira do CEPON, Luciana Martins da Rosa e pela pesquisadora responsável Professora Doutora Vera Radünz, docente Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. O estudo objetiva:

- Analisar os intervalos de tempo entre as condutas terapêuticas realizadas entre a mamografia até a quimioterapia antilblástica adjuvante e as características sócio-demográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama;
- Conhecer a percepção das mulheres com câncer de mama sobre os motivos que determinam o intervalo de tempo entre a mamografia e a quimioterapia antilblástica adjuvante;
- Desvelar o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo entre a mamografia e a quimioterapia antilblástica adjuvante;
- Identificar resultados de pesquisas e suas contribuições para a elevação da taxa de sobrevida das mulheres com câncer de mama.

O primeiro objetivo investigará dados epidemiológicos, registrados nos prontuários das pacientes com câncer de mama atendidas no Centro de Pesquisas Oncológicas, no ano de 2009 e que foram submetidas à quimioterapia antilblástica adjuvante após cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário.

O desenho do estudo analisará as variáveis:

1. Idade;
2. Procedência;
3. Escolaridade;
4. Profissão;
5. Estado marital;
6. Estádio;
7. Intervalo de tempo entre a mamografia à data da BAAF/BPAG;
8. Intervalo de tempo entre a BAAF/BPAG e o resultado da BAAF/BPAG;
9. Intervalo de tempo entre o laudo da BAAF/BPAG e a primeira quimioterapia antilblástica neoadjuvante;
10. Intervalo de tempo entre o laudo da BAAF/BPAG e a cirurgia;

11. Intervalo de tempo entre o último dia da quimioterapia antitumoral neoadjuvante e a cirurgia;
12. Intervalo de tempo entre a cirurgia e o primeiro dia da quimioterapia antitumoral adjuvante;
13. Intervalo de tempo entre a mamografia e a quimioterapia antitumoral neoadjuvante;
14. Intervalo de tempo entre a mamografia e a cirurgia;
15. Intervalo de tempo entre a mamografia e a quimioterapia antitumoral adjuvante;
16. Intervalo de tempo entre a BAAF e/ou BPAG e a quimioterapia antitumoral neoadjuvante;
17. Intervalo de tempo entre a BAAF e/ou BPAG e a cirurgia;
18. Intervalo de tempo entre a BAAF e/ou BPAG e a quimioterapia antitumoral adjuvante.

A amostra se constituirá de 138 prontuários que necessitam ser manuseados, amostra de viabilidade. A aplicação de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) a todas as pacientes poderá inviabilizar o desenvolvimento da pesquisa, pela dificuldade de acesso às mesmas e uma redução desta amostra não proporcionaria a representatividade do serviço e sua relevância à sociedade e ao Sistema Único de Saúde.

Ressalta-se, que para o desenvolvimento dos outros três objetivos será aplicado o TCLE, no entanto, o número de sujeitos e a forma de seleção e acesso possibilitará sua aplicação.

Considerando, que os dados a serem investigados nos prontuários não revelam características pessoais e não possibilitarão danos à dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano.

Considerando, que a Resolução 196/96 define no item IV., inciso 3, alínea c. “nos casos em que seja impossível registrar o consentimento livre e esclarecido, tal fato deve ser devidamente documentado, com explicação das causas da impossibilidade e que assim possibilita a justificativa da isenção da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Considerando, a relevância dos resultados a serem obtidos, analisados e publicados nos meios científicos e para o próprio Sistema Único de Saúde.

Considerando, a importância do desenvolvimento de pesquisas e a aplicabilidade de seus resultados para o desenvolvimento tecnológico do Brasil.

Considerando, os possíveis benefícios que podem ser planejados a partir dos resultados deste estudo.

Considerando, que a pesquisadora principal (coletadora dos dados e enfermeira lotada no CEPON) manuseará os prontuários na investigação

exclusiva das variáveis estabelecidas para este estudo e seguirá os princípios éticos estabelecidos pela Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, solicita-se ao Diretor do CEPON a isenção do Registro do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Eu, Luciana Martins da Rosa, afirmo que cumprirei os princípios éticos estabelecidos pela Resolução do Conselho Nacional em Saúde, nº196/96 e manusearei os dados dos prontuários, conforme critérios estabelecidos na metodologia do projeto de pesquisa, intitulado, Cuidado de Enfermagem: evidências para o tratamento precoce do câncer de mama, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON.

Data: ___/___/___ Assinatura:

Eu, Marco Rotolo, Diretor do Centro de Pesquisas Oncológicas, estou de acordo com o manuseio dos prontuários pela Doutoranda do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e com a isenção da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, conforme descritos neste documento, no projeto de pesquisa e após encaminhamento e aprovação do referido projeto de pesquisa, na sua totalidade, pelo Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON.

Data: ___/___/___ Assinatura:

ANEXOS

ANEXO A

AJUDA DE TRABALHO **CONDUTAS PARA O RASTREAMENTO E** **DIAGNÓSTICO DE CÂNCER DE MAMA**

1. Exame Clínico das Mamas (ECM)

Deverá ser realizado em todas as mulheres, anualmente.

- Achados suspeitos: nódulo palpável e fixo à pele e/ou parede torácica, pele apresentando retração, erosão ou aspecto de casca de laranja; retração do complexo areolopapilar e fluxo papilar sanguinolento ou água de rocha.

2. Mamografia – códigos: bilateral – 02.04.03.018-8; unilateral – 02.04.03.003-0

- Exame complementar para mulheres maiores 35 anos com achados suspeitos no ECM.
- Dos 50 aos 69 anos TODAS as mulheres deverão realizar mamografia para rastreamento.
- A frequência depende dos achados: BI-RADS 1 e 2: anual; BI-RADS 3: semestral, ou anual após segunda repetição de BI-RADS 3.

3. Ultra-sonografia mamária – código: 02.05.02.009-7

- Exame complementar inicial em pacientes jovens menores de 35 anos, gestantes ou mulheres com próteses mamárias para avaliar achados suspeitos no ECM. Diferenciar entre massa cística ou sólida, e avaliar pacientes com fluxo papilar.
- Exame complementar após mamografia quando esta for classificada como:
 - ✓ **BI-RADS 0:** achados suspeitos no ECM, com nódulo encoberto e assimetria focal em que a mamografia complementar (compressão localizada e magnificação) não conseguir eliminar a dúvida.
 - ✓ **BI-RADS 3:** nódulo no ECM e o exame de USG detectar nódulo cístico será reclassificado como BI-RADS-2, sendo o seu controle anual; e se o resultado for nódulo sólido sem aspecto suspeito, controle USG semestral.
 - ✓ **BI-RADS 4:** microcalcificações agrupadas no parênquima, investiga-se a existência de massa tumoral associada.

4. Paciente Alto Risco

- As pacientes de alto-risco* assintomáticas ou não sempre devem ser encaminhadas a um mastologista para rastreamento.
- *Condições de alto risco:
 - ✓ Radioterapia torácica prévia;
 - ✓ História pessoal prévia de câncer de mama ou ovário tratado;
 - ✓ História familiar para câncer de mama (um parente de primeiro grau < 50 anos, ou parente com câncer de mama bilateral, ou > 2 parentes com câncer de mama independente do grau de parentesco) ou ovário (primeiro ou segundo grau)
 - ✓ Predisposição genética comprovada para câncer de mama;
 - ✓ Parente homem com câncer de mama;
 - ✓ História de hiperplasia atípica/neoplasia lobular em biopsia mamária prévia.

5. Critérios para referenciamento à mastologia

- ECM: nódulo palpável e/ou derrame papilar suspeito.
- Mamografia e/ou USG: BI-RADS 3, 4 e 5.
- Pacientes de Alto Risco.
- Outras lesões não especificadas e suspeitas de câncer de mama.
- Qualquer paciente que tenha indicação para PAAF e/ou PBAG.

AJUDA DE TRABALHO CRITÉRIOS RADIOLÓGICOS PARA INDICAÇÃO DE BIÓPSIA DE MAMA

- Cisto redondo ou ovalado de grande proporção;
- Cisto complexo ou lesão sólida irregular espiculada ou microlobulada ao exame de imagem.



**Punção aspirativa por
agulha fina (PAAF)**
Código: 02.01.01.058-5

- Lesão em que o resultado da PAAF sugere atipia celular (positiva ou suspeita)
- Resultado incompatível com a suspeita clínica/exame de imagem
- Material aspirado insuficiente para o diagnóstico.
- Nóduo sólido, irregular, espiculado, microlobulado ou com microcalcificações no interior.
- Lesão BIRADS 4 ou 5.



**Punção biópsia por
agulha grossa PBAG)**
Código: 02.01.01.060-7

Quando a PAAF ou PBAG deve ser guiada por USG? Código único: 02.01.01.054-2

Lesão palpável: não necessita obrigatoriamente ser guiada por USG – marcada pelo SISREG.

Lesão não palpável ou microcalcificações agrupadas com densidade associada: a PBAG deverá ser guiada por USG.

Microcalcificações sem densidade associada dificilmente serão evidenciadas pela USG – marcação pelo INFOSAÚDE ou laudo médico para APAC. Se indicada biópsia, deve ser guiada por mamografia (estereotaxia).

Fonte:

Sociedade Brasileira de Mastologia - Reunião de Consenso 2008 – Rastreamento do câncer de mama no Brasil.
Instituto Nacional do Câncer - Documento de Consenso para Controle do Câncer de Mama, 2004 -revisado em 2009.
NCCN (National Comprehensive Cancer Network) 2009.

Lei Nº 11.664, de 29 abril de 2008 - Dispõe sobre a efetivação de ações de saúde que assegurem a prevenção, a detecção, o tratamento e o seguimento dos cânceres do colo uterino e de mama, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

Criação e Produção:

Associação Brasileira de Portadores de Câncer, Avenida Hercílio Luz, 639, Edifício Alpha Centauri, sala 910, Centro, Florianópolis, SC, Brasil. Fone: 48 3025-4185 (www.amucc.com.br / amucc@amucc.com.br)

Assessoria técnica:

Simone M. Souza Lopes, Comissão Técnica AMUCC (simone@amucc.com.br)
Ione Jayce Ceola schneider, Comissão Técnica AMUCC (ione.jayce@gmail.com)
Diretoria da Sociedade Brasileira de Mastologia – Regional SC (fernandesbraulio@hotmail)



ANEXO B



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS-CEPON
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer CEP Nº 020/2010

Registro CEP: 005/2010

Título do Projeto: Guia de enfermagem: evidências para o tratamento precoce do câncer de mama (projeto de tese de doutorado)

Pesquisador Responsável: Prof. Dr^a. Vera Radünz (orientadora) Luciana Martins da Rosa

Instituição: CEPON

Grupo e Área Temática: Grupo III - Enfermagem

Assunto: Emenda Aditiva Nº 1 – Inclusão das variáveis estado civil e a data de início da radioterapia adjuvante ao estudo.

Justificativa:

A pesquisadora Doutoranda Luciana Martins da Rosa, solicitou a apreciação da Emenda Aditiva em caráter urgente para prosseguir a continuidade da coleta de dados. As justificativas apresentadas para a inclusão das variáveis não previstas inicialmente no projeto foram as seguintes:

- a) **Estado civil** - a inclusão da variável foi justificada como uma importante informação para a definição do perfil social da mulher com câncer de mama;
- b) **Data de início da radioterapia adjuvante** - a inclusão da variável foi solicitada considerando que durante o teste piloto a pesquisadora constatou que 40% dos prontuários apresentaram tratamento adjuvante, demonstrando a necessidade de ampliação dos critérios de inclusão, pela significância que representa aos resultados do estudo.

Comentários:

Atendendo ao pedido de urgência da pesquisadora o Coordenador apresentou a emenda ao colegiado, que após análise aprovou sem restrições a inclusão das duas variáveis.

Situação: Emenda Aditiva Nº 1 aprovada

Florianópolis, 11 de junho de 2010.



Crystian W. C. Saraiva
Coordenador do CEPICEPON

Recebido:...../...../.....

Nome:.....

Ass:.....

ANEXO C



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE PESQUISAS ONCOLÓGICAS-CEPON
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA-CEP

Parecer CEP Nº 009/2010

Registro CEP: 005/2010

Título do Projeto: Cuidado de enfermagem: evidências para o tratamento precoce do câncer de mama (projeto de tese de doutorado)

Pesquisador Responsável: Prof.Drª. Vera Radlünz (orientadora) Luciana Martins da Rosa

Instituição: CEPON

Grupo e Área Temática: Grupo III - Enfermagem

Objetivos do Projeto:

- Analisar o intervalo de tempo, nos diversos eventos entre a mamografia e a quimioterapia antilástica adjuvante e as características sócio-demográficas e clínicas das mulheres com câncer de mama;
- Identificar os motivos que determinam o intervalo de tempo entre a mamografia e o início do tratamento do câncer de mama, na percepção da mulher com câncer de mama;
- Desvelar o itinerário terapêutico adotado pelas mulheres com câncer de mama, no intervalo de tempo entre a mamografia e o início do tratamento do câncer de mama;
- Revelar o significado do tempo entre a mamografia e o início do tratamento do câncer de mama, na percepção da mulher com câncer de mama.

Produto da tese

- A Enfermagem demonstra evidências para reduzir o tempo perdido até o início do tratamento do câncer de mama.
- Cuidados adotados pelas mulheres durante o tempo perdido entre a mamografia e o início do tratamento do câncer de mama.

Sumário do Projeto:

Introdução

Convivendo com mulheres com diagnóstico de câncer de mama, evidencia-se nas declarações das mesmas que o SUS dificulta, para não dizer impede o acesso às consultas, exames/resultados e aos encaminhamentos à assistência especializada em tempo hábil para impedir um diagnóstico em estádios mais avançados. Assim, impedindo o início precoce da terapêutica de combate a doença, enquanto o câncer ainda se localiza no órgão de origem, sem a presença de metástases.

A realidade aqui apresentada, somada aos resultados obtidos com a dissertação de mestrado intitulada "O cuidado de enfermagem no itinerário terapêutico da pessoa com diagnóstico de câncer", que apresenta a pessoa com diagnóstico de câncer buscando várias formas de cuidado que se constituem num itinerário terapêutico em busca de qualidade de vida e de tempo de vida, dá subsídios a uma nova pergunta de pesquisa, a ser investigada durante o Curso de Doutorado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina.

Problema de pesquisa

Quais as evidências de cuidado e de tempo para o início do tratamento quimioterápico antilástico adjuvante na mulher com câncer de mama?

Tese

O atendimento de saúde disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde impede o diagnóstico precoce do câncer de mama, contrariando as diretrizes da Política Nacional de Atenção Oncológica. O tempo perdido para iniciar o tratamento da doença é superior a seis meses, e a indefinição do diagnóstico dificulta a adoção de um itinerário terapêutico, com prejuízos à saúde da mulher.

Metodologia

Estudo retrospectivo, transversal exploratório.

População/ amostra

A amostra se constituirá de todos os prontuários das mulheres com câncer de mama (100%), que iniciaram tratamento em 2009 no CEPON e que realizaram quimioterapia antineoplásica adjuvante pós-cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário. Estatisticamente não haveria necessidade da investigação do percentual de 100%, no entanto, tal estratégia será adotada por ser uma amostra de viabilidade e por representar o atendimento geral do cenário do estudo.

O número de prontuários a ser investigado será 138

Variáveis

Variáveis categóricas - perfil dos sujeitos:

- Idade: a idade das mulheres com câncer de mama no dia da biópsia.
- Procedência: a cidade onde reside a mulheres com câncer de mama.
- Escolaridade: período escolar cursado por cada mulher com câncer de mama, devendo ser registrado nos seguintes intervalos: entre a 1ª e 4ª série fundamental (registrar utilizando o número 1), entre a 5ª e 8ª série fundamental (registrar utilizando o número 2), entre o 1º e 3º ano do segundo grau (registrar utilizando o número 3), superior incompleto (registrar utilizando o número 4), superior completo (registrar utilizando o número 5), pós-graduação (registrar utilizando o número 6).
- Estádio: compreende o primeiro estágio registrado no prontuário da mulher com câncer de mama, podendo ser: estágio I, II, III ou IV. As variações, por exemplo, IV a, IV b serão registradas como IV este exemplo se estende aos outros estádios.

Variáveis categóricas - grupo de intervalo de tempo entre os eventos:

- Intervalo de tempo entre a mamografia à data da BAAF/BPAG: período de tempo, em dias, entre o dia da realização da mamografia e o dia da biópsia aspirativa por agulha fina (BAAF) e/ou dia da realização da biópsia por punção com agulha grossa (BPAG).
- Intervalo de tempo entre a BAAF/BPAG e o resultado da BAAF/BPAG: período de tempo, em dias, entre o dia da realização da BAAF/BPAG e o dia da emissão do laudo da BAAF/BPAG.
- Intervalo de tempo entre o laudo da BAAF/BPAG e a primeira quimioterapia antineoplásica neoadjuvante: período de tempo, em dias, entre o dia da emissão do laudo da BAAF/BPAG e o dia da prescrição da primeira quimioterapia antineoplásica neoadjuvante.
- Intervalo de tempo entre o laudo da BAAF/BPAG e a cirurgia: período de tempo, em dias, entre o dia da emissão do laudo da BAAF/BPAG e o dia da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário.
- Intervalo de tempo entre o último dia da quimioterapia antineoplásica neoadjuvante e a cirurgia: período de tempo, em dias, entre o último dia da quimioterapia antineoplásica neoadjuvante e o dia da realização da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário.
- Intervalo de tempo entre a cirurgia e o primeiro dia da quimioterapia antineoplásica adjuvante: período de tempo, em dias, entre o dia da realização da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e o dia da prescrição da primeira quimioterapia antineoplásica adjuvante.
- Intervalo de tempo entre a mamografia e a quimioterapia antineoplásica neoadjuvante: período de tempo, em dias, entre o dia da mamografia e o dia da prescrição da primeira quimioterapia antineoplásica neoadjuvante.
- Intervalo de tempo entre a mamografia e a cirurgia: período de tempo, em dias, entre o dia da mamografia e o dia da realização da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário.
- Intervalo de tempo entre a mamografia e a quimioterapia antineoplásica adjuvante: período de tempo, em dias, entre o dia da mamografia e o dia da prescrição da primeira quimioterapia antineoplásica adjuvante.
- Intervalo de tempo entre a BAAF e/ou BPAG e a quimioterapia antineoplásica neoadjuvante: período de tempo, em dias, entre o dia da realização da BAAF e/ou BPAG e o dia da prescrição da primeira quimioterapia antineoplásica neoadjuvante.
- Intervalo de tempo entre a BAAF e/ou BPAG e a cirurgia: período de tempo, em dias, entre o dia da realização da BAAF e/ou BPAG e o dia da realização da cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário.
- Intervalo de tempo entre a BAAF e/ou BPAG e a quimioterapia antineoplásica adjuvante: período de tempo, em dias, entre o dia da realização da BAAF e/ou BPAG e o dia da prescrição da primeira quimioterapia antineoplásica adjuvante.

Os dados não encontrados nos prontuários serão registrados neste estudo com a sigla SRP (sem registro no prontuário).

Coleta de dados e resultados

Primeiramente, será solicitada à Divisão de Informática do CEPON uma listagem dos nomes das mulheres com câncer de mama, conforme os critérios de inclusão para este estudo, para então serem localizados os números dos prontuários. A busca no sistema informatizado identificará os códigos das quimioterapias antiblásticas neoadjuvantes: 0304040029, 0304040037 e os códigos das quimioterapias antiblásticas adjuvantes: 0304050067, 0304050075, 0304050130, 0304050148 cadastrados nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade (APAC). Esta etapa só será realizada após a liberação do Diretor do CEPON e do Comitê de Ética em Pesquisa.

A coleta de dados, propriamente dita, será realizada na sala do Serviço de Arquivo Médico do CEPON, pela pesquisadora principal que ao manusear os prontuários se deterá na busca exclusiva das variáveis estabelecidas para este estudo. Os dados coletados serão registrados em tabelas do programa Excel da Microsoft. Os instrumentos para os registros iniciais dos dados é apresentado nos Apêndices 3 e 4. Dois instrumentos para registro dos dados foram elaborados, considerando-se as propostas terapêuticas que serão encontradas durante a coleta dos dados: quimioterapia antiblástica neoadjuvante + cirurgia + quimioterapia antiblástica adjuvante ou cirurgia + quimioterapia antiblástica adjuvante. A opção terapêutica depende do tamanho do nódulo neoplásico mamário, para nódulos com dimensões maiores é recomendada a quimioterapia neoadjuvante anteriormente a cirurgia, para redução da massa tumoral. O período para a realização da coleta dos dados será no primeiro semestre de 2010, no período vespertino. Diariamente, a pesquisadora principal encaminhará ao SAME a lista dos números dos prontuários que pretende manusear no dia subsequente, assim favorecendo a organização das atividades de pesquisa e as institucionais.

Crítérios de inclusão (elegibilidade):

- Prontuários das mulheres com câncer de mama, atendidas no CEPON em 2009, que realizaram o tratamento inicial da doença com a forma terapêutica de quimioterapia antiblástica neoadjuvante, seguida de cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia antiblástica adjuvante ou cirurgia para retirada do nódulo neoplásico mamário e de quimioterapia antiblástica adjuvante.

Crítérios de Exclusão:

Serão excluídos todos os prontuários de mulheres com câncer de mama que iniciaram o tratamento da doença antes ou após o ano de 2009, prontuários de mulheres tratadas inicialmente com outras formas terapêuticas que não sejam a quimioterapia antiblástica neoadjuvante + cirurgia + quimioterapia antiblástica adjuvante ou cirurgia + quimioterapia antiblástica adjuvante e os prontuários das mulheres com câncer de mama que realizaram alguma das etapas do diagnóstico e para início do tratamento da doença utilizando os convênios de saúde ou recursos particulares.

Comentários:

Relação de documentos apresentados:

- Folha de rosto para submissão dos projetos
- Requerimento de isenção de registro no TCLE (assinado pela pesquisadora e pelo diretor do CEPON - 08/02/2010).
- Declaração das pesquisadoras (08/02/2010).
- Carta de ciência e concordância da responsável pela central de quimioterapia e Coordenadora geral de enfermagem do CEPON (09/02/2010)
- Declaração do diretor geral do CEPON (concordância com o estudo – 08/02/2010)
- Protocolo de estudo: Projeto de tese
- CV dos pesquisadores
- Apêndices (3, 4 e 8): Planilhas e formulários de coleta de dados e registro de prontuários.
- Apêndice 15: TCLE.
- Apêndice 16: cronograma de atividades e orçamento detalhado.
- Dois artigos de autoria das pesquisadoras (sem informação sobre os periódicos, datadas de janeiro de 2010).

Pertinência e valor científico do estudo proposto:

O projeto possui caráter científico e social, refletido nos dois principais produtos da tese: a Enfermagem demonstra evidências para reduzir o tempo perdido até o início do tratamento do câncer de mama; e cuidados adotados pelas mulheres durante o tempo perdido entre a mamografia e o início do tratamento do câncer de mama.

Adequação da metodologia aos objetivos estabelecidos:

A metodologia adotada aborda objetivamente o problema e busca soluções baseadas em dados estatísticos relevantes.

Grau de vulnerabilidade dos sujeitos e medidas protetoras propostas:

Não há risco, advindo dessa pesquisa, ao paciente.

Avaliação do binômio riscos-benefícios:

Como nesse projeto não consta riscos decorrentes diretamente da pesquisa, não cabe análise risco-benefício.

Adequação à Resolução 196/96:

Quanto ao protocolo de pesquisa, todos os itens estão de acordo com o item VI, itens 1-6.

Ainda dentro dos comentários deve-se explicitar se o projeto atende aos requisitos da Resolução 196/96 e suas complementares, em especial:

- Instrução completa e adequada do processo; **Sim**
- Presença dos compromissos exigidos do pesquisador, patrocinador (não prevê) e instituição responsáveis; **Sim**
- Identificação dos responsáveis pelo atendimento, acompanhamento e recebimento dos sujeitos encaminhados, quando for o caso; **Sim**
- Garantia dos direitos fundamentais do sujeito da pesquisa (informação, privacidade, recusa inócua, desistência, indenização, ressarcimento, continuidade do atendimento, acesso ao pesquisador e CEP); **Sim**
- Tratamento adequado dos dados e materiais biológicos; **Sim**
- Consistência e aceitabilidade de justificativas para presença de circunstâncias de alerta (uso de placebo, wash out, não participação do país de origem ou inexistência de aprovação por comitê de ética neste etc.); **Sim**

Sugestões à pesquisadora:

- 1) A mamografia foi o exame eleito comprobatório do diagnóstico, entretanto, ao eleger este exame, o estudo deixou de incluir outros métodos de imagem que são também utilizados para o diagnóstico, principalmente em pacientes jovens onde a mamografia geralmente não é o exame adotado para o diagnóstico. Para enriquecer a pesquisa, sugerimos incluir no estudo outros métodos de diagnóstico por imagem, como a ultrassonografia.
- 2) Incluir nos objetivos do estudo (letra a), a quimioterapia neoadjuvante, uma vez que a mesma está prevista na avaliação das variáveis categóricas, grupo de intervalo de tempo entre os eventos (letra g).

Diante do exposto o Comitê de Ética em Pesquisa do CEPON, de acordo com as atribuições definidas na Resolução 196/96, manifesta-se pela aprovação do protocolo "Cuidado de enfermagem: evidências para o tratamento precoce do câncer de mama".

Situação: Projeto aprovado

Florianópolis, 08 de março de 2009.



Crystian W. C. Saraiva
Coordenador do CEP/CEPON

Recebido:...../...../.....

Nome:.....

Ass:.....