



**UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM
ENFERMAGEM E SAÚDE
MESTRADO EM CUIDADOS CLÍNICOS EM ENFERMAGEM E SAÚDE**

SÂMIA JUCÁ PINHEIRO

**CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DA MORTALIDADE E DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ**

**FORTALEZA - CEARÁ
2015**

SÂMIA JUCÁ PINHEIRO

CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DA MORTALIDADE E DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA – CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Linha de Pesquisa: Políticas e Gestão para a Prática Clínica em Enfermagem e Saúde.

Orientador: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.

FORTALEZA – CEARÁ

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Sistema de Bibliotecas

Pinheiro, Sâmia Jucá.
Câncer de mama: análise da mortalidade e do cuidado de enfermagem no município de Fortaleza-Ceará [recurso eletrônico] / Sâmia Jucá Pinheiro. - 2015.
1 CD-ROM: il.; 4 ¾ pol.
CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico com 101 folhas, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm).
Dissertação (mestrado acadêmico) - Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2015.
Área de concentração: Mestrado.
Orientação: Prof. Dr. Paulo César de Almeida.
1. Mortalidade. 2. Neoplasias da mama. 3.
Enfermagem. I. Título

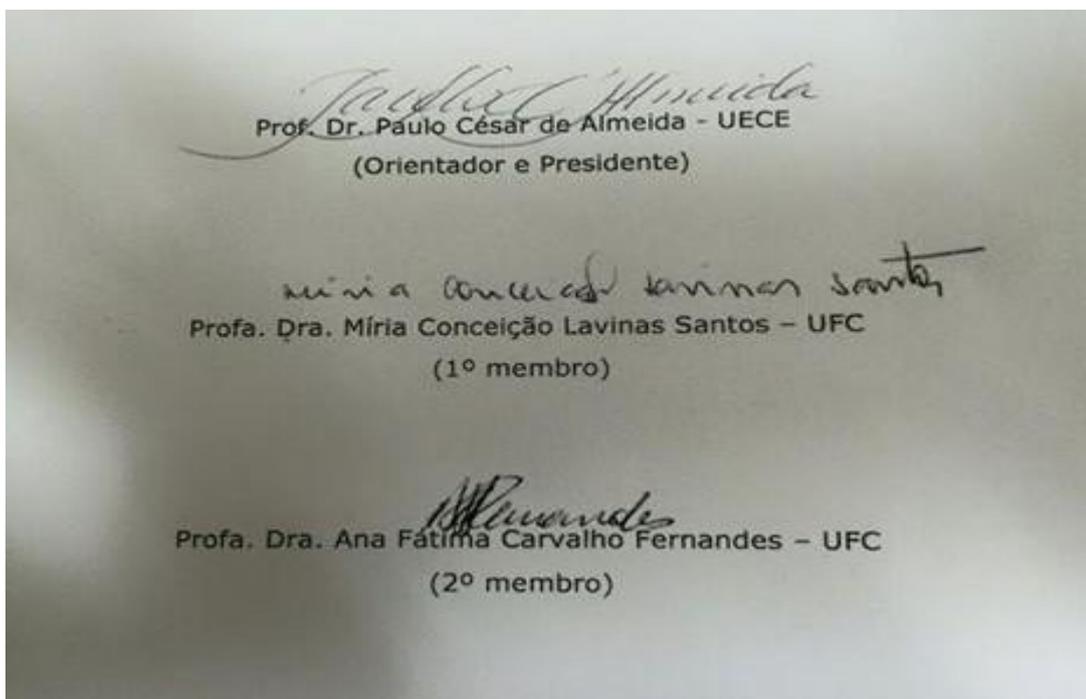
SÂMIA JUCÁ PINHEIRO

CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DA MORTALIDADE E DO CUIDADO DE
ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA - CEARÁ

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 12 de fevereiro de 2015.

BANCA EXAMINADORA



Aos meus pais, Mércia e Sávio, que sempre estiveram ao meu lado como fonte de amor e incentivo, além de serem base para todas as minhas conquistas e o meu caráter

AGRADECIMENTOS

À Deus, em primeiro lugar, por me dar forças diariamente e sabedoria para que eu consiga alcançar todos os objetivos almejados.

À minha mãe pelo estímulo e amor incondicional, me encorajando sempre.

Ao meu pai pelo apoio.

Aos meus tios pelo apoio.

Aos meus primos, pelo incentivo constante.

Aos meus amigos fiéis que nunca falham, me ajudando sempre que preciso.

Às minhas colegas de turma por dividirmos tantos conhecimentos, aprendendo juntas.

Ao enfermeiro Hugo Teotônio, enfermeira Branca Letícia, e à acadêmica de enfermagem e Bolsista de Iniciação Científica Erilaine Corpes pelo apoio durante a coleta dos dados.

Aos familiares das pacientes pela contribuição na coleta de dados.

À Dr.^a Míria C. Lavinias Santos, exemplo de profissional.

À banca examinadora pelas valiosas contribuições.

Ao Programa de Pós-Graduação em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará e aos docentes por nos oportunizar diante do alcance do título de mestres.

À CAPES pelo apoio financeiro.

Ao Professor Doutor Paulo César de Almeida, por todo o Apoio e ensinamentos durante a jornada e pelas contribuições estatísticas valiosas.

“A vida não exige que sejamos os melhores. Apenas que dediquemos o melhor de nossos esforços para isso.”

(H. Jackson Brow Jr.)

RESUMO

O câncer de mama apontado como uma neoplasia prevalente no mundo se constitui em um problema de saúde pública por exercer um aumento nos níveis de morbidade e mortalidade na população feminina. É o mais comum entre as mulheres, sendo o segundo tipo de neoplasia maligna mais comum no mundo. O prognóstico é relativamente bom quando diagnosticado e tratado precocemente. O estudo objetiva analisar a mortalidade por Câncer de Mama e a assistência de enfermagem durante o período do adoecimento. Estudo descritivo, retrospectivo, transversal e analítico, de abordagem quantitativa, sobre a Mortalidade por Câncer de Mama e a Assistência de Enfermagem durante o adoecimento no município de Fortaleza - Ceará. A 1ª etapa do estudo foi realizada através dos dados secundários da DO, sendo caracterizada por todos os óbitos por câncer de mama ocorridos no município e registrados no SIM (n=1368). A 2ª foi caracterizada por familiares/responsáveis dos pacientes (n=38) que chegaram ao óbito no último ano do período de coleta, ano de 2012, onde foi aplicado um questionário referente aos fatores de risco e processo de adoecimento. Os dados foram processados através do SPSS, sendo analisados através de testes estatísticos. Pela análise de regressão linear, houve um aumento da taxa geral de óbitos de 0,342. A maioria dos indivíduos falecidos era do sexo feminino, representando 98,1%. A ocorrência do óbito entre adultos e idosos no período foi semelhante, onde representou 49,1% e 50,9%, respectivamente. Houve o predomínio de indivíduos que apresentavam ensino fundamental (19,1%) e médio (31,5%); de casados/união estável (39,5%); e de cor preta/parda (50,1%). O estudo apresentou significância estatística, através do teste de verossimilhança, em relação às faixas etárias estudadas (20-99 anos) e às variáveis: escolaridade (p=0,0001), estado civil (p=0,0001) e raça/cor (p=0,01). Na amostra correspondente a 2ª etapa do estudo, 7,9% eram etilistas; 28,9% tabagistas; 78,9% tinham filhos; 68,4% teriam amamentado; 60,5% teriam realizado prevenção de câncer regularmente; e 31,6% apresentavam história familiar de câncer de mama. A média de idade foi de 65 ± 17 anos e do tempo de descoberta da doença até o óbito foi de 29 ± 23 meses. Através do teste de Probabilidade – ratio, o

tempo de sobrevida do paciente não apresenta associação com a realização de prevenção de câncer de mama regularmente ($p=0,359$), câncer de mama na família ($p=0,239$), acompanhamento do indivíduo pela equipe de enfermagem ($p=0,312$), realização de cirurgia ($p=0,405$), realização de radioterapia ($p=0,099$), e realização de quimioterapia ($p=0,485$), significando dizer que a sobrevida independe dessas variáveis. Através do teste *t de Student*, as médias do tempo, dos que fizeram ou não cirurgias, não diferiram ($p=0,358$); e que as médias dos que fizeram mastectomia total ou outro tipo de cirurgia também não diferiram ($p=0,327$). 86,8% foram acompanhados pela enfermagem durante o adoecimento. O estudo permitiu que fosse conhecido o perfil sociodemográfico dos pacientes e algumas características inerentes à doença, o processo de adoecimento dos pacientes até à ocorrência do óbito por câncer de mama, e identificado o cuidado de enfermagem diante desse processo. Esse conhecimento pode ser útil diante do desenvolvimento de estratégias para um cuidado integral e específico para cada população estudada no âmbito da oncologia.

Palavras-chave: Mortalidade. Neoplasias da Mama. Enfermagem.

ABSTRACT

Breast cancer constitutes a public health problem for causing a rise in morbidity and mortality levels in the female population. It is the most common among women, being the second most common malignant neoplasm in the world. The prognosis is relatively good when diagnosed and treated early. This study aims to analyze mortality from Breast Cancer and the nursing care during the period of illness. This was a descriptive, retrospective, cross-sectional and analytical study, from a quantitative approach. The first stage of the study was performed using DC secondary data, characterized by all breast cancer deaths occurred in the city and registered at SIM ($n = 1368$). The second one was characterized by relatives/guardians of patients ($n = 38$) who came to death in the last year of the collection period, 2012, in which it was applied a questionnaire relating to risk factors and disease process. The data were processed using the SPSS and analyzed by statistical tests. By linear regression analysis, there was an increase in the overall death rate of 0.342. Most of the deceased individuals were female, representing 98.1%. The occurrence of death among adults and the elderly in the period was similar, representing 49.1% and 50.9%, respectively. There was a predominance of individuals with primary education (19.1%) and secondary (31.5%); married / common-law marriage (39.5%); and black / brown (50.1%). The study presented statistical significance, through the likelihood ratio test, in relation to the age groups studied (20-99 years old) and their variables: education ($p = 0.0001$), marital status ($p = 0.0001$) and race / color ($p = 0.01$). In the sample corresponding to the second stage of the study, 7.9% were alcoholics; 28.9% were smokers; 78.9% had children; 68.4% had breastfed; 60.5% had carried out cancer prevention regularly; and 31.6% had a family history of breast cancer. The average of age was 65 ± 17 years old and from the time of the disease's discovery until death was 29 ± 23 months. Through the Probability test - ratio, the patient's survival time has no association with regular breast cancer preventive actions ($p = 0.359$), breast cancer in the family ($p = 0.239$), individual monitoring by the nursing team ($p = 0.312$), surgery ($p = 0.405$), radiotherapy ($p = 0.099$), and use of chemotherapy ($p = 0.485$), meaning to say that survival does not depend on these variables. Through the Student t test, the averages of time, those who underwent surgery or not, did not differ ($p = 0.358$); and the averages of those who have gone through full mastectomy or other type of

surgery also did not differ ($p = 0.327$). 86.8% had follow-up care by nurses during the illness. The study allowed the socio-demographic profile of the patients, some characteristics of the disease as well as the patients' disease progression until the occurrence of death to be known, and it permitted the nursing care on this process to be identified. This knowledge can be useful in the development of strategies for a comprehensive and specific care for each population studied in the context of oncology.

KEY WORDS: Mortality. Breast Neoplasms. Nursing

RESUMEN

El cáncer de mama constituye un problema de salud pública por ejercer un aumento en los niveles de morbilidad y mortalidad en la población femenina. Es el más común entre las mujeres, siendo el segundo tipo de neoplasia maligna más común en el mundo. El pronóstico es relativamente bueno cuando diagnosticado y tratado precozmente. El estudio objetiva analizar la mortalidad por cáncer de mama y la asistencia de enfermería durante el período de adoecimiento. Estudio descriptivo, retrospectivo, analítico y transversal, de abordaje cuantitativo. La 1ª etapa del estudio fue realizada a través de datos secundarios de la DO, siendo por las muertes por cáncer de mama ocurridos en el municipio e registradas en el SIM (n = 1368). La 2ª se caracteriza por familia /responsables de los pacientes (n = 38) que vinieron al óbito el último año del período de recolección, de 2012, donde fue aplicado un cuestionario referente a los factores de riesgo y proceso de adoecimiento. Los datos fueron procesados a través del SPSS y siendo analizados a través de pruebas estadísticas. Por el análisis de regresión lineal, hubo un aumento de la tasa general de 0.342 óbitos. La mayoría de las personas fallecidas eran mujeres, lo que representa 98,1 %. La ocurrencia de muerte entre los adultos y los ancianos en el período fue semejante, lo que representó el 49,1 % y 50,9 %, respectivamente. Hubo un predominio de individuos con educación fundamental (19,1 %) y medio (31,5 %); casados/unión estable (39,5 %); y negro /pardo (50,1 %). El estudio presentó significancia estadística, a través de la prueba de verossimilhança, en relación a los grupos de edad (20-99 años) y variables: escolaridad (p = 0,0001), estado civil (p = 0,0001) y la raza/color (p = 0,01). En la muestra correspondiente a la segunda fase del estudio, 7,9 % eran alcohólicos; 28,9 % eran fumadores; 78,9 % tenían hijos; 68,4 % habían amamantado; 60,5 % habían realizado regularmente la prevención del cáncer; y 31,6 % tenían antecedentes familiares de cáncer de mama. La edad media fue de 65 ± 17 años y del momento del descubrimiento de la enfermedad hasta la muerte fue de 29 ± 23 meses. A través de la prueba de probabilidad - ratio, el tiempo de supervivencia del paciente no tiene ninguna asociación con la realización de la prevención del cáncer de mama regularmente (p = 0,359), cáncer de mama en la familia (p = 0,239), la acompañamiento del individuo de el equipo de enfermería (p = 0,312), realización de cirugía (p = 0,405), realización de radioterapia (p = 0,099), y realización de quimioterapia (p = 0,485), lo que significa que decir que

la supervivencia es independiente de estas variables. A través de la prueba t de Student, las medias del tiempo medio de los que lo hicieron o no cirugía no difirieron ($p = 0,358$); y las medias de los que hicieron mastectomía total u otro tipo de cirugía tampoco difirieron ($p = 0,327$). 86,8 % fueron acompañados por las enfermeras durante la enfermedad. El estudio permitió que se fuera conocido el perfil sociodemográfico de los pacientes y algunas características inherentes a la enfermedad, el proceso de adoecimiento de los pacientes hasta a la ocurrencia del óbito, y la atención de enfermería identificados en este proceso. Este conocimiento puede ser útil en el desarrollo de estrategias para una atención integral y específica para cada población estudiada en el contexto de la oncología.

PALABRAS CLAVE: La mortalidad. Neoplasias de la Mama. Enfermería

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Estimativas dos casos novos de câncer através das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e do número segundo sexo e localização primária da neoplasia maligna do Brasil.....	24
Tabela 2 -	Estimativas dos casos novos de câncer através das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e do número segundo sexo e localização primária da neoplasia maligna da Região Nordeste.....	26
Tabela 3 -	Estimativas dos casos novos de câncer através das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e do número segundo sexo e localização primária da neoplasia maligna do Estado do Ceará e a capital Fortaleza.....	27
Tabela 4 -	Distribuição do número de óbitos ocorridos em indivíduos do sexo feminino e masculino para cada ano estudado de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO). Fortaleza/CE, 2015.....	47
Tabela 5 -	Distribuição do número de óbitos ocorridos em indivíduos do sexo feminino e masculino para cada ano estudado de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO). Fortaleza/CE, 2015.....	47
Tabela 6 -	Distribuição das variáveis sócio-demográficas dos óbitos (N = 1368) registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2006 a 2012, através da Declaração de Óbito (DO). Fortaleza/CE, 2015.....	49
Tabela 7 -	Distribuição do número de óbitos, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2006 a 2012, através da Declaração de Óbito (DO), segundo as variáveis sociodemográficas para cada faixa etária. Fortaleza/CE, 2015.....	51

Tabela 8 -	Distribuição das causas dos óbitos através dos códigos dos diagnósticos da patologia câncer de mama (CID-10) registrada nas DOs estudadas no período de 2006 a 2012. Fortaleza/CE, 2015.....	53
Tabela 9 -	Distribuição dos contatos dos pacientes que faleceram no ano de 2012, no município de Fortaleza-Ceará. Fortaleza/CE, 2015.....	54
Tabela 10 -	Distribuição das frequências dos óbitos ocorridos no ano de 2012, através dos dados da DO/SIM, de acordo com as variáveis sócio-demográficas: escolaridade, estado civil, e raça/cor. Fortaleza/CE, 2015.....	55
Tabela 11 -	Distribuição dos fatores de risco/protetores para o câncer de mama dos indivíduos falecidos no ano de 2012. Fortaleza/CE, 2015.....	56
Tabela 12 -	Distribuição dos exames de prevenção realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012. Fortaleza/CE, 2015.	59
Tabela 13 -	Distribuição dos óbitos dos indivíduos falecidos no ano de 2012 de acordo com as variáveis: idade, tempo de descoberta da doença até o óbito, acompanhamento dos pacientes na ESF, e acompanhamento da enfermagem durante o adoecimento. Fortaleza/CE, 2015.....	63
Tabela 14 -	Distribuição das médias, com os respectivos desvios padrão, das idades dos indivíduos falecidos em 2012, e do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito. Fortaleza/CE, 2015.....	64
Tabela 15 -	Distribuição do número de óbitos ocorridos em 2012, segundo o tempo de descoberta da doença até o óbito e variáveis, em Fortaleza-Ceará. Fortaleza/CE, 2015.....	65
Tabela 16 -	Distribuição dos óbitos ocorridos em 2012 segundo o tempo de descoberta da doença até o óbito e a realização de quimioterapia. Fortaleza/CE, 2015.....	67
Tabela 17 -	Distribuição dos procedimentos realizados pelos indivíduos falecidos por câncer de mama, no ano de	

	2012, durante o período do adoecimento até o óbito. Fortaleza/CE, 2015.....	69
Tabela 18 -	Distribuição das médias do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito de indivíduos falecidos no ano de 2012 que realizaram ou não algum procedimento cirúrgico. Fortaleza/CE, 2015.....	72
Tabela 19 -	Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012. Fortaleza/CE, 2015.....	73
Tabela 20 -	Distribuição das médias do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito de indivíduos que realizaram mastectomia ou algum outro procedimento cirúrgico. Fortaleza/CE, 2015.....	74

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1 -	Distribuição das taxas de mortalidade por câncer de mama feminina no Brasil, por faixas etárias, no Brasil no período de 1990 a 2012.....	30
Gráfico 2 -	Distribuição dos coeficientes de mortalidade de neoplasias malignas de mama feminina, específicos por idade – SIM Fortaleza, 1997-2006.....	31
Gráfico 3 -	Distribuição do número de óbitos por câncer de mama ocorrido no período de 2006 a 2012, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO).....	41
Gráfico 4 -	Distribuição da taxa do número de óbitos por 100.000 habitantes no período de 2006 a 2012, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO).....	42
Gráfico 5 -	Distribuição da taxa do número de óbitos por 100.000 habitantes de acordo com a faixa etária destacada nos anos de 2006 a 2012, e registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO).....	45

LISTA DE ABREVIATURAS

CE -	Ceará
CEP -	Comitê de Ética em Pesquisa
CID-10 -	Classificação Internacional de Doenças
DO -	Declaração de Óbito
ES -	Espírito Santo
ESF -	Estratégia Saúde da Família
ESF -	Equipe de Saúde da Família
IBGE -	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA -	Instituto Nacional do Câncer
MG -	Minas Gerais
MS -	Ministério da Saúde
OMS -	Organização Mundial de Saúde
PNAISH -	Programa Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem
PNAISM -	Programa Nacional de Atenção Integral da Saúde da Mulher
PNAO -	Política Nacional de Atenção Oncológica
PNPS -	Política Nacional de Promoção da Saúde
QT -	Quimioterapia
RJ -	Rio de Janeiro
RT -	Radioterapia
SAE -	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIM -	Sistema de Informação sobre Mortalidade
SIS -	Sistema de Informação de Saúde
SISMAMA -	Sistema de Informação de Saúde para o Controle do Câncer de Mama
SPSS -	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TCLE -	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UECE -	Universidade Estadual do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	21
2	OBJETIVOS	24
2.1	GERAL.....	24
2.2	ESPECÍFICOS.....	24
3	REVISÃO DE LITERATURA	25
3.1	CÂNCER: DEFINIÇÃO, MAGNITUDE, FATORES DE RISCO.....	25
3.2	MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA.....	31
3.3	ESTRATÉGIAS DE DETECÇÃO PRECOCE PARA O CÂNCER DE MAMA.....	33
3.4	CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA E AS REDES DE ATENÇÃO.....	35
3.5	SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM).....	37
4	METODOLOGIA	39
4.1	TIPO DE ESTUDO.....	39
4.2	LOCAL DE ESTUDO.....	39
4.3	AMOSTRA.....	40
4.4	PERÍODO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS.....	40
4.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	41
4.6	ASPECTOS ÉTICOS.....	42
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO	43
5.1	ETAPA 01: MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ NO PERÍODO DE 2006 A 2012.....	43
5.2	2ª ETAPA: PROCESSO DE ADOECIMENTO DOS INDIVÍDUOS FALECIDOS EM 2012 POR CÂNCER DE MAMA.....	56
6	CONCLUSÃO	82
6.1	DIFICULDADES ENCONTRADAS.....	85
6.2	RECOMENDAÇÕES.....	86
	REFERÊNCIAS	87
	APÊNDICE A – Instrumento.....	95
	APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	97
	ANEXO A – Declaração de óbito.....	98

ANEXO B – Termo de fiel depositário.....	99
ANEXO C – Comitê de Ética em Pesquisa.....	100

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama, apontado como uma neoplasia prevalente no mundo, se constitui em um problema de saúde pública por exercer um aumento nos níveis de morbidade e mortalidade na população feminina. É o mais comum entre as mulheres, sendo o segundo tipo de neoplasia maligna mais comum no mundo. O prognóstico é relativamente bom quando diagnosticado e tratado precocemente (BRASIL, 2012a).

Podemos citar como os principais fatores de risco para a doença: sexo feminino; história familiar e pessoal de câncer de mama; idade; menarca precoce, primeira menstruação antes dos 11 anos de idade; menopausa tardia, última menstruação após os 55 anos; nuliparidade; primeiro filho depois dos 30 anos de idade; e obesidade, onde se observa uma dieta rica em gorduras (BRASIL, 2015a).

Os principais tipos de câncer de mama são: carcinoma ductal *in situ*, carcinoma ductal infiltrativo, carcinoma lobular infiltrativo, carcinoma medular, carcinoma mucinoso, carcinoma ductal tubular, carcinoma inflamatório, e doença de Paget (GOMES, 1997).

A estimativa de novos casos para o ano de 2014 foi de 57.120 pacientes acometidos no Brasil, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil habitantes. No Ceará, a estimativa de novos casos para o mesmo ano foi de 2.060 pacientes; e, em Fortaleza, capital do Estado, a estimativa para o mesmo ano foi de 850 (INCA, 2014a).

No Brasil, além das taxas de incidência crescentes, ainda são extremamente elevadas às taxas de mortalidade pela doença, uma vez que os pacientes são diagnosticados quando a doença já se encontra em estágios avançados. Através desse índice alarmante de mortalidade, há uma preocupação em reconhecer os fatores que estão relacionados a fim de propor ações eficazes que consigam reverter à situação vigente (GONÇALVES *et al.*, 2007).

Os profissionais de saúde necessitam estar em constante busca de conhecimentos em relação a essa doença com o intuito de orientar a população a respeito das estratégias de prevenção e detecção precoce, uma vez que está comprovado que quando se detecta precocemente o câncer de

mama, as chances de sobrevivência e, até mesmo de cura, aumentam consideravelmente (INCA, 2008a).

Através do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) se consegue obter informações a respeito dos óbitos ocorridos por determinada patologia. O SIM, desenvolvido pelo Ministério da Saúde (MS) em 1975, é caracterizada como uma ferramenta importante de gestão na área da saúde por reunir dados sobre os óbitos ocorridos no Brasil. A construção de indicadores e o processamento de análises epidemiológicas pode ser realizado através das variáveis compostas no instrumento a partir da *causa mortis* atestada pelo médico (BRASIL, 2001).

O SIM, apesar de avaliado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como de qualidade intermediária, tem melhorado consideravelmente, através do aprimoramento adotado pelo MS, onde foi reduzido o número de registros incompletos nas fichas de notificação e o número de proporção de óbitos com causas mal definidas, bem como foi proposto cursos de capacitação para codificadores de causas básicas (BRASIL, 2012a).

O SIM é extremamente utilizado para a pesquisa científica, uma vez que oferece dados fidedignos em relação ao óbito e suas causas em todos os níveis de Atenção à Saúde, contribuindo para a tomada de decisão em áreas diversas da Assistência à Saúde. Assim, se configura importante para a área de gestão em saúde (BRASIL, 2012b).

Diante dessas questões, as perguntas norteadoras para o desenvolvimento do estudo foram: Existe associação entre a incidência e a mortalidade por câncer de mama e as variáveis: sexo, raça, estado civil, escolaridade, grupo etário, antecedentes familiares, e fatores de risco? De que maneira a enfermagem, nos níveis de atenção primário, secundário e terciário, está inserida no cuidado às pacientes durante o processo de adoecimento até o óbito?

O interesse em desenvolver a pesquisa surgiu a partir da experiência vivenciada com a temática desde a graduação do curso de Enfermagem através da participação em um projeto intitulado “Saúde Materna e Mamária”, onde os índices alarmantes da mortalidade por câncer de mama foram evidenciados através de estudos e pesquisas realizadas, estimulando o desenvolvimento de questões que instigam a busca de

resposta para as mesmas, propiciando o aprimoramento de conhecimentos na área.

Os índices epidemiológicos presentes se configuram em fatores importantes para que os profissionais de saúde se interessem em estudar os aspectos inerentes à doença, conhecendo os que contribuem para o desenvolvimento da doença até a ocorrência do óbito. Assim, acredita-se que conhecendo profundamente a doença e os seus fatores relacionados, os gestores poderão contribuir no desenvolvimento de políticas eficazes de gestão a fim de propor uma assistência de qualidade nos níveis de atenção, atendendo as reais necessidades dos pacientes acometidos pela doença.

O interesse em analisar a assistência de enfermagem durante o adoecimento também se faz presente por reconhecermos que a enfermagem desempenha um papel fundamental no âmbito do cuidar integral aos pacientes. Entende-se que, com o desenvolvimento do estudo, a enfermagem terá mais subsídios para sistematizar uma assistência englobando os aspectos do processo saúde-doença dos pacientes, além dos hábitos de vida de cada um deles, contribuindo de maneira considerável para a prática clínica.

O estudo se torna relevante por analisar os fatores contribuintes para o elevado índice de mortalidade por câncer de mama, bem como por analisar os fatores determinantes para o surgimento e evolução da doença. Acredita-se que os setores de Atenção Primária, Secundária e Terciária, com o conhecimento de todos esses dados e dotados de um aporte técnico-científico, consigam sensibilizar a população acerca da doença realizando trabalhos educativos de prevenção, bem como consigam melhorar a qualidade de vida dos pacientes através de uma assistência de qualidade diante do tratamento da patologia, melhorando o quadro clínico desenvolvido pela mesma.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL

Analisar a mortalidade por Câncer de Mama e a assistência de enfermagem durante o período do adoecimento.

2.2 ESPECÍFICOS

- Identificar a taxa de mortalidade por câncer de mama no município de Fortaleza/CE no período de 2006 a 2012.
- Identificar os óbitos por câncer de mama no período de 2006 a 2012 segundo as variáveis: sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, causa básica.
- Verificar associação entre a mortalidade por câncer de mama no período de 2006 a 2012 segundo faixa etária e as variáveis sexo, escolaridade, estado civil e raça/cor.
- Identificar os óbitos por câncer de mama no ano de 2012 segundo as variáveis sociodemográficas: sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, e fatores de risco/protetores: etilismo, tabagismo, história familiar, paridade, amamentação, prevenção de câncer de mama.
- Verificar associação entre sobrevivida por câncer de mama e as variáveis: prevenção de câncer de mama; história familiar; acompanhamento da enfermagem; realização de cirurgia; realização de quimioterapia; e realização de radioterapia no ano de 2012.
- Descrever a assistência de enfermagem nos setores de atenção primária, secundária e terciária desde a descoberta da doença até o óbito no ano de 2012.

3 REVISÃO DE LITERATURA (Considerações acerca da temática)

3.1 CÂNCER: DEFINIÇÃO, MAGNITUDE, FATORES DE RISCO

O Câncer é uma doença decorrente do desenvolvimento anormal de células e tecidos podendo ser evidenciado pela existência de um tumor maligno, onde pode se espalhar pelas demais partes do corpo devido a sua capacidade de se infiltrar para outros tecidos. Essas células anormais crescem de uma maneira descontrolada, se tornando cada vez mais agressivas e infiltrantes, o que contribui para o desenvolvimento das metástases (BRASIL, 2013a).

Existem mais de 100 tipos de câncer devido, principalmente, aos diferentes tipos de células presentes no corpo humano. Determinados tipos de câncer surgem mais em determinados tecidos, como: carcinoma em tecidos epiteliais e sarcoma em tecidos conjuntivos. A velocidade de multiplicação das células, como também a sua capacidade em se espalhar pelos demais tecidos e órgãos se tornam extremamente importantes na diferenciação dos tipos de cânceres (INCA, 2012).

A epidemiologia, designando o estudo sobre a população e o que lhe afeta, tem procurado explicar as causas dos altos índices de câncer na população mundial, transcorrendo sobre os fatores de risco que predisõem os indivíduos em determinadas regiões. Diversos estudos estão sendo feitos com a finalidade de analisar esses dados epidemiológicos levantados decorrentes de inúmeras pesquisas. Verificou-se que alguns tipos de câncer estão surgindo, simultaneamente, em resposta ao elevado crescimento socioeconômico, como: cânceres de mama, próstata, cólon e reto; como também devido ao intenso índice de pobreza, como: câncer de pênis, colo do útero, estômago e cavidade oral (INCA, 2011).

O processo de carcinogênese apresenta algumas etapas essenciais para que haja o surgimento do tumor e a sua proliferação. São elas: iniciação: fase em que os genes sofrem ação de fatores cancerígenos; promoção: fase em que os agentes oncopromotores atuam na célula já alterada; e progressão: caracterizada pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula (INCA, 2012a).

O câncer de mama é caracterizado como um conjunto de doenças que apresentam comportamentos variados por apresentar apresentações morfológicas e clínicas distintas e, conseqüentemente, respostas terapêuticas diferenciadas (BRASIL, 2013b).

Para o ano de 2011, foram estimados 49.240 casos novos de câncer de mama, que representam uma taxa de incidência de 49 casos por 100 mil mulheres (BRASIL, 2013b).

A estimativa de novos casos para o ano de 2012 foi de 52.680 pacientes acometidos no Brasil. Para o Estado do Ceará e a capital Fortaleza, a estimativa de novos casos foi de 1.770 e 720, respectivamente (INCA, 2011).

Para o ano de 2014, a estimativa de novos casos foi de 57.120 no Brasil, 10.490 no Nordeste, 2.060 no Estado do Ceará, e 850 em Fortaleza. As Tabelas 1, 2 e 3 mostram as estimativas do Brasil, Região Nordeste, Estado do Ceará e sua capital Fortaleza, respectivamente, para o ano de 2014, através das taxas brutas de incidência por 100 mil habitantes e do número de casos novos de câncer segundo o sexo (INCA, 2014).

Tabela 1 - Estimativas dos casos novos de câncer através das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e do número segundo sexo e localização primária da neoplasia maligna do Brasil.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	68.800	70,42	17.540	82,93	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	57.120	56,09	19.170	80,67
Colo do Útero	-	-	-	-	15.590	15,33	4.530	19,20
Traqueia, Brônquio e Pulmão	16.400	16,79	4.000	18,93	10.930	10,75	3.080	13,06
Cólon e Reto	15.070	15,44	4.860	22,91	17.530	17,24	5.650	23,82
Estômago	12.870	13,19	2.770	13,07	7.520	7,41	2.010	8,44
Cavidade Oral	11.280	11,54	2.220	10,40	4.010	3,92	1.050	4,32

(Continuação)

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Laringe	6.870	7,03	1.460	6,99	770	0,75	370	1,26
Bexiga	6.750	6,89	1.910	8,91	2.190	2,15	730	2,97
Esôfago	8.010	8,18	1.460	6,76	2.770	2,70	540	0,00
Ovário	-	-	-	-	5.680	5,58	2.270	9,62
Linfoma de Hodgkin	1.300	1,28	410	5,72	880	0,83	420	8,64
Linfoma não Hodgkin	4.940	5,04	1.490	6,87	4.850	4,77	1.680	7,06
Glândula Tireoide	1.150	1,15	470	1,76	8.050	7,91	2.160	9,08
Sistema Nervoso Central	4.960	5,07	1.240	5,81	4.130	4,05	1.370	5,81
Leucemias	5.050	5,20	1.250	5,78	4.320	4,24	1.250	5,15
Corpo do Útero	-	-	-	-	5.900	5,79	2.690	11,24
Pele Melanoma	2.960	3,03	950	4,33	2.930	2,85	1.150	4,57
Outras Localizações	37.520	38,40	9.070	42,86	35.350	34,73	8.590	36,49
Subtotal	203.930	208,77	51.100	241,30	190.520	187,13	58.710	248,46
Pele não Melanoma	98.420	100,75	19.650	92,72	83.710	82,24	22.540	95,26
Todas as Neoplasias	302.350	309,53	70.750	334,08	274.230	269,35	81.250	343,85

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2014).

Tabela 2 - Estimativas dos casos novos de câncer através das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e do número segundo sexo e localização primária da neoplasia maligna da Região Nordeste.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estados		Capitais		Estados		Capitais	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	12.930	47,46	3.540	62,73	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	10.490	36,74	4.140	62,60
Colo do Útero	-	-	-	-	5.370	18,79	1.340	20,89
Traqueia, Brônquio e Pulmão	2.450	9,01	790	14,09	1.830	6,40	580	9,06
Cólon e Reto	1.680	6,19	650	11,51	2.220	7,81	1.060	16,30
Estômago	2.790	10,25	560	10,00	1.820	6,39	450	6,94
Cavidade Oral	1.960	7,16	480	8,56	1.060	3,72	260	4,02
Laringe	1.220	4,54	360	6,61	280	1,02	100	1,16
Bexiga	780	2,82	240	4,50	340	1,24	140	2,22
Esôfago	1.230	4,50	300	5,26	510	1,80	140	1,74
Ovário	-	-	-	-	1.150	4,03	570	9,01
Linfoma de Hodgkin	220	0,78	110	1,25	140	0,48	90	0,85
Linfoma não Hodgkin	930	3,43	310	5,42	790	2,84	320	4,92
Glândula Tireoide	360	1,29	110	1,52	1.610	5,68	510	7,89
Sistema Nervoso Central	1.070	3,91	290	5,35	770	2,72	390	6,04
Leucemias	1.110	4,15	280	5,20	970	3,40	270	4,16
Corpo do Útero	-	-	-	-	1.140	4,00	410	6,43
Pele Melanoma	440	1,65	150	2,54	330	1,12	120	1,47
Outras Localizações	7.360	27,11	2.120	37,57	7.410	25,99	1.870	29,03
Subtotal	36.530	134,25	10.290	181,97	38.230	133,96	12.760	197,53
Pele não Melanoma	10.990	40,37	1.720	30,36	13.310	46,68	1.620	24,92
Todas as Neoplasias	47.520	174,64	12.010	212,39	51.540	180,61	14.380	222,61

Fonte: Instituto Nacional do Câncer, 2014.

Tabela 3 - Estimativas dos casos novos de câncer através das taxas brutas de incidência por 100.000 habitantes e do número segundo sexo e localização primária da neoplasia maligna do Estado do Ceará e a capital Fortaleza.

Localização Primária da Neoplasia Maligna	Estimativa dos Casos Novos							
	Homens				Mulheres			
	Estado		Capital		Estado		Capital	
	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta	Casos	Taxa Bruta
Próstata	2.350	53,69	640	52,25	-	-	-	-
Mama Feminina	-	-	-	-	2.060	44,78	850	61,74
Colo do Útero	-	-	-	-	930	20,27	280	20,53
Traqueia, Brônquio e Pulmão	510	11,63	190	15,52	430	9,34	160	11,39
Cólon e Reto	330	7,51	150	12,52	400	8,81	220	15,83
Estômago	750	17,23	150	12,30	480	10,43	130	9,13
Cavidade Oral	310	6,97	80	6,71	220	4,70	60	4,39
Laringe	260	5,91	90	7,67	70	1,58	20	1,63
Bexiga	110	2,37	40	3,48	50	1,18	20	1,74
Esôfago	270	6,13	80	6,25	130	2,89	30	2,01
Ovário	-	-	-	-	220	4,81	140	10,37
Linfoma de Hodgkin	50	1,10	20	1,69	30	0,62	**	1,12
Linfoma não Hodgkin	160	3,68	60	4,61	140	3,13	60	4,30
Glândula Tireoide	70	1,56	20	1,62	350	7,66	140	9,80
Sistema Nervoso Central	200	4,54	70	5,90	150	3,22	70	4,95
Leucemias	210	4,93	60	5,30	180	3,90	60	4,29
Corpo do Útero	-	-	-	-	210	4,43	100	6,96
Pele Melanoma	90	2,14	40	3,62	90	1,87	30	2,16
Outras Localizações	1.410	32,32	440	36,02	1.320	28,77	370	26,94
Subtotal	7.080	162,01	2.130	174,94	7.460	162,35	2.750	198,79
Pele não Melanoma	2.520	57,66	390	31,72	3.020	65,83	280	20,39
Todas as Neoplasias	9.600	219,68	2.520	206,97	10.480	228,07	3.030	219,03

Fonte: Instituto Nacional do Câncer (2014).

De acordo com os dados epidemiológicos, o câncer de mama se constitui na neoplasia que mais afeta a população feminina, seguido do câncer de pele não-melanoma (INCA, 2014).

Essas estimativas para os anos de 2011, 2012 e 2014 são bastante diferentes ao que ocorreu na década de 80, gerando uma preocupação cada vez maior em relação aos índices de mortalidade. Essa diferença, expondo um aumento significativo nos índices de câncer de mama, pode ser explicada pela transição demográfica na qual a sociedade passou decorrente da urbanização, predispondo às mulheres a uma maior exposição aos fatores de risco para a doença (TEIXEIRA; PORTO; HABIB, 2012).

Realizando um comparativo entre a incidência do câncer de mama em países desenvolvidos e no Brasil, país em desenvolvimento, os dados são bastante semelhantes. Há diferenças em torno dos índices de mortalidade e morbidade, sendo mais baixos, uma vez que nesses países há maiores incentivos em torno da prática de detecção precoce, como também nas condutas em relação ao tratamento e reabilitação, contribuindo assim para uma maior distinção nos prognósticos (SILVA *et al.*, 2014).

Fatores de risco podem corresponder a qualquer hábito, condição ambiental, fisiológica ou qualquer situação capaz de predispor um indivíduo ou um grupo de pessoas a determinada doença. Esses fatores podem apresentar duas classificações: mutáveis ou reversíveis e não mutáveis ou irreversíveis. Os fatores mutáveis são aqueles passíveis de modificação pelo indivíduo sozinho ou auxiliado pelos profissionais de saúde através de adequadas orientações. Esses podem ser reduzidos ou eliminados durante a prevenção primária. Os que não são mutáveis são aqueles que não podem ser modificados (LEITE *et al.*, 2007).

Em relação ao câncer de mama, os fatores reversíveis são: alimentação rica em gorduras, tabagismo, ingestão elevada de álcool, exposição às radiações iônicas e pesticidas. Os fatores irreversíveis são: história familiar da doença, história patológica pregressa, susceptibilidade genética, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade, entre outros (BRASIL, 2013a).

Dessa maneira, estudos mostram a preocupação de alguns profissionais de saúde em propor uma atenção primária aos indivíduos que

apresentem fatores de risco, a fim de reduzir os índices da doença. Apesar disso, muitos outros demonstram um direcionamento maior dos profissionais para a atenção secundária em saúde, havendo a formulação precoce do diagnóstico de câncer de mama, podendo ser alcançada através de estratégias de detecção precoce, fundamentais diante da redução dos índices de mortalidade (BUSHATSKY *et al.*, 2014).

3.2 MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA

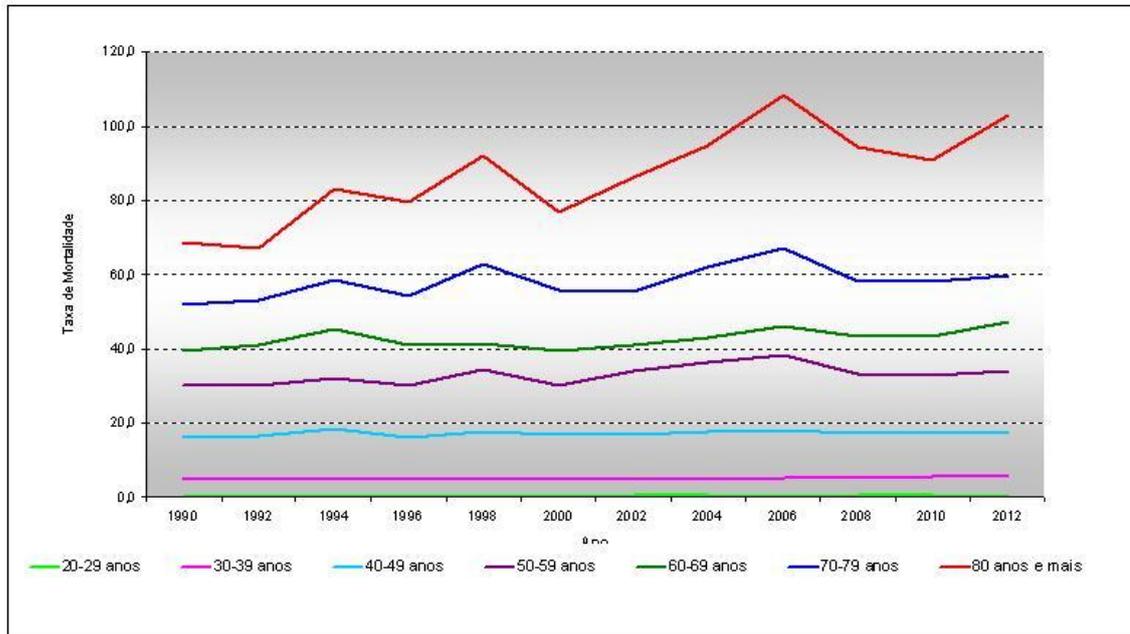
No Brasil ainda é extremamente elevada às taxas de mortalidade por câncer de mama, apresentando uma curva ascendente, uma vez que os pacientes são diagnosticados quando a doença já se encontra em estágios avançados. A sobrevida após 05 anos é de 61% na população mundial (BRASIL, 2015).

Em Fortaleza, no período de 1997 a 2004, a taxa de sobrevida global aos 05 anos foi de 75,3%. A sobrevida relativa foi de 76%, percentual maior do que na população mundial, segundo o Ministério da Saúde/INCA (ARREGI, 2012).

Em 2011, através dos dados do SIM, o número de mortes foi de 13.345, sendo 13.225 mulheres e 120 homens. Em 2012, na mortalidade por câncer em mulheres, os óbitos por câncer de mama ocupam o primeiro lugar, representando 15,2% do total de óbitos. Na Região Nordeste, o câncer de mama representa 14,1% dos óbitos ocorridos por câncer, percentual próximo do que ocorre na região brasileira (BRASIL, 2015a).

A figura abaixo apresenta as taxas de mortalidade por câncer de mama feminina no Brasil, por faixas etárias, e por 100.000 mulheres, no período de 1990 a 2012.

Gráfico 1 - Distribuição das taxas de mortalidade por câncer de mama feminina no Brasil, por faixas etárias, no Brasil no período de 1990 a 2012.



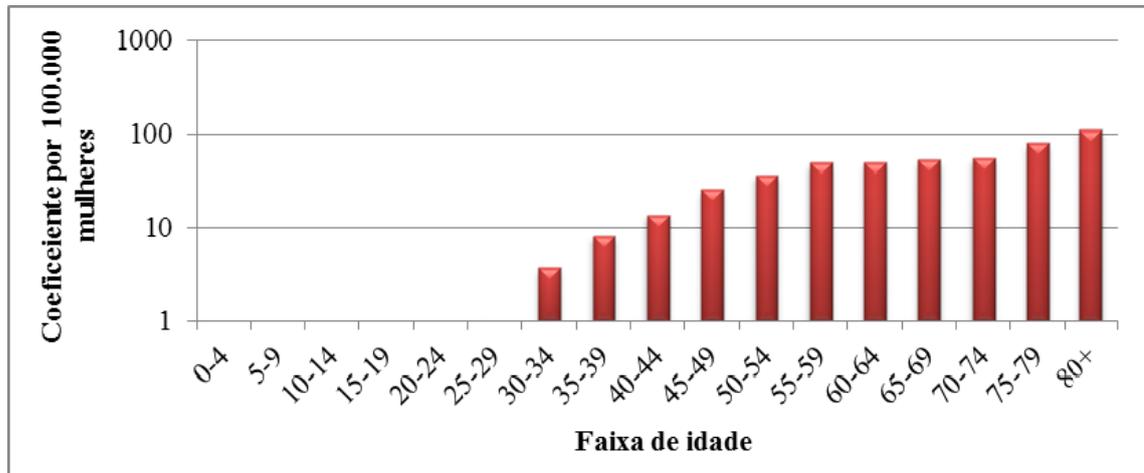
Fonte: Sistema de Informação de Mortalidade/DATASUS (2015).

O MS/INCA aponta que a mortalidade aumenta progressivamente com a idade, conforme os dados da figura acima, assim como a incidência do câncer de mama tende a crescer progressivamente com a idade (BRASIL, 2015b).

A mortalidade por câncer de mama no período de 1997 a 2006, no município de Fortaleza-Ceará, representou 1.330 óbitos, havendo, em média, 133 óbitos por ano. Observando o número ocorrido em cada ano, foi observada uma tendência de aumento nesse índice. Verificado o coeficiente bruto de mortalidade por 100.000 habitantes, o ano de 1997 representou 16,5, e o ano de 2006 representou 22,3, coeficiente mais elevado (ARREGI, 2012).

De acordo com a faixa etária, Arregi (2012) aponta, na figura abaixo, o coeficiente de mortalidade por câncer de mama, no município de Fortaleza, por 100.000 mulheres, no período de 1997 a 2006.

Gráfico 2 - Distribuição dos coeficientes de mortalidade de neoplasias malignas de mama feminina, específicos por idade – SIM Fortaleza, 1997-2006.



Fonte: Escola Cearense de Oncologia. Fortaleza (2012).

De acordo com a figura, se observa um maior coeficiente nas maiores faixas de idades, acima de 75 anos; uma estabilidade entre as faixas de 55 a 74 anos, e um menor coeficiente de mortalidade em mulheres mais jovens, abaixo de 35 anos (ARREGI, 2012).

3.3 ESTRATÉGIAS DE DETECÇÃO PRECOCE PARA O CÂNCER DE MAMA

Alguns autores apontam que a prevenção contra o câncer de mama é pouco provável de ser realizada em virtude do elevado número de fatores de risco para serem propostas intervenções em torno deles. Entretanto, outros estudiosos denotam essa prevenção em três níveis. São eles: primário, secundário e terciário. A prevenção primária se constitui em uma estratégia no intuito de evitar que o indivíduo seja acometido pela doença, tentando eliminar os principais fatores de risco. A secundária é constituída no sentido de retardar a evolução da doença, como, por exemplo, através de estratégias de detecção precoce, onde o indivíduo apresenta mais chances de cura. E a terciária é uma maneira de prevenir contra intensas manifestações clínicas, como também controlar as eventuais recidivas (BRASIL, 2015c).

A partir do Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama em 2004, recomendou-se a realização de estratégias de detecção

precoce com o intuito de reduzir a mortalidade pela doença. Foi preconizado rastreamento por meio do exame clínico anual para mulheres acima dos 40 anos, exame clínico e mamografia anual para mulheres com risco elevado de câncer de mama a partir dos 35 anos de idade, e mamografia de rastreamento a cada 02 anos para as mulheres de 50 a 69 anos (INCA, 2004).

As estratégias de detecção precoce e rastreamento se configuram como os principais meios para reduzir os níveis de morbidade e mortalidade. A mortalidade por câncer de mama vem diminuindo em países que implantaram técnicas eficazes de rastreamento com exames de qualidade e tratamento adequado. Assim, a OMS recomenda que as estratégias de rastreamento sejam inseridas nas políticas de saúde, uma vez que gera impacto na redução da mortalidade. Na rotina da Atenção Integral à Saúde da Mulher, a mamografia e o exame clínico se tornam métodos preconizados para o rastreamento (BRASIL, 2008b).

O exame clínico das mamas, realizado pelo médico ou pelo enfermeiro durante a consulta, é extremamente importante para detectar precocemente alguma anormalidade na mama. Esse exame deve ser realizado anualmente ou semestralmente dependendo da idade de cada mulher, como também da exposição aos fatores de risco (BRASIL, 2013b).

Para o rastreamento de mulheres com alto risco para desenvolver o câncer de mama, preconiza-se mamografia e exame clínico anual. São definidos como grupos populacionais com risco muito 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; ou com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; mulheres com história familiar de câncer de mama masculino; ou com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (BRASIL, 2004).

As estratégias de rastreamento para mulheres de alto risco não apresentam um suporte adequado nas evidências científicas da atualidade, porém esse grupo de indivíduos requer olhar diferenciado. Assim, observa-se que a abordagem varia para cada paciente, variando também o

acompanhamento clínico subsequente (BRASIL, 2013b).

3.4 CONTROLE DO CÂNCER DE MAMA E AS REDES DE ATENÇÃO

O Ministério da Saúde destaca como prioridade a saúde da mulher em virtude desses índices alarmantes encontrados em torno da mortalidade causada pelo câncer de mama no Brasil e no mundo. Com isso, a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher – Princípios e Diretrizes surgiu com o intuito de propor ações em saúde para tentar reduzir esses índices estatísticos, como também para garantir os direitos das mulheres na sociedade. (BRASIL, 2006; MENDONÇA *et al.*, 2009).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA), juntamente com o MS, propôs, no ano de 2012, recomendações úteis para o controle do câncer de mama. Essas recomendações são relevantes para nortear os profissionais de saúde diante dos elevados índices de mortalidade, como também de morbidade (INCA, 2012b).

Recomendou-se que toda mulher tenha amplo acesso à informação com base científica e de fácil compreensão sobre o câncer de mama, conhecendo todos os fatores de risco; fique alerta para os primeiros sinais e sintomas do câncer de mama e procure avaliação médica; que a mulher com nódulo palpável na mama e outras alterações suspeitas tenha o direito a receber o diagnóstico no prazo máximo de 60 dias; que as mulheres de 50 a 69 anos façam mamografia a cada dois anos; que os serviços de mamografia participem de programa de qualidade em mamografia; que toda mulher diagnosticada com câncer de mama inicie rápido o tratamento, não excedendo três meses; que seja atendida por uma equipe multidisciplinar especializada, e que o hospital do atendimento tenha registro de câncer em atividade; que as mulheres recebam cuidados em um ambiente que escolha as suas expectativas e respeite a sua autonomia, confidencialidade e dignidade; e que toda mulher com câncer de mama tenha direito aos cuidados paliativos para o adequado controle dos sintomas, bem como suporte social, psicológico e espiritual (INCA, 2012b).

Essas recomendações mostram uma preocupação do INCA em estabelecer um estreitamento entre a sociedade em geral e a doença, com o

intuito de gerar conhecimentos para a população acerca da patologia e suas estratégias de detecção precoce e tratamento. Para isso, busca-se o envolvimento de todas as redes de atenção, como primária, secundária e terciária, uma vez que as recomendações propostas envolvem os três níveis; assim como o envolvimento da população em geral; e do governo em todas as esferas, seja municipal, estadual e federal (BRASIL, 2012b).

A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) esclarece que as ações de promoção da saúde dependem dos sujeitos e da coletividade, direcionando uma série de programas do governo com o intuito de integrar o cuidado respeitando as diferenças culturais e socioeconômicas (SAITO, 2008).

A maioria desses programas é útil para direcionar as ações dos profissionais de saúde diante da redução dos fatores de risco para o câncer de mama, contribuindo para o fornecimento de informações científicas e compreensíveis à população acerca da doença e dos seus fatores de risco, sendo uma das principais recomendações propostas pelo INCA para o controle da doença. Esses programas que norteiam as ações de saúde nesta esfera são: alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo (SAITO, 2008).

As Ações de Promoção de Saúde com o intuito de reduzir os fatores de risco para a doença, contribuindo para o seu controle, são extremamente válidas para o não acometimento dos indivíduos pela doença. Porém, sabemos que, além disso, os profissionais de saúde precisam estar capacitados para todos os níveis de atenção, seja ela primária, secundária, ou terciária, uma vez que o indivíduo já acometido pela doença pode perpassar por todas essas redes. Os profissionais, em especial os enfermeiros, devem estar preparados para orientar os pacientes quanto às ações de promoção de saúde que envolve as estratégias de detecção precoce, como também para as opções de tratamento e reabilitação dos mesmos (MORENO, 2010).

É importante ressaltar que a humanização deve estar presente em todo o processo de cuidado do paciente principalmente devido aos sentimentos negativos que o câncer provoca na sociedade, gerando angústia, tristeza e medo nos indivíduos diagnosticados com a doença e nos seus

familiares. A assistência dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros que atuam diretamente com os pacientes, permanecendo mais tempo no cuidado, se faz bastante relevante para o desenvolvimento de um cuidado amplo, individualizado e eficaz.

O desenvolvimento de políticas públicas também é importante para direcionar a atenção em saúde, como também para resguardar os indivíduos em relação aos seus direitos (PEREIRA, 2009).

Para que o indivíduo acometido pela doença tenha um acompanhamento integral e individualizado durante todo o processo, havendo a continuidade do cuidado pelos profissionais de saúde, é fundamental a referência e contra-referência. Assim, para a busca de melhores resultados, como a melhora da condição clínica, a cura, ou uma maior qualidade de vida, é importante que se estabeleça uma comunicação eficaz, entre as redes de atenção, acerca do processo saúde-doença dos pacientes (MORENO, 2010).

3.5 SISTEMA DE INFORMAÇÃO SOBRE MORTALIDADE (SIM)

A evolução das necessidades na área de saúde acarreta o desenvolvimento de tecnologias a fim de registrar os dados de uma maneira melhor, mais centralizada, monitorando e informatizando os dados de saúde de maneira que possa gerar subsídios para os gestores com o intuito de aperfeiçoar o planejamento dos sistemas de saúde (DANIEL; MACADAR; PEREIRA, 2013).

Em 1975 foi desenvolvido e implantado pelo MS o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM). Informatizado em 1979, teve a coleta dos dados repassada à atribuição das Secretarias de Saúde municipais e estaduais. Essa implantação foi extremamente útil diante da criação de um sistema de vigilância epidemiológica para o país (BRASIL, 2012c).

Como documento base do SIM, foi implantado em 1976 um modelo único de Declaração de Óbito (DO) para ser utilizado em todo o Território Nacional, contribuindo para as estatísticas de mortalidade. Os dados de óbitos são utilizados para conhecer a situação de saúde da população (BRASIL, 2006a).

A DO é composta por nove blocos de informação de preenchimento obrigatório. São eles: 1º: parte da DO preenchida exclusivamente pelo Cartório do Registro Civil; 2º: identificação do falecido; 3º: residência; 4º: local de ocorrência do óbito; 5º: exclusivo para óbitos fetais e de menores de um ano; 6º: condições e causas dos óbitos - destacam-se os diagnósticos que levaram à morte, ou contribuíram para a mesma, ou estiveram presentes no momento do óbito; 7º: dados do médico que assinou a DO; 8º: causas externas; 9º: a ser utilizado em localidade onde não exista médico, onde o registro oficial será feito por duas testemunhas (BRASIL, 2006a).

O desenvolvimento de estudos que exploram a utilização dos Sistemas de Informação de Saúde (SIS), em especial o SIM com a DO, são úteis para mostrar a importância desse sistema, contribuindo para a utilização eficaz, uma vez que ainda existem muitas falhas em relação ao preenchimento dos dados, o que dificulta a qualidade das informações (MACHADO, 2007).

4 METODOLOGIA

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo descritivo, retrospectivo, transversal e analítico sobre a Mortalidade por Câncer de Mama e a Assistência de Enfermagem durante o Adoecimento no Município de Fortaleza - Ceará.

Um estudo descritivo se caracteriza por descrever às condições relacionadas à saúde ou determinar a distribuição de determinadas doenças de determinada população baseados nas características situacionais dos indivíduos (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Nos estudos retrospectivos, doença e exposição já aconteceram no momento do delineamento do estudo. Nos estudos transversais ocorrem investigações da situação de saúde da comunidade através da avaliação de cada indivíduo, onde são produzidos indicadores globais de saúde para a população investigada. Costuma-se descrever a ocorrência de doenças relacionadas às determinadas variáveis. Esses estudos, também chamados de estudos de prevalência, são aplicados com o intuito de propor diagnósticos de situações de saúde e as necessidades de grupos populacionais. Os estudos analíticos apresentam como propósito o estabelecimento de relações entre causa e efeito, ou a avaliação de procedimentos terapêuticos ou preventivos (ROUQUAYROL; SILVA, 2013).

Na pesquisa quantitativa são utilizados métodos orientados à busca da magnitude e das causas dos fenômenos sociais, não apresentando interesse pela dimensão subjetiva. São orientados aos resultados, replicáveis e objetivos (CRESWELL, 2007).

4.2 LOCAL DE ESTUDO

Município de Fortaleza-Ceará.

4.3 AMOSTRA

A 1ª etapa do estudo foi caracterizada por todos os óbitos por câncer de mama ocorridos no município e registrados no SIM, através da DO, contando com n=1368. Os critérios de inclusão foram: as fichas de notificação em que a patologia câncer de mama esteja disposta como causa principal ou secundária do óbito, notificadas no SIM no período de 2006 a 2012. Os critérios de exclusão foram: as fichas que não apresentaram a patologia câncer de mama nas causas dos óbitos e que, apresentando a patologia como causa do óbito, não estavam notificadas no período de 2006 a 2012 no SIM.

A 2ª foi caracterizada por familiares/responsáveis dos pacientes que chegaram ao óbito no último ano do período de coleta, ano de 2012, contando com n=38. Os critérios de inclusão foram: familiares em que foi conseguido contato através de endereço fornecido pela DO ou telefone, onde um membro familiar aceitasse participar do estudo. Os critérios de exclusão foram: familiares em que não foi possível estabelecer um contato através do endereço e/ou telefone, e que, conseguindo estabelecer um contato, nenhum membro familiar aceitou participar do estudo.

4.4 PERÍODO DO ESTUDO E COLETA DE DADOS

A 1ª etapa do estudo foi realizada no período de setembro a novembro de 2014, e a coleta foi realizada utilizando dados secundários oficiais preenchidos na DO do Sistema de Informação sobre Mortalidades (SIM) correspondente ao período de 2006 a 2012 (ANEXO A).

Foram coletados através da Secretaria de Saúde do município de Fortaleza, mediante a assinatura do termo de fiel depositário (APÊNDICE C).

A 2ª etapa foi realizada no período de outubro a novembro de 2014, onde foi aplicado um questionário formulado exclusivamente para o estudo, contemplando todos os dados que não estiveram presentes, ou não estiverem preenchidos corretamente, na ficha de notificação utilizada na etapa 01, como também contemplando perguntas referentes aos fatores de risco para o câncer de mama e à assistência de enfermagem durante o período do adoecimento. A aplicação do questionário foi realizada pelo telefone com o

familiar ou responsável pelos indivíduos falecidos no ano de 2012 (APÊNDICE A).

Através do contato foi realizado um convite para participar do estudo, sendo o mesmo explicado através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), onde descreve a finalidade do estudo e a maneira de sua realização, bem como os riscos e benefícios que o mesmo poderia acarretar (APÊNDICE B).

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

Os dados foram processados através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), onde foram identificadas e descritas as frequências das variáveis do estudo na primeira etapa, no período de 2006 a 2012, como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, causa básica; e na segunda etapa, no ano de 2012, como: sexo, idade, escolaridade, estado civil, raça/cor, etilismo, tabagismo, história familiar, paridade, amamentação, prevenção de câncer de mama, procedimentos cirúrgicos, acompanhamento pela Equipe de Saúde da Família (ESF), e acompanhamento pela enfermagem durante o adoecimento.

Foram empregados testes estatísticos para a comparação de médias (t de Student) e testes para análise de associações entre as variáveis (teste de verossimilhança – p razão de verossimilhança; e teste probabilidade-*ratio* – p *Likelihood Ratio*). O número de óbitos e a taxa geral de óbitos durante o período do estudo foi analisado através da análise de regressão e correlação linear.

Através do teste t de Student, foi comparada a média do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito com a média do número de indivíduos que se submeteram a algum procedimento cirúrgico ou não; e a média dos que realizaram a mastectomia ou outra modalidade cirúrgica.

Foi verificada associação entre a mortalidade por câncer de mama no período de 2006 a 2012 segundo faixa etária e as variáveis: sexo, escolaridade, estado civil e raça/cor (p razão de verossimilhança); e associação entre sobrevida por câncer de mama e as variáveis: prevenção de câncer de mama, história familiar, acompanhamento da enfermagem,

realização de cirurgia, realização de quimioterapia, e realização de radioterapia no ano de 2012 (p de *Likelihood Ratio*).

Os dados foram analisados através dos testes estatísticos e da literatura pertinente, sendo apresentados em forma de quadros, tabelas e gráficos.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto foi cadastrado na Plataforma Brasil e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará (UECE) através do número do Parecer n.º 795.111, atendendo a todos os preceitos éticos e legais da Resolução n.º 466/2012.

Essa Resolução exige que se cumpram aspectos éticos fundamentais, como: consentimento livre e esclarecido – indicando a anuência do participante da pesquisa e/ ou de seu representante legal, livre de vícios, subordinação ou intimidação, após explicação completa sobre a natureza da pesquisa, seus objetivos, métodos, benefícios, e o incômodo que esta possa acarretar, formulada em um termo de consentimento, onde autoriza a sua participação voluntária na pesquisa; ponderação entre riscos e benefícios, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos; garantia de que danos previsíveis serão evitados; e relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis (BRASIL, 2012).

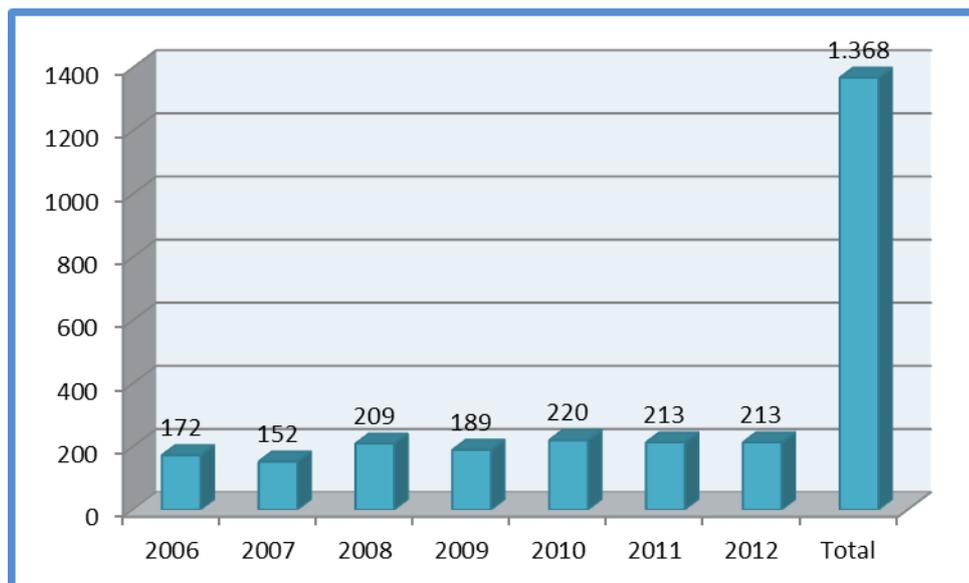
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

5.1 ETAPA 01: MORTALIDADE POR CÂNCER DE MAMA NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ NO PERÍODO DE 2006 A 2012

A 1ª etapa do estudo contou com uma amostra de n=1.368 óbitos por câncer de mama ocorridos no município de Fortaleza-Ceará e registrados no SIM, através da DO, no período de 2006 a 2012.

De acordo com o gráfico abaixo podemos visualizar o número de óbitos ocorridos em cada ano estudado.

Gráfico 3 - Distribuição do número de óbitos por câncer de mama ocorrido no período de 2006 a 2012, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO).



Fonte: Pesquisa direta.

O ano que apresentou o maior número de óbitos ocorridos por câncer de mama no município estudado foi o de 2010, contando com 220 óbitos. Em seguida, 2011 e 2012 apresentaram o mesmo número (213). O ano de 2008 contou com 209 óbitos; 2009 com 189; 2006 com 172; e 2007 com 152, apresentando o ano em que foi registrado o menor número de óbitos pelo SIM.

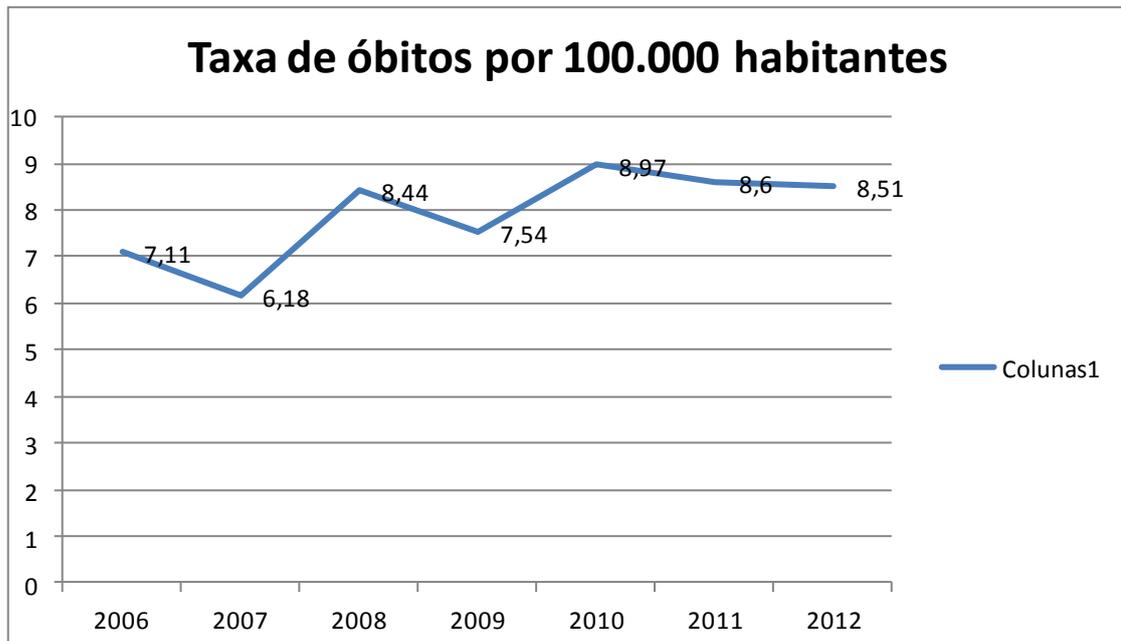
Pela análise de correlação e de regressão linear existiu uma correlação entre o número de óbitos e o ano, significando dizer que esse

número cresceu ao longo do período ($r=0,746$; $p=0,054$), bem como uma regressão linear, onde para cada ano a mais o número de óbitos aumentou em aproximadamente nove casos (N° de óbitos = $-16.880 + 8,5X$).

Apesar de não apresentar significância estatística, os dados presentes comprovam a realidade existente em capitais, Estados, regiões e países em desenvolvimento, onde há um aumento crescente na incidência e mortalidade por câncer de mama devido às razões típicas dessas localidades (BRASIL, 2014).

O gráfico abaixo mostra a taxa do número de óbitos por 100.000 habitantes para o período de 2006 a 2012.

Gráfico 4 - Distribuição da taxa do número de óbitos por 100.000 habitantes no período de 2006 a 2012, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO).



Fonte: Pesquisa direta.

De acordo com o gráfico 4, apesar de ter havido oscilações no período de 2006 a 2010, e ter mantido uma constante no período de 2010 a 2012, pode-se afirmar que as taxas também apresentaram um aumento quando se compara a taxa de óbitos do ano de 2012 (8,51) com a taxa de óbitos do ano de 2006 (7,1), sendo a primeira superior a seguinte.

Pela análise de regressão linear, observa-se também que houve um aumento da taxa geral de óbitos, significando dizer que para cada ano a mais a taxa de óbitos aumentou em 0,342 ($r = 0,737$; $p = 0,059$). Assim, a análise de regressão linear das taxas de óbitos foi compatível com a análise do número de óbitos no período estudado.

Em um estudo realizado na Região Sul do Brasil também houve uma tendência de aumento da mortalidade por câncer de mama através da análise de regressão linear, onde se esperava um aumento de 0,47 óbitos a cada ano na taxa de mortalidade. O mesmo estudo retrata que a crescente mortalidade pode ser consequência da crescente incidência da doença, principalmente em estágios avançados, devido à deficiência no diagnóstico precoce e tratamentos adequados (GONÇALVES *et al.*, 2007).

Sabe-se que a crescente incidência de doenças crônicas não transmissíveis, como é o caso dos cânceres em geral, em destaque para o câncer de mama, principalmente na população feminina, é decorrente do aumento da expectativa de vida e, conseqüentemente, do aumento da vulnerabilidade dos indivíduos aos fatores de risco. Assim, o câncer ocupa lugar de destaque não só da epidemiologia da cidade de Fortaleza/CE, da região Nordeste e do país Brasil, mas também da epidemiologia mundial (SILVA *et al.*, 2013).

O aumento da expectativa de vida é decorrente da transição epidemiológica ocorrida após o processo de globalização, onde ocorreu uma reorganização dos padrões de vida, modificando, conseqüentemente, os padrões do processo saúde-doença no mundo, alterando de maneira considerável o perfil de mortalidade, uma vez que a mortalidade por doenças infecciosas declina ao mesmo tempo em que a mortalidade por doenças crônico-degenerativas, onde se insere o câncer, cresce (KARKOW *et al.*, 2013).

A estimativa para o ano de 2030, segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), é de que ocorram 17 milhões de mortes por câncer. Esse panorama atual preocupa a saúde pública brasileira, pois os países alvos de um maior número de mortes são os que apresentam média e baixa renda, apresentando, conseqüentemente, poucos recursos, e o Brasil é definido como um país em desenvolvimento, se enquadrando nos países alvos (INCA,

2011).

Percebe-se uma dinâmica diferenciada diante dos índices de mortalidade em relação aos países desenvolvidos e aos países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, onde nos países em desenvolvimento a sobrevivência para essa patologia é menor quando comparada aos outros países. Há uma preocupação ainda maior dos países desenvolvidos em relação às estratégias de detecção precoce e tratamentos, alertando a população em relação à doença e favorecendo um melhor seguimento no tocante à descoberta do diagnóstico e realização do tratamento (SILVA *et al.*, 2014).

Os índices de mortalidade continuam crescendo apesar de que o MS vem propondo, ao longo dos anos, um maior incentivo para a realização de campanhas educativas na detecção precoce, estimulando à prática do autoexame das mamas, principalmente pelas mulheres, e o manejo adequado diante da terapêutica indicada, priorizando como estratégias a serem adotadas para o controle dessa mortalidade (INCA, 2014).

Para a redução da mortalidade por câncer de mama faz-se necessário um adequado rastreamento da doença, onde é impactado através de adequada cobertura mamográfica, seguimento adequado de lesões radiológicas suspeitas, como realização de biópsias e tratamento cirúrgico eficaz. Apesar de o MS ter preconizado, em 2004, exame clínico anual para mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos de idade e mamografia, a cada 02 anos, para as mulheres entre 50 e 69 anos, o Sistema de Saúde do Brasil ainda não está preparado para atender às demandas existentes em relação às ações de rastreamento e diagnóstico precoce para o câncer de mama (SILVA *et al.*, 2014).

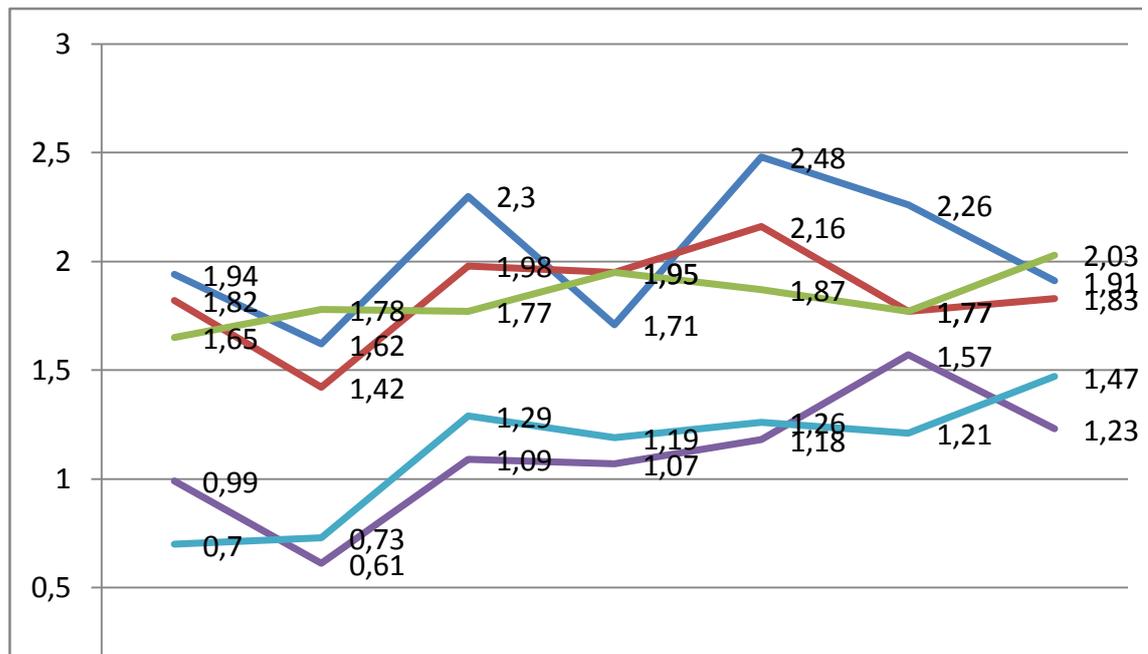
O Sistema de Informação para o Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), implantado em 2009, foi útil para padronizar a coleta dos dados relacionados ao rastreamento, diagnóstico e tratamento do câncer de mama no Brasil, permitindo a avaliação das ações de controle da doença. Apesar de ter sido criado o SISMAMA com essa finalidade, os estudos acerca do Sistema se limitam a estimar a qualidade e cobertura da região, e descrever as características principais do sistema, onde se esquecem de avaliar a cobertura do rastreamento do câncer de mama da população alvo e

seguimento de lesões sugestivas de malignidade, avaliando os achados mamográficos e a adequação diante da realização das cirurgias (SANTOS; KOCH, 2010).

Diante disso, conseguimos compreender o aumento dos índices de incidência e mortalidade da doença na população brasileira, onde se insere o município de Fortaleza-Ceará.

O gráfico abaixo destaca a taxa do número de óbitos por 100.000 habitantes para cada faixa etária nos anos de 2006 a 2012.

Gráfico 5 - Distribuição da taxa do número de óbitos por 100.000 habitantes de acordo com a faixa etária destacada nos anos de 2006 a 2012, e registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO).



Fonte: Pesquisa direta.

De acordo com o gráfico ilustrado, percebe-se que apesar de a taxa de óbitos em indivíduos de faixa etária entre 70 e 99 anos ter apresentado um aumento maior em relação às outras faixas, ao longo dos anos observados, ainda pode-se afirmar que as taxas de óbitos em indivíduos com faixa etária entre 20-49 e 50-69 anos são mais elevadas, mesmo apresentando oscilações ao longo do período analisado. A faixa de 50 a 69 anos oscilou pouco no período quando comparado com a faixa etária entre 20 e 49 anos.

Um estudo realizado em Fortaleza no ano de 2012, onde buscou fazer uma análise de incidência, mortalidade e sobrevida por câncer em adultos jovens (20-39 anos), no período de 1997-2006, revelou que o câncer de mama se enquadra nos tipos de cânceres em que foram observados os maiores coeficientes de mortalidade. Porém, durante o período analisado, esses coeficientes se apresentaram estáveis em adultos jovens (ARREGI, 2012).

No estudo atual, fazendo uma análise do período de 2006 a 2012, se observa o mesmo em relação à mortalidade no estudo citado anteriormente, porém houve oscilação na faixa etária de 20 a 49 anos, de acordo com a tabela, da taxa de mortalidade no período.

Em um estudo realizado em Juiz de Fora, onde analisou a taxa de mortalidade no período de 1980-2006, foi observada uma tendência de crescimento da mortalidade por câncer de mama através da análise de tendência no período. A partir da análise dos grupos etários, foi observado um aumento expressivo da mortalidade nas faixas etárias de 50-59 anos e acima de 70 anos; uma tendência decrescente entre as faixas de 30-39 e 60-69; e taxas estáveis de 40-49 anos (RODRIGUES; TEIXEIRA, 2011).

Um aumento expressivo na taxa de mortalidade em indivíduos acima dos 70 anos, de acordo com a tabela, também foi evidenciado no estudo atual.

Rodrigues e Teixeira (2011) apontam que a análise da mortalidade por grupos etários confirma o argumento do crescimento da mortalidade por câncer com o envelhecimento.

Há uma maior incidência do câncer de mama em mulheres com faixa etária entre 50 e 70 anos devido ao aumento da expectativa de vida. Contudo, aponta que estudos comprovam que o câncer de mama em mulheres mais jovens, com idade abaixo de 30 anos, tem aumento de maneira considerável ao longo dos anos. O referido autor também afirma que a idade é uma das variáveis mais importantes associadas ao câncer de mama (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

A tabela abaixo ilustra o número de óbitos para cada faixa etária no período estudado.

Tabela 4 - Distribuição do número de óbitos e porcentagens registrados no SIM, através da DO, para cada faixa etária no período de 2006 a 2012. Fortaleza/CE, 2015.

Faixa Etária	Número de Óbitos	%
20-49	352	25,7
50-59	320	23,4
60-69	309	22,6
70-79	192	14,0
80-99	195	14,3

Fonte: Pesquisa direta.

Através do número de óbitos ilustrados no quadro acima, observa-se também que há um número considerável de óbitos ocorridos entre a faixa etária de 20 a 69 anos, totalizando 981 quando comparado com a faixa etária de 70 a 99 anos, contando 387. Pode-se afirmar que os percentuais relacionados à mortalidade por câncer de mama foram semelhantes em adultos e idosos quando se observa a soma dos óbitos presentes nas faixas entre 20 e 59 anos, contando 672 (49,1%), e 60-99, contando 696 (50,9) óbitos.

Os dados acima corroboram com o levantamento do MS, onde ressalta que mulheres de 40 a 69 anos apresentam uma maior taxa de mortalidade por câncer de mama, sendo a doença responsável pela maior causa de óbitos na população feminina principalmente nessa faixa etária (BRASIL, 2014).

A tabela 5 abaixo mostra o número de óbitos, separadamente, ocorridos com indivíduos do sexo feminino e do sexo masculino para cada ano estudado durante a pesquisa.

Tabela 5 - Distribuição do número de óbitos ocorridos em indivíduos do sexo feminino e masculino para cada ano estudado de acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), através da Declaração de Óbito (DO). Fortaleza/CE, 2015.

Ano do óbito	Sexo Feminino	Sexo masculino
2006	169	03
2007	146	06
2008	204	05
2009	186	03
2010	216	04
2011	210	03
2012	212	01
Total	1.343	25

Fonte: Pesquisa direta.

Em cada ano percebemos que o número de óbitos está presente em maior número na população feminina. Isso corrobora com o levantamento do MS, onde destaca que o câncer de mama é o tumor de maior incidência e mortalidade na população feminina, exceto tumor de pele não melanoma (BRASIL, 2014).

Apesar de ser uma doença raríssima, representando menos de 01% de todos os cânceres no homem, o câncer de mama no homem vem aumentando a incidência na epidemiologia mundial. Os tumores parecem apresentar o mesmo comportamento dos tumores que acometem as mulheres e, conseqüentemente, a conduta para o tratamento desse tipo de câncer é basicamente a mesma para os dois sexos. Mesmo sendo uma doença rara, se fazem necessários o estímulo e a inserção dos homens nos programas de rastreamento e detecção precoce para a doença, na tentativa de minimizar os índices de mortalidade (RIESGO *et al.*, 2009).

Em 2009 foi instituída, pelo MS, a Política Nacional de Atenção Integral da Saúde do Homem (PNAISH) com o intuito de atuar em 05 (cinco) eixos temáticos, que são: acesso e acolhimento; saúde sexual e reprodutiva; paternidade e cuidado; doenças prevalentes na população masculina; e prevenção de violência e acidentes (BRASIL, 2009).

A Política reconhece a dificuldade do Homem em procurar o Serviço de Saúde para prevenir determinadas patologias, onde muitos alegam que existem barreiras socioculturais, como, por exemplo, a dificuldade em se ausentar do trabalho para procurar o serviço, onde há uma cultura histórica em que o homem concentra sua atenção, mais do que a mulher, na atividade laboral. Porém, se percebe que hoje a mulher também está participando ativamente do mercado de trabalho fora no domicílio, ocasionando nas mesmas dificuldades para procurar a Unidade de Saúde. Mesmo assim, a população feminina é mais atuante do que a masculina no tocante à busca pelo Serviço de Saúde, seja em busca de diagnóstico e tratamento ou em busca de prevenir determinadas doenças e promover a sua saúde. Diante dessas discussões, o MS propôs instituir a PNAISH a fim de estimular nos homens um comportamento de busca de saúde (BRASIL, 2009).

Apesar de os homens não se enquadrarem nos grupos de risco para a patologia câncer de mama, entende-se que a PNAISH também propõe

estratégias de comportamento de busca de saúde no tocante à saúde das mamas quando estimula os indivíduos a procurarem os serviços de saúde com o intuito de prevenir determinadas doenças e promover a sua saúde (BRASIL, 2009).

A tabela abaixo corresponde a alguns dos dados sócio-demográficos dos óbitos por câncer de mama, registrado no SIM, no período estudado.

Tabela 6 - Distribuição das variáveis sociodemográficas dos óbitos (N = 1368) registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2006 a 2012, através da Declaração de Óbito (DO). Fortaleza/CE, 2015.

Variáveis	N	%
Escolaridade		
Sem escolaridade	10	0,80
Fundamental	262	19,10
Médio	432	31,50
Superior	172	12,60
Ignorado/Sistema ausente	492	36,00
Estado Civil		
Solteiro	346	25,30
Casado/União estável	541	39,50
Viúvo	288	21,10
Divorciado	63	4,60
Ignorado/Sistema ausente	130	9,50
Raça/Cor		
Branca/Amarela	547	40,00
Preta/Parda	686	50,10
Ignorado/Sistema ausente	135	9,90
TOTAL	1.368	100,00

Fonte: Pesquisa direta.

No tocante à escolaridade, houve o predomínio de indivíduos que apresentavam Ensino Fundamental (19,1%) e Médio (31,5%). Em 36% das fichas de notificação, maior percentual observado, não estavam assinaladas nenhuma opção referente ao item descrito, destacando se o indivíduo era analfabeto, apresentava Ensino Fundamental, Ensino Médio, Ensino Superior; ou estavam assinaladas no item ignorado, onde não determina qual nível de escolaridade o indivíduo falecido apresentava.

Em relação ao estado civil, o percentual de indivíduos que eram casados ou apresentavam união estável foi predominante (39,5%). O percentual de solteiros foi 25,3%, e de viúvos foi de 21,1%. Analisando os dados referentes à raça/cor, 50,1% apresentavam cor preta/parda, predominando na amostra, e 40% apresentavam cor branca/amarela.

Outro aspecto relevante em relação à variável raça/cor é observado através da não determinação do próprio paciente em relação a sua raça e/ou cor, uma vez que o preenchimento é realizado após a confirmação do óbito do indivíduo, sendo determinada por outra pessoa essa variável para cada falecido.

Em um estudo realizado no Espírito Santo (ES), foi observado que a variável situação conjugal e a variável cor da pele não apresentaram significância estatística em relação ao diagnóstico tardio do câncer de mama e, conseqüentemente, ao índice de mortalidade. Entretanto, indivíduos que apresentam um menor grau de escolaridade apresentam mais chances de diagnosticar a doença tardiamente, apresentando, assim, uma sobrevida menor, onde ocasiona em um aumento da taxa de mortalidade (SILVA *et al.*, 2013).

Apesar de a variável raça/cor não ter apresentado significância estatística, o mesmo autor aponta que, em alguns estudos, a raça negra está associada a um dos fatores de pior prognóstico para a doença quando comparado com os outros grupos raciais. No estudo atual, de acordo com a tabela, o percentual de indivíduos de cor preta/parda (50,1%) foi predominante.

Schneider e D'Orsi (2009), em um estudo realizado em Santa Catarina, identificaram pior sobrevida para o câncer de mama em indivíduos de cor preta e parda em relação aos indivíduos de cor branca.

O presente estudo apresenta uma diferença acentuada dos indivíduos que apresentavam Ensino Fundamental e Médio (50,6%) em relação aos que apresentavam ensino superior (12,6%), corroborando com o estudo citado anteriormente. Um estudo de revisão integrativa, através de estudos publicados no período de 2004 a 2009, também destaca que um aumento na escolaridade aponta uma tendência à diminuição do risco de óbito (ROSA; RADÜNZ, 2012).

A tabela abaixo dispõe as variáveis sociodemográficas citadas anteriormente de acordo com cada faixa etária citada no estudo.

Tabela 7 - Distribuição do número de óbitos, registrados no Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) no período de 2006 a 2012, através da Declaração de Óbito (DO), segundo as variáveis sociodemográficas para cada faixa etária. Fortaleza/CE, 2015.

VARIÁVEIS	FAIXA ETÁRIA										P*
	20-49		50-59		60-69		70-79		80-89		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Escolaridade											0,0001
Sem Escolaridade	01	0,3	02	10,7	03	11,2	02	11,2	02	1,3	
Fundamental	45	15,6	42	15,4	65	25,0	58	35,6	52	33,3	
Médio	64	22,1	48	17,6	48	18,5	35	21,5	38	24,4	
Superior	108	37,3	114	41,9	85	32,7	33	20,2	31	19,8	
Ignorado	71	24,6	66	24,3	59	22,7	35	21,5	33	21,2	
Estado Civil											0,0001
Solteiro	140	41,8	72	23,5	62	21,5	36	19,4	36	20,3	
Casado/União Est	152	45,4	175	57,2	143	49,5	52	28,0	19	10,7	
Viúvo	14	4,2	20	6,5	59	20,4	82	45,7	110	62,1	
Divorciado	17	5,1	21	8,2	13	4,5	06	3,2	02	1,1	
Ignorado	12	3,6	14	4,6	12	4,2	07	3,8	10	5,6	
Raça / Cor											0,01
Branca/Amarela	118	37,9	112	38,6	131	46,6	89	51,1	97	54,8	
Preta / Parda	193	62,1	178	61,4	150	53,4	85	48,8	80	45,2	
TOTAL		100		100		100		100		100	

Fonte: Pesquisa direta

Legenda:

p de razão de verossimilhança.

Através do teste de verossimilhança, o estudo apresentou significância estatística em relação às faixas etárias estudadas (20-99 anos) e às variáveis: escolaridade (p-0,0001), estado civil (p-0,0001) e raça/cor (p-0,01), onde revelou que, na ocorrência do óbito, os adultos apresentaram um nível de escolaridade melhor em detrimento dos idosos; foi predominante o percentual de viúvos entre os idosos, e o percentual de casados/união estável entre os adultos; e foi predominante o percentual de indivíduos de cor parda/preta na amostra estudada.

Em relação à escolaridade, na faixa etária entre 70 e 99 anos houve um predomínio de indivíduos que apresentavam apenas o ensino

fundamental. Entre a faixa etária de 20-59 anos, houve um predomínio de indivíduos que apresentavam ensino superior.

Essa diferença nos grupos etários em relação à escolaridade, onde há um predomínio de uma melhor escolaridade entre indivíduos mais jovens (20-59 anos), pode ser entendido através do processo de globalização ocorrido a partir da segunda metade do século XX, gerando impacto na flexibilização das relações de trabalho, onde ocasiona em uma maior competição em relação ao mercado de trabalho, uma vez que o número de desempregados com ensino superior se eleva, exigindo, assim, uma melhor qualificação e grau de instrução da população (BARALDI *et al.*, 2008).

De acordo com a tabela 01, onde destaca que o maior número de óbitos ocorreu entre indivíduos do sexo feminino, correspondendo a 98,1%, a melhor escolaridade nos indivíduos mais jovens também pode ser entendida através de uma maior inserção da mulher no mercado de trabalho nas últimas décadas devido à competitividade gerada pelo processo de globalização, fazendo com que o nível de instrução educacional melhorasse entre essa população (FERNANDES, 2013).

No tocante ao estado civil, na faixa etária entre 20 e 69 anos, predominou os percentuais de indivíduos casados ou que apresentavam união estável. Na faixa entre 70-99 anos foi predominante o percentual de indivíduos viúvos. Um maior percentual de indivíduos solteiros foi observado na faixa etária de 20-49 anos.

De acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), através da pesquisa “Tábuas de mortalidade 2010 – Brasil, grandes Regiões e Unidades de Federação”, a expectativa de vida geral no Ceará é de 72,4 anos. Destacando por sexo, a expectativa de vida das mulheres (76,4) é maior em relação aos homens (68,4). Com esses dados, há um melhor entendimento em relação ao número de viúvos na faixa etária entre 70 e 99 anos (IBGE, 2010).

Analisando a variável raça/cor, foi predominante a cor parda/preta em todas as faixas etárias, exceto nas faixas de 70 a 99 anos, onde predominou a cor branca/amarela. Porém, mesmo havendo um predomínio da cor branca/amarela nessas faixas, não apresentou uma diferença significativa em relação à cor parda/preta, como observado nas faixas de 20 a 69 anos,

onde o percentual de indivíduos de cor preta/parda foi mais elevado.

Na tabela abaixo visualizamos os códigos dos diagnósticos inseridos nas DOs pesquisadas, onde se configuram na causa básica ou secundária do óbito.

Tabela 8 - Distribuição das causas dos óbitos através dos códigos dos diagnósticos da patologia câncer de mama (CID-10) registrada nas DOs estudadas no período de 2006 a 2012. Fortaleza/CE, 2015.

Causa Básica/Secundária	N	%
50	00	00,00
50.0	03	0,20
50.1	01	0,10
50.2	00	00,00
50.3	01	0,10
50.4	00	00,00
50.5	00	00,00
50.6	00	00,00
50.8	06	0,40
50.9	1.357	99,20
Total	1.368	100,00

Fonte: Pesquisa direta

Na lista da Classificação Internacional de Doenças (CID-10) publicada pela OMS com o intuito de padronizar a codificação de doenças e problemas relacionados à saúde, a patologia câncer de mama aparece com os códigos C50 a C50.9, apresentando 10 subdivisões. São elas: C50 – Neoplasia maligna da mama; C50.0 - Neoplasia maligna do mamilo e aréola; C50.1 – Neoplasia maligna da porção central da mama; C50.2 – Neoplasia maligna do quadrante superior interno da mama; C50.3 – Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama; C50.4 – Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama; C50.5 – Neoplasia maligna do quadrante inferior externo da mama; C50.6 – Neoplasia maligna da porção axilar da mama; C50.8 – Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva; C50.9 – Neoplasia maligna da mama, não especificada (BRASIL, 2015).

Diante do exposto, percebe-se que não há uma inserção correta do diagnóstico real disponível pela lista da CID-10, uma vez que na maioria das DOs (1357 – 99,2%) estava disposto o Código C 50.9 (Neoplasia maligna da

mama, não especificada), onde caracteriza que a causa do óbito, seja ela básica ou secundária, foi decorrente de uma neoplasia maligna da mama, porém não especificada. Apenas em 01 DO (0,1%) constava como causa Neoplasia maligna da porção central da mama (50.1); 01 DO (0,1%) constava Neoplasia maligna do quadrante inferior interno da mama (50.3); em 03 DOs (0,2%) constavam Neoplasia maligna do mamilo e aréola (50.0); e em 06 DOs (0,4%) constavam Neoplasia maligna da mama com lesão invasiva (50.8).

Assim, comprova-se que não se devem afirmar apenas pelas DOs o diagnóstico preciso que ocasionou a ocorrência do óbito, sendo necessária outra fonte secundária para que se possam extrair essas informações. Vale ressaltar que para cada diagnóstico há uma conduta específica e, conseqüentemente, uma sobrevida diferenciada para cada paciente.

5.2 2ª ETAPA: PROCESSO DE ADOECIMENTO DOS INDIVÍDUOS FALECIDOS EM 2012 POR CÂNCER DE MAMA

A amostra do estudo na 2ª etapa, contando n=38, correspondeu aos familiares e/ou responsáveis pelos pacientes que faleceram por câncer de mama no ano de 2012, no município de Fortaleza/CE. Foi aplicado um questionário contemplando os dados referentes aos fatores de risco para o câncer de mama e ao processo de adoecimento até a ocorrência de óbito. A tabela abaixo justifica a amostra encontrada.

Tabela 9 - Distribuição dos contatos dos pacientes que faleceram no ano de 2012, no município de Fortaleza-Ceará. Fortaleza/CE, 2015.

Contatos	Nº	%
Ligação atendida pelo familiar	65	30,50
Participaram da pesquisa	38	17,80
Não quiseram participar	27	12,70
Não atenderam ligação	28	13,20
Ausência de contato	70	32,90
Número do telefone inválido	50	23,40
TOTAL	213	100,00

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com os dados da tabela 9, observa-se que a amostra contou com 38 sujeitos, caracterizando 17,8% do número de óbitos ocorridos no referido ano. Não foi possível conseguir o contato de 70 pacientes, totalizando 32,9%. 50 contatos não apresentavam número de telefone válido, somando 23,4%. Das 65 (30,5%) ligações que foram efetuadas com êxito, 27 indivíduos não quiseram participar do estudo, contando 41,5% das ligações válidas; e 38 aceitaram participar do estudo, contando 58,5% dessas ligações, compondo, assim, a amostra do estudo.

A tabela 10 dispõe as frequências do número de óbitos de acordo com as variáveis: escolaridade, estado civil, e raça/cor.

Tabela 10: Distribuição das frequências dos óbitos ocorridos no ano de 2012, através dos dados da DO/SIM, de acordo com as variáveis sócio-demográficas: escolaridade, estado civil, e raça/cor. Fortaleza/CE, 2015.

Variáveis	Nº	%
Escolaridade		
Sem Escolaridade	06	2,80
Ensino Fundamental	68	32,00
Ensino Médio	32	15,00
Ensino Superior	65	30,50
Ignorado / Sistema Ausente	42	19,70
Estado Civil		
Solteiro	53	24,90
Casado / União Estável	85	39,90
Viúvo	48	22,50
Divorciado	09	4,20
Ignorado / Sistema Ausente	18	8,50
Raça / Cor		
Branca / Amarela	80	37,30
Preta / Parda	127	59,30
Ignorado / Sistema Ausente	06	3,40
TOTAL	213	100,00

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com a tabela 10, os óbitos ocorridos no ano de 2012, segundo as variáveis sociodemográficas, foram compatíveis com os óbitos ocorridos no período de 2006 a 2012, onde foi observado que o maior número de óbitos ocorreu em indivíduos com menor grau de escolaridade, apresentando maior percentual indivíduos que apresentavam o ensino

fundamental (32%); em indivíduos casados ou que apresentavam união estável (39,9%); e em indivíduos de raça/cor preta ou parda (59,3%). Observa-se, também, que apesar de o percentual de indivíduos com ensino fundamental continuar mais elevado, o percentual dos que apresentavam ensino superior foi maior, não havendo uma disparidade de diferença entre 2º e 3º grau semelhante à observada nos demais anos analisados.

A tabela 11 abaixo, dispõe os fatores de risco e fatores protetores para o câncer de mama dos indivíduos falecidos no ano de 2012.

Tabela 11 - Distribuição dos fatores de risco/protetores para o câncer de mama dos indivíduos falecidos no ano de 2012. Fortaleza/CE, 2015.

Fatores de Risco / Protetores	Nº	%
Etilismo		
Sim	03	7,90
Não	35	92,10
Tabagismo		
Sim	11	28,90
Não	27	71,10
Filhos		
Sim	30	78,90
Não	08	21,10
Amamentação		
Sim	26	68,40
Não	12	31,60
Prevenção de câncer de mama regularmente		
Sim	23	60,50
Não	15	39,50
História familiar de câncer de mama		
Sim	12	31,60
Não	26	68,40
TOTAL	38	100,00

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com a tabela 11, 03 (7,9%) indivíduos eram etilistas; 11 (28,9%) tabagistas; 30 (78,9%) tinham filhos; 26 (68,4%) teriam amamentado; 23 (60,5%) teriam realizado prevenção de câncer regularmente; e 12 (31,6%) apresentavam história familiar de câncer de mama.

Em um estudo de revisão integrativa, onde analisou vários estudos na temática, foi evidenciado que apesar de existirem controvérsias em

relação à ingestão de bebidas alcoólicas como fator de risco para o câncer de mama, existem relatos de que o álcool pode atuar como um cocarcinógeno, aumentando a permeabilidade da membrana aos carcinógenos e, conseqüentemente, induzindo ao estresse oxidativo através de uma alteração no metabolismo de nutrientes e ao processo de eliminação dessa substância pelo fígado, ocasionando uma alteração celular que pode, conseqüentemente, ocasionar o desenvolvimento da patologia (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

O uso do tabaco, apesar de não apresentar estudos que comprovem uma relação direta com o câncer de mama, é um fator de risco comprovado para outros tipos de cânceres. Em virtude disso, o tabagismo deve ser considerado um fator de risco para os cânceres em geral devido ao tabaco ser considerado um importante agente carcinogênico (BRASIL, 2008a).

Segundo Thuler (2003), através da realização de estudos, a prática do uso do tabaco apresenta uma associação fraca com a ocorrência do câncer de mama.

No estudo, de acordo com a tabela 11, se observa que apenas 7,9% eram etilistas, e 28,9% dos indivíduos eram tabagistas, não sendo esses fatores de risco determinantes, na maioria, para a incidência e mortalidade por câncer de mama.

A amamentação é considerada como um fator protetor para a ocorrência do câncer de mama, porém ainda há controvérsia acerca do tempo em que se deve amamentar para que a proteção seja conferida. Vários fatores justificam a proteção. São eles: menor tempo de exposição aos fatores hormonais, uma vez que a lactação induz a diminuição desses hormônios; diferenciação das células mamárias; e a eliminação de células através da esfoliação do tecido mamário (INUMARU; SILVEIRA; NAVES, 2011).

Apesar de a nuliparidade ser um fator de risco para a doença e a amamentação ser considerada um fator de proteção para a mesma, um estudo realizado em 2008 com mulheres mastectomizadas em Cuiabá apontou que o câncer de mama acometeu, em maioria, mulheres múltiparas e que amamentaram. No estudo atual, a maioria das mulheres que faleceram

por câncer de mama apresentavam filhos, totalizando 78,9%, e amamentaram, totalizando 68,4% da amostra (BORGHESAN; PELLOSO; CARVALHO, 2008).

De acordo com o Ministério da Saúde, a prevenção de câncer regularmente não elimina os fatores de risco reduzindo a ocorrência da doença, mas promove a detecção precoce e o rastreamento, bloqueando o desenvolvimento dos tumores e, conseqüentemente, impedindo o desenvolvimento de estágios avançados da doença (INCA, 2006).

Apesar de a maioria (68,4%) dos indivíduos do estudo não terem apresentado história familiar de câncer de mama na família, o Ministério da Saúde aponta que dentre os vários fatores relacionados com o risco de desenvolver câncer de mama, a história familiar da doença é um dos mais importantes. Mulheres com mães e/ou irmãs com o câncer de mama apresenta um risco maior de desenvolver a doença, principalmente se o diagnóstico tiver sido realizado antes dos 50 anos de idade (INCA, 2012).

De acordo com os dados da tabela 11, a maioria dos indivíduos não apresentou os fatores de risco indicados no estudo, apontados pelo INCA como fatores de risco para o câncer de mama, e ainda apresentou fatores protetores, onde 92,1% não ingeriam bebidas alcoólicas; 71,1% não eram tabagistas; 68,4% não apresentavam história familiar de câncer de mama; 78,9% tinham filhos; 68,4% amamentaram; e 60,5% realizavam prevenção de câncer regularmente.

Esses resultados se assemelham com os dados de um estudo realizado em Minas Gerais (MG), no ano de 2008, com pacientes que se encontravam em tratamento quimioterápico, onde foi evidenciado que alguns fatores de risco não estiveram presentes na maioria das mulheres, como história familiar, tabagismo, etilismo, amamentação, exposição a radiações ionizantes, entre outros (SILVA; RIUL, 2011).

Acredita-se que a maioria dos indivíduos que foram a óbito no ano de 2012 podem ter apresentado outros fatores de risco não identificados no estudo para a doença, como: menarca precoce, menopausa tardia, e obesidade ou dieta rica em gorduras, por exemplo, fatores esses não evidenciados no estudo. A ausência dos fatores de risco na população estudada pode ser justificada pelas inúmeras causas que o câncer de mama

possui, apresentando, como consequência, variados fatores que podem expor à população ao risco para a doença, onde nem todos os indivíduos acometidos apresentarão todos os fatores apontados pelo INCA (INCA, 2008a).

A tabela abaixo mostra os exames de prevenção realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012.

Tabela 12 - Distribuição dos exames de prevenção realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012. Fortaleza/CE, 2015.

Exames de Prevenção	N	%
Exame clínico	09	23,7
Autoexame das mamas e exame clínico	11	28,9
Outros (mamografia, ultrassonografia)	03	7,9
Ignorado	15	39,5
TOTAL	38	100,0

Fonte: Pesquisa direta

Em relação aos exames de realizados de acordo com a tabela 12, 11 (28,9%) realizavam autoexame das mamas e exame clínico; 09 realizavam apenas exame clínico (23,7%); e 03 (7,9%) realizavam outros exames, como mamografia e ultrassonografia.

Os exames de prevenção citados na tabela acima caracterizam uma prevenção secundária, se limitando as estratégias de detecção precoce e rastreamento da doença, uma vez que não é utilizada a expressão prevenção primária, já que o câncer de mama apresenta, além dos fatores de risco ambientais, fatores genéticos.

A prevenção primária em saúde atua no sentido de eliminar os fatores de risco na qual os indivíduos estão apresentando, estando os mesmos vulneráveis a eles, evitando, assim, que a doença inicie. No caso do câncer de mama, esse tipo de prevenção atuaria diretamente no processo de carcinogênese, processo este ainda bastante difícil de ser realizado, uma vez que o câncer de mama apresenta fatores de risco de ordem genética, sendo, portanto, difícil à eliminação desse fator (INCA, 2006).

A prevenção secundária impede a evolução da doença, propondo um bloqueio do seu seguimento, onde se procura fazer o diagnóstico de uma lesão neoplásica o mais precoce possível. Assim, é também chamada de

detecção precoce e/ou rastreamento. Exame clínico das mamas, autoexame, mamografia e ultrassonografia são alguns dos exames que se enquadram nesse processo de prevenção secundária, uma vez que propõe o diagnóstico precoce da doença, impedindo sua evolução (INCA, 2012).

O exame clínico das mamas é realizado por um profissional habilitado para tal finalidade, seja ele médico ou enfermeiro. Consiste em duas etapas: inspeção e palpação. Na inspeção estática, o examinador avalia simetria, forma, tamanho, presença de eritema, úlceras, fístulas, cicatrizes e/ou retrações. Na inspeção dinâmica, o examinador solicita que a paciente realize movimentos que possam evidenciar alterações ainda não visualizadas, como retrações na pele, por exemplo. A palpação é realizada em toda a superfície mamária, desde a clavícula até o epigástrico, incluindo a axila. Quando encontrado um tumor, o examinador descreve tamanho, localização, bordas, superfície, consistência e mobilidade (BORGES *et al.*, 2008).

Segundo Matos, Pelloso e Carvalho (2011), o exame clínico das mamas realizado pelo profissional de saúde tem uma grandiosa importância diante da prática do autoexame das mamas. Em um estudo realizado no Paraná, no ano de 2008, com 439 mulheres com faixa etária de 40 a 69 anos, houve uma associação entre as condutas preventivas do câncer de mama. De 283 mulheres que realizavam o autoexame das mamas, 75,3% referiram que as suas mamas foram examinadas pelo profissional de saúde na última consulta ginecológica, onde foram orientadas a realizar o procedimento pelo médico ou enfermeiro. O mesmo estudo revela que as mesmas mulheres que foram examinadas pelo profissional através do exame clínico são, em maioria, as que realizaram mamografia.

Os dados do presente estudo foram compatíveis com os dados do estudo realizado no Paraná, uma vez que todas as pacientes que realizaram, em algum momento de vida, o autoexame das mamas, contando 09 pacientes (23,7%), realizaram, também, pelo menos o exame clínico pelo profissional de saúde.

Embora o autoexame das mamas não seja considerado pelo INCA como uma estratégia de detecção precoce do câncer de mama, uma vez que através de evidências científicas foi observado que essa ação isolada não

reduz a mortalidade por câncer entre as mulheres, é importante que essa prática continue sendo estimulada pelos profissionais de saúde para que a mulher possa conhecer melhor o seu corpo, detectando possíveis anormalidades para, se porventura ocorrerem, a mesma possa procurar o serviço de saúde especializado o mais breve possível (BRASIL, 2012b).

Estudos apontam que o autoexame é uma prática conhecida pelas mulheres, principalmente as mais jovens, porém a sua realização é feita de maneira errônea, não seguindo todas as etapas necessárias. Apesar disso, revela que muitos casos de cânceres nas mamas são diagnosticados através da prática do autoexame, e que esses casos diagnosticados, normalmente, já se encontram em estágios avançados (SILVA *et al.*, 2013).

A mamografia é o principal exame de rastreamento. Seu uso está associado ao diagnóstico de casos em estágios precoces, como também no auxílio do diagnóstico de lesões clínicas palpáveis. Estudos revelam que a mamografia apresenta impacto nos índices de mortalidade. Nos Estados Unidos, foi observada diminuição da mortalidade de 11% em mulheres de 35 a 49 anos e 26% em mulheres acima dos 50 anos. Na Suécia, em mulheres entre 40 e 74 anos, foi demonstrado diminuição da mortalidade de 30%. Em outros estudos realizados, se observa que não se têm dados que confirmem a eficácia da mamografia para mulheres com idade inferior a 35 anos (CORRÊA, 2008).

Em um estudo realizado no município de Goiás, que a mamografia é o exame mais indicado para o rastreamento entre os métodos disponíveis para o diagnóstico e detecção precoce do câncer de mama, uma vez que esse exame apresenta uma boa relação custo-benefício, possui a capacidade de mostrar as estruturas importantes para o diagnóstico, e apresenta simplicidade. O autor também aponta que ensaios clínicos mostraram que esse método apresentou um impacto sobre a mortalidade em mulheres, com faixa etária entre 50 e 69 anos, que realizaram mamografia a cada 02 anos (CORRÊA *et al.*, 2011).

Um estudo realizado na Europa, com mulheres de 40 a 70 anos, mostrou que a realização da mamografia como prevenção secundária para o câncer de mama acarretou em uma redução de 63% dos índices de mortalidade, apontando que é possível reduzir as taxas de mortalidade pela

doença (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

A OMS indica que 70% da população-alvo sejam cobertas pela mamografia para um início de um programa de rastreamento. No Brasil, essa realidade ainda está distante devido a uma série de fatores, como: falta de infraestrutura necessária, alto custo dos procedimentos, baixo grau de cobertura da população-alvo com a mamografia, e falta de seguimento da população (INCA, 2014b).

O uso da ultrassonografia tem sido ampliado e mostrado resultados significantes no tocante à confirmação diagnóstica, onde aumenta a especificidade da mamografia; e à caracterização dos nódulos, onde diferencia nódulos císticos e sólidos. Utilizado com maior frequência em pacientes com alto risco e mulheres que apresentam mamas densas. Há uma padronização dos laudos diante da descrição dos achados, conclusões e recomendações clínicas com o intuito de melhorar a eficácia (CORRÊA, 2008).

O número de indivíduos que realizaram mamografia e/ou ultrassonografia no presente estudo, contando 03 (7,9%), foi bastante reduzido. Porém, em 39,5% da amostra, como observado na tabela 07, não constava se as pacientes que foram a óbito no ano do estudo realizaram, em algum momento de vida, algum tipo de prevenção secundária para o câncer de mama.

A tabela 13 abaixo corresponde a algumas variáveis como: idade, tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito, acompanhamento do paciente na Estratégia Saúde da Família (ESF), e acompanhamento com a enfermagem durante o período do adoecimento, dos indivíduos falecidos no ano de 2012.

Tabela 13 - Distribuição dos óbitos dos indivíduos falecidos no ano de 2012 de acordo com as variáveis: idade, tempo de descoberta da doença até o óbito, acompanhamento dos pacientes na ESF, e acompanhamento da enfermagem durante o adoecimento. Fortaleza/CE, 2015.

Variáveis	N	%
Idade		
32-59 anos	15	39,5
60-69 anos	10	26,3
70-97 anos	13	34,2
Tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito		
03-12 meses	11	28,9
13-36 meses	17	44,7
37-96 meses	07	18,4
Ignorado	03	7,9
Acompanhamento na Estratégia Saúde da Família (ESF)		
Sim	37	97,4
Não	01	2,6
Acompanhamento com a Enfermagem durante o adoecimento		
Sim	33	86,8
Não	05	13,2
TOTAL	38	100,0

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com a tabela 13, se observa que o maior número de óbitos ocorreu entre a faixa etária de 32 a 69 anos, correspondendo a 65,8% da amostra. 34,2% correspondem aos indivíduos falecidos com faixa etária entre 70 e 97 anos. Calculando a média de idade de ocorrência do óbito, constatou-se que a mesma correspondeu a aproximadamente 65 anos, com desvio padrão de ± 17 , sendo a idade mínima 32 anos e a idade máxima 97 anos.

A tabela 13, onde está inserida a variável que caracteriza a idade em que os indivíduos faleceram no ano de 2012, corrobora com os dados descritos no quadro 01, onde dispõe o número de óbitos e porcentagens registrados no SIM, através da DO, para cada faixa etária no período de 2006 a 2012. No referido quadro também se observa que o maior número de óbitos ocorreu entre indivíduos com faixa etária de 20 a 69 anos.

Em relação ao tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito, 11 indivíduos faleceram no período de 03 meses a 01 ano; 17 faleceram no período de 01 a 03 anos de descoberta; e 07 faleceram no período de 03 a 06 anos. Observa-se que 28 indivíduos faleceram no período de 03 meses a 03 anos, correspondendo a 73,6%.

A sobrevida, caracterizando o tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito, é importante para identificar o comportamento que a doença apresenta, ocasionando em uma melhor abordagem e desenvolvimento de condutas pelos profissionais de saúde. Aponta, também, que a sobrevida de pacientes com câncer de mama, dependente de fatores diversos, é um dado importante para a área de oncologia, uma vez que pode revelar a qualidade dos serviços de saúde (AYALA, 2012).

A tabela 14 abaixo ilustra as médias com os respectivos desvios padrão das idades dos indivíduos falecidos e do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito.

Tabela 14 - Distribuição das médias, com os respectivos desvios padrão, das idades dos indivíduos falecidos em 2012, e do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito. Fortaleza/CE, 2015.

Variáveis	N
Idade, meses	
Média ± DP	65,18 ± 17,90
Mínimo-Máximo	32-97
Tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito, meses	
Média ± DP	29,66 ± 23,60
Mínimo-máximo	03-96

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com a tabela 14, através do cálculo da média do tempo de descoberta da doença até o óbito, constatou-se que a mesma correspondeu a aproximadamente 29 meses, com desvio padrão de ± 23 , sendo o tempo mínimo de 03 meses e o tempo máximo de 96 meses. Assim, observa-se que a média de vida dos pacientes com câncer de mama que faleceram no ano de 2012 foi de 02 a 03 anos.

A sobrevida depende da realização do diagnóstico e do seguimento terapêutico de cada paciente, havendo diferenças significativas na sobrevida de pacientes que participaram de programas eficazes de rastreamento e detecção precoce, bem como daqueles que se submeteram às novas terapêuticas adotadas em consonância com as terapêuticas convencionais. Assim, o tempo de descoberta da doença até a ocorrência óbito por câncer de mama pode apresentar variações nas populações estudadas (AYALA, 2012).

A tabela 15 abaixo, mostra a distribuição dos óbitos ocorridos de acordo com o tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito e as variáveis: prevenção de câncer de mama, câncer de mama na família, acompanhamento pela enfermagem durante o adoecimento, realização de cirurgia e radioterapia.

Tabela 15 - Distribuição do número de óbitos ocorridos em 2012, segundo o tempo de descoberta da doença até o óbito e variáveis, em Fortaleza-Ceará. Fortaleza/CE, 2015.

	SOBREVIDA (meses)			P
	3 – 12 (%)	13 – 36 (%)	37 – 96 (%)	
PREVENÇÃO DE CÂNCER				0,359
Sim	22,7	54,5	22,7	
Não	46,2	38,5	15,4	
CA DE MAMA NA FAMÍLIA				0,239
Sim	25,0	66,7	8,3	
Não	34,8	39,1	26,1	
ACOMPANHAMENTO PELA ENFERMAGEM				0,312
Sim	32,3	45,2	22,6	
Não	25,0	75,0	0,0	
CIRURGIA				0,405
Sim	30,4	43,5	26,1	
Não	33,3	58,3	8,3	
RADIOTERAPIA				0,099
Sim	25,0	57,1	17,9	
Não	57,1	14,3	28,6	
p de Likelihood Ratio = 0,359				

Fonte: Pesquisa direta

Analisando os dados da tabela 15 através do teste de Probabilidade - *ratio*, foi observado que, nesse estudo, o tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito, ou seja, o tempo de sobrevida do paciente, não

apresenta associação com a realização de prevenção de câncer de mama regularmente ($p=0,359$), câncer de mama na família ($p=0,239$), acompanhamento do indivíduo pela equipe de enfermagem ($p=0,312$), realização de cirurgia ($p=0,405$), e realização de radioterapia ($p=0,099$), significando dizer que a sobrevida independe dessas variáveis.

Entretanto, 46,2% de quem não fez prevenção teve apenas 03 a 12 meses de vida, enquanto que naqueles que fizeram esse percentual diminuiu para 22,7%. Em relação ao acompanhamento pela enfermagem, 22,6% dos que foram acompanhados tiveram uma sobrevida de 03 a 08 anos, enquanto 100% dos que não foram acompanhados só tiveram uma sobrevida de até 03 anos.

O diagnóstico precoce e as estratégias de detecção precoce são fundamentais para um aumento da sobrevida de pacientes com câncer de mama, e que o cuidado de enfermagem, bem como o cuidado médico, através de ações eficazes nas unidades de saúde, sejam elas relacionadas ao diagnóstico ou tratamento, contribuem de maneira significativa para um aumento da sobrevida, onde são realizados diagnósticos precoces da doença, havendo uma melhor resolutividade das condutas terapêuticas (ROSA; RADÜNZ, 2012).

Em indivíduos que apresentavam história familiar de câncer, 8,3% deles tiveram entre 03 a 08 anos de vida, enquanto naqueles que não apresentavam história o percentual aumentou para 26,1%. Apesar de não ter apresentado associação com a sobrevida, é importante considerar a importância desse fator para a doença, uma vez que já foi comprovado pelo Ministério da Saúde que se configura em um fator de risco relevante para o desenvolvimento da patologia (INCA, 2014b).

Em relação à realização de cirurgia, 26,1% dos que realizaram tiveram uma sobrevida de 03 a 08 anos, enquanto que apenas 8,3% dos que não realizaram tiveram essa mesma sobrevida. A realização de cirurgia, sendo uma ação isolada de tratamento ou associada às outras modalidades terapêuticas, foi fator determinante para um aumento da sobrevida dos pacientes (BRITO; PORTELA; VASCONCELOS, 2009).

No tocante à radioterapia, 57,1% dos indivíduos que se submeteram a esse tratamento tiveram sobrevida de 01 a 03 anos, enquanto

que esse mesmo percentual dos indivíduos que não realizaram radioterapia teve uma sobrevida de 03 meses a 01 ano.

A realização de radioterapia adjuvante, desenvolvida após uma intervenção cirúrgica, apresenta um bom prognóstico, sendo indicada para mulheres mais jovens e tumores em estágios mais avançados. Destaca, também, que a realização da RT, concomitante a QT adjuvante, é importante por aumentar a taxa de sobrevida e, até mesmo, a cura (ROSA; RADÜNZ, 2012).

A tabela 16 abaixo mostra a distribuição dos óbitos ocorridos em 2012 segundo o tempo de descoberta da doença até o óbito e a realização de quimioterapia.

Tabela 16 - Distribuição dos óbitos ocorridos em 2012 segundo o tempo de descoberta da doença até o óbito e a realização de quimioterapia. Fortaleza/CE, 2015.

SOBREVIDA Meses	QUIMIOTERAPIA		P 0,485
	Sim (%)	Não (%)	
03 - 12	28,6	42,9	
13 - 36	53,6	28,6	
37 - 96	17,9	28,6	
	100,0	100,0	
p de Likelihood Ratio = 0,485			

Fonte: Pesquisa direta

De acordo com os dados da tabela 16, através do teste de Probabilidade – *ratio*, foi observado que a realização de quimioterapia não tem associação com o tempo de sobrevida ($p=0,485$).

Brito, Portela e Vasconcelos (2009), em um estudo realizado buscando analisar a sobrevida de mulheres por câncer de mama, na Região Sudeste, revela que a quimioterapia foi a modalidade terapêutica de pior desempenho no tocante à melhoria das taxas de sobrevida dos pacientes, quando comparado com às intervenções cirúrgicas e radioterapia.

Em relação à variável “Acompanhamento na Estratégia Saúde da Família (ESF)”, distribuída na tabela 13, foi observado que 37 (97,4%) indivíduos foram acompanhados na ESF durante o processo do adoecimento, evidenciando a importância da Atenção Primária no tocante ao manejo com a doença, seja na prevenção, diagnóstico e/ou tratamento. Em relação à equipe

de enfermagem, 33 (86,8%) indivíduos foram acompanhados durante todo o processo de diagnóstico e/ou tratamento.

A ESF surge em 1994, através de iniciativas do MS, para reestruturar o Sistema Público de Saúde no Brasil, redirecionando as prioridades de saúde e consolidando os princípios organizacionais do SUS através dos princípios de equidade, universalidade, integralidade e participação popular (ANDRADE, 2006).

O MS instituiu, em 2005, a Política Nacional de Atenção Oncológica (PNAO) com o intuito de implantar, em todas as Unidades Federativas, os princípios de Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos em todas as Redes de Atenção. A Atenção Primária em Saúde, onde se insere a ESF, apresenta um papel de destaque no controle do câncer de mama através das estratégias de rastreamento, diagnóstico e detecção precoce, principalmente (BRASIL, 2008).

Gonçalves (2009) aponta que é fundamental a atuação do médico e/ou enfermeiro através do acolhimento, exame clínico, solicitação de exames e educação em saúde nas consultas à mulher na Unidade Básica, onde os profissionais de saúde devem assumir uma responsabilidade com o intuito de contribuir para um aprimoramento das estratégias de detecção precoce.

Um estudo realizado no Espírito Santo (ES) revela que a assistência prestada pela equipe de Saúde da Família é baseada na prevenção e diagnóstico do câncer de mama através de orientações relacionadas à doença durante as consultas ginecológicas, bem como através de ações de rastreamento do câncer de mama através do exame clínico e solicitação de mamografia (LEITE, 2011).

A enfermagem, além de contribuir para o cuidado assistencial, observa a população através da sua vulnerabilidade para determinadas doenças. Entender o processo saúde-doença inserido no contexto de cada paciente é extremamente importante diante da implantação e implementação das práticas de cuidado, onde são observados os padrões populacionais através dos dados sócio-demográficos, além dos aspectos clínicos individuais (SANTOS, 2009).

A tabela 17 abaixo mostra os procedimentos realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012 durante o período do adoecimento até à ocorrência do óbito.

Tabela 17 - Distribuição dos procedimentos realizados pelos indivíduos falecidos por câncer de mama, no ano de 2012, durante o período do adoecimento até o óbito. Fortaleza/CE, 2015.

Procedimentos	N	%
Radioterapia		
Sim	31	81,6
Não	07	18,4
Quimioterapia		
Sim	31	81,6
Não	07	18,4
Cirurgia		
Sim	26	68,4
Não	12	31,6
Internamentos		
Sim	26	68,4
Não	12	31,6
TOTAL	38	100,0

Fonte: Pesquisa direta

A maioria dos indivíduos falecidos, contando 31, realizaram quimioterapia (QT) e radioterapia (RT); e 26 passaram por alguma intervenção cirúrgica, necessitando de internamento hospitalar nessa ocasião. Pelos dados descritos da tabela, verifica-se que a maioria dos indivíduos necessitou de todos os procedimentos.

A terapêutica adotada para o indivíduo com câncer de mama depende de múltiplos fatores, como, por exemplo, o tipo de câncer, o estadiamento da doença, bem como as metas que se pretendem alcançar com a realização de determinado tratamento. Nas metas podem estar inseridas a cura, o aumento da sobrevida, ou o alívio dos sintomas característicos da doença (BRUNNER, STUDDARTH, 2009).

Várias condutas são utilizadas diante dessas opções de tratamento. Cirurgia, radioterapia e quimioterapia são as principais realizadas. Essas condutas devem ser decididas pela equipe de saúde juntamente com o

paciente e os seus familiares, onde é fundamental que compreendam os princípios de cada tratamento e as metas a serem alcançadas com a utilização de cada um deles (BRUNNER; STUDDARTH, 2009).

A RT consiste em uma modalidade de tratamento em que são utilizados feixes de radiações ionizantes com o intuito de destruir as células neoplásicas, agindo diretamente no ácido desoxirribonucleico (DNA) das células. É uma opção utilizada quando se pretende obter um controle da doença com redução ou desaparecimento do tumor e, até mesmo, a cura. Normalmente a utilização da radioterapia contribui para um aumento da sobrevida e qualidade de vida, uma vez que a redução do tumor acarreta em uma redução dos sinais e sintomas decorrentes da doença (KARKOW *et al.*, 2013).

Estudos apontam que a RT tem reduzido a ocorrência de recidivas do câncer de mama, revelando que a RT adjuvante após o procedimento cirúrgico, bem como após mastectomias totais ou parciais ou, até mesmo, concomitante a elas, tem sido considerada uma modalidade de tratamento eficaz através de sua evolução, gerando impactos significativos nos resultados através do desenvolvimento de novas técnicas, onde reduziu a ocorrência de efeitos adversos. Assim, ressalta-se que a maioria dos pacientes com câncer de mama receberão RT no seu tratamento (HADDAD, 2011).

De acordo com a tabela 17, 81,6% dos indivíduos falecidos, representando a maioria, realizaram RT, ficando apenas 07 (18,4%) sem receber essa modalidade de tratamento.

A QT, outra modalidade de tratamento, é utilizada para tratar a doença sistêmica, bem diferente da cirurgia e RT, onde age diretamente no local da lesão. Os agentes antineoplásicos agem diretamente no ciclo celular com a tentativa de destruir as células. Agindo sistemicamente, afeta também as células normais, acarretando, conseqüentemente, na ocorrência de distúrbios orgânicos no organismo. Apesar de acarretar esses distúrbios, a utilização dos quimioterápicos é eficaz no tocante ao controle da doença, alívio dos sintomas, e cura (BRUNNER; STUDDARTH, 2009).

A QT é indicada segundo as características do paciente e do tumor que o mesmo apresenta. Estudos apontam que a QT adjuvante, realizada

após a submissão de uma intervenção cirúrgica, tem reduzido a mortalidade por câncer de mama. A QT neoadjuvante, realizada como tratamento inicial e antes de qualquer intervenção cirúrgica, é indicada para o tratamento da doença em estágios avançados, com tumor extenso. Assim, observa-se que essa modalidade de tratamento pode ser empregada antes e após o procedimento cirúrgico, revelando que a QT está inserida em um período longo do tratamento e que muitos indivíduos fazem uso dessa modalidade (FOLGUEIRA *et al.*, 2011).

A tabela 17 mostra que a maioria dos indivíduos, representando 81,6%, realizou quimioterapia em alguma fase do tratamento.

Faria *et al.* (2001) ressalta que estudos têm revelado que o tratamento sendo iniciado por RT e QT concomitante parece uma alternativa favorável, uma vez que não retardaria nenhum dos tratamentos. Observa-se no estudo que 86,4% dos indivíduos realizaram QT e 86,4% se submeteram a radioterapia, evidenciando que a maioria das pacientes realizaram QT e RT, concomitantemente ou não.

Em relação aos procedimentos cirúrgicos, o panorama em relação aos procedimentos em indivíduos com câncer de mama tem modificado nos últimos anos. Antigamente, a mastectomia radical era considerada como tratamento de escolha para a doença. Hoje, as cirurgias conservadoras, como tumorectomia e quadrandectomia, têm apresentado crescimento. Estudos apontam que o tratamento conservador, quando realizado de maneira correta e seguindo rigidamente os conceitos básicos de cirurgia oncológica, é uma opção de escolha para os pacientes com a doença, onde 80 a 92% das pacientes estariam livres de recorrência local em 20 anos. Porém, essas pacientes devem receber uma atenção diferenciada e especial no período, uma vez que esse tipo de tratamento está associado a um maior risco de recorrência (TIEZZI, 2007).

A tabela 18 abaixo mostra os dados referentes às médias do tempo de descoberta da doença até o óbito dos indivíduos que realizaram ou não cirurgia durante o processo de adoecimento.

Tabela 18 - Distribuição das médias do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito de indivíduos falecidos no ano de 2012 que realizaram ou não algum procedimento cirúrgico. Fortaleza/CE, 2015.

Cirurgia	Média do tempo de descoberta da doença até p óbito, meses ± DP
Sim	32,35 ± 25,82
Não	24,50 ± 18,57
p de t de Student = 0,358	

Fonte: Pesquisa direta

Através do teste “t de Student”, onde foi comparada a média do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito com a média do número de indivíduos que se submeteram a algum procedimento cirúrgico, sendo ele conservador ou não, foi observado, pelo valor de $p=0,358$, que as médias do tempo de quem fez ou não cirurgia não diferiram.

A escolha do tratamento conservador em detrimento da mastectomia radical está associada, principalmente, ao estadiamento da doença e a relação do volume da mama com o tamanho do tumor. Indivíduos que apresentam estadiamento I e II são as principais candidatas ao tratamento conservador. Já para os indivíduos com estadiamento III e IV, a mastectomia radical é a melhor opção. Nessa conjuntura, ressalta-se que a QT neoadjuvante tem uma importância considerável no tratamento conservador, onde há uma redução do tumor e, conseqüentemente da relação volume da mama/tumor, candidatando às pacientes, até então com perfil para realizarem mastectomia, a realizarem esse tipo de tratamento (TIEZZI, 2007).

As técnicas cirúrgicas conservadoras têm reduzido à morbidade cirúrgica sem prejudicar a sobrevida dos pacientes. Em alguns estudos realizados se comprova que a recidiva da doença ocorreu em número reduzido, não apresentando diferenças significativas em grupos de pacientes que realizaram a mastectomia radical (PIATO; RICCI; BERNARDINI, 2008).

A tabela 19 a seguir aponta os procedimentos cirúrgicos realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012.

Tabela 19 - Distribuição dos procedimentos cirúrgicos realizados pelos indivíduos falecidos no ano de 2012. Fortaleza/CE, 2015.

Cirurgias	N	%
Mastectomia total	18	47,4
Mastectomia parcial/quadrantectomia/Tumorectomia	08	21,1
Ignorado	12	31,6
TOTAL	38	100,0

Fonte: Pesquisa direta

Conforme apresentado na tabela 19, de todos os tipos de cirurgias em que os indivíduos foram submetidos, 18 realizaram mastectomia total, correspondendo a 47,4% da amostra. 08 (21,1%) realizaram outros tipos de intervenções cirúrgicas, como tumorectomia, quadrantectomia e mastectomia parcial.

A mastectomia, indicada para indivíduos com tumores de mama em estágios avançados, é considerada uma intervenção cirúrgica que consiste na retirada total da mama. Pode ser caracterizada como parcial ou total, onde, na total, além da mama é realizado o esvaziamento axilar com a retirada dos linfonodos comprometidos pela doença. É uma intervenção cirúrgica temida devido ao comprometimento físico, emocional e social do indivíduo que se submete a esse procedimento, uma vez que a retirada da mama interfere na autoimagem e na sexualidade feminina (ALVES *et al.*, 2011).

Realizando um comparativo da tabela 19 através dos procedimentos cirúrgicos com a tabela 14 através do tópico “Tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito”, observa-se que 47,4% (18) dos indivíduos falecidos realizaram mastectomia radical; e que 28,9% dos indivíduos faleceram no período de 03 meses a 01 ano e 44,7% no período de 01 a 03 anos, totalizando 73,6% dos indivíduos que faleceram no período de 03 meses a 03 anos de descoberta da doença até o óbito, período considerado curto de sobrevivência. Assim, a maioria dos indivíduos falecidos pode ter descoberto a doença já em estágios avançados, III e IV, por exemplo, já que tiveram pouco tempo de vida desde a descoberta da doença até o óbito, justificando a ocorrência da mastectomia total em um maior número de indivíduos.

Porém, comparando a média do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito com a média do número de indivíduos que realizaram a mastectomia total através do teste “t de Student” para dados independentes, se observou, pelo valor de $p=0,327$, que as médias do tempo de descoberta da doença até o óbito de quem fez mastectomia total ou outro tipo de cirurgia não diferiram. A tabela 20 abaixo mostra os dados.

Tabela 20 - Distribuição das médias do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito de indivíduos que realizaram mastectomia ou algum outro procedimento cirúrgico. Fortaleza/CE, 2015.

Mastectomia	Média do tempo de descoberta da doença até o óbito, meses \pm DP
Sim	28,40 \pm 21,05
Não	39,75 \pm 33,35
de t de Student = 0,327	

Fonte: Pesquisa direta

Um estudo realizado no registro de câncer na Califórnia, com 189.734 mulheres, utilizando dados no período de 1998 a 2011, aponta que as mortalidades estimadas em 10 anos foram de 18,8% para mastectomia bilateral, 20,1% para a mastectomia unilateral, e 16,8% para técnica conservadora com a utilização de radiação, não havendo diferenças significativas na mortalidade comparando mastectomia com cirurgia conservadora (KURIAN *et al.*, 2014).

Machado, Facina e Gebrim (2008) apontam em um estudo realizado em São Paulo utilizando dados do período de 1990 a 2002, que os pacientes que realizaram mastectomia e os que realizaram cirurgia conservadora apresentaram resultados semelhantes no tocante à sobrevida.

Assim, não podemos afirmar através desse estudo, uma vez que os dados não apresentaram significância estatística, bem como através dos referidos estudos presentes na literatura, que a realização de mastectomia, em detrimento da realização de outro procedimento cirúrgico, interfere no tempo de sobrevida durante o processo de adoecimento. Da mesma maneira que não se pode afirmar que a realização de qualquer tipo de cirurgia, de acordo com os dados da tabela 19, interfere diretamente com o tempo de sobrevida.

De acordo com os dados da tabela 13, se observa que o percentual de indivíduos falecidos que foram acompanhados pela Enfermagem durante o adoecimento foi de 86,8%.

Se tratando do cuidado de enfermagem direcionado aos pacientes oncológicos, o mesmo que integra um conjunto de ações em todos os setores de Atenção, seja ele primário, secundário, e/ou terciário, uma vez que atua no diagnóstico e/ou detecção precoce, tratamento e reabilitação (MENEZES; CAMARGO; OLIVEIRA, 2009).

A enfermagem tem participado ativamente de todas as estratégias de controle do câncer de mama desenvolvido em todos os níveis de complexidade de assistência e variadas modalidades terapêuticas. Assumem de forma consistente as ações de cuidado através da proposta de ações educativas e de diagnóstico precoce e ações terapêuticas como cirurgia, QT e RT. A reabilitação, bastante importante no tocante à melhoria da qualidade de vida, também se enquadra nesse processo (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

As práticas de cuidado incluem atitudes, valores, princípios e comportamentos que são vividos pelas pessoas no seu cotidiano. Considerando o ser humano como um ser de cuidados, entende-se que todos os seres humanos precisam, em algum momento da vida, de cuidados para sobreviverem devido à vulnerabilidade dos indivíduos diante das circunstâncias a que se deparam relacionadas ao processo de adoecimento. É através do conhecimento do outro que se realiza um cuidar de qualidade (WALDOW; BORGES, 2008).

Esse cuidado, inserido na prática de enfermagem, gera transformações na dinâmica envolvida no processo saúde-doença, sendo essencial quando existe a vulnerabilidade, considerada como uma condição que convoca para o cuidado. A enfermagem precisa estar consciente dessa condição do paciente para que organize e sistematize um cuidado de qualidade (WALDOW; BORGES, 2008).

O cuidado de enfermagem, direcionado aos pacientes com câncer, apresenta duas dimensões que não podem ser desvinculadas, uma objetiva, onde estão inseridos os procedimentos e técnicas; e uma subjetiva, baseada na sensibilidade para cuidar do outro. Esse cuidado é fundamentado e sistematizado através do conhecimento dos aspectos epidemiológicos e

clínicos da doença, onde se conhece a fisiopatologia ao mesmo tempo em que se compreendem as modificações que o corpo sofre com a doença, permitindo que o profissional consiga suprir as suas necessidades (MACHADO *et al.*, 2009).

Na perspectiva de que a enfermagem tem uma atuação fundamental diante do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) é uma ferramenta utilizada pelo enfermeiro na dinâmica do cuidar, onde há o estabelecimento de metas com o intuito de promover a saúde do indivíduo (MACHADO *et al.*, 2009).

A SAE apresenta etapas que auxiliam na prática do cuidado, por isso que o cuidado de enfermagem é dito sistematizado. São elas: construção do histórico; elaboração dos diagnósticos de enfermagem; elaboração das intervenções; implementação; e avaliação ou evolução de enfermagem. Essas etapas propõem a realização de um cuidado individualizado e integral aos pacientes, uma vez que se conhece a dinâmica do processo saúde-doença de cada ser e, conseqüentemente, as necessidades reais e potenciais de cada pessoa (NÓBREGA; SILVA, 2008/2009).

Na Atenção Primária em Saúde, ou Atenção Básica, as práticas de Educação em Saúde são fundamentais diante das orientações sobre a doença e esclarecimento de dúvidas quanto ao diagnóstico e tratamento, além de propor estratégias de detecção precoce e/ou diagnóstico precoce através do exame clínico das mamas, solicitação de mamografias e orientação quanto ao autoexame, evitando a ocorrência de estágios avançados do câncer de mama. Essa prática propõe de maneira ímpar a prevenção da doença e incentiva as mulheres ao autoconhecimento (OLIVEIRA *et al.*, 2012).

A Atenção Secundária e Terciária, onde se enquadram as modalidades de tratamentos, como QT, RT e intervenções cirúrgicas, conta com um apoio expressivo da equipe de enfermagem em geral, uma vez que a enfermagem está inserida em todas essas ações de maneira contínua (MACHADO *et al.*, 2009).

A Atenção destinada à reabilitação dos pacientes se destaca no cuidado aos pacientes com o intuito de prevenir eventuais complicações dos

procedimentos citados anteriormente, atuando de maneira efetiva na qualidade de vida das pacientes após o tratamento, favorecendo o seu retorno às atividades realizadas no âmbito físico, profissional e social (PETITO; GUTIERREZ, 2009).

Em um estudo realizado com mulheres em tratamento para o câncer de mama no estado de Minas Gerais (MG), em 2008, foi observado que essas mulheres reconhecem as habilidades técnicas e humanas dos enfermeiros como forma de cuidado. A segurança foi revelada através dos procedimentos técnicos desenvolvidos, e a proteção, o respeito e paciência foram destacados como instrumentos do cuidado humanizado. Assim, perceberam que a prática de cuidado desenvolvida pela enfermagem é qualificada e humanizada (COSTA *et al.*, 2012).

O enfermeiro deve apresentar habilidades comunicativas com o intuito de promover uma melhor adaptação do paciente ao tratamento e aos aspectos inerentes à doença, não se limitando apenas a realização de procedimentos técnicos. Afirma que uma comunicação efetiva favorece o cuidado clínico de enfermagem através do planejamento e implementação de uma assistência de qualidade. Porém, revela que a limitação da mulher e do enfermeiro, a falta de tempo e o despreparo de alguns profissionais dificultam essa prática, sugerindo a capacitação profissional contínua como forma de melhorá-la (MARINHO; COSTA; VARGENS, 2013).

Firmino e Alcântara (2014) destacam a atuação de enfermeiras oncológicas diante da realização de curativos em pacientes com feridas neoplásicas decorrentes da mastectomia em um estudo desenvolvido com enfermeiras no Rio de Janeiro (RJ) em 2010. Segundo o relato das enfermeiras, a melhoria da prática assistencial é decorrente de habilidade técnica, do gosto pela prática executada e envolvimento profissional. Afirma m que há um envolvimento com a equipe multidisciplinar no tocante a ampliação da abordagem paliativa da mastectomia higiênica com o intuito de prevenir sintomas e sofrimentos das mulheres com câncer de mama. Destacam também que essa prática promove um vínculo enfermeiro-paciente, estabelecendo uma relação de confiança e, contribuindo, conseqüentemente, para uma assistência eficaz.

Diante dos aspectos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas, como comprometimento da autoimagem, enfrentamento da dor e dificuldades físicas, e enfrentamento de preconceitos, Pereira *et al.* (2006) destacam o papel da enfermagem no sentido de traçar um plano de cuidado que ofereça suporte em relação aos aspectos da doença no tocante ao tratamento, e estimulem atividades que reduzam a tensão emocional, como a participação em grupos de apoio, por exemplo. Destacam também que o cuidado de enfermagem à mulher é proposto bem antes do diagnóstico de câncer de mama através de atividades de promoção da saúde e prevenção de estágios avançados da doença através das práticas de detecção precoce.

Em um estudo de revisão narrativa da literatura, Alves *et al.* (2011) aponta o cuidado de enfermagem como fundamental no pré-operatório e reabilitação de mastectomia, uma vez que o indivíduo necessita de informações em relação ao procedimento pré e pós-cirúrgico, além de muitos sentimentos de dor e incerteza envolvidas diante do procedimento em si e do prognóstico do paciente. Assim, o enfermeiro se envolve nas duas dimensões do cuidar, seja ela objetiva, diante da preservação física do paciente, e subjetiva, no tocante à preservação psíquica.

O enfermeiro oncológico participa ativamente do processo de tratamento do câncer de mama, tratamento esse prolongado e, na maioria das vezes, debilitante. É o enfermeiro que passa mais tempo com o paciente em todo o processo terapêutico, por isso a necessidade de estarem em constante processo de aprimoramento de técnicas diante das práticas do cuidado clínico (LOPES, 2008).

A administração das drogas antineoplásicas é atividade privativa do enfermeiro. Além de administrar a droga através da técnica segura, o enfermeiro deve observar os efeitos adversos e colaterais oriundos da QT, estando aptos para amenizar esses sinais e sintomas; e estar preparado para o cuidado referente aos aspectos emocionais e psicológicos do paciente e seus familiares, uma vez que o tratamento acarreta sentimentos de negação, revolta e depressão. Assim, o enfermeiro é um profissional bastante atuante em todas essas fases (LOPES, 2008).

No tocante à RT, os enfermeiros orientam os pacientes e seus familiares acerca do procedimento propriamente, bem como dos eventos

oriundos desse procedimento, destacando o papel do indivíduo antes, no decorrer e após a implantação da radiação. A enfermagem também desempenha um papel fundamental na realização do exame físico no paciente, a fim de observar possíveis alterações provenientes dessa modalidade de tratamento, propondo, assim, cuidados essenciais para amenizá-los. Para isso, sistematiza o seu cuidado, onde verifica o problema, estabelece metas a serem cumpridas e planeja intervenções com o intuito de alcançá-las (BRUNNER; SUDDARTH, 2009).

Diante de todas as ações citadas anteriormente pela enfermagem, através de dados da literatura pertinente, é revelada a importância do enfermeiro durante o cuidado clínico no âmbito do processo de adoecimento da maioria (33) dos indivíduos falecidos em 2012 por câncer de mama, totalizando, como citado anteriormente, 86,4% da amostra.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que, através dos 1.368 óbitos ocorridos no município de Fortaleza-Ceará no período estudado, houve um aumento da taxa geral de óbitos pela análise de regressão linear, significando dizer que para cada ano a mais a taxa de óbitos aumentou em 0,342 ($r = 0,737$; $p = 0,059$).

A maioria dos indivíduos falecidos era do sexo feminino, representando 98,1%. A ocorrência do óbito entre adultos e idosos no período foi semelhante, onde representou 49,1% e 50,9%, respectivamente. Porém, a taxa de óbitos entre indivíduos acima de 70 anos tem apresentado uma tendência crescente em relação aos indivíduos de 20-49 anos, onde a taxa oscilou no período.

Em relação à escolaridade, houve o predomínio de indivíduos que apresentavam ensino fundamental (19,1%) e médio (31,5%). No tocante ao estado civil, o percentual de indivíduos que eram casados ou apresentavam união estável foi predominante (39,5%). Analisando os dados referentes à raça/cor, 50,1% apresentavam cor preta/parda, predominando na amostra.

Se tratando da causa básica presente na DO, em 99,2% (1.357) estava disposto o código C 50.9 (Neoplasia maligna da mama, não especificada), não podendo afirmar o tipo de causa real, uma vez que constam, na CID-10, 10 subdivisões relacionadas às neoplasias malignas da mama.

O estudo revelou que, na ocorrência do óbito, os adultos apresentaram um nível de escolaridade melhor em detrimento dos idosos; foi predominante o percentual de viúvos entre os idosos e de casados/união estável entre os adultos; e foi predominante o percentual de indivíduos de cor parda/preta na amostra estudada. Assim, apresentou significância estatística, através do teste de verossimilhança, em relação às faixas etárias estudadas (20-99 anos) e às variáveis: escolaridade ($p=0,0001$), estado civil ($p=0,0001$) e raça/cor ($p=0,01$).

Os óbitos ocorridos no ano de 2012 através das DOs, contando 213, segundo as variáveis sociodemográficas, foram compatíveis com os óbitos ocorridos no período de 2006 a 2012, onde foi observado que o maior número de óbitos ocorreu em indivíduos com menor grau de escolaridade

(ensino fundamental - 32%); em indivíduos casados ou que apresentavam união estável (39,9%); e em indivíduos de raça/cor preta ou parda (59,3%). A maioria pertencia ao sexo feminino, representando 99,5% (212).

Na amostra correspondente a 2ª etapa do estudo, n=38, foi verificado, em relação aos fatores de risco e fatores protetores para a doença, que 03 (7,9%) indivíduos eram etilistas; 11 (28,9%) tabagistas; 30 (78,9%) tinham filhos; 26 (68,4%) teriam amamentado; 23 (60,5%) teriam realizado prevenção de câncer regularmente; e 12 (31,6%) apresentavam história familiar de câncer de mama. Através dessas frequências, acredita-se que a maioria dos indivíduos que foram a óbito no ano de 2012 podem ter apresentado outros fatores de risco para a doença, como: menarca precoce, menopausa tardia, e obesidade ou dieta rica em gorduras, por exemplo, não sendo os fatores, mencionados no estudo, os determinantes para a ocorrência dos óbitos.

Em relação aos procedimentos realizados durante o período do adoecimento, a maioria dos indivíduos falecidos, contando 31, realizaram QT e RT; e 26 passaram por alguma intervenção cirúrgica, necessitando de internamento hospitalar nesta ocasião. 97,4% dos indivíduos foram acompanhados pela ESF durante o adoecimento; e o percentual de indivíduos falecidos acompanhados pela Enfermagem representou 86,8%.

A média de idade de ocorrência do óbito correspondeu a aproximadamente 65 anos, com desvio padrão de ± 17 , sendo a idade mínima 32 e a idade máxima 97 anos. Através do cálculo da média do tempo de descoberta da doença até o óbito, constatou-se que a mesma correspondeu a aproximadamente 29 meses, com desvio padrão de ± 23 , sendo o tempo mínimo de 03 meses e o tempo máximo de 96 meses. Assim, a sobrevida dos pacientes com câncer de mama que faleceram no ano de 2012 foi de 02 a 03 anos.

Através do teste de Probabilidade - *ratio* foi observado no estudo que, o tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito, ou seja, o tempo de sobrevida do paciente, não apresenta associação com a realização de prevenção de câncer de mama regularmente ($p=0,359$), câncer de mama na família ($p=0,239$), acompanhamento do indivíduo pela equipe de enfermagem ($p=0,312$), realização de cirurgia ($p=0,405$), realização de

radioterapia ($p=0,099$), e realização de quimioterapia ($p=0,485$), significando dizer que a sobrevida independe dessas variáveis.

Através do teste t de *Student*, comparando a média do tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito com a média do número de indivíduos que se submeteram a algum procedimento cirúrgico, e com a média do número de indivíduos que realizaram a mastectomia total, foi observado que as médias do tempo, dos que fizeram ou não cirurgias, não diferiram ($p=0,358$); e que as médias dos que fizeram mastectomia total ou outro tipo de cirurgia também não diferiram ($p=0,327$).

Em relação ao acompanhamento pela enfermagem durante o adoecimento, representando 86,8%, ressalta-se a importância do cuidado clínico em enfermagem direcionado aos pacientes oncológicos, onde está presente no planejamento do cuidado diante do estabelecimento das medidas de prevenção para a doença e das condutas terapêuticas, juntamente com a equipe multidisciplinar; bem como está presente na organização dos serviços, onde propõe, continuamente, a melhoria da assistência.

Acredita-se que os serviços de atenção primária, secundária e terciária precisam se relacionar de maneira interdisciplinar diante do cuidado de enfermagem aos pacientes com câncer, uma vez que os mesmos são atendidos por todas essas redes de atenção à saúde. O intuito da interdisciplinaridade é que seja alcançada uma melhor sobrevida através do seguimento terapêutico após a descoberta do diagnóstico, onde o início do tratamento deve ser proposto de uma maneira rápida e eficaz, assim como o diagnóstico deve ser preciso e precoce.

Assim, o estudo permitiu que fosse conhecido o perfil sociodemográfico dos pacientes e algumas características inerentes à doença, o processo de adoecimento dos pacientes até à ocorrência do óbito por câncer de mama, e identificado o cuidado de enfermagem diante desse processo. Esse conhecimento pode ser útil diante do desenvolvimento de estratégias para um cuidado integral e específico para cada população estudada no âmbito da oncologia.

Nessa perspectiva, os estudos que buscam conhecer determinada população se configuram em uma importante ferramenta de gestão em saúde, onde os gestores podem direcionar, de uma maneira mais efetiva e

eficaz, os recursos materiais, físicos e humanos no tocante à assistência prestada.

6.1 DIFICULDADES ENCONTRADAS

Apesar do rigor presente diante do preenchimento e emissão das DOs, apresentando uma melhora através do aprimoramento adotado pelo MS, onde foi reduzido o número de registros incompletos nas fichas de notificação e o número de proporção de óbitos com causas mal definidas, ainda foi percebido falha nos registros das DOs através de dados preenchidos de maneira incorreta ou, até mesmo, não preenchidos.

A incompletude em relação à escolaridade, por exemplo, onde em 36% das fichas de notificação não evidenciava o grau de escolaridade que o indivíduo apresentava, pode ter acarretado um viés no estudo, onde não foram obtidos todos os dados relevantes para o desenvolvimento da pesquisa.

O endereço incompleto, registrado na DO, das pacientes que foram a óbito, ou o registro do endereço do hospital de ocorrência do óbito, também se configurou em uma dificuldade para a realização da segunda etapa do estudo, onde não foi possível identificar a residência de todos os indivíduos, ocasionando o desenvolvimento de uma busca, pela pesquisadora, de todos os contatos desses pacientes em hospitais e centros de referência em oncologia.

A pesquisa realizada pelos familiares dos indivíduos que foram a óbito se limita devido aos familiares não demonstrarem interesse em lembrar o processo de adoecimento do seu familiar até o óbito do mesmo, além de não lembrar todos os fatores relevantes nesse processo e dos principais fatores de risco para a doença que os pacientes apresentavam.

A longa espera pelo parecer favorável do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), passando mais de 06 meses em análise, limitou o desenvolvimento da pesquisa, prejudicando a fase de coleta dos dados, onde o tempo destinado para essa fase foi reduzido.

6.2 RECOMENDAÇÕES

A diminuição dos índices de mortalidade por câncer de mama, principalmente na população feminina, representa um grande desafio para os profissionais de saúde, gestores e para a população em geral.

O desenvolvimento de um projeto com o intuito de acompanhar a mulher diagnosticada com câncer de mama, verificando o seguimento terapêutico da mesma, se configuraria em uma ferramenta importante para o desenvolvimento de ações diante da assistência prestada às pacientes, onde seriam identificadas as dificuldades presentes no fluxo de atendimento diante das modalidades de tratamento e, com isso, realizado propostas a fim de melhorar esse processo.

A realização de estudos na temática contribui para a prática clínica. Assim, é importante que sejam realizados estudos não só no âmbito do processo terapêutico dos pacientes, mas também no âmbito das estratégias de rastreamento e detecção precoce, identificando e evidenciando a importância dessas ações diante da redução dos índices de mortalidade e, com isso, sensibilizando os gestores diante do investimento das medidas preventivas do câncer de mama.

Finalmente, é de extrema relevância que os enfermeiros estejam engajados, juntamente com os gestores, no processo de busca de melhorias para a prática do cuidado clínico na área oncológica, pois são eles que estão prestando uma assistência contínua para os pacientes, seja diante das medidas preventivas realizadas nas redes de atenção primária à saúde, ou diante da complexidade inerente do processo terapêutico proposto após a descoberta do diagnóstico.

REFERÊNCIAS

- ALVES, Priscilla Cândido; BARBOSA, Izabel Cristina Falcão Juvenal; CAETANO, Joselany Áfio; FERNANDES, Ana Fátima Carvalho. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.4, p.732-737, jul./ago. 2011.
- ARREGI, Miren Maite Uribe. **Câncer em adultos jovens (20-39 anos) em Fortaleza**: análise de tendências em incidência, mortalidade e sobrevida, 1997-2006. 2012. 264f. Tese (Doutorado em Ciências) - Fundação Antônio Prudente e Escola Cearense de Oncologia, Fortaleza, 2012.
- AYALA, Arlene Laurenti Monterrosa. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.65, n.4, p.566-570, jul./ago. 2012.
- BARALDI, Solange; DÍAZ, Monica Yolanda Padilla; MARTINS; Wagner de Jesus; CARVALHO JÚNIOR, Daniel Alvão. Globalização e seus impactos na vulnerabilidade e flexibilização das relações do trabalho em saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**. Rio de Janeiro, v.6, n.3,p.539-548, 2008.
- BORGES, João Bosco Ramos; MAIA, Edna Marina Cappi; BORGES, P.C.G; CESÁRIO, M.F.D. Propedêutica clínica no câncer de mama. In: GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS, 2008. p. 821-825.
- BORGHESAN, Deise Helena; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Câncer de mama e fatores associados. **Revista Ciência, Cuidado e Saúde**, v.7, (Suplem.1), p.62-68, 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **A confiabilidade dos dados informados no SIM**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>. Acesso em: 13 jul. 2012.
- _____. Ministério da Saúde. **A importância dos dados do SIM para a gestão em saúde**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>. Acesso em: 13 jul. 2012b.
- _____. Ministério da Saúde. **CID – Classificação Internacional de Doenças**. Disponível em: <<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=2&id=117&assunto=2941>> Acesso em: 06 jan. 2015.
- _____. Ministério da Saúde. **Declaração de óbito**: documento necessário e importante. Conselho Federal de Medicina. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. 40p. Disponível em: <http://svoi.fmrp.usp.br/documentos/declaracao_obito.pdf> Acesso em: 16 ago. 2014.
- _____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Perfil da morbimortalidade brasileira do câncer da mama**. Informativo: vigilância do câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2012a.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de procedimento do sistema de informações sobre mortalidade**. Brasília: Fundação Nacional de Saúde, 2001. 36p.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. **Sistema de Informação sobre Mortalidade – SIM**. Disponível em: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/sim/>. Acesso em: 13 jul. 2012c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher**: princípios e diretrizes, Brasília: Ministério da Saúde, 2004. 82p. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf> Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer de mama**: fatores de risco. Rio de Janeiro: INCA, 2015a.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466**, de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 09 out. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. (Cadernos de Atenção Básica n. 13).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem**: princípios e diretrizes. Brasília: Ministério da Saúde, 2009. 92p. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf> Acesso em: 13 jul. 2014.

BRITO, Cláudia; PORTELA, Margareth Crisóstomo; VASCONCELOS, Mauricio Teixeira Leite. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, v.43, n.3, p.481-489, maio/jun. 2009.

BRUNNER, Lillian Sholtis; SUDDARTH, Doris Smith. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. Tradução de Fernando Diniz Mundim e José Eduardo Ferreira de Figueiredo. 11. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

BUSHATSKY, Magaly; BARROS, Mariana Boullitreau Siqueira Campos; CABRAL, Luciana Rocha; CABRAL, Juliana Rocha; BEZERRA, Jéssica Rayanne Silva; FIGUEIRA FILHO, Antônio Simão Santos. Câncer de mama: ações de prevenção na estratégia de saúde da família. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, Rio de Janeiro, v.6.n.2, p. 663-675, abr./jun,2014.

CORRÊA, L.D.O. Mamografia e ultrassonografia no carcinoma mamário. In: GUIMARÃES, José Renan Q. (Org.). **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS, 2008. p. 873-882.

CORRÊA, Rosângela da Silveira; FREITAS JÚNIOR, Ruffo; PEIXOTO, João Emílio; RODRIGUES, Danielle Cristina Netto; LEMOS, Maria Eugênia da Fonseca; MARINS, Lucy Aparecida Parreira; SILVEIRA, Erika Aparecida. Estimativas da cobertura mamográfica no Estado de Goiás, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.9, p.1.757-1.767, set. 2011.

COSTA, Wagner Barreto; VIEIRA, Marta Raquel Mendes; NASCIMENTO, Weide Dayane Marques; PEREIRA, Luciana Barbosa; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Revista Mineira de Enfermagem**, v.16, n.1, p.31-37, jan./mar. 2012.

CRESWELL, John W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Tradução de Magda Lopes. 2.ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

DANIEL, Vanessa Marques; MACADAR, Marie Anne; PEREIRA, Gabriela Viale. O sistema de informação sobre mortalidade e seu apoio à gestão e ao planejamento do Sistema Único de Saúde (SUS). **Revista de Gestão em Sistemas de Saúde – RRSS**, São Paulo, v.2, n.2, p.143-173,jul./dez. 2013.

FARIA, Sérgio L; OLIVEIRA FILHO, Juvenal A; GARCIA, Alice R; AMALFI, Christiane; SPIRANDELI, Julia M. B; CAMPOS, Eliane C. Quimioterapia concomitante à radioterapia no tratamento adjuvante do câncer da mama localizado. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.47, n.2, p.153-158, abr./maio/jun. 2001.

FERNANDES, Mônica Aparecida. A inserção da mulher no mercado de trabalho: um estudo sob a perspectiva da Psicologia. **Revista Gestão & Conhecimento**, Poços de Caldas, jan./dez. 2013.

FIRMINO, Flávia; ALCÂNTARA, Laísa Figueiredo Ferreira Lós. Enfermeiras no atendimento ambulatorial a mulheres com feridas neoplásicas malignas nas mamas. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v.15. n.2. p-298-307, mar./abr. 2014.

FOLGUEIRA, Maria Aparecida Azevedo Koike; SNITCOVSKY, Igor Moyses Longo; VALLE, Paulo Roberto Del; KATAYAMA, Maria Lucia Hirata; BRENTANI, Maria Mitzi; VIEIRA, René Aloisio Costa. Perfil transcricional e resposta à quimioterapia neoadjuvante em câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.57, n.3, p.353-358, 2011.

GOMES, Roberto. **Oncologia básica**. Rio de Janeiro: Revinter, 1997.

GONÇALVES, Andrea T. Cadaval; JOBIM, Paulo Fernandes Costa; VANACOR, Roberta; NUNES, Luciana Neves; ALBUQUERQUE, Isabella Martins; BOZZETTI, Mary Clarisse. Câncer de mama: mortalidade crescente na Região Sul do Brasil entre 1980 e 2002. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.23, n.8, p.1785-1790, ago. 2007.

HADDAD, Cássio Furtini. Radioterapia adjuvante no câncer de mama operável. **Femina**, v.39, n.6, p.295-302, jun. 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA – IBGE. **Tábuas abreviadas de mortalidade por sexo e idade**: Brasil, grandes regiões e Unidades da Federação – 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/tabuas_abreviadas_mortalidade/2010/> Acesso em: 09 out. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. e ampl., Rio de Janeiro: INCA, 2008a. 488p.

_____. **Câncer**: tipos de câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama> Acesso em: 13 jan. 2015a.

_____. **Controle do câncer de mama**: conceito e magnitude. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude> Acesso em: 13 jan. 2015b.

_____. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. **ABC do câncer**: abordagens básicas para o controle do câncer. 2. ed. rev. e atual. Rio de Janeiro: INCA, 2012, 129p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/abc_do_cancer.pdf> Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama**: resumo das apresentações. Rio de Janeiro: INCA, 2008b.

_____. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. 118p. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf> Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. **Estimativa 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2014a. 124p. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/outros-destaques/estimativa-de-incidencia-de-cancer-2014/estimativa_cancer_24042014.pdf> Acesso em: 13 jul. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Parâmetros técnicos para programação de ações de detecção precoce do câncer da mama:** recomendações para gestores estaduais e municipais. Rio de Janeiro: INCA, 2006. 30p. Disponível em:

<<https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0749.pdf>> Acesso em: 09 out. 2014.

_____. **Tipos de câncer:** prevenção. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama+/prevencao+>> Acesso em: 13 jan. 2015c.

_____. **Controle do câncer de mama:** documento de consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em:

<<http://www.inca.gov.br/publicacoes/consensointegra.pdf>> Acesso em: 12 out. 2014.

_____. **Recomendações para a redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil:** balanço 2012. Rio de Janeiro: INCA, 2012b. disponível em:

<<http://www.sbradioterapia.com.br/pdfs/mama2012.pdf>> Acesso em: 13 jul. 2014.

_____. **Síntese de resultados e comentários:** estimativa 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> Acesso em: 02 mar. 2014.

_____. **Ficha técnica de indicadores relativos às ações de controle do câncer de mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2014b. Disponível em:

<<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/df17e400469f69aa8542ed5120665fa8/fICHA+T%C3%89CNICA+Indicadores+Mama+2014.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=df17e400469f69aa8542ed5120665fa8>> Acesso em: 13 jul. 2014.

INUMARU, Livia Emi; SILVEIRA, Erika Aparecida; NAVES, Maria Margareth Veloso. Fatores de risco e proteção para o câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.7, p.1259-1270, jul. 2011.

KARKOW, Michele Carvalho; PERLINI, Nara Marilene Oliveira Girardon; MISTURA, Claudeli; ROSA, Bruna Vanessa Costa ; ROSA, Natanna; MARTINS, Mayani Suertegaray; DEBUS, Paula Santos; SANTOS, Vera Cristina Dorneles . Perfil dos usuários do serviço de radioterapia de um hospital universitário. **Revista Enfermagem UFSM**, Santa Maria, v.3, n.Esp., p 636-646, 2013.

KURIAN, Allison W.; LICHTENSZTAJN, Daphone Y.; KEEGAN, Theresa H; NELSON, David O; CLARKE, Christina A; GOMEZ, Scarlett L. Use of and mortality after bilateral mastectomy compared with other surgical treatments for breast cancer in California, 1998-2011. **The Journal of the American Medical Association**, v.312, n.9, p. 902-914, set. 2014.

LOPES, P.C. Assistência de enfermagem. In: GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de Oncologia**. São Paulo: BBS, 2008. p.231-244.

- MACHADO, Amanda Neves; FACINA, Gil; GEBRIM, Luiz Henrique. Aspectos clínicos, anatomopatológicos, recidiva local e sobrevida de pacientes com carcinoma de mama tratadas pela cirurgia conservadora. **Revista Brasileira de Mastologia**, v.18, n.2, p. 54-57, abr./jun. 2008.
- MACHADO, Cícera Borges. **Avaliação da qualidade do sistema de informação sobre mortalidade no estado do Ceará**. 2007.162f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) - Universidade Estadual do Ceará – UECE, Fortaleza, 2007.
- MACHADO, Wiliam Cesar Alves; FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; SILVA JÚNIOR, O.C; LUZIAL, N.S; ALVES, D.Y; SANTOS, M; et al. Ações de enfermagem fundamentada no saber médico. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; LEITE, Josete Luiza; MACHADO, Wiliam Cesar Alves; MOREIRA, Marlea Chagas; TONINI, Tereza. (Org.). **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. São Caetano do Sul: Yendis, 2009. p.85-234.
- MARINHO, Diana Silva; COSTA, Thatiane Pinheiro; VARGENS, Octavio Muniz Costa. A vivência do câncer de mama na percepção de mulheres submetidas à mastectomia: uma análise a partir de publicações científicas. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental**, v.5, n.5, p. 8-19, dez. 2013.
- MATOS, Jéssica Carvalho de; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Fatores associados à prevenção secundária do câncer de mama. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.5, p.888-898, maio 2011.
- MENDONÇA, F.A.D.C; COSTA, M.M.F.G; SAMPAIO, L.R.L; VASCONCELOS, S.M.M.D. Métodos diagnósticos para o câncer de mama: uma reflexão. **Revista Tendências da Enfermagem Profissional (RETEP)**, Fortaleza/CE: Conselho Regional de Enfermagem do Ceará, v.1, n.1, maio 2009.
- MENEZES, M.F.B; CAMARGO, Teresa Caldas; OLIVEIRA, V.C. Possibilidades de intervenção para a enfermagem nos espaços de cuidado em oncologia. In: FIGUEIREDO, Nébia Maria Almeida; LEITE, Josete Luiza; MACHADO, Wiliam Cesar Alves; MOREIRA, Marlea Chagas; TONINI, Tereza. (Orgs.). **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009. p.255-267.
- MORENO, Marília Lopes. **O papel do enfermeiro na abordagem do câncer de mama na Estratégia de Saúde da Família**. 2010. 52f. Monografia (Especialização em Atenção Básica em Saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais. Faculdade de Medicina. Núcleo de Educação em Saúde Coletiva, Uberaba, 2010.
- NÓBREGA, Maria Miriam Lima; SILVA, Kenya Lima. (Orgs.). **Fundamentos do cuidar em enfermagem**. 2. ed. Belo Horizonte: ABEn, 2008/2009. 232p.

OLIVEIRA, Andresa Mendonça; POZER, Marcela Zanardo; SILVA, Tauana Arcadepani; PARREIRA, Bibiane Dias Miranda; SILVA, Sueli Riul. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.46, n.1, p-240-245, fev. 2012.

PEREIRA, E.B; MOREIRA, M.C. Política nacional de humanização e relações de trabalho. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; LEITE, Josete Luzia; MACHADO, William César Alves; MOREIRA, M.C; TONINI, Teresa. **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009. p. 483-501.

PEREIRA, Sandrine Gonçalves; ROSENHEIN, Daniele Portella; BULHOSA, Michele Saluçm; LUNARDI, Valéria Lerch; LUNARDI FILHO, Wilson Danilo. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.59, n.6, p-791-795, nov./dez. 2006.

PETITO, E.L; GUTIERREZ, M.G.R. Reabilitação funcional de mulheres com câncer de mama. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida; LEITE, Josete Luzia; MACHADO, William César Alves; MOREIRA, M.C; TONINI, Teresa. (Orgs.). **Enfermagem oncológica: conceitos e práticas**. São Caetano do Sul, SP: Yendis, 2009. p. 381-397.

PIATO, J.R.M; RICCI, M.D; BERNARDINI, M.A. Tratamento cirúrgico do carcinoma mamário. In: GUIMARÃES, José Renan Q. **Manual de oncologia**. São Paulo: BBS, 2008. p. 827-834.

RIESGO, Itamar S.; SPOHR, Raquel Cristine; ROCHA, Marta Pires; SUSIN, Cintia Franceschini; FELICE, Cinthia Duarte; FORNECK, Cristina; BRAGANHOLLO, Camila Uncini; MIKLASEVICIUS, Caroline Von Der Sand. Câncer de mama em homem: relato de caso e revisão de literatura. **Revista da Associação Médica do Rio Grande do Sul**, Porto Alegre, v.53, n.2, p.198-201, abr./jun. 2009.

RODRIGUES, Anselmo Duarte; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante. Mortalidade por câncer de mama e câncer de colo do útero em município de porte médio da Região Sudeste do Brasil, 1980-2006. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.27, n.2, p.241-248, fev. 2011.

ROSA, Luciana Martins; RADÜNZ, Vera. Taxa de sobrevivência na mulher com câncer de mama: estudo de revisão. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v.21, n.4, p.980-989, out./dez. 2012.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia e saúde**. 7.ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SAITO, Raquel Xavier de Sousa. (Org.). **Integralidade da atenção: organização do trabalho no Programa Saúde da Família na perspectiva sujeito-sujeito**. São Paulo: Martinari, 2008.

SANTOS, Sissy Bullos Lins dos; KOCH, Hilton Augusto. Análise do Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. **Revista Radiologia Brasileira**, v.43, n.5, p.295-301, set./out. 2010.

SCHNEIDER, Ione Jayce Ceola; D'ORSI, Eleonora. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Caderno Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.25, n.6, p.1285-1296, jun. 2009.

SILVA, Gulnar Azevedo e; TEIXEIRA, Maria Teresa Bustamante; AQUINO, Estela M.L; TOMAZELLI, Jeane Glaucia; SILVA, Isabel dos Santos. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.7, p. 537-1550, jul. 2014.

SILVA, Pamella Araújo da; RIUL, Sueli da Silva. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n.6, p.1016-1021, nov./dez. 2011.

SILVA, Priscilla Ferreira e; AMORIM, Maria Helena Costa; ZANDONADE, Eliana; VIANA, Katia Cirlene Gomes. Associação entre variáveis sociodemográficas e estadiamento clínico avançado das neoplasias da mama em hospital de referência no estado do Espírito Santo. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.3, p.361-367, 2013.

SILVA, Sueli Riul; MENDES, Lorena Campos; SILVEIRA, Caroline Freitas. Conhecimento de mulheres a respeito do exame de Papanicolau e do autoexame das mamas. **Revista de Enfermagem e Atenção à Saúde**, v.2, n.3, p.4-17, 2013.

TEIXEIRA, Luiz Antônio; PORTO, Marco; HABIB, Paula Arantes Botelho Briglia. Políticas públicas de controle de câncer no Brasil: elementos de uma trajetória. **Caderno Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.20, n.3, p.375-380, jul. 2012.

THULER, Luiz Cláudio. Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.49, n.4, p.227-238, out./dez. 2003.

TIEZZI, Daniel Guimarães. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.29, n.8, p. 428-434, 2007.

WALDOW, Vera Regina; BORGES, Rosália Figueiró. O processo de cuidar sob a perspectiva da vulnerabilidade. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v.16, n.4, p.765-771, jul./ago. 2008.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO.

1. Quantos membros a família possui? _____

2. A paciente tinha filhos?
() Sim () Não

3. Amamentou?
() Sim () Não

4. Etilista?
() Sim () Não
Frequência: () 1 a 2x/semana () 3 a 4x/semana () 5 ou +/semana ()

5. Tabagista?
() Sim () Não
Nº cigarros por dia: _____ Tempo de tabagismo: _____

6. Qual foi o tempo de descoberta da doença até a ocorrência do óbito?

7. A paciente realizava exames de prevenção de câncer de mama regularmente?
() Sim () Não
Autoexame () Exame clínico () Outros ()

8. Câncer de mama na família?
() Sim () Não
() Mãe () Pai () Filha () outros

9. Houve acompanhamento da paciente na Estratégia Saúde da Família?
() Sim () Não
() Médico () Enfermeiro

10. Houve acompanhamento da enfermagem durante o período do adoecimento?

Sim Não

11. Realizou cirurgia?

Sim Não

Tumorectomia Quadrantectomia Mastectomia Parcial

Mastectomia total

12. Realizou tratamento radioterápico?

Sim Não

13. Realizou tratamento quimioterápico?

Sim Não

14. Houve algum internamento na rede hospitalar?

Sim Não

Nº de internamentos: _____

APÊNDICE B – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Estamos lhe convidando para participar de um estudo que será desenvolvido sob minha responsabilidade. Neste estudo pretendo “Analisar a mortalidade por Câncer de Mama e a assistência de enfermagem durante o período do adoecimento” dentro do contexto do Brasil, considerando de forma particular a realidade do município de Fortaleza-Ceará. A análise estatística ocorrerá a partir das fichas de notificação do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), a declaração de óbito, e das respostas obtidas a partir da entrevista contendo informações referentes ao membro familiar falecido sobre os aspectos relacionados aos fatores de risco presentes para o câncer de mama e ao processo de adoecimento até a ocorrência da morte, ressaltando o acompanhamento do indivíduo nas redes de atenção à saúde.

Os riscos que a pesquisa acarretará ao sr(a) poderão estar relacionados a algum constrangimento e/ ou desconforto devido ao óbito do membro familiar, ocasionando em lembranças desde a descoberta do diagnóstico de câncer de mama até a morte. Tentaremos minimizar estes riscos ao promover uma atmosfera amigável e descontraída durante a entrevista, de forma que cada indivíduo esteja livre para responder o que mais se aproxima de sua realidade, e ao garantir a confidencialidade das respostas. Os benefícios do referido estudo possibilitarão, a médio e em longo prazo, a implementação de estratégias de promoção de saúde e de cuidado a fim de reduzir os índices alarmantes de mortalidade ocasionados pelo câncer de mama através de uma atenção direcionada e sistematizada pautada nos indicadores de mortalidade.

Neste sentido, solicitamos a sua permissão para entrevistá-lo (a). O tempo previsto para nosso encontro será de aproximadamente vinte minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização da minha pesquisa. Também lhe asseguro que a qualquer momento você poderá ter acesso às informações sobre os procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para esclarecer dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de deixar de participar a qualquer momento sem qualquer tipo de penalidade. Finalmente, lhe informo que, quando apresentar o meu trabalho à comunidade científica, não usarei o

seu nome e nem darei nenhuma informação que possa identificá-la. O estudo não lhe trará nenhuma despesa e todos os recursos utilizados serão gratuitos.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra, com você (entrevistado).

Em caso de dúvidas e/ou desistência da entrevista, pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Estadual do Ceará por meio do telefone (85)3101-9890. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço abaixo:

Sâmia Jucá Pinheiro

Endereço da Pesquisadora: Rua Rafael Tobias, nº1999, casa 23, CEP: 60833-196. Sapiranga. Fortaleza- CE.

Email: saminhajuca@hotmail.com

Programa de Pós Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará.

Av. Paranjana, 1700 - Campus do Itaperi, Fortaleza/Ce. Fone/Fax : (85) 3101.9823.

CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIMENTO

Eu, _____ RG nº _____, declaro que tomei conhecimento do estudo citado acima, compreendi seus objetivos e concordo em participar da pesquisa.

Fortaleza, ____ de _____ de 2014.

Assinatura da participante

Assinatura do pesquisador

Testemunha

Assinatura de quem coletou os

ANEXO A: Declaração de Óbito.


República Federativa do Brasil
Ministério da Saúde
1ª VIA - SECRETARIA DE SAÚDE

Declaração de Óbito

I	Cantão	1) Cantão		Código		2) Registro		3) Data	
		4) Município		5) UF		6) Cemitério			
II	Identificação	7) Tipo de Óbito		8) Cód. Dia		9) Hora		10) RIC	
		11) Nome do falecido		12) Nome do pai		13) Nome da mãe		14) Naturalidade	
III	Residência	15) Estado civil		16) Escolaridade		17) Idade		18) Sexo	
		19) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)		20) Bairro/Distrito		21) Município de residência		22) UF	
IV	Ocorrência	23) Local de ocorrência do óbito		24) Estabelecimento		25) Endereço de ocorrência, se fora do estabelecimento ou da residência (Rua, praça, avenida, etc.)		26) CEP	
		27) Bairro/Distrito		28) Município de ocorrência		29) UF			
V	Fetal ou menor que 1 ano	30) Idade		31) Escolaridade		32) Ocupação habitual e ramo de atividade da mãe		33) Número de filhos vivos	
		34) Direção da gestação		35) Tipo de parto		36) Morte em relação ao parto		37) Tipo de parto	
VI	Condições e causas do óbito	38) A morte ocorreu durante a gravidez, parto ou aborto?		39) A morte ocorreu durante o puerpério?		40) Recheu assist. médica durante a doença que ocasionou a morte?			
		41) Exame complementar?		42) Cirurgia?		43) Necropsia?			
VII	Médico	44) NOME DO MÉDICO		45) CRM		46) O médico que assina atendeu ao falecido?			
		47) Meio de contato (Telefone, fax, e-mail etc.)		48) Data do atestado		49) Assinatura			
VIII	Causas externas	50) PROVÁVEIS CIRCUNSTÂNCIAS DE MORTE NÃO NATURAL		51) Tipo		52) Fonte de informação			
		53) Descrição sumária do evento, incluindo o tipo da local de ocorrência		54) SE A OCORRÊNCIA FOR EM VIA PÚBLICA, ANOTAR O ENDEREÇO		55) Logradouro (Rua, praça, avenida etc.)		56) Código	
IX	Localidade e Médico	57) Declarante		58) Testemunhas					

Versão 03/06-01

ANEXO B – Termo de Fiel Depositário.

TERMO DE FIEL DEPOSITÁRIO

Eu, Maria Ivanília Tavares Timbó, fiel depositário dos prontuários e da base de dados da Secretaria de Saúde do Município de Fortaleza, declaro que o pesquisador Sâmia Jucá Pinheiro está autorizado a realizar nesta Instituição o projeto de pesquisa "Câncer de Mama: Análise da Mortalidade e do Adoecimento no Município de Fortaleza Ceará", cujo objetivo geral é analisar a mortalidade por Câncer de Mama e a assistência de enfermagem durante o período do adoecimento. Adicionalmente, esse projeto consiste em analisar as informações contidas nas declarações de óbitos de 2012 a 2012, através do Sistema de Informação de Mortalidade - SIM durante os meses de outubro a dezembro de 2014.

Ressalto que estou ciente de que serão garantidos os direitos, dentre outros assegurados pela resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde de:

- 1) Garantia da confidencialidade, do anonimato e da não utilização das informações em prejuízo dos outros.
- 2) Emprego dos dados somente para fins previstos nesta pesquisa.
- 3) Retorno dos benefícios obtidos por meio deste estudo para as pessoas e a comunidade onde o mesmo foi realizado.

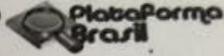
Informo-lhe ainda, que a pesquisa somente será iniciada após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa - CEP da Universidade Estadual do Ceará, para garantir a todos os envolvidos os referenciais básicos da bioética, isto é, autonomia, não maleficência, benevolência e justiça.

Fortaleza, 16 de setembro de 2014

Maria Ivanília T. Timbó
(CARIMBO E ASSINATURA DO RESPONSÁVEL)

Maria Ivanília Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do
Trabalho e Educação em Saúde

ANEXO B – Comitê de Ética em Pesquisa.

		UNIVERSIDADE ESTADUAL DO CEARÁ - UECE															
PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP																	
DADOS DO PROJETO DE PESQUISA																	
Título da Pesquisa: CÂNCER DE MAMA: ANÁLISE DA MORTALIDADE E DO CUIDADO DE ENFERMAGEM NO MUNICÍPIO DE FORTALEZA-CEARÁ																	
Pesquisador: Sâmia Jucá Pinheiro																	
Área Temática:																	
Versão: 4																	
CAAE: 28598814.2.0000.5534																	
Instituição Proponente: PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM E SAÚDE																	
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio																	
DADOS DO PARECER																	
Número do Parecer: 795.111																	
Data da Relatoria: 17/09/2014																	
Apresentação do Projeto:																	
<p>O objetivo desta pesquisa é analisar a mortalidade por Câncer de Mama e a assistência de enfermagem durante o período do adoecimento. O câncer de mama se constitui um problema de saúde pública, por exercer um aumento nos níveis de morbidade e mortalidade na população feminina. É o mais comum entre as mulheres, sendo o segundo tipo de neoplasia maligna mais comum, no mundo. O prognóstico é relativamente bom, quando diagnosticado e tratado precocemente. No Brasil, ainda é extremamente elevada a taxa de mortalidade pela doença, uma vez que os pacientes são diagnosticados quando a doença já se encontra em estágios avançados. A estimativa de novos casos para o ano de 2012 foi de 52.680.pacientes acometidos (BRASIL, 2012). Podemos citar como principais fatores de risco para a doença: sexo feminino; história familiar e pessoal de câncer de mama; idade; menarca precoce, primeira menstruação antes dos 11 anos de idade; menopausa tardia, última menstruação após os 55 anos; nuliparidade; primeiro filho depois dos 30 anos de idade; obesidade, onde se observa uma dieta rica em gorduras (FERNANDES et.al, 2005). O interesse em desenvolver e analisar a pesquisa surgiu, a partir da experiência vivenciada com a temática, desde a graduação do Curso de Enfermagem, através da participação em um projeto intitulado Saúde Mamária, onde os índices alarmantes da mortalidade por câncer de mama</p>																	
<table border="1"> <tr> <td colspan="2">Endereço: Av. Silas Munguba, 1700</td> <td colspan="2">CEP: 60.714-903</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Bairro: Itaperi</td> <td colspan="2">Município: FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td>UF: CE</td> <td>Telefone: (85)3101-9890</td> <td>Fax: (85)3101-9906</td> <td>E-mail: anavaleska@usp.br</td> </tr> </table>						Endereço: Av. Silas Munguba, 1700		CEP: 60.714-903		Bairro: Itaperi		Município: FORTALEZA		UF: CE	Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906	E-mail: anavaleska@usp.br
Endereço: Av. Silas Munguba, 1700		CEP: 60.714-903															
Bairro: Itaperi		Município: FORTALEZA															
UF: CE	Telefone: (85)3101-9890	Fax: (85)3101-9906	E-mail: anavaleska@usp.br														
Página 01 de 05																	

