

Perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário

Social demographic and clinical profile of patients in the breast cancer treatment

Ayla Dayane de Faria Aguiar*
Kátia Melissa Padilha**
Paula Teresa Mitsubashi Volpi***
Juliane Cristina Gomes***
Emerson Aparecido Tartarotti***
Mailme de Souza Oliveira***
Marcia Regina da Silva Lemes***

Resumo

Introdução – O presente estudo teve o objetivo de traçar o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer de mama. Trata-se de um estudo quantitativo, exploratório simples, com coleta de dados primários, por meio de questionário. O estudo foi realizado em uma clínica privada no interior do Estado de São Paulo, voltado ao tratamento de pacientes oncológicos. **Material e Métodos** – A população deste estudo foi constituída por mulheres em tratamento da neoplasia mamária. Foi aplicado um instrumento para caracterização dos sujeitos. Foram entrevistadas 62 pacientes portadoras de neoplasia mamária. **Resultados** – A idade média encontrada foi de 50,52 anos, a maioria era casada (79%), 81% referira ter filhos, 40,3% das pacientes tinham o ensino superior, 69,4% desenvolviam alguma atividade remunerada. A maioria dos sujeitos seguia alguma religião (95,2%), sendo 66,1% delas eram católicas, 95,2% referiram receber ajuda, sendo esta ajuda vinda de convênios ou empresas, 82,3% realizavam tratamento quimioterápico. Todas pacientes referiram ter apoio de seus familiares. **Conclusão** – Pode-se concluir que a população atendida neste serviço é uma população jovem, que está no mercado de trabalho, são casadas, têm filhos e recebem apoio da sua família para o tratamento. A maioria das mulheres foi submetida ao tratamento quimioterápico que, geralmente, apresenta muitos efeitos colaterais, influenciando na adesão ao tratamento. Buscando o processo reabilitação e de enfrentamento da paciente vê-se a importância da ação do enfermeiro como educador.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Fatores socioeconômicos

Abstract

Introduction – The present study had as objective draw the socialdemographic and clinical profile of the patients in the treatment of breast cancer. It refer to a simple exploratory, quantitative study, with primary fact-gathering, by means of questionnaire. The study was carried out in an private clinical practice in countryside of São Paulo State, come back to the treatment of oncological patients. **Material and Methods** – The population of this study was constituted by women in the breast cancer treatment. It was applied an instrument for characterization of the subjects. They were interviewed 62 breast cancer patients. **Results** – The medium age found was of 50.52 years, the most women were married (79%), 81% referred to have sons, 40.3% of the patients had the higher education, 69.4% developed some activity paid. The majority of the subjects followed some religion (95.2%), being 66.1% of them were catholic, 95.2% referred to receive help, being this helps coming of covenants or companies, 82.3% carried out chemotherapy treatment. All patients referred to have support of their relative. **Conclusion** – It is able to conclude that the population attended in this service is a young population, that is in the labor market, healthy married, have sons and receive support of his family for the treatment. The majority of the women were submitted to the chemotherapy treatment that, generally, presents many side effects, influencing in adhesion to the treatment. Seeking the trial rehabilitation and of clash of the sick one see the importance of the action of the nurse as educator.

Key words: Breast neoplasms; Socioeconomic factors

* Enfermeira Especialista. Professora do Curso de Enfermagem da Universidade Paulista. (UNIP) – Campinas, SP. E-mail: aylaenf@yahoo.com.br

** Enfermeira Mestre. Professora do Curso de Enfermagem da UNIP – Campinas, SP.

*** Graduandos de Enfermagem da UNIP – Campinas, SP

Introdução

Para muitos a palavra câncer é interpretada como uma situação de malignidade, há aversão até mesmo na pronúncia da própria palavra causando sentimentos negativos, que significa a mortalidade. Nos vários tipos de neoplasia existe crescimento desordenado das células que invadem tecidos e órgãos, podendo espalhar por outras regiões do corpo⁵. O DNA sofre alterações nos genes de uma célula normal e recebe instruções erradas para suas atividades⁶. A partir do momento que essas alterações atingem os genes que regulam as células, o organismo perde o controle e as células passam a crescer desordenadamente. Esse processo de crescimento celular que não segue nenhuma demanda fisiológica pode ser benigna ou maligna e pode também ser chamado de neoplasia²⁰.

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres e também a segunda causa de morte, podendo ocorrer em homens, sendo entre eles 1% dos casos registrados em comparação com as mulheres conforme dados estimados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) com o número de casos para 2006^{9,25}.

Apesar dos esforços dos profissionais e dos avanços nos diagnósticos e tratamentos, o câncer de mama ainda é a principal causa de morte entre as mulheres em países desenvolvidos e a segunda maior causa de mortes em países em desenvolvimento³¹, sendo ainda o mais prevalente no mundo, atingindo 700.000 casos anuais. Sua incidência é de 113 para cada 100.000 mulheres, e mais frequentes em mulheres com mais de 50 anos de idade³².

Infelizmente, 50% dos casos de neoplasia mamária são diagnosticados em estados avançados. Em consequência disso, aumentam as incidências e mortalidade em idades avançadas, pela falta de diagnóstico precoce e terapia avançada²⁵.

O informe mundial sobre o câncer de mama publicado pela Organização Pan-Americana da Saúde em 2003, informa que a incidência da doença pode chegar em torno de 50% até 2020 projetando 16 milhões de novos casos. Esse aumento é atribuído ao tabagismo e hábitos de vida inadequados. Para evitá-lo devem ser focadas atividades preventivas sobre estes fatores²⁵.

As causas para o aparecimento variam, podendo ser externos (meio ambiente, hábitos e costumes da sociedade), fatores genéticos e capacidade de defesa do organismo as agressões externas. A principal causa ainda é o tabagismo, responsável por 30% a 40% das mortes.

No câncer de mama, outra causa importante são os hábitos alimentares inadequados principalmente entre orientais, idade, menarca, primeiro nativo, hereditariedade, exposição ao estrogênio, à radiação, carcimona de mama contra lateral ou do endométrio, influência geográfica, obesidade, sedentarismo, amamentação, toxinas ambientais²⁹.

A probabilidade desse câncer aumenta com a idade, sobretudo após a menopausa, e em mulheres brancas. Apesar de mulheres negras e hispânicas terem menos chance o índice de sobrevida nesse grupo é menor, vis-

to que a afecção vem sendo diagnosticada em estados mais avançado da doença¹¹.

No país o exame mamográfico ainda é muito restrito, principalmente para mulheres de baixa renda que dependem do SUS (Sistema Único de Saúde) e para aquelas que moram longe dos centros urbanos. A qualidade de alguns exames pode ser duvidosa. Segundo o Colégio Brasileiro de Radiologia, mais de 60% dos mamógrafos não passam por nenhum controle de qualidade, produzindo imagens escuras, dificultando a visualização de possíveis lesões^{9,34}.

As mulheres que sofrem desta doença, enfrentam perda total ou parcial de uma parte de seu corpo, consideradas um símbolo de feminilidade, sensualidade, sexualidade e maternidade^{19,28,30}.

Quando identificados lesões palpáveis em mulheres com menos de 35 anos, elas podem ser avaliadas pelo ultra-som e com mulheres com idade igual ou superior a 35 anos a mamografia é mais indicada podendo ser completada pelo ultra-som²⁶. Diretrizes atualizadas da American Cancer Society (1996) recomendam que as mulheres devam fazer mamografias anuais a partir dos 40 anos de idade, e o National Cancer Institute (1998) preconiza a realização da mamografia a cada dois anos para mulheres com quarenta anos e anualmente após os 50 anos de idade¹. Hoje exames permitem detectar e tratar a doença em seu estado inicial, ampliando as possibilidades de cura¹⁰.

Após o diagnóstico, estadiamento (Sistema Usado para Classificar Cânceres aceito Universalmente) é de suma importância, pois avalia o prognóstico frente à patologia para definir o melhor tratamento⁵.

O tratamento de pacientes com câncer está voltado para o aumento das possibilidades de cura e sobrevida, bem como melhorar a qualidade de vida dos pacientes³³.

O tratamento de câncer de mama envolve o procedimento cirúrgico (radical ou conservador), a radioterapia, a quimioterapia e a hormonioterapia⁸.

Considerando todas as dificuldades relacionadas ao diagnóstico e tratamento do câncer de mama, vê-se a importância, para a equipe de saúde, de conhecer a população atendida e, assim, direcionar o seu atendimento.

Deste modo, este estudo teve como objetivo traçar o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer de mama em um serviço privado de referência.

Material e Métodos

O presente estudo é uma investigação quantitativa, exploratória, simples, com coleta de dados primários, por meio de questionário, realizado em uma instituição privada no interior do Estado de São Paulo.

A população do estudo constituiu-se de pacientes em tratamento quimioterápico e radioterápico ambulatorial atendidas na referida instituição. A amostra foi composta por 62 mulheres no momento em que realizavam seu tratamento químico ou radioterápico.

Para a coleta de dados foi construído, pelos pesqui-

sadores, o instrumentos de coleta de dados, composto por: identificação, idade, estado civil, escolaridade, se tem filhos, apoio familiar, ajuda para o tratamento e tipo de tratamento. A coleta de dados ocorreu no mês de julho e agosto de 2007, realizada pelos próprios pesquisadores, os quais acompanharam o preenchimento dos instrumentos.

Para a análise estatística, os dados foram transportados para o programa Excel for Windows e, posteriormente submetidos à análise descritiva, com confecção de tabelas de frequência e cálculo de medidas de posição (média, mínima e máxima) e dispersão (desvio padrão).

Destaca-se que estudo foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisas (CEP) da UNIP, por estar de acordo com as Diretrizes e Normas regulamentadoras da Pesquisa envolvendo seres humanos, conforme resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, sob o parecer nº 071/07. Cabe salientar que, antes da aplicação dos instrumentos, os sujeitos foram esclarecidos sobre as finalidades do estudo e assinaram o termo de Consentimento Livre e Esclarecimento da pesquisa, com garantia de anonimato.

Resultados

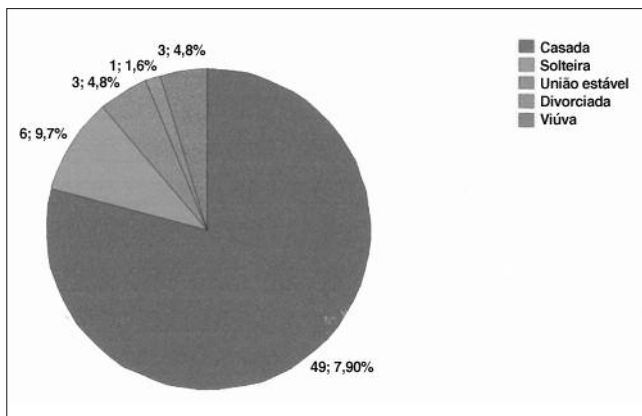


Gráfico 1. Distribuição dos sujeitos em relação ao estado civil. Campinas, 2007

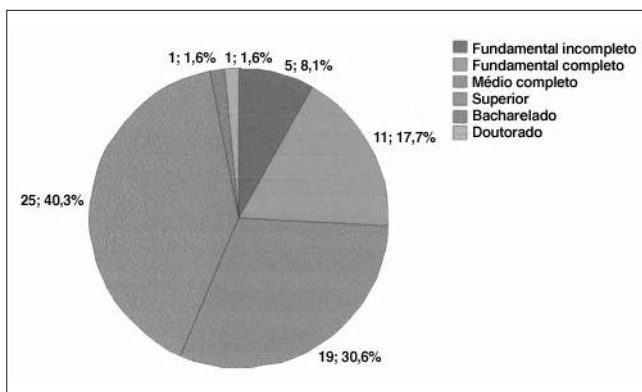


Gráfico 2. Distribuição dos sujeitos em relação à escolaridade. Campinas, 2007

Foram entrevistadas 62 pacientes portadoras de neoplasia mamária, a idade média encontrada foi de 50,52 anos ($\pm 11,43$), a maioria era casada (49/62, 79%) (Gráfico 1), 81% (50/62) referiram ter filhos, 40,3% das pacientes tinham o ensino superior (25/62) (Gráfico 2). No que se refere à ocupação, 69,4% desenvolviam alguma atividade remunerada (43/62). A maioria dos sujeitos seguia alguma religião (59/62, 95,2%), sendo 66,1% delas eram católicas (41/62).

Quando indagadas se recebiam algum tipo de ajuda para a realização do tratamento, 95,2% referiram receber ajuda (59/62), sendo esta ajuda vinda de convênios ou empresas. Considerando o tratamento realizado, 82,3% (51/62) realizavam tratamento quimioterápico. Todas pacientes referiram ter apoio de seus familiares.

Discussão

O risco em relação à idade tem significativa influência neste estudo a idade apurada foi de 30 a 82 anos sendo a média 50,52. Na literatura encontrou-se a faixa etária de 40 a 69 anos, no presente estudo apresenta uma diminuição dessa idade com faixa etária de 30 anos. O achado não está de encontro com os dados da literatura encontrada²².

A escolaridade é um fator importante por ser uma doença que necessite de maior adesão por parte dos pacientes e obtenção de melhor resultado ou até a cura desta doença.

No que se refere à maternidade, relacionando tanto a gestação como a amamentação, a literatura aponta que as mulheres que tiveram filhos e amamentaram apresentam menores risco de ser acometida pela neoplasia mamária, pois durante a amamentação ocorre a interrupção da ovulação²⁷. A explicação para o efeito protetor da mama contra o câncer está relacionada ao fato de que células com funções imunológicas, principalmente os macrófagos, presentes no leite jogariam um papel fundamental na destruição das células chamadas neoplásicas¹⁷.

Até as mulheres que foram amamentadas, quando criança, mesmo apenas por um curto tempo, tem um risco 25% mais baixo de desenvolver câncer de mama do que as mulheres que tomaram mamadeira¹⁸.

Considerando a questão sobre religião, observou-se que a maioria das pacientes tinha alguma crença religiosa. A literatura aponta que a experiência religiosa positiva é a primeira convicção do indivíduo para aceitação, motivação e até o consolo das etapas da vida²⁰. Na religião a mulher sempre busca explicar o surgimento da doença, o controle, o conforto espiritual, intimidade com Deus e com outros membros da sociedade e transformação da vida². Isto está relacionado tanto ao resgate de controle sobre a doença e manutenção da esperança como a isenção de responsabilidade frente a reabilitação e tratamento. A fé em Deus é associada ao resgate de força e esperança, chamar um poder superior, diante do incerto, é uma forma de adquirir confiança que seu problema poderá ser resolvido e renovando suas forças^{23,30}.

Na enfermidade, o indivíduo vai expressar sua insatis-

fação com o mundo, pois não é respeitada sua individualidade suas crenças, valores e costumes. Assim ele passa a dar valor à religião que o ajuda a enfrentar seus sofrimentos. Atualmente a ciência juntamente com as questões religiosas tentam resolver os problemas das enfermidades das pessoas. Enfermeiros e médicos na vivência hospitalar têm observado pacientes mais voltados a símbolos sagrados que servem de consolo e conforto acelerando suas convalescenças¹³.

Nos hospitais e clínicas os pacientes na maioria das vezes conversam com a equipe de saúde multidisciplinar, sobre citações bíblicas; para estes pacientes serem como refúgio, paz interior, esperança de cura ou melhora no tratamento¹³.

É importante ressaltar que a enfermagem e toda a equipe de saúde deverão respeitar as religiões, crenças, opiniões, sentimentos e valores de cada paciente sem interferências.

Em relação ao tratamento realizado, a quimioterapia foi realizada pela maioria das pacientes. O tratamento da neoplasia mamária tem como objetivo aprimorar a sobrevida das pacientes²¹, oferecendo maior qualidade de vida incluindo bem estar físico, psico-social, psico-emocional e espiritual com expectativa de não haver recidiva da doença^{4, 7, 24}.

Os tratamentos descritos na literatura são: cirurgia, que é aplicada a pacientes operáveis, com câncer mais localizado, e em pacientes inoperáveis com metástases³. A cirurgia se define em conservadora (tumorectomia e ressecção segmentar ou serectomia) e não conservadora (mastectomia subcutânea, retirada das glândulas ou mastectomia radical modificada)^{15, 32}.

O tratamento quimioterápico envolve a administração de substâncias químicas, com objetivos curativos ou paliativos, podendo ser aplicada antes da cirurgia, para avaliação da resposta ao antineoplásico e redução do tumor chamada quimioterapia adjuvante, ou após a cirurgia que reduz o volume do tumor, tornando-os irrecorríveis em ressecáveis¹⁵. Os efeitos colaterais da quimioterapia são hematológicas, gastrintestinais, cardiotoxicidade, hepatotoxicidade, toxicidade pulmonar, neurotoxicidade, disfunção reprodutiva, toxicidade vesical, renal, dermatológica, alterações metabólicas, reações alérgicas e anafiláticas, fadiga¹⁴.

A radioterapia baseia-se no emprego de feixes de radiações ionizantes, podendo ser exclusiva ou associada a outras terapias, como citadas⁵. Sendo utilizada antes ou após a cirurgia, visando diminuir a proporção de recidiva no local e reduzir o máximo de complicação de novos tumores¹².

Mesmo não sendo citado pelas pacientes do presente estudo, vale destacar outros tratamentos como a hormonioterapia, que é exclusiva para o câncer de mama, por ser uma doença que sofre influências hormonais⁵, passando a ser utilizada em outras neoplasias, é curativo podendo ser ou não associados à quimioterapia, cirurgia ou radioterapia³². Outro tratamento é a imunoterapia, que estimula o sistema imunológico por meio de substâncias que modificam a resposta biológica²⁵.

A quimioprevenção é uso ordenado de agentes químicos naturais ou substâncias compostas que destinam ou suprem à passagem de tumores malignos para carcinomas, controlando uma recidiva futura. As medicações mais utilizadas incluem Tamoxifeno, Raloxifeno, inibidores da aromatase, inibidores da ciclooxygenase^{22, 30}. O diagnóstico permanece por até 5 anos e a mulher deve realizar exames de rotina. Após este período inicia-se a fase livre da doença, mas até esse momento as implicações físicas e psico-sociais ainda estão presentes e não cessam tão facilmente³⁰. Se o tumor está limitado à mama, sem comprometer os linfonodos ou outras alternativas, as chances da paciente sobreviver após 5 anos da cirurgia (sobrevida) são de 97%¹.

Conclusão

Pode-se concluir que a população atendida neste serviço é uma população jovem, que está no mercado de trabalho, são casadas, têm filhos e recebem apoio da sua família para o tratamento. A maioria das mulheres foram submetidas ao tratamento quimioterápico que, geralmente, apresenta muitos efeitos colaterais, influenciando na adesão ao tratamento.

Devido ao doloroso processo que as pacientes enfrentam em relação às mudanças que esta patologia exige, é necessário que o enfermeiro realize ações educativas para a melhora da compreensão desta neoplasia e melhora na qualidade de vida.

Referências

1. Abbad G, Meneses PPM. Locus de controle: validação de uma escala em situação de treinamento. *Estud Psicol.* 2004; 9(3):441-50.
2. Albuquerque IMN, Silva RM, Leitão GCM, Lima CAS. Crenças e sentimentos vivenciados por mulheres com câncer de mama. *Enferm Atual.* 2002;2(10):15-8.
3. Anelli A. Manual prático de condutas em oncologia clínica. São Paulo; Editora Marina; 2000.
4. Arantes SL, Mamede MV. A participação das mulheres com câncer de mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. *Rev Latinoam Enferm.* 2003 [acesso 28 out 2007]; 11(1):49-58. Disponível em <http://www.scielo.br>
5. Araújo SDT. Mortalidade por câncer de mama de mulheres com idade igual e superior a 50 anos [Dissertação de Mestrado]. São Paulo: Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo; 2000.

6. Barros ACS, Barbosa EM, Gebrim LH, Anelli A, Figueira Filho A, Del Giglio A *et al.* Diagnóstico e tratamento de câncer. *In: Projeto Dikretrizes*. Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina. São Paulo; 2002.
7. Bergamasco RB, Ângelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. *Rev Bras Cancerol*. 2001;47(3):277-82.
8. Bergmann A. Incidência e fatores de risco de linfedema após tratamento cirúrgico para câncer de mama: estudo de corte hospitalar [Tese de Doutorado]Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca; 2005.
9. Bervian PI, Perlini NMOG. A família convivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Rev Bras Cancerol*. 2006;52(2):121-8.
10. Chevalier NC. Convivendo com o câncer. São Paulo: Larousse do Brasil; 2006.
11. Coelho Júnior JL. *Imagens da mama*. Guia prático. Rio de Janeiro: Revinter; 1999.
12. Conde DM, Pinto-Neto AM, Freitas Júnior R, Aldrighi JM. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. *Rev Bras Ginecol e Obstet*. 2006; 28(3):195-204.
13. Corrêa DAM. A importância da religião na vida do ser humano doente. *Rev Cienc Cuid Saúde*. 2006;5(1):1-3.
14. Ductal Carcinoma in Situ of the Breast [base de dados da Internet] Massachusetts 2005 [acesso 4 out 2007]. Disponível em: <http://www.nejm.org>
15. Falando sobre o Câncer de Mama [base de dados da Internet]. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. 2006. [acesso 28 out 2007]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
16. Ferreira PRF. Tratamento combinado em Oncologia - Quimioterapia, Hormonioterapia, Radioterapia. Porto Alegre: Artmed; 2007.
17. Martins Filho J. *Como e porque amamentar*. 2ª ed. São Paulo: Sarvier; 1987.
18. Freudenheim JL, Marshall JR, Graham S, Hellmann R, Vena JE, Bander E *et al.* Exposure to breastmilk in infancy and the risk of breast cancer. *Epidemiology*. 1994; 5(3):324-31.
19. Fugita RMI, Gualda MR. A casualidade do câncer de mama à luz do modelo de crenças em saúde. *Rev Esc Enferm USP*. 2006;40(4):501-6.
20. Greene FL. *AJCC: American Joint Committee On Cancer*. 6ª ed Chicago: Artmed; 2004.
21. Jatoi I, editor. *Clínicas cirúrgicas da América do Norte. Condutas no câncer de mama*. Rio de Janeiro: Reichmann & Affonso; 1999.
22. Maluf MFM, Mori L, Barros ACS. O impacto psicológico do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2005;51(2):149-54.
23. Paiva GJ. Ciência, Religião, Psicologia: conhecimento e comportamento. *Psicol Refl Crit*. 2002;15(3):561-7.
24. Paiva GJ. Religião enfrentamento e cura: perspectivas psicológicas. *Estud Psicol (Campinas)*. 2007;24(1):104-14.
25. Paiva SMM. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2006.
26. Programa Nacional de controle de câncer do colo do útero e mama-vida mulher [base de dados da Internet] Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Instituto Nacional do Câncer. 1998 [acesso 5 nov 2007]. Disponível em: <http://www.saude.gov.br>
27. Real MF. Os benefícios da amamentação para saúde da mulher. *J Pediatr*. 2004;80 (Supl 5):142-6.
28. Regis MF, Simões MFS. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. *Rev Eletrônica Enferm*. 2005;7(1):81-6.
29. Robins SL, Cotran RS. *Pathologic basic of disease*. 7ª ed. Chicago: Elsevier; 2005.
30. Silva G. Processo de enfermagem no período pós-tratamento do câncer de mama [Dissertação de Mestrado]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo; 2005.
31. Simão AB, Souza LM. A evolução da morbidade e mortalidade por câncer de mama entre a população feminina de Minas Gerais – 1995-2001. *In: XIII Encontro da Associação Brasileira de Estudos Populacionais*; 4-8 Nov. 2002. Ouro Preto – MG; 2002.
32. Temporão JG. Controle do câncer de mama. *Rev Bras Cancerol*. 2001 [acesso 25 ago 2007] 47(1): 9-19. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>
33. Veloso MMX. Qualidade de vida subsequente ao tratamento para câncer de mama [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública; 2001.
34. Vieira CP, Lopes MHB, Shimo AKK. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Rev Esc Enferm USP*. 2007; 41(2):311-6.

Recebido em 13/12/2007

Aceito em 9/4/2008