

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

CLARA KATIENE COSTA SANTOS BRILHANTE

**CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES E  
PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA**

MOSSORÓ/RN

2017

CLARA KATIENE COSTA SANTOS BRILHANTE

**CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES E  
PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA**

Monografia apresentada ao curso de Enfermagem,  
da Faculdade Nova Esperança de Mossoró –  
FACENE/RN, como requisito parcial para  
obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADOR (A): Prof<sup>a</sup>. Ms. Giselle Santos  
Costa Oliveira.

MOSSORÓ/RN

2017

CLARA KATIENE COSTA SANTOS BRILHANTE

**CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES E  
PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA**

Monografia apresentada pela aluna Clara Katiene Costa Santos Brilhante do Curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de \_\_\_\_\_ conforme a apreciação da Banca Examinadora Constituída pelos professores:

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup>. Ms. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)  
Orientadora

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Joseline Pereira Lima (FACENE/RN)  
Membro

---

Prof<sup>ª</sup>. Esp. Livia Helena Moraes de Freitas (FACENE/RN)  
Membro

*Dedicado a Deus, que se mostrou presente em todos os momentos de minha vida, à minha querida mãe e ao meu amado que sempre me incentivaram e me apoiaram em todos os momentos dessa caminhada.*

## AGRADECIMENTOS

A minha gratidão a Deus é imensurável, indescritível. Em um hino de louvor a Deus, o compositor fala assim: Graças dou por esta vida: pelo bem que revelou. Graças dou pelo futuro, e por tudo que passou. Pelas bênçãos derramadas, pela dor, pela aflição, pela graça revelada! – graças pelo perdão. [...] pelas lágrimas vertidas, pelo alívio que é sem par [...]. Essas palavras cantadas em louvor a Deus representa um pouco da minha gratidão, pois foram muitos momentos difíceis, mas também houveram muitas alegrias e conquistas. Sem a presença do Senhor na minha vida não teria chegado ao final dessa jornada, então a ele minha gratidão sem fim.

A minha querida mãe meu muito obrigada! Sou grata a Deus pela sua vida, por ser uma mulher tão sábia e compreender que muitas vezes não era possível contar com a minha presença. Sou grata por sonhar os meus sonhos, por estar sempre ao meu lado me apoiando e me motivando. Ao meu amado, por entender as minhas faltas, pelo incentivo e por acreditar que eu seria capaz. Foi sua a iniciativa de eu novamente trilhar o caminho da vida acadêmica, acreditou sempre, mesmo quando eu mesma não acreditava.

Agradeço por cada um que esteve comigo esses anos, aos companheiros de sala de aula, mas em especial aqueles que de alguma forma sempre estiveram comigo. A minha Mundica (Elielma), a Simária, a Luane, a Débora, a Pedro Lucas (Pedrinho). A todos os meus colegas de sala, cada um teve uma importância tremenda na minha vida, aprendi muito com vocês. Ao meus colegas de monitoria, de projetos, de corredor.

A todos que fazem a Faculdade, mas em especial as minhas companheiras de laboratório: Eliza, Leidivan, Deise e Natália, já sinto muitas saudades de cada uma. Alizangela, que sempre esteve disposta a me ajudar, seu Zé pelo carinho e preocupação comigo, as meninas e meninos da limpeza, Sarinha, Priscilla, Deise R., Gabi, e não posso esquecer de Raimundo. A vocês, meu muito obrigada!

A minha amiga orientadora Giselle Santos, envida por Deus para estar junto comigo não só nessa reta final, mas por muitos momentos dessa jornada. A sua ajuda foi pra mim, algo que não tem como agradecer, você estará sempre em minhas orações.

Aos meus mestres que me agregaram conhecimento científico e da vida. Mas, em especial a Kalídia Felipe que confiou e acreditou em mim, a Thiago Enggle por se mostrar sempre disponível a me ajudar e pela confiança ofertada, Alcivan Nunes, Evilamilton, a Livia Helena, a Joseline Lima, e tantos outros que fizeram parte da minha vida acadêmica.

“Consagre ao Senhor tudo que você faz, e seus planos serão bem-sucedidos” (Provérbio 16:3).

Bíblia Sagrada

## RESUMO

O câncer representa um dos principais problemas de saúde pública mundial, não apenas devido ao aumento da sua incidência, mas também por ser uma das maiores causas de mortalidade e morbidade do mundo. Objetivou-se analisar as experiências dos cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica acerca dos cânceres femininos. Como os objetivos específicos foram: Caracterizar o perfil dos cuidadores e pacientes entrevistados; Caracterizar o câncer que mais acomete as mulheres participantes da pesquisa; Identificar e conhecer as experiências e sentimentos vivenciados pelos cuidadores e pacientes sem possibilidade terapêutica acerca dos cânceres femininos; Conhecer os significados dos cânceres femininos para cuidadores e pacientes sem possibilidade terapêutica. A presente pesquisa trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem quantitativa, realizada no Hospital Wilson Rosado. A população da pesquisa foram pacientes e cuidadoras com o diagnóstico de câncer de mama e de colo uterino sem possibilidades terapêuticas. Assim, a amostra foi composta por 5 pacientes e 2 cuidadores. Os critérios de inclusão foram: pacientes de sexo feminino, que estejam fora de possibilidade terapêutica com diagnóstico de câncer de mama ou de colo de útero, que aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido. Os critérios de exclusão são: pacientes que estejam em processo de remissão do câncer, que não estejam em condições físicas ou psíquicas de participarem da entrevista e cuidadores profissionais. A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista estruturada, onde os dados qualitativos foram analisados através da análise de conteúdo de Bardin e os dados quantitativos de estatística descritiva. A pesquisa foi submetida para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa - PB. Atendendo os preceitos das Resoluções 466/12 e 311/07. Mediante os dados analisados vimos que 71,43% das entrevistadas são pacientes, enquanto 28,57% são cuidadoras. As idades variaram entre 27 e 58 anos. Com relação a escolaridade participaram mulheres que estudaram até o ensino fundamental, médio e superior. Responderam à pesquisa mulheres solteira, em união estável, casada e separadas, residentes em Mossoró/RN e outras cidades do Estado. Elas eram donas de casa, técnicas de enfermagem, agentes de saúde e dentistas, de religião católica e evangélicas. Para a análise dos dados qualitativos foram criadas três categorias para análise das falas das pacientes, sendo elas: mudanças no cotidiano do paciente, sentimentos vivenciados pelo paciente e papel da família. Para análise da fala das cuidadoras foram as categorias sentimentos e visão do cuidador. O diagnóstico de uma neoplasia maligna traz à tona sentimentos e experiências jamais antes experimentados. Sendo então, essa pesquisa de grande relevância para o meio acadêmico e profissional, pois pode-se então, conhecer as experiências vivenciadas por cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica, acerca dos cânceres de mama e de colo uterino.

**Descritores:** Neoplasia Maligna. Enfermagem. Saúde da Mulher.

## ABSTRACT

Cancer is one of the world's major public health problems, not only because of its increased incidence but also because it is one of the world's leading causes of mortality and morbidity. The overall objective of this research was to analyze the experiences of caregivers and patients outside the therapeutic possibility of female gender cancers. As the specific objectives: To characterize the profile of caregivers and patients interviewed; To characterize the cancer that most affects the participating women in this research; Identify and know the experiences and feelings experienced by caregivers and patients with no therapeutic possibility about female gender cancers; To know the meanings of female gender cancers for caregivers and patients with no therapeutic possibility. This is a descriptive, exploratory research of a quanti-qualitative approach, performed at Hospital Wilson Rosado. The research samples were patients with the diagnosis of breast and cervical cancer without any therapeutic possibilities and its caregivers. Thus, the sample consisted of 5 patients and 2 caregivers. The inclusion criteria were: female gender patients, without therapeutic possibility, with diagnosis of breast or cervical cancer, which agrees to participate in the study and sign the Informed Consent Form (ICF). Exclusion criteria were: patients who are in the process of remission of cancer, who are not physically or mentally in the interview, and caregivers. The data was collected through a structured interview, where the qualitative data were analyzed through the Bardin Content Analysis and the quantitative data through descriptive statistics. The research was submitted for evaluation of the Research Ethics Committee of the Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa - PB , in compliance with the regulations of the Resolutions 466/12 and 311/07. Based on the data analyzed, 71.43% of the interviewees were patients, while 28.57% were caregivers. The age group vary from 27 to 58 years old. Regarding the schooling, participated women who studied until elementary, middle and college. Answered this survey, single women, common-law married, married and separated, either living in Mossoró/RN or other cities of the State. They were housewives, nursing technicians, health workers, dentists, Catholic and Evangelical. For the analysis of the qualitative data, three categories were created to analyze the patient's speech: changes in the patient's daily life, feelings experienced by the patient and family role. To analyze the speech of caregivers, the categories: caregiver's feelings and caregiver's vision. The diagnosis of a malignant neoplasm brings to the surface feelings and experiences never before experienced. Thus, this research is of great relevance to the academic and professional environment, because it is possible to know the experiences of caregivers and patients outside the therapeutic possibility of breast and cervical cancer.

**Key words:** Malignant Neoplasm. Nursing. Women's Health.



## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>10</b>
1.1 Justificativa .....	11
1.2 problema.....	12
1.3 Hipótese .....	12
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
2.1 Objetivo Geral .....	13
2.1.1 Objetivos Específicos.....	13
<b>3 REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>14</b>
3.1 O câncer e suas características .....	14
3.2 Os cânceres femininos .....	15
3.2.1 Câncer de mama .....	16
3.2.1.1. Fatores de Risco .....	17
3.2.1.2 Sinais e Sintomas .....	18
3.2.1.3 Diagnóstico .....	19
3.2.2 Câncer de Colo do Útero.....	22
3.2.2.1 Fatores de Risco .....	23
3.2.2.2 Diagnóstico .....	24
3.3 Tratamento do Câncer .....	25
3.3.1 Quimioterapia .....	26
3.3.2 Radioterapia.....	27
3.3.3 Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama .....	27
3.3.4 Tratamento Cirúrgico do Câncer de Colo do Útero .....	28
3.4 Metástase e os Cuidados Paliativos.....	29
3.5 O papel da enfermagem nos cuidados paliativos.....	30
3.6 Fases da morte .....	31
3.7 Cuidador Familiar .....	32
<b>4 METODOLOGIA</b> .....	<b>33</b>
4.1 Tipo de Pesquisa .....	33
4.2 Local da Pesquisa .....	33
4.3 População e Amostra.....	33
4.4 Instrumento de Coleta.....	34

<b>4.5 Procedimentos da Coleta.....</b>	<b>34</b>
<b>4.6 Análise dos Dados .....</b>	<b>35</b>
<b>4.7 Aspectos Éticos.....</b>	<b>35</b>
<b>4.8 Financiamento.....</b>	<b>36</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÕES .....</b>	<b>37</b>
<b>5.1 Análise Quantitativa.....</b>	<b>37</b>
<b>5.1.1 Caracterização do Perfil Social das Entrevistadas.....</b>	<b>37</b>
<b>5.2 Análise Qualitativa .....</b>	<b>40</b>
<b>5.2.1 Experiências do Viver Com o Câncer.....</b>	<b>40</b>
<b>5.3 Experiências dos Cuidadores Frente ao Paciente Fora de Possibilidade Terapeutica .....</b>	<b>43</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>46</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>47</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>56</b>
<b>APÊNDICE I.....</b>	<b>57</b>
<b>APÊNDICE II .....</b>	<b>59</b>
<b>APÊNDICE III.....</b>	<b>60</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>61</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O câncer representa um dos principais problemas de saúde pública mundial, não apenas devido ao aumento da sua incidência, mas também por ser uma das maiores causas de mortalidade e morbidade do mundo, caracterizado por mais de dez milhões de casos novos e mais de seis milhões de mortes por ano (HOFELMANN; ANJOS; AYALA, 2014). A mortalidade por neoplasias malignas vem crescendo consideravelmente ao longo das últimas décadas, representando a segunda causa de mortalidade (BRASIL, 2013?).

As neoplasias malignas são um processo patológico cujo o início se dá com a modificação genética do DNA celular. As mutações ocorrem por ordem hereditária ou adquirida em que o indivíduo é exposto. As células modificadas se multiplicam desordenadamente e em um curto espaço de tempo, invadindo os tecidos adjacentes, podendo também ter acesso ao tecido sanguíneo e linfático se espalhando por todo o organismo (HINKLE; CHEEVER, 2017).

A incidência maior de câncer está relacionada ao meio ambiente, hábitos e estilo de vida, ou seja, são causas adquiridas e entre elas estão: tabagismo, hábitos alimentares, alcoolismo, hábitos sexuais, medicamentos, fatores ocupacionais, radiação solar. Os fatores hereditários elevam a probabilidade de uma pessoa desenvolver câncer, mas ele por si só dificilmente será capaz de ocasionar tal patologia. Portanto, na maioria dos casos o fator genético está correlacionado aos fatores encontrados no meio ambiente (BRASIL, 2017a).

Nesse sentido, para os anos de 2016 e 2017 a estimativa é de a incidência de 600 mil novos casos, já para o câncer de mama esperava-se para 2016 cerca de 57.960 novos casos cerca de 56,20 a cada 100 mil mulheres, sendo esse tipo de neoplasia a que mais afeta o público feminino, exceto na região Norte do país que o mais frequente é o câncer de colo do útero como mais incidente. Para o câncer do colo do útero o segundo mais frequente em mulheres das outras regiões eram esperados cerca de 16.340 novos casos. No mundo as neoplasias malignas que mais atingem mulheres são: mama (25,2%), intestino (9,2%), pulmão (8,7%), colo do útero (7,9%) e estômago (4,8%) (BRASIL, 2015a).

Diante do diagnóstico de neoplasia maligna o médico juntamente com o paciente opta por qual tratamento for o mais adequado e com maior chance de obtenção de sucesso, dentre esses tratamentos estão inclusos: cirurgias, radioterapias, quimioterapias podendo também optar não apenas por um, mas sim combinar 2 ou mais tratamentos. Quando o câncer é diagnosticado em fase inicial, a terapêutica é agressiva com o objetivo da cura ou remissão,

essa chance é apresentada ao paciente e família de forma bastante otimista e todas as possibilidades ali são apresentadas. Mas quando a neoplasia já está em estágio avançado ou o tratamento não surte o efeito esperado e a doença avança, nesse caso é necessário uma abordagem paliativa (BRASIL, 2017b).

No momento em que não há mais possibilidade terapêutica e é iniciado os cuidados paliativos, portanto, “o modelo de atenção à saúde passa a ser voltado para a qualidade de vida do paciente e da família, com ações de controle do sofrimento físico, emocional, espiritual e psicossocial” (CRUZEIRO et al, pág. 914, 2012). A assistência a enfermagem a esses clientes é difícil, sendo necessário apoiar não somente o paciente, mas também a família. Além disso, é necessário que se busque amenizar os medos e as ansiedades que são gerados pelo momento em que estão vivenciando (CRUZEIRO et al, 2012).

Tendo em vista que o cuidador sofre juntamente com o doente é necessário que se tenha uma atenção voltada a ele e a família, pois por muitas vezes ele não sente-se preparado para cuidar do paciente em casa, sua rotina irá mudar além dele ter que lidar com a morte eminente do seu ente querido (INOCENTIL; RODRIGUES; MIASSO, 2009).

## **1.1 Justificativa**

Pesquisas apontam que o câncer atinge a cada ano milhares de pessoas em todo o mundo, sendo assim representa um problema de saúde pública. As neoplasias malignas não atinge um público específico, sendo assim pode atingir mulher, homens, crianças, pessoas de todas as raças e crenças, pertencentes a todas as faixas etárias.

Mesmo o câncer estando presente em todos grupos de pessoas, existem tipos específicos para pessoas do sexo masculino ou do feminino, como é o caso do câncer de próstata que atinge apenas pessoas do sexo masculino e câncer de colo do útero específico em mulheres. Existem também aqueles com maior incidência em pessoas de um determinado sexo, que é o caso das neoplasias malignas que atingem as mamas que estão presentes na maior parte dos casos entre mulheres (BRASIL, 2017a).

Portanto, diante desse cenário abordaremos na pesquisa câncer de mama e colo de útero como precursor da metástase e conseqüentemente a não possibilidade terapêutica.

Sendo assim, o interesse por esta temática surgiu a partir de vivências durante o Estágio Curricular Supervisionado (ECS), pois foi o primeiro contato com pacientes sem

possibilidades terapêuticas. Dessa forma, se faz necessário conhecer as experiências vivenciadas por cuidadores e paciente que não possuem possibilidade terapêutica.

Além disso, é necessário que a equipe de enfermagem seja capacitada para lidar com essas experiências, para eles estarem preparados é necessário antes de tudo estarem cientes e conhecer a realidade vivida por essas pessoas. Sendo assim, após conhecerem todos os aspectos poderão então elaborar estratégias e planos de cuidados para prestar melhor assistência aos doentes. E assim, irá contribuir para uma melhor qualidade no atendimento, consequentemente melhorando a qualidade de vida dos pacientes e a família como um todo.

A presente pesquisa irá também contribuir para o enriquecimento científico acerca do assunto, para com estudantes, docentes e profissionais da área da saúde que trabalham e têm interesse pela temática.

## **1.2 problema**

Quais as experiências dos cuidadores e pacientes sem possibilidades de cura acerca dos cânceres femininos?

## **1.3 Hipótese**

Acredita-se que os pacientes e cuidadores desde o momento do diagnóstico de câncer, passando pela descoberta da metástase e o tratamento paliativo, passam por muitas mudanças nas suas rotinas de vida, tendo limitações e que se adaptar ao tratamento. Além disso, os pacientes passam por vários estágios até aceitar sua condição de sem alternativa de tratamento, onde ele irá vivenciar um momento em que todos que convivem com ele estarão sofrendo com a possibilidade de morte eminente, assim como, ele terá que passar por vários estágios até a sua morte. Portanto, pressupõe-se que as experiências vivenciadas por cuidadores e pacientes sem possibilidade de cura sejam dolorosas, envolvendo diversos sentimentos, tendo múltiplos significados negativos, mas que envolve diversas mudanças que levam a um aprendizado emocional.

## **2 OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar as experiências dos cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica acerca dos cânceres femininos.

#### **2.1.1 Objetivos Específicos**

- Caracterizar o perfil dos cuidadores e pacientes entrevistados;
- Caracterizar o câncer que mais acomete as mulheres participantes da pesquisa;
- Identificar e conhecer as experiências e sentimentos vivenciados pelos cuidadores e pacientes sem possibilidade terapêutica acerca dos cânceres femininos;
- Conhecer os significados dos cânceres femininos para cuidadores e pacientes sem possibilidade terapêutica;

### 3 REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O câncer e suas características

As neoplasias malignas formam um conjunto de doenças que pode afetar qualquer órgão ou tecido do corpo e tem em comum um crescimento desordenado de células (BRASIL, 2017c). Uma mutação no DNA da célula ocasiona alterações celulares que irão se replicar de forma desordenada, o crescimento dessas células pode se dar de modo muito acelerado, tornando-se muito agressiva ao organismo. Sendo assim essas células sofrem modificações no seu formato e função o que não permite que acompanhe a demanda fisiológica do organismo (HINKLE; CHEEVER, 2017).

As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados protooncogenes, que a princípio são inativos em células normais. Quando ativados, os protooncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização (cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas (BRASIL, 2017c).

As neoplasias podem ser classificadas como tumores benignos, que é quando esse tumor tem características que considera-se não ser letal ao organismo, sendo assim ele não se disseminará para outras áreas, podendo ser removido através de um procedimento cirúrgico. Já os tumores malignos, são denominadas como cânceres, e tem como característica sua disseminação para os tecidos e/ou órgãos adjacentes (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2016).

Como mencionado antes, as neoplasias podem atingir diversos órgãos diferentes do corpo. Entre os órgãos mais afetados pelas neoplasias estão: mama, colo do útero, pele, pulmão, estômago, esôfago, próstata, cólon, reto, medula óssea e boca. Sendo esses órgãos pode ser afetado por células com diversas mutações diferentes, podendo ser mais agressivo ou não (BRASIL, 2017d).

Hinkle; Cheever (2017) em sua obra elencam algumas características que diferem a célula maligna da benigna, entre essas características estão: a presença de proteínas na membrana celular, essas proteínas são antígenos específicos do tumor, eles irão se desenvolver a medida que a célula se torna madura. Também é característica da célula neoplásica o formato irregular do núcleo, assim como os nucléolos são maiores e mais numerosos, essa característica pode se dar devido a uma maior síntese de Ácido Ribonucleico (RNA) que estão presentes nos nucléolos. Além disso as células de tumores malignos têm a capacidade de se infiltrar na corrente sanguínea e linfática e causar a metástase enquanto as

células benignas não se propagam, conseqüentemente as células cancerígenas habitualmente o seu crescimento pode levar a morte do indivíduos, diferentemente do tumor benignos que dependendo da sua localização, caso ela não afete as funções vitais do organismo, ele não levará a morte.

Os tumores podem ser classificados de acordo com sua origem. Sendo assim tumores de origem em tecido epitelial, que pode ser glandular ou escamoso são classificados como carcinoma, como exemplos temos os cânceres em mama, pulmão, próstata entre outros. Quando sua origem é no tecido conjuntivo cartilaginoso, ósseo, adiposo, muscular, vasos sanguíneos ou em membranas que revestem as cavidades corporais, são classificados como sarcoma. Quando tem origem nos plasmócitos é classificado como mieloma, originados nos linfócitos classifica-se como linfoma e quando atinge o tecido hematopoiético é denominado leucemia (HINKLE; CHEEVER, 2017).

O desenvolvimento de uma neoplasia está diretamente relacionado também a intensidade de exposição do organismo ao agente causador. Como exemplo tem-se o câncer de pulmão está correlacionado a quantidade de cigarros fumados por dia, assim como o tempo que a pessoa fumou durante sua vida, assim como também, o câncer de pele está relacionado ao tempo e horário de exposição ao sol sem proteção (BRASIL, 2017d).

### **3.2 Os cânceres femininos**

De acordo com uma estimativa realizada pelo Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), para o ano de 2016 entre os 10 tipos de câncer mais incidentes em mulheres, com exceção do de pele não melanoma o câncer de mama lidera esse ranking com cerca de 57.960 novos casos o que representa 28,1%, em seguida está a neoplasia de cólon e reto com 17.620 novos casos (8,6%) e em terceiro lugar o câncer de colo do útero com 16.340 novos casos representando 7,9%. Mas na região Norte do país o câncer de colo do útero ocupa a primeira colocação (BRASIL, 2016a).

As neoplasias malignas em mulheres além de atingirem o organismo como um todo, deixam o emocional muito abalado, tendo em vista que a doença e o tratamento irão modificar o corpo dessas mulheres por completo, podendo essas modificações perdurarem por toda a vida. Além de na maior parte dos casos atingirem órgãos que para as mulheres vão além de uma parte do seu corpo. A mama para a mulher tem significado de feminilidade, além de representar a maternidade para algumas; outras vezes o câncer pode atingir útero ou ovário e comprometer o desejo de ser mãe daquelas que ainda não vivenciaram esse momento. A



forma com que essas mulheres se veem fica alterada, assim como a percepção sexual (PINHEIRO et al, 2013).

O câncer de forma geral desperta na sociedade sentimentos negativos e é permeado de muitos preconceitos. Nesse sentido, reveste-se de uma simbologia que atrela à representação no imaginário coletivo, diversas significações, tais como, a desordem, catástrofe, castigo e fatalidade. Essa simbologia pode desencadear não apenas nas mulheres, bem como na família, sentimentos de incertezas da cura e vislumbrar a vivência de muito sofrimento (CONDE et al, pág.1545, 2016).

O aumento de incidência do câncer de mama em vários países é explicado em parte pelas mudanças demográficas e no estilo de vida que interferem na prevalência de fatores reprodutivos, como idade avançada na primeira gestação, baixa paridade e amamentação por períodos curtos. A mortalidade tem sofrido declínio em países desenvolvidos como EUA, Reino Unido, França e Austrália, nas últimas décadas. A queda na incidência nos EUA a partir de 2000 é atribuída à redução de terapia de reposição hormonal e à diminuição do número de casos pré-clínicos detectados pelo rastreamento iniciado há mais de 20 anos (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014).

### 3.2.1 Câncer de mama

No ano de 2013 a cada 100.000, 12,66 foram a óbito decorrente de câncer de mama, representando a principal causa de morte por câncer entre as mulheres, mas a região Sudeste apresentou 14,25 óbitos a cada 100.000 mulheres e na região Sul foram 13,70 óbitos a cada 100.000 mulheres (BRASIL, 2017d).

As neoplasias malignas localizadas nas mamas são mais incidentes em pessoas do sexo feminino, mas pode também se desenvolver em homens. Representa o câncer mais comum em todo o mundo em pessoas com menos de 50 anos (FURTADO et al 2016).

O câncer de mama decorre da proliferação maligna das células epiteliais que revestem os ductos e lóbulos mamários. Trata-se de uma doença hormônio dependente, que incide de forma proporcional ao aumento da idade e acomete predominantemente mulheres na relação de 150:1 em relação aos homens (AQUINO et al, pág. 46, 2016)

Hoje em dia, as neoplasias mamarias são extremamente temidas pelas mulheres, pois são logo associadas a possível mutilação, assim como a morbimortalidade, e a mama representa não só o lado feminino na mulher, mas também o seu lado mãe. Sendo assim, as

neoplasias mamárias atingem não somente um indivíduo de forma isolada, mas também a família e amigos que convivem com o doente. (CONDE et al, 2016).

A elevação na incidência de tumores malignos nas mamas são consequências de mudanças demográficas e no estilo de vida das mulheres que afetam os fatores que predisõem a patologia. Porém em países como EUA, Reino Unido, França e Austrália, nas últimas décadas a mortalidade por essa doença vem diminuindo. Nos EUA, essa redução nos índices de mortalidade vem desde 2000 devido à redução de terapias de reposição hormonal e a detecção precoce (GIRIANELLI; GAMARRA; SILVA, 2014).

Em diversos estudos os tumores malignos nas mamas são classificados em quatro tipos principais que são: Luminal A, esse tipo de neoplasia possui um bom prognóstico com sobrevida alta, sendo menos comum em mulheres na pré-menopausa e de raça negra. Luminal B que geralmente é diagnosticado em estágio mais avançado o que faz com que o prognóstico não seja tão positivo quanto o Luminal A, nesse tipo os linfonodos já estão atingidos, mas mesmo diante disso a taxa de sobrevida é de 5 anos, ou seja, considerada alta. Triplo – negativo, é de predominância em mulheres jovens e de descendência africana, possui um prognóstico que comparado aos luminais não é considerado bom, mas também possui sobrevida em cinco anos. HER2+ esse tipo a recorrência do câncer é maior, tendo assim uma maior chance de metástase. Mas existem também subtipos menos comum que é o caso do breast-like, apócrino e com baixos níveis de claudina (NESTOR NETO et al, 2014).

### **3.2.1.1. Fatores de Risco**

Atualmente as neoplasias malignas são as doenças de maior prevalência no mundo e existem diversos fatores que contribuem para o desenvolvimento dessas alterações nas células, essas causas nem sempre são isoladas, ou seja, podem estar interligadas, ou o paciente ter mais de um fator que pode predispor as alterações que levam ao câncer (MENEZES; RAPOSO; ALENCAR, 2014).

Vários são os fatores que influenciam o desenvolvimento das neoplasias malignas nas mama, assim como, em outros cânceres esses fatores podem ser de ordem genética, comportamental, hormonal, assim como, cronológico. Mulheres com idade superior a 50 anos tem uma maior probabilidade de desenvolver um tumor maligno (FARINA et al, 2016).

Os genes BCRA1 e BRCA2 são supressores das modificações ocorrentes no DNA, ou seja, ele evita que a célula sofra algum dano, fazendo um reparo e provocando uma estabilidade celular (FACINA, 2016).

Sendo assim, as alterações ocorrentes na replicação e transcrição do DNA nos genes BCRA1 E BCRA2 são fatores que predispõem as neoplasias malignas nas mamas, sendo as alterações no BCRA1 de maior risco com cerca de 65%, enquanto no BCRA2 o risco é de 45%. Essas alterações são hereditárias, sendo assim de ordem familiar. Portanto, quando tem-se casos diagnosticados de câncer de mama em parentes de primeiro grau o risco é bem elevado. Podendo ainda existir os fatores cumulativos, onde além do paciente ter os fatores hereditários, eles ainda são expostos a outros riscos (MAIA et al, 2016).

Hábitos como sedentarismo, etilismo, obesidade, exposição à radiação ionizante podem predispor ao câncer de mama, mas não existe nenhuma pesquisa concreta no que diz respeito ao tabagismo. Portanto, com relação ao câncer de mama o tabagismo não é fator de predisposição a tumores malignos (FACINA, 2016).

Os fatores hormonais se referem ao tempo de exposição do organismo ao estrogênio que naturalmente é produzido pelo organismo, mas que estão disponíveis em pílulas anticoncepcionais ou em terapias hormonais. Com relação as terapias hormonais os hormônios oferecidos as mulheres no climatério agem na promoção da carcinogênese, ou seja, incentiva a produção de células tumorais (FACINA, 2016). Mulheres que tem a sua primeira menstruação (menarca) antes dos 12 anos, que tiveram a menopausa após os 55 anos, a primeira gestação após os 30 anos ou que não deram à luz tem um risco maior, devido ao tempo de exposição ao estrogênio (BRASIL, 2017e).

### **3.2.1.2 Sinais e Sintomas**

Suspeita-se de um possível câncer de mama a partir de um ou mais nódulos palpáveis, que são descobertos no autoexame das mamas ou no exame clínico realizado pelo médico ou enfermeiro em uma consulta (SOUZA, 2016).

O INCA considera como os principais sinais e sintomas de neoplasias mamaria nódulos que além de palpáveis são fixos, endurecidos e na maioria das vezes indolores a palpação. A pele da mama pode ter aspecto que pode ser comparado a textura da casca da laranja, avermelhada e pode ser retraída, podendo ainda o mamilo estar retraído, com os linfonodos axilares palpáveis, pode apresentar uma descarga mamilar de aspecto sanguinolento com eczema na aureola. Portanto é importante orientar as mulheres que ao aparecimento de um ou mais desses sintomas procurem um profissionais de saúde, mas que esses sinais e sintomas não são necessariamente diagnóstico de tumor maligno (BRASIL, 2017f).

### 3.2.1.3 Diagnóstico

Em um estudo realizado com pacientes em um hospital da capital do Ceará mostra que mulheres que descobriram o câncer de mama em seu estágio inicial, lesões com cerca de 2 cm de diâmetro, tem um melhor prognóstico que aquelas que descobriram em um estado avançado. Portanto, percebemos aí o quanto é necessário e importante que essa neoplasia seja diagnóstica de forma precoce (TORRES et al, 2016). Assim, a detecção precoce é descrita pelo INCA como:

Uma forma de prevenção secundária e visa a identificar o câncer em estágios iniciais, momento em que a doença pode ter melhor prognóstico. É preciso diferenciar a detecção precoce das ações de prevenção primária, pois essas têm por objetivo evitar a ocorrência da doença e suas estratégias são voltadas para a redução da exposição aos fatores de risco. Por outro lado, os métodos existentes para a detecção precoce do câncer de mama não reduzem a incidência, mas podem reduzir a mortalidade pela doença (BRASIL, pág. 19, 2015b).

Para que o diagnóstico seja realizado são implantadas algumas ações. Nessas ações, o enfermeiro tem papel primordial na sensibilização das mulheres para que elas contribuam para esse feito. O diagnóstico é realizado a partir do autoexame das mamas realizado mensalmente pelas mulheres, exame clínico nas mamas realizado por um profissional de saúde (enfermeiro ou médico) e mamografia realizados por um profissional de saúde habilitado (ALBARELLO et al, 2012). Em contrapartida, o INCA considera para o diagnóstico o exame clínico nas mamas e a mamografia, mas tem o autoexame das mamas como ação educativa em saúde, pois a partir do autoexame a mulher conhece melhor sua mama e consegue identificar possíveis alterações que possam aparecer (BRASIL, 2017g).

O exame nas mamas, seja ele realizado pela mulher mensalmente ou por um profissional de saúde anualmente, é um exame indolor, não invasivo. Além disso, é realizado através de técnica de inspeção estática e em movimento, onde se observa alterações de tamanho, forma, simetria e coloração, após isso usa-se a técnica de palpação onde inicia-se através da palpação dos linfonodos sub claviculares e axilares, passando por toda a mama e mamilos. (FARINA et al, 2016).

O diagnóstico precoce pode ser feito através de exames de imagem como a mamografia, onde mulheres que não possuem sinais e sintomas de neoplasia mamária são diagnosticadas. O médico solicita esse exame levando em consideração o risco benefício, onde desde 2015 uma diretriz recomenda que em mulheres com idade entre 50- 69 anos de

idade seja realizado a mamografia a cada dois anos. Mas em mulheres com idade inferior a isso e que tenha um risco elevado de desenvolver tumores malignos o médico analisa as particularidades e decide com qual idade ela irá começar a fazer e em qual intervalo de tempo, pois para essas mulheres ainda não existe nenhuma recomendação padrão. (BRASIL, 2017i). Porém, a Sociedade Brasileira de Mastologia recomenda que mulheres acima de 40 anos façam anualmente a mamografia (SILVA, VIANNA, BARJA, 2016).

A mamografia é ainda classificada em duas categorias, a de rastreamento, que é feita em mulheres sem sinais e sintomas e a de diagnóstico que é em mulheres com sinais e sintomas de qualquer idade (BRASIL, 2017i). O quadro abaixo apresenta as recomendações do INCA para rastreamento de câncer de mama através da mamografia.

Condição	Recomendação
> de 50 anos	O Ministério da Saúde recomenda contra o rastreamento com mamografia em mulheres com menos de 50 anos (recomendação contrária forte: os possíveis danos claramente supera, os possíveis benefícios)
De 50 a 59 anos	O Ministério da Saúde recomenda o <b>rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 50 e 59 anos</b> (recomendação favorável fraca: os possíveis benefícios e danos provavelmente são semelhantes).
De 60 a 69 anos	O Ministério da Saúde recomenda o <b>rastreamento com mamografia em mulheres com idade entre 60 e 69 anos</b> (recomendações favorável fraca: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos).
De 70 a 74 anos	O Ministério da Saúde recomenda <b>contra</b> o rastreamento com mamografia em mulheres com idades entre 70 e 74 anos (recomendação contrária fraca: o balanço entre possíveis danos e benefícios é incerto).
75 anos ou mais	O Ministério da Saúde recomenda <b>contra</b> o rastreamento com mamografia em mulheres com 75 anos ou mais (recomendações contrária forte: os possíveis danos provavelmente superam os possíveis benefícios).
Periodicidade	O Ministério da Saúde recomenda que a <b>periodicidade do rastreamento com mamografia nas faixas etárias recomendadas, seja bienal</b> (recomendações favorável forte: os possíveis benefícios provavelmente superam os possíveis danos quando comparada às periodicidades menores).

Figura 1: Recomendações sobre o rastreamento com mamografia

Fonte: Brasil, 2015b, grifo do autor.

O laudo das mamografias são padrões e obedecem a um sistema de classificação internacional que foi definida pelo Colégio Americano de Radiologia, mas traduzido pelo

Colegiado Brasileiro de Radiologia, esse sistema é denominado BI-RADS® (acrônimo de Breast Imaging Reporting and Data Sstem). Essa classificação irá orientar as condutas médicas (SILVA; VIANA; BARJA, 2016). No quadro abaixo traz a classificação BI-RADS® e as condutas recomendadas para cada classificação existente no laudo.

<b>Categoria BI-RADS®</b>	<b>Achado Mamográficos</b>	<b>Recomendação</b>
1- Negativo	Sem achados	Rotina de rastreamento
2- Benigno	Achados Benignos	Rotina de rastreamento
3- Provavelmente Benigno	Achados provavelmente benignos	Controle radiológico por três anos (semestral no primeiro ano e anual nos segundo e terceiro anos). Confirmando estabilidade de lesão, volta à rotina. Eventualmente biopsia.
4 – Suspeito (baixa, média e alta suspeição)	Achados suspeitos de malignidade	Biopsia e estudo histopatológico
5- Altamente suspeito	Achados altamente suspeitos de malignidade	Biópsia e estudo histopatológico
6- Achados já com diagnóstico de câncer	Diagnóstico de câncer comprovado histologicamente	Seguir tratamento conforme o caso
0- Indefinido	Necessidade de avaliação adicional (outras incidências mamográficas, USG etc.)	Realizar a ação necessária e classificar conforme categorias anteriores.

Figura 2: Condutas clínicas segundo resultado do exame mamográfico  
Fonte: Brasil, 2015c.

Além dos exames citados acima, podem-se utilizar para fins de detecção precoce exames de imagens como ultrassonografia mamaria que pode ser utilizada a complementar o exame físico, quando a densidade da mama é alta e não é indicada a mamografia, ressonância magnética que é utilizado além de complementar a ultrassonografia e mamografia, para diagnóstico de lesões ocultas que não conseguem ser detectadas nos outros exames de imagem (FURGERI; RODRIGUES; SILVA, 2013).

Quando a partir dos exames de imagens tem-se a suspeita do câncer de mama é necessário que para se confirma seja feito uma biopsia, que seria a análise microscópica das células da lesão. Podendo ser feita por três técnicas diferentes que são: por aspiração, onde

com o auxílio de um aparelho de ultrassom uma agulha juntamente com uma seringa aspira líquido ou até mesmo resíduos sólidos do nódulo. Pode ser também através de estereotáxica, essa técnica é realizada com uma agulha mais calibrosa e é necessário o uso de anestesia local. Ou ainda através de técnica cirúrgica onde todo o tumor é dissecado ou apenas parte dele e só aí é enviado para análise laboratorial (FURGERI; RODRIGUES; SILVA, 2013).

### **3.2.2 Câncer de Colo do Útero**

O Câncer de Colo Uterino (CCU) ocorre quando há uma desordem na divisão celular do epitélio de revestimento do útero, isso ocorre devido a persistência de infecções ocasionadas pelo Papilomavírus Humano (HPV). Essa neoplasia é a terceira mais comum no Brasil e a quarta causa de morte de mulheres por câncer, sendo em 2013 causa de morte de 5.430 mulheres em todo o país (BRASIL, 2017h).

A evolução de um tumor de colo do útero é lenta, podendo demora até 14 anos para que evolua totalmente e em torno de 3 anos para que apareça um tumor localizado. Inicialmente existem pequenas alterações que são denominadas displasias que se tratadas em tempo hábil não evoluirá para câncer (FRIGO; ZAMBARBA, 2015). Pode também apresentar lesões pré-invasivas que é também conhecida como Neoplasias Intraepiteliais Cervicais (NIC) (KRUGER; CHAN; RIBEIRO, 2016).

No Brasil as taxas de incidência e de mortalidade ocasionadas pelos carcinomas de colo do útero mostram valores medianos se comparados aos países em desenvolvimento, mas em comparação com países já desenvolvidos são números elevados, pois esses países possuem programas de detecção precoce bem estruturados. Podemos então perceber que, os países quem atuam de forma eficiente no combate e detecção precoce tem mostrado resultados em seus números (BRASIL, 2017g).

Gerianelli; Gamarra; Silva (2014), em sua pesquisa relata que, enquanto nas regiões Sul e Sudeste do Brasil houve um declínio na mortalidade por neoplasia no colo do útero, nas regiões Norte e Nordeste só houve essa redução nas capitais. Já os dados do INCA mostra a região Norte como predominante em incidência de câncer de colo de útero e as regiões Centro-Oeste e Nordeste em segundo lugar, seguidos das regiões Sudeste e Sul (BRASIL, 2017g).

Os carcinomas de colo uterino podem ser classificados em dois tipos distintos, essa classificação é determinada de acordo com a sua origem. Quando é originado no epitélio escamoso é denominado carcinoma epidermóide, esse tipo representa cerca de 80% dos casos.

Quando incide no epitélio glandular chama-se adenocarcinoma, esse tipo é mais raro representando cerca de 10% dos casos (SILVA et al, 2015).

Como citado anteriormente os tumores no colo uterino é de desenvolvimento lento e pode não apresentar sinais e sintomas, mas quando manifestada a doença pode apresentar sangramento vaginal intermitente ou após a relação sexual, secreção vaginal anormal e dor abdominal associada a queixas urinárias ou intestinais nos casos mais avançados (BRASIL, 2017h).

Martins (2016) diz que, o carcinoma de colo uterino pode atingir quatro estádios no estágio I a neoplasia está localizada no colo uterino, no estágio II além do útero também está afetados a parede pélvica ou terço inferior da vagina, estágio III terço inferior da vagina ou a parede lateral da pelve, já no estágio IV a neoplasia está na pelve, mucosa da bexiga, podendo atingir o reto. Então de acordo com o estadiamento será escolhida a melhor alternativa terapêutica.

### **3.2.2.1 Fatores de Risco**

O principal fator de agente etiológico para o desenvolvimento do carcinoma uterino é o Papilomavírus Humano (HPV). O HPV é uma infecção sexualmente transmissível, existem aproximadamente 200 tipos de vírus diferentes, eles são classificados em duas categorias diferentes o que predispõem ao câncer de colo e os que causam lesões benignas, ou seja, são classificados em níveis de risco oncogênico alto ou baixo (RIBEIRO, 2014). Os principais tipos de HPV classificados como de baixo risco oncogênico são: 6,11,40, 42,43, 54,61, 70, 72 e 81. Geralmente esse agente patológico ocasionam verrugas nas regiões genitais. Já os principais tipos que são classificados como de alto risco são: 16, 18, 31, 33, 35, 39, 45, 51, 52, 56, 58, 59, 66, 68 (ROCHA, 2016).

Em mulheres jovens a junção escamo-colunar (JEC) estende-se para ectocévice, esse processo é fisiológico, mas que deixa a mucosa mais susceptível a agressões, gerando assim um processo inflamatório da mucosa. Isso é um fator de risco para as infecções sexualmente transmissíveis, conseqüentemente vulneráveis ao HPV (KRUGER; CHAN; RIBEIRO, 2016).

Esse vírus é bem comum e pesquisas estimam que cerca de 75% das mulheres que tem vida sexual ativa em alguma momento da sua vida foram expostas a algum tipo de HPV. Ao mesmo tempo em que esse vírus é fator de predisposição a neoplasia de colo uterino, existem também outros fatores de risco como: tabagismo, diversidade de parceiros sexuais,



início precoce da vida sexual, infecção por outras doenças sexualmente transmissíveis como o vírus da herpes tipo 2, hormônios endógenos e exógenos (LIMA et al, 2016).

Silva et al (2015), traz também como fatores de risco a diminuição do sistema imunológico, além disso a presença de metabólicos carcinogênicos do tabaco nas secreções cervicais também é fator de risco ao câncer de colo do útero, baixo nível econômico, higiene íntima não satisfatória, alterações nutricionais, assim como também o uso de anticoncepcional oral.

Para combater o HPV e conseqüentemente o carcinoma uterino o Ministério da Saúde incluiu em 2014 no calendário vacinal a vacina contra o HPV tipo 6, 11, 16 e 18, inicialmente estava incluso meninas com idade entre 11 e 13 anos (LIMA et al, 2016). Porém para o 2017 ocorreram mudanças no calendário vacinal, assim como alterações na faixa etária e inclusão da vacinação de meninos, sendo então vacinado meninas na faixa etária de 9 a 14 anos e meninos de 12 a 13 anos. Ainda estão inclusos no esquema vacinal de homens e mulheres portadores do HIV com idade entre 9 e 26 anos (BRASIL, 2016a).

### **3.2.2.2 Diagnóstico**

Como relatado anteriormente, em uma fase não possui sintomas e quando diagnosticado precocemente, ainda nessa fase existe chance de cura em torno de 100%. Para o diagnóstico seja concretizado é necessário que além dos exames faça-se uma anamnese para colher a história da paciente como também identificar possíveis fatores de risco e queixas dessa mulher. Também deve-se implementar o exame físico, em busca dos linfonodos, presença de massa tumoral no fígado, para que possível metástase seja descartada em caso da patologia ser diagnosticada (BRASIL, 2017i).

O exame mais comum de ser realizado para diagnóstico de CCU é Papanicolau, onde é coletado amostras de células da endocérvice e ectocérvice. Além disso, o profissional de saúde faz uma inspeção da vulva, vagina e colo do útero. As células coletadas são colocadas em uma lâmina e enviadas para laboratório. O exame é de simples execução, eficaz e de baixo custo podendo causar apenas um leve desconforto na paciente, podendo ser feito em mulheres grávidas, pois não acarreta risco para mãe nem para o feto (TAVARES et al, 2017). O Papanicolau deverá ser feito em mulheres que já tiveram sua primeira relação sexual. E para que o exame tenha um resultado fidedigno é necessário que a mulher não tenha tido relações sexuais no dia anterior ao exame, evitar o uso de duchas ou qualquer uso de medicamento

local nas 48 horas que antecederem a coleta, a mulher também não deve estar menstruada (BRASIL, 2017i).

Kruger; Chan; Ribeiro (pág., 31, 2016), em sua pesquisa diz que:

O exame de Papanicolau ainda é a principal estratégia de prevenção contra lesões e câncer do colo do útero, mas são fundamentais para a sua realização a qualidade do exame, instalações adequadas, treinamento dos profissionais envolvidos na realização do teste<sup>23</sup>. A coleta é importante para a realização do exame, sendo feita de modo que ocorram cada vez menos amostras insatisfatórias e, conseqüentemente, maior clareza para o diagnóstico das anormalidades citológicas.

O enfermeiro em sua consulta de enfermagem, assim como na coleta do Papanicolau devem estar atento a sinais de alterações no colo uterino, assim como ter conhecimento sobre as condutas a serem tomadas, dessa forma o enfermeiro tem um papel importante diante da redução dos números de morbidade e mortalidade ocasionada pelo câncer de colo de útero (SANTOS et al, 2015).

O Ministério da Saúde preconiza que a primeira vez que em que for realizada a coleta do exame cito patológico, o mesmo seja feito anualmente durante dois anos consecutivos e após os dois resultados sejam negativos para CCU seja realizado a cada três anos (BRASIL, 2017h). No resultado do exame caso exista a presença do HPV aparecer a classificação das lesões sendo NIC grau I que são de baixo risco, NIC grau II e NIC grau III para lesões de alto risco (KRUGER; CHAN; RIBEIRO, 2016).

Para um diagnóstico completo o médico pode solicitar ainda: colposcopia, biopsia dirigida, exames laboratoriais como hemograma, coagulograma, ureia, creatinina sérica, raio-X de tórax, anti-HIV, marcadores virais de hepatite B e C, ultrassonografia, ressonância magnética (BRASIL, 2017i).

### **3.3 Tratamento do Câncer**

Existem hoje diversos tratamentos no combate aos cânceres, entre eles estão: quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, tratamento cirúrgico, transplante de medula (FERREIRA et al, 2015). O objetivo dos tratamentos é o mesmo, a cura, assim como, também prolongar a vida e proporcionar qualidade de vida ao paciente e família. Diante desse contexto, a indústria farmacêutica tem avançado muito na formulação de drogas e hormônios usados no combate as neoplasias (HISSE et al, 2014).

### 3.3.1 Quimioterapia

Na quimioterapia faz-se uso de medicamentos denominados quimioterápicos, eles agem destruindo as células neoplásicas que formam o tumor. A quimioterapia age em todo o organismo, mas não atinge apenas as células doentes, mas também as saudáveis. Com isso o paciente irá passar por diversos efeitos colaterais, assim como debilitará o seu organismo como um todo (LÔBO et al, 2014). Esse método de tratamento pode ainda ser feita em conjunto com a radioterapia e procedimento cirúrgico, mas pode ser usada com diversas finalidades, sendo ainda classificada por maneiras diferentes (BRASIL, 2017j).

As classificações são as seguintes: curativa, quando tem a finalidade de a proliferação de células cancerígenas que formam o tumor; adjuvantes, quando é usada em conjunto de procedimento cirúrgico com ação curativa, nesse caso o objetivo é diminuir as chances de que ocorra metástase, assim como, diminuir a incidência, essa modalidade terapêutica é comumente utilizada em cânceres de mama operada em estágio II; Neoadjuvante ou prévia, que é utilizada antes do procedimento cirúrgico com a intenção de diminuir a extensão tumoral, podendo ainda essa terapia ser complementada com a radioterapia; e a quimioterapia paliativa, essa modalidade é utilizada como finalidade de melhoria da qualidade de vida do paciente (BRASIL, 2017j).

As drogas utilizadas na quimioterapia antineoplásicas causam no paciente alguns efeitos adversos devido a sua toxicidade, podendo os sintomas serem apresentados precocemente (0 a 3 dias), de imediato (de 7 a 21 dias), tardiamente (meses) ou ultra-tardios (meses ou anos). Os efeitos precoce são: náuseas, vômitos, mal estar, adinamia, artralgias, agitação, exantemas ou flebites; Efeitos imediatos: mielossupressão, granulocitopenia, plaquetopenia, anemia, mucosites, cistite hemorrágica, imunossupressão, potencialização dos efeitos das radiações devida à actinomicina D, à adriamicina e ao 5-fluoruracil; Tardios: miocardiopatia, hiperpigmentação e esclerodermia, alopecia, pneumonite; Ultra-tardios: infertilidade, carcinogênese, mutagênese, distúrbios do crescimento em crianças, sequelas no sistema nervoso central e fibrose/cirrose hepática (BRASIL, 2017j).

Sendo assim, diante da toxicidade dos fármacos administrados na quimioterapia, existem critérios que devem ser analisados para que se aplique a terapia quimioterápica. Onde nesses critérios são avaliados as condições gerais do paciente, assim como é necessário que se faça contagem de células sanguíneas, também deve-se avaliar função renal e hepática (BRASIL, 2017j).

### **3.3.2 Radioterapia**

A radioterapia como alternativa terapêutica é aplicada através da radiação de raio X, gama ou beta, utilizando a sua energia para o combate as células neoplásicas. A radiação é indolor e invisível, porém não é seletiva e além de atingir as células cancerígenas pode também atingir as células saudáveis, mas para que isso não ocorra a dosagem total é fracionada diariamente em doses iguais. A energia é direcionada ao local da lesão com uma distância da pele de no mínimo 1 centímetro (BRASIL, 2017k).

Assim como, na quimioterapia a radioterapia também é utilizada em indicações diferentes, objetivando a diminuição da massa tumoral, assim como também a ressecção total ou até mesmo profilática quando ainda não se tem um tumor formado, mas existe a presença de células neoplásicas, também é aplicada em tratamento paliativo, ou até mesmo para suprimir a função de um órgão. Pode ainda tratar lesões superficiais, semiprofundas e profundas (BRASIL, 2017k).

Um exemplo de indicação de tratamento radioterápico é no combate ao câncer de mama, pois na mastectomia além da retirada das glândulas mamárias, também retira-se os linfonodos axilares, porém essa modalidade cirúrgica acarreta inúmeros danos a mobilidade da paciente, assim como dificulta sua recuperação. Então, a radioterapia é aplicada, a fim de combater as células neoplásicas e reduzir a chance de metástase (SILVA et al, 2014).

Como efeitos colaterais os mais comuns são as queimaduras na região em que se recebe a radiação, mas com o passar das semanas melhorará. O paciente, pode apresentar também fadiga, desconforto na axila (em caso de câncer de mama), dor torácica, leucopenia, plaquetopenia, aparecimento de micose, anovulação, azoospermia, dentre outros (BRASIL, 2017k).

### **3.3.3 Tratamento Cirúrgico do Câncer de Mama**

O tratamento cirúrgico no combate ao câncer de mama, ou mastectomia total, surgiu em 1894 com Halsted, onde dissecada juntamente com o músculo peitoral maior e os linfonodos axilares. Mais tarde Patey e Madden, foram responsáveis por avanços na mastectomia e passaram a preservar o músculo peitoral maior. Essas descobertas foram responsáveis pelos avanços no tratamento do carcinoma mamário, e a partir daí houveram avanços no tratamento onde hoje existe a possibilidade de preservação parcial da mama ou de tecidos que antes eram removidos (SANTOS, 2016).

Atualmente as cirurgias dividem-se em conservadoras e radicais. O médico irá avaliar a extensão do tumor e posteriormente optar pela melhor procedimento a ser implementado, pode ainda optar pela remoção dos linfonodos axilares e sentinelas para que as chances de metástase sejam reduzidas ou inexistentes (FABRO et al, 2016). Além disso, Sousa et al (2014), cita em sua pesquisa alguns tipos de mastectomia conservadora, que são: a lumpectomia, excisão ampla, mastectomia parcial ou segmentar e quadrantectomia.

A mastectomia radical é a “retirada da glândula mamária, pele, tecido adiposo, músculos peitoral maior e peitoral menor e dos linfonodos da axila homolateral” (NARDI et al, 2014). Na lumpectomia é a retirada da lesão juntamente com os tecidos que estão ao envolto, mas que não possuem células neoplásicas, podendo ainda ser realizado uma outra incisão para retirada dos linfonodos axilares. A modalidade conservadora quadrantectomia é a retirada do tecido mamário em que está situado o tumor, juntamente com a pele e o músculo peitoral maior (NARDI et al, 2014).

A ressecção do linfonodo sentinela, se dá em casos em que este é positivo, pois o demais podem também estar. Sendo o esvaziamento axilar indicado apenas nesse caso, pois na década de 80 as cirurgias de combate ao câncer eram realizadas juntamente com a linfadenectomia axilar completa, o que ocasionava linfedema e formação de seroma em até 55% dos casos, sendo essas complicações responsáveis por uma diminuição da qualidade de vida dessas pacientes (ALMEIDA, 2016). Portanto, atualmente para que se realize um procedimento mais radical é necessário se avaliar todas as possibilidades.

### **3.3.4 Tratamento Cirúrgico do Câncer de Colo do Útero**

Em casos de neoplasias de colo uterino o tratamento cirúrgico realizado a histerectomia total juntamente com linfadenectomia pélvica. A histerectomia radical consiste na retirada do útero, 25% da vagina e ligamentos de sustentação do útero, mas pode haver também a ressecção das trompas de falópio e dos ovários. Podendo ainda ser realizada por técnicas diferentes, a laparotomia, que é uma incisão no abdômen ou laparoscopia, que é a retirada do útero através do canal vaginal com pequenas incisões no abdômen. Complementar a histerectomia existe a linfadenectomia que é a retirada dos linfonodos ureteral, obturador, hipogástrico e ilíaco (TSUNODA et al, 2015).

Para casos em que o carcinoma não está avançado e que a mulher ainda não engravidou e manifesta esse desejo, pode ser utilizada uma técnica de preservação da

fertilidade da mulher, denominada de traquelectomia radical (TSUNODA et al, 2015). Essa técnica é utilizada em mulheres que possuem carcinoma menor que dois centímetros, porém em casos de tumores maiores não há recomendação de uso desse método, pois existirá o risco de recorrência (YONEDA, 2014). Sendo assim, mulheres que são diagnosticadas precocemente com neoplasia de colo uterino, podem passar por tratamento menos agressivo.

### **3.4 Metástase e os Cuidados Paliativos**

A metástase ocorre quando células neoplásicas de um tumor invadem outros tecidos através da corrente sanguínea ou linfática. Sendo assim a neoplasia irá atingir mais de um órgão ou sistema. Todas as formações tumorais malignas podem evoluir para uma metástase, mas alguns raramente se disseminam em metástase, o que é o caso dos gliomas (câncer que atinge as células gliais). Sendo a evolução metástica agressiva ao organismo, isso faz com que seja reduzida a possibilidade de cura (KUMAR; ABBAS; ASTER, 2016).

Aquino et al (2016), em sua pesquisa retratam que em casos de carcinoma mamário os linfonodos localizados na região axilar comumente são acometidos com metástase, sendo o primeiro local de evolução metástica. Sendo comprovada em sua pesquisa que as células do tumor primário possuem características teciduais semelhantes, mas existe também uma diferenciação no comportamento do tumor primário e da metástase.

Em casos de CCU a metástase geralmente se dá através dos vasos linfáticos, mas pode ocorrer por via hematogênica, porém é mais rara. Quando há evolução metástica em geral acometem fígado, pulmão, ossos, mas pode ocorrer também no sistema nervoso central (SAMPAIO et al, 2016).

Quando a doença evolui e chega a um estágio avançado é necessário que mude o foco de tratamento, e o que antes era utilizado como terapêutica curativa é necessário que mude o foco e inicie os cuidados paliativos. Os cuidados paliativos têm como objetivo promover uma melhor qualidade de vida para o paciente e familiar, afim de dar um conforto com relação aos sintomas que a doença promove. Sendo assim, os cuidados paliativos irão atingir aqueles sintomas que causa um maior desconforto ao paciente e conseqüentemente a família (BRASIL, 2017).

Nesse contexto, podemos perceber os cuidados paliativos como um trabalho em equipe, que deve estar atento às necessidades do assistido e de sua família, o enxergando de todos os aspectos, psicológico, patológico, social e espiritual, para que o sofrimento e a dor sejam amenizados. Sendo assim é necessário o olhar de uma equipe multiprofissional, pois os

cuidados paliativos são aplicados em pacientes cuja cura médica já não é uma possibilidade. (OLIVEIRA; MARANHÃO; BARROSO, 2017).

Então os cuidados paliativos deverão prover alívio para dor e outros sintomas que cause estresse e desconforto ao paciente; reafirmar ao paciente a vida e a morte como algo natural de todos os seres humanos; agir em todos os aspectos do paciente, não apressando nem adiando a morte, mas sim que seja um processo natural, apoiar e orienta a família no que condiz a doença e a morte; atentar para que seja sempre utilizada uma abordagem interdisciplinar para que as necessidades do paciente e seus familiares sejam tratadas e ainda dar um suporte ao luto. (BRASIL, 2017).

**Os pontos considerados fundamentais no tratamento são:** A unidade de tratamento compreende o paciente e sua família. Os sintomas do paciente devem ser avaliados rotineiramente e gerenciados de forma eficaz através de consultas frequentes e intervenções ativas. As decisões relacionadas à assistência e tratamentos médicos devem ser feitos com base em princípios éticos. Os cuidados paliativos devem ser fornecidos por uma equipe interdisciplinar, fundamental na avaliação de sintomas em todas as suas dimensões, na definição e condução dos tratamentos farmacológicos e não farmacológicos, imprescindíveis para o controle de todo e qualquer sintoma. A comunicação adequada entre equipe de saúde e familiares e pacientes é a base para o esclarecimento e favorecimento da adesão ao tratamento e aceitação da proximidade da morte (BRASIL, 2017, grifo do autor).

Contudo, vemos que a equipe multiprofissional deve estar em sincronismo para atender as necessidades do paciente e família, no que condizem os cuidados paliativos. Então, os cuidados prestados ao paciente fora de possibilidade terapêutica podem ser fornecidos em ambiente hospitalar ou em domicílio, pois nesse cenário a família tem papel fundamental para com o paciente (CRUZEIRO et al, 2012).

### **3.5 O papel da enfermagem nos cuidados paliativos**

Diante do paciente fora de possibilidade terapêutica, onde são necessários os cuidados paliativos o enfermeiro é o profissional que irá lidar diretamente com esse paciente e familiares, sendo assim juntamente com a equipe de enfermagem responsável por cuidados que tenham o objetivo de aliviar os sintomas físicos, emocionais, espirituais, portanto deverá ter uma amplo conhecimento para que essa demanda do usuário seja suprida (PEREIRA et al, 2017).

Sendo assim, necessário que a enfermagem oriente pacientes e cuidadores a respeito das medicações utilizadas, assim como procedimentos que possam ser efetivados. Tendo então, papel de educador, no que condizem orientações e cuidados a saúde desse paciente, orientando sempre de maneira clara e objetiva, para que o bem estar do paciente seja sempre prioridade. Com isso, a enfermagem tem um desgaste emocional maior que de outras categorias, pois irá lidar diariamente com a situação que o paciente vivencia (HERMES; LAMARCA, 2013).

Portanto, a equipe de enfermagem como um todo deverá sempre buscar por estratégias para que possa assistir os cuidadores, sempre os apoiando em momento de angustias e motivar a família a manter a rotina, dentro das possibilidades do paciente e procurar aos poucos perceber que a estrutura familiar deverá continuar mesmo que sem um ente querido (FERNANDES; KOMESSU, 2012).

Diante de tudo, entende-se o enfermeiro como peça fundamental na equipe multiprofissional, pois de certa forma irá desempenhar diversas funções, e estará sempre ao lado do paciente e família, sendo um profissional próximo da realidade vivenciada pelo doente (HERME; LAMARCA, 2013).

### **3.6 Fases da morte**

Lima; Nietsche; Teixeira (2012) em seu estudo traz a palavra morte como derivada do latim que significa fim da vida, acabamento, destruição, perda. Sendo assim a morte é um processo natural em que todos os seres vivos iram vivenciar, sendo esse processo inevitável e incontrolável, que pode acometer a um indivíduo em qualquer momento da vida. Portanto, é difícil não somente para quem recebe o diagnóstico, mas também para a família.

O processo da morte é dividido em cinco fases onde nem sempre o paciente após receber o diagnóstico vivencia todos os estágios, podendo ir a óbito antes que seja concluído. Cada etapa vivenciada é necessária até que o paciente aceite esse processo e conviva com a certeza próxima da morte (MORO et al, 2010).

O primeiro estágio é o de negação e isolamento, o paciente nega a sua condição, negando a morte, acham que não é real (FONTOURA, 2013). Essa negação não se trata apenas do momento vivenciado, mas também do laudo e diagnóstico. Esse momento é vivenciado por todos os pacientes, e é uma defesa natural do ser humano. Após ser vivenciado esse momento o paciente entra na fase da raiva, nesse estágio o paciente toma consciência da real situação e que nada pode fazer para mudar, não negando mais, e sim revoltando-se,



questionando-se por qual motivo ela está passando por todo esse processo, aflorando também sentimentos como inveja e ressentimento (TAVERNA; SOUZA, 2014).

O terceiro estágio é o de barganha, ocorre em um menor espaço de tempo e o paciente passa a barganhar com Deus, com sua família, amigos próximo, se a maior barganha a com Deus com a esperança de tudo mudar. Após esse momento vem a depressão, nesse momento nem sempre as pessoas que convivem com o doente sabem lidar com a depressão. Essa fase é vivenciada intensamente e nem sempre os pacientes conseguem superar esse momento. Passando as quatro fases o doente passa a aceitar sua situação, entrando assim no estágio da aceitação. Nesse estágio o paciente não está, mas está em um momento de reflexão, de descanso. O sofrimento do luto, assim como o sentimento de perdas também é vivenciado por aqueles que estão acompanhando e cuidando do paciente (TAVERNA; SOUZA, 2014).

### **3.7 Cuidador Familiar**

A família assume papel primordial no cuidado do doente quando o diagnosticado em estágio avançado, não havendo possibilidade de cura. Onde nesse momento a prioridade é a qualidade de vida do paciente juntamente com a família. Nesse contexto, um estudo realizado nos Estados Unidos mostrou sentimentos como angústia e tristeza como os predominantes nos familiares de pacientes oncológico, sendo estes evidenciados por diversas razões, como de ordem física, emocional ou financeira. Pois, a um desgaste como um todo na vida familiar (CRUZEIRO et al., 2012).

Ainda nesse contexto, Baptista et al. (2012), traz em seu estudo que o cuidador familiar no desempenho desse papel pode haver um maior vínculo afetivo. Mas, mesmo existindo essa proximidade, pode também gerar conflitos entre paciente e cuidador. Gerando assim sentimentos de opressão.

Durante o período de internação hospitalar do paciente oncológico é necessário a presença de um familiar, pois este traz segurança ao paciente. Sendo para o cuidador um momento em que ele irá aprender cuidados básicos a serem realizados em seu domicílio. Assim a internação é um momento importante na recuperação do paciente. Porém, em muitos momentos o cuidador não é entendido pela equipe de enfermagem, e muitas das vezes é excluído do processo de cuidar, ainda não sendo reconhecido como peça fundamental na recuperação do doente (SALES et al., 2012).

## **4 METODOLOGIA**

### **4.1 Tipo de Pesquisa**

Trata-se de uma pesquisa descritiva, exploratória de abordagem quantiquantitativa. Para Marconi; Lakatos (2016), pesquisas descritivas “consistem em investigações de pesquisa empírica cuja principal finalidade é o delineamento ou análise das características de fatos ou fenômenos”. Já pesquisa exploratória é uma investigação que tem como finalidade a formulação de questões ou de um problema, que irá desenvolver uma hipótese, aumentar a familiaridade do pesquisador com o ambiente, acontecimento ou fenômeno.

A pesquisa quantitativa, que tem suas raízes no pensamento positivista lógico, tende a enfatizar o raciocínio dedutivo, as regras da lógica e os atributos mensuráveis da experiência humana. Por outro lado, a pesquisa qualitativa tende a salientar os aspectos dinâmicos, holísticos e individuais da experiência humana, para apreender a totalidade no contexto daqueles que estão vivenciando o fenômeno (MARCONI; LAKATOS, 2016).

### **4.2 Local da Pesquisa**

A pesquisa foi realizada no Cardiagnóstico Ltda, que tem como nome fantasia, Hospital Wilson Rosado, CNPJ: 35.650.324/0001-50. Localizado na Rua Pedro Velho, nº250, Santo Antônio, Mossoró/RN, CEP: 59611-010.

O local escolhido foi uma instituição privada, que atende pacientes de Mossoró e região. O setor de oncologia está em funcionamento desde 2013 atendendo pacientes com convênio médico ou particular e atendimento pelo SUS desde 2015. Atende pacientes de ambos os sexos para tratamento de cânceres de vários tipos, oferecendo serviços ambulatoriais e de internações.

### **4.3 População e Amostra**

População de um estudo é caracterizada por um conjunto de indivíduos que possuam pelo menos uma característica em comum, e amostra é um subconjunto, que irá representar a população (CRESPO, 2009).

Assim, a população da pesquisa foram mulheres com diagnóstico de câncer de mama ou de colo de útero sem possibilidade terapêutica. Tendo uma amostra de 5 pacientes e 2 cuidadores que obedeceram aos critérios de inclusão. Essa amostra justificou-se devido a um número pequeno de pacientes mulheres em cuidados paliativos que são atendidos no hospital,

acreditando-se também que com esse número conseguiremos atingir os nossos objetivos e retratar as experiências vivenciadas por pacientes e cuidadores.

Para isso, tivemos como critérios de inclusão: pacientes de sexo feminino, que estejam fora de possibilidade terapêutica com diagnóstico de câncer de mama ou de colo de útero, que aceitem participar da pesquisa e assinem o Termo de Consentimento Livre Esclarecido (TCLE).

Como critérios de exclusão foram pacientes que estejam em processo de remissão do câncer, que não estejam em condições físicas ou psíquicas de participarem da entrevista e cuidadores profissionais.

#### **4.4 Instrumento de Coleta**

A coleta de dados deu-se através de uma entrevista onde Marconi; Lakatos(2016, pág.178) diz ser, “um encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto, mediante uma conversação de natureza profissional”. O instrumento será um roteiro de entrevista semiestruturada, com perguntas abertas e fechadas e que todos os participantes respondam aos mesmos questionamentos.

Foram utilizados dois roteiros de entrevistas, onde um foi aplicado ao paciente e o outro ao cuidador, onde os mesmos foram construídos baseados nas pesquisas realizadas por Inocenti; Rodrigues; Miasso (2009) e Cruzeiro et al (2012).

A primeira parte da entrevista do paciente foi composta por dados sociodemográficos, a segunda parte por dados referentes às características do câncer feminino e a terceira parte sobre as experiências frente ao câncer sem possibilidade terapêutica. Já para o cuidador foi composta por duas partes: a primeira parte por dados sociodemográficos e a segunda parte por dados referentes as experiências com o cuidado frente ao câncer sem possibilidade terapêutica.

#### **4.5 Procedimentos da Coleta**

A pesquisa foi submetida para avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de João Pessoa - PB.

Para a coleta de dados os pacientes e cuidadores que se enquadraram nos critérios de inclusão foram informados quanto aos objetivos da pesquisa e convidados a participar e a assinar o TCLE. Após a assinatura os participantes foram encaminhados para um local reservado, na própria instituição, garantindo a privacidade do procedimento de coleta dos

dados. A entrevista foi realizada individualmente conforme disponibilidade dos participantes, obedecendo aos períodos manhã ou tarde, destinado para coleta dos dados. Sendo as entrevistas gravadas e posteriormente transcritas na íntegra.

#### **4.6 Análise dos Dados**

Após a coleta dos dados os dados qualitativos obtidos nas entrevistas foram analisados através do método de análise de conteúdo de Bardin por categorização, que são definidos como o conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/ recepção destas mensagens (BARDIN, 2009).

A técnica foi realizada através de etapas, sendo elas: a organização da análise, a codificação de resultados, as categorizações, as inferências, e, por fim, a informatização da análise das comunicações (BARDIN, 2009).

Os dados quantitativos de natureza fechada foram tabulados no Excel 2010 e analisados através de estatística descritiva, apresentados em tabelas e discutidos através da literatura pertinente.

#### **4.7 Aspectos Éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança em João Pessoa, Paraíba, através da Plataforma Brasil, aprovado conforme certidão em anexo, protocolo CEP: 184/2017 e CAAE: 77629317.3.0000.5179. Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, garantindo ao participante que o anonimato, assim como, o sigilo das informações confidenciais, e assegurar os direitos e deveres que dizem respeito ao participante (BRASIL, 2012).

A pesquisa atendeu também a Resolução 311/07 do Conselho Federal de Enfermagem que aprovou a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem, onde o mesmo declara ser dever da enfermagem exercer sua profissão com justiça, compromisso, equidade, resolutividade, dignidade, competência, responsabilidade e honestidade (COFEN, 2007).

A pesquisa pode apresentar alguns riscos como medo, desconforto ou constrangimento dos participantes da pesquisa. Sendo esses riscos minimizados através das seguintes providências: esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. Todavia, a pesquisa apresenta maiores benefícios tanto para os enfermeiros, como para os profissionais de saúde que lidam com paciente em cuidados paliativo, contribuindo para produção científica sobre o tema e a para a melhoria na qualidade dos serviços de saúde e para a sociedade de forma geral.

#### **4.8 Financiamento**

Todas as despesas decorrentes da elaboração da pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. Qualquer tipo de despesa que a pesquisa requerer, a pesquisadora associada tem plena ciência da sua responsabilidade.

## 5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

### 5.1 Análise Quantitativa

#### 5.1.1 Caracterização do Perfil Social das Entrevistadas

Neste item são apresentados os resultados da coleta de informações acerca do perfil social das entrevistadas, em relação às experiências dos cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica. Assim, foi possível obter os dados de cinco pacientes e duas cuidadoras.

Portanto, os dados apresentados em relação a caracterização das participantes da pesquisa, são: idade, escolaridade, estado civil, local de residência, ocupação, religião, tipo de câncer, tempo do diagnóstico, início do tratamento, tempo em que é cuidador e quais outros cuidadores do paciente. Com relação ao perfil das cuidadoras vimos a literatura destaca que é atribuído a mulher os cuidados de um doente, pois historicamente é dado a mulher o papel de cuidar não só do lar, mas como também dos seus familiares (CRUZEIRO et al, 2012). Sendo assim, na presente pesquisa não é diferente as pacientes tem como cuidadores pessoas do sexo feminino.

Tabela 1 – Valores de frequência (%) da caracterização do perfil social das entrevistadas

Variáveis	Freq.	%
<b>CATEGORIA</b>		
Paciente	5	71,43
Cuidador	2	28,57
<b>IDADE</b>		
de 18 a 27 anos	1	14,28
de 28 a 37 anos	3	42,85
de 38 a 47 anos	0	0
de 48 a 57 anos	2	28,57
de 58 a 67 anos	1	14,28
<b>ESCOLARIDADE</b>		
Ensino Médio	5	71,42
Ensino Fundamental	1	14,28
Ensino Superior	1	14,28
<b>ESTADO CIVIL</b>		
Casada	4	57,14
Solteira	1	14,28
União estável	1	14,28
Separada	1	14,28
<b>LOCAL DE RESIDÊNCIA</b>		

Mossoró	4	57,14
Outros	3	42,86
<b>OCUPAÇÃO</b>		
Do lar	4	57,14
Técnica de enfermagem	1	14,28
Agente Comunitária de Saúde	1	14,28
Dentista	1	14,28
<b>RELIGIÃO</b>		
Católica	4	57,14
Evangélica	3	42,86
<b>LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO</b>		
Mama	4	80
Colo Uterino	1	20

Fonte: Pesquisa de Campo (2017)

A tabela 1 apresenta a caracterização social das entrevistadas. Então em relação a categoria, vimos que 71,43% das entrevistadas são pacientes, enquanto 28,57% são cuidadoras. Já com relação à idade, foi caracterizado que a idade das mulheres variavam em um intervalo de 18 a 58 anos, sendo 14,28% de 18 a 27 anos, 42,85% de 28 a 37 anos, 28,57% de 48 a 57 anos e 14,28% de 58 a 67 anos. No item escolaridade 71,42% possuem ensino médio, 14,28% ensino fundamental e 14,28% ensino superior. Já com relação ao estado civil 57,14% revela ser casada, 14,28% solteira, assim como também 14,28% vive em uma união estável e 14,28% se diz separada, dados esse que são equivalentes na pesquisa de Farina et al (2016), onde a maior parte das mulheres pesquisadas são casadas.

Com relação ao local de residência 57,14% afirma residir em Mossoró e 42,86% em outras localidades. Já a ocupação das entrevistadas 57,14% são do lar, 14,28% agente comunitária de saúde, 14,28% técnica de enfermagem e 14,28% dentista. No item religião 57,14% tem o catolicismo como sua religião e 42,86% são evangélicas. E no item localização do tumor primário 80% da pacientes relataram ter sido no tecido mamário, e 20% no colo uterino. Esse dado constata o que anteriormente foi relatado na revisão de literatura, que o câncer de colo uterino possui evolução lenta, favorecendo o desenvolvimento de um bom prognóstico, aumentando as chances de remissão do tumor (FRIGO; ZAMBARBA, 2015).

Relacionado à idade, chama-se a atenção ao fato da paciente mais jovem ter 31 anos e a mais velha 58, diferentemente da pesquisa de Ayala (2012), onde a idade variava entre 21 e 90 anos sendo a idade média 56 anos, o que não condiz com a atual pesquisa. Para religião, vimos que assim como na pesquisa de Inocentil; Rodrigues; Miasso (2009), o catolicismo aparece com destaque, porém com relação as outras religiões é divergentes, sendo o espiritismo a segunda religião mais citada entre as entrevistada.

A fim de descrever as pacientes participantes de maneira mais global e individual, foi utilizada uma exposição por extenso. Assim, para garantir o anonimato e privacidade das participantes da pesquisa, a caracterização das entrevistadas foi realizada através de nomes femininos bíblicos, sendo assim, nomes fictícios. Portanto, foram organizados a partir da sequência de entrevistadas.

- Sara, 35 anos, paciente com diagnóstico de câncer de colo uterino acerca de 1 ano e 3 meses, desde o seu diagnóstico já iniciou o tratamento passando por quimioterapia, cirurgia e radioterapia. Estudou até o ensino fundamental menor, vive em uma união estável, é evangélica e reside em Mossoró/RN.
- Miriã, 50 anos, teve seu diagnóstico de câncer de mama há 2 anos, onde já foi iniciado o tratamento, já fez uso de quimioterapia, cirurgia e braquiterapia. É casada, reside na zona rural de Mossoró, antes do seu diagnóstico trabalhava como agente comunitária de saúde, casada e evangélica.
- Ester, 27 anos, cuidadora familiar juntamente com outras pessoas da família, exerce essa função há 2 anos, do lar, casada, reside na zona rural de Mossoró/RN e é católica.
- Débora, 53 anos, casada, antes do diagnóstico trabalhava como técnica de enfermagem, residindo no interior do Rio Grande do Norte, católica, recebeu o diagnóstico de câncer de mama há 1 ano, seu tratamento desde o momento do diagnóstico foi a quimioterapia.
- Rute, 31 anos, casada, evangélica, residente no interior do Rio Grande do Norte, do lar, evangélica, seu diagnóstico há 1 e 10 meses foi de câncer de mama, passou por quimioterapia desde o diagnóstico.
- Priscila, 28 anos, solteira, tem como profissão dentista, reside no interior do Rio Grande do Norte, católica. É cuidadora familiar há 1 ano e 3 meses juntamente com esposo da paciente.
- Ana, 58 anos, separada, do lar, reside na cidade de Mossoró/RN, católica, recebeu o diagnóstico de câncer de mama acerca de 1 ano e 8 meses e logo após já iniciou o tratamento de quimioterapia, não passando por outros tratamentos, atualmente se encontra com metástase no fígado.



## 5.2 Análise Qualitativa

### 5.2.1 Experiências do Viver Com o Câncer

Este item apresenta os resultados de acordo com a Análise de Conteúdo de Bardin por categorização. Dessa forma, foram desenvolvidas três categorias, sendo elas: mudanças no cotidiano do paciente, sentimentos vivenciados pelos pacientes e o papel da família.

#### MUDANÇAS NO COTIDIANO DO PACIENTE

O diagnóstico de uma neoplasia maligna traz à tona sentimentos e experiências antes jamais vivenciados pelos paciente. Essas experiências podem gerar nos pacientes diversos efeitos, que dependendo da forma de como administra a situação poderá ter uma repercussão positiva ou negativa diante do seu quadro clínico (SALCI; MARCON, 2010).

As mulheres entrevistadas vivenciaram e vivenciam a cada dia essas mudanças em sua vida. Para algumas, sua vida continua como era, para outras já houve adaptação à sua nova rotina diária. Percebe-se que existe alguma semelhança, porém cada uma com suas particularidades.

*“Quando eu descobri, para mim eu achava que tudo estava perdido. Mas, foi muito contrário Foi um aprendizado para mim é mais conhecimento me conhecer melhor, entender que é uma vida e que a gente sabe se cuidar a gente vive mais” (Débora).*

*“É difícil a pessoa descobrir que tem uma doença tão difícil, mas no dia a dia a gente vai aprendendo a viver com isso” (Ana).*

*“A minha vida parou praticamente, é como se eu tivesse outra vida, foi eu ter feito essa descoberta” (Miriã).*

Assim, após a paciente receber o diagnóstico, passa por um momento de reflexão em sua vida, pois é necessário que passe por diversas mudanças com relação ao tratamento que será submetido. Serão mudanças de hábito de vida, da rotina familiar, entre outras. (SALCI; MARCON, 2010).

No entanto, vemos na pesquisa de Rodrigues; Polidori (2012), que as maiores mudanças enfrentadas estão relacionadas a administração do tratamento, pois essa administração é demorada, assim como, a internação hospitalar quando se faz necessária. Esses fatores além de distanciar o doente do seu ambiente familiar ainda causa irritabilidade no seu humor.

Percebe-se que essas mulheres querem demonstrar para as pessoas as mudanças geradas pelo diagnóstico, assim como, que os tratamentos submetidos em nada têm afetado seu dia a dia. Pois, elas relatam viverem bem com seu estado de saúde, porém percebe-se em suas falas um pouco de timidez ao falar sobre sua vida e as mudanças que elas vivenciaram.

#### SENTIMENTOS VIVENCIADOS PELAS PACIENTES

Com as mudanças vivenciadas os sentimentos ficam aflorados, a mulher teme pela sua aparência, pois o tratamento quimioterápico pode afetar sua imagem corporal, assim como, o tratamento cirúrgico. A imagem da paciente perante o espelho é alterada, além dos efeitos colaterais dos fármacos utilizados na quimioterapia que pode trazer um sofrimento ainda maior (PISONI, 2012). Nesse sentido, podemos perceber abaixo os sentimentos a partir das falas das participantes.

*“Sentimento de tristeza (choro) a gente pensa que não vai conseguir, mas a gente consegue” (Miriã).*

*“Foi difícil pra mim, (choro), mas eu não me deixei abalar, eu procurei reagir, porque se a gente ficar pra baixo as coisas ficam cada vez pior” (Ana).*

Porém, diante de todas as dificuldades essas mulheres demonstram força para reagir e melhorar sua qualidade de vida diante da sua condição de saúde, e relatam como reagem diante de tantos sentimentos aflorados e qual o motivo para continuarem a lutar. Buscando em

sua fé um propósito para conseguir passar por esse momento, demonstrando a importância da fé que elas devotam a Deus como seu pilar.

*“Pra mim a fé é a base de tudo, tem que ter fé e esperança que Deus vai fazer a graça acontecer” (Ana).*

*“Se você ficar triste Pelos cantos você procura fazer algo que você fosse para frente procurar coisas que melhora você que não lhe deixe abatida não pense na doença só pensa na recuperação porque se a gente for pensar na doença no problema que a gente tem a gente não consegue, tem que pensar positivo” (Sara).*

*“Foi difícil pra mim, (choro) mas eu não me deixei abalar, eu procurei reagir, porque se a gente ficar pra baixo as coisas ficam cada vez pior” (Ana).*

Portanto, os sentimentos vivenciados por essas pacientes atingem de forma direta o seu dia a dia, pois podem contribuir positivamente ou negativamente para sua melhora. Sendo assim, pacientes que possuem uma autoestima elevada, compreende melhor sua condição, assim como a aceitação da doença (GOMES; SILVA, 2013).

Em alguns momentos das entrevistas as lágrimas das entrevistadas rolavam pelos seus rostos, em outros percebia-se a emoção em suas palavras tremulas. A emoção estava à flor da pele ao lembrar de momentos difíceis, lembrar das suas famílias. Porém, mesmo como os sentimentos aflorados percebia-se que a emoção não era de tristeza, nem de desespero e a todo momento elas demonstrava e revelavam o quanto eram gratas a Deus por tudo e se mostravam com muita fé.

## PAPEL DA FAMÍLIA

O diagnóstico de uma neoplasia maligna é recebido pela família e pelo paciente como um momento em que é vivenciado vários sentimentos, como: angústia, sofrimento e

ansiedade. Tudo é novo e eles não sabem lidar com esses sentimentos, assim como também, o risco da morte eminente se faz presente no ambiente familiar. Portanto, nesse momento delicado da vida dessas mulheres que possuem diagnóstico de neoplasia mamária e de colo uterino a presença dos familiares é de grande importância, pois estes funcionam como porto seguro, lugar de refúgio para a doente (FEIJÓ et al, 2009). Como podemos observar nas falas das participantes:

*“Eu penso mais nas minhas filhas, na minha família eu penso mais neles” (Rute).*

*“As meninas que choraram, mas eu disse eu não quero lágrimas, eu quero a oração. Mas depois dessa doença a família está mais unida (Ana).*

*“Quando eu recebi o diagnóstico meu esposo estava trabalhando fora e eu não contava pra ele como eu realmente estava. Ele me ligava perguntando como eu estava, eu dizia que estava bem e quando ele chegou e me viu ficou muito preocupado. As minhas filhas eu vejo que elas tentam se mostrar forte na minha frente, mas eu sei que elas sofrem e isso me faz sofrer mais ainda” (Sara).*

Nesse contexto, as participantes relatam como as suas famílias estão presentes em sua vida, como receberam o diagnóstico e como vêm seus familiares nesse momento. Pois, para as pacientes a família tem uma importância crucial durante esse momento vivenciado, sendo o bem estar familiar fator de grande importância para seu dia a dia. Em diversos momentos a família é citada como sinal de força e de esperança. As mulheres entrevistadas são esposas, mães, avós, e relatavam sobre seus familiares com imenso carinho e gratidão, pois se fazem presente em suas vidas.

### **5.3 Experiências dos Cuidadores Frente ao Paciente Fora de Possibilidade Terapêutica**

Em sua pesquisa Inocentil; Rodrigues; Miasso (2009), dizem que nos relatos das cuidadoras observou-se o comprometimento das mesmas com relação ao tratamento e cuidado dos pacientes, desde o momento ao qual receberam o diagnóstico, até os cuidados que são ofertados em seus lares.

## SENTIMENTOS

No ambiente familiar, desde o diagnóstico a relação familiar passa por transformações em sua relação familiar, porém quando os laços são fortes, os sentimentos de carinho, cuidado, proteção, respeito e amor prevalecem. Fortalecendo então a relação no âmbito familiar (RIBEIRO; SOUZA, 2010). Como foi constatado através dos relatos das cuidadoras.

*“Sentimentos de cuidado, proteção, de mais amor” (Ester).*

*“O câncer ele veio e não veio só de uma forma somente negativa, mas ele melhorou muito toda a família a gente se tornou melhores. Com certeza porque é uma lição de vida, mas a gente aprendeu também a conviver com a doença, deixou muita lição” (Priscila).*

Porém, em meio a esses sentimentos, há quem vivencie outras emoções, como podemos constatar no relato abaixo:

*“Medo, medo eu acho que a gente acha que o mundo vai acabar, os piores o diagnóstico no momento do diagnóstico e sentimentos todos os piores sentimentos mas realmente sente medo, angústia, depressão, solidão. Mas, aí depois vai aprendendo a conviver a lidar e aí tudo volta à normalidade” (Priscila).*

Sendo assim, percebemos que as emoções se misturam, e as famílias vivenciam um momento único em suas vidas, onde experimentam diversos sentimentos e experiências de

vida. Dessa forma, passam por diversas situações que os leva a uma montanha russa de emoções, onde sua prioridade é fornecer os melhores cuidados, e onde a demonstração de carinho é nítida a quem está em volta observando os cuidados prestados. Como também as pacientes em seus relatos confirmaram os gestos de carinho e dedicação, assim como sua gratidão por tais cuidados prestados.

## VISÃO DO CUIDADOR

Sabemos que os pacientes em cuidados paliativos precisam de cuidados redobrados e específicos de cada um, necessitando então de uma maior atenção por parte do cuidador. Porém, tudo isso pode trazer para o cuidador e para a família de um modo geral um crescimento pessoal (GUIMARÃES; LIPP, 2011). Assim, novamente destaca-se o relato da cuidadora Priscila no momento em que afirma:

*“O câncer ele veio e não veio só de uma forma somente negativa, mas ele melhorou muito toda a família a gente ‘se tornou melhores’. Com certeza porque é uma lição de vida, mas a gente aprendeu também a conviver com a doença, deixou muita lição” (Priscila).*

Assim, o ambiente familiar se mantém unido, a fim de atender as necessidades do paciente, pois ele passa a ser a prioridade do lar. Como também as demonstrações de carinho passam a ser constantes, juntamente com o apoio familiar. Todos unidos com um único propósito, o bem estar do doente. Podendo dentro de toda essa situação ser retirado lições positivas, aprendizados que serão levados para a vida de todos aqueles que convivem ao lado de um paciente fora de possibilidade terapêutica.

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em virtude dos fatos mencionados anteriormente, entendemos que a problemática foi solucionada, tendo em vista que, as experiências dos cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica acerca dos cânceres de mama e colo uterino foram aqui explanadas.

Assim, as participantes da pesquisa são mulheres de várias faixas etárias, que tiveram o tumor primário na mama ou colo uterino, com experiências diversas que foram analisadas em categorias como: mudanças no cotidiano do paciente, sentimentos vivenciados pelo paciente, papel da família, sentimentos e visão do cuidador. Sendo então observadas as dificuldades e mudanças vivenciadas por essas mulheres.

Portanto, com os dados obtidos através das entrevistas podemos constatar que as pacientes e cuidadoras passam por inúmeras experiências, assim como vivenciam sentimentos diversos até o momento da aceitação do diagnóstico. Percebemos também que as experiências são individualizadas e que de maneira geral toda essa vivência acaba por fortalecer laços e despertar sentimentos e desejos adormecidos. Então essas mulheres aprendem uma com as outras, sendo um aprendizado e crescimento pessoal para aqueles que vivenciam essa situação.

Foi constatado também que por mais que o câncer venha atingindo cada dia mais as pessoas de diversas idades e sexo, ainda se tem um número limitado de pesquisa no que condiz experiências dos cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica. Assim como muitas das vezes o serviço utilizado possui uma demanda muito grande tendo em vista o crescimento dos casos. Com isso, o objetivo geral e os específicos foram alcançados.

Assim, com a experiência vivenciada diante dessas mulheres, percebe-se a necessidade de uma equipe de enfermagem preparada para lidar com pacientes e família. Pois, durante toda a jornada do câncer surgem diversas dúvidas e medos, principalmente no que condiz aos cuidados diários que precisam ser prestados, como também é necessário um apoio psicológico para conseguirem lidar com todas as mudanças bruscas nas suas vidas.

Então, a presente pesquisa poderá gerar novas investigações, relacionadas a capacitação da equipe multiprofissional que lidam com pacientes em cuidados paliativos. Pois, trata-se de um tema muito amplo e abrangente.

Sendo então, essa pesquisa de grande relevância para o meio acadêmico e profissional, pois pode-se conhecer as experiências vivenciadas por cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica, acerca dos cânceres de mama e de colo uterino.

## REFERÊNCIAS

ALBARELLO, Renata et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram Diagnóstico de câncer de mama. **Rev. de Enfermagem**. Vol. 8, n. 8. 2012. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/473>> Acesso em: 21 mai. 2017.

ALMEIDA, Renata Fragomeni. **Metástase axilar em linfonodo sentinela nos carcinomas ductal e lobular infiltrantes de mama e correlação com axila positiva**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde). Porto Alegre - RS: 2016. Disponível em: <<https://repositorio.ufcspa.edu.br/jspui/handle/123456789/398>> Acesso em: 30 mai. 2017.

AQUINO, Ranniere Gurgel Furtado de et al. Carcinoma ductal invasor: comparação dos graus histológicos entre tumor primário e metástase axilar. **Rev.Bras. Mastologia**. Vol.27, n.2. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <[http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18182/1/2016\\_art\\_rgfaquino.pdf](http://repositorio.ufc.br/bitstream/riufc/18182/1/2016_art_rgfaquino.pdf)> Acesso em: 18 abril 2017.

BAPTISTA, Bruna Olegário et al. A sobrecarga do familiar cuidador no âmbito domiciliar: uma revisão integrativa da literatura. **Rev. Gaúcha de Enfermagem**. Vol. 33, n. 1. Porto Alegre, 2012. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/index.php/RevistaGauchadeEnfermagem/article/view/20048/17011>> Acesso em: 09 ago. 2017.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Dispõe de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 01 jun. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Mortalidade Geral. Rio de Janeiro: INCA, [2013?]. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/wcm/incidencia/2017/pdf/mortalidade-geral.pdf>> Acesso em: 01 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Ministério da Saúde. Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015a. p. 122. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>>. Acesso em: 13 abril. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015b. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/Diretrizes+Detecção+Precoce+Ca+Mama+2015>> Acesso em: 05 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Informativo: Detecção Precoce. Rio de Janeiro: INCA, 2015c. Disponível em:



<[http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo\\_numero3\\_2015.versao\\_2016.pdf](http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/informativo_numero3_2015.versao_2016.pdf)>  
Acesso em 15 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Tipo de Câncer: Colo de Útero. Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2016a. Disponível em: <  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)>  
Acesso em 20 mai. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Brasília: Departamento de Vigilância em Doenças Transmissíveis, Rio de Janeiro: INCA, 2016b. Disponível em: <  
<https://sbim.org.br/images/files/nota-informativa-311.pdf>> Acesso em 28 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. O que é câncer. Rio de Janeiro: 2017a. Disponível em: < [http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)>  
Acesso em: 28 abril 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Tratamento do Câncer. Rio de Janeiro: 2017b. Disponível em: <  
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>> Acesso em: 02 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. O que é o câncer. Rio de Janeiro: 2017c. Disponível em:  
<[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=322](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=322)> Acesso em: 30 abril 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Síntese de Resultados e Comentário. Rio de Janeiro: 2017d. Disponível em: <  
<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/sintese-de-resultados-comentarios.asp>> Acesso em: 28 abril 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Fatores de Risco. Rio de Janeiro: 2017e. Disponível em:  
<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores\\_de\\_risco\\_1](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/fatores_de_risco_1)> Acesso em: 28 abril 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Sintomas. Rio de Janeiro: 2017f. Disponível em: <  
<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/sintomas>> Acesso em: 18 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Controle de Câncer de Mama. Rio de Janeiro: 2017g. Disponível em:  
<[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)> Acesso em: 18 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Tipos de câncer: colo do útero. Rio de Janeiro: 2017h. Disponível em: <  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/definicao](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/definicao)>  
Acesso em: 28 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva.. Diagnóstico. Rio de Janeiro: 2017i. Disponível em: <  
[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo\\_uterio/diagnostico1](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/colo_uterio/diagnostico1)>  
Acesso em: 28 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Quimioterapia. Rio de Janeiro: 2017j. Disponível em: <  
[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?id=101](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=101)>  
Acesso em: 30 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Radioterapia. Rio de Janeiro: 2017k. Disponível em: <  
[http://www.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=100](http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=100)>  
Acesso em: 30 mai. 2017.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Cuidados Paliativos. Rio de Janeiro, 2017l. Disponível em:  
<[http://www1.inca.gov.br/conteudo\\_view.asp?ID=474](http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=474)>. Acesso em: 25 mai. 2016.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Resolução COFEN nº 311 de 8 de fevereiro de 2007. Dispõe do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem. Rio de Janeiro: Conselho Federal de Enfermagem, 2007. Disponível em: <  
[http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007\\_4345.html](http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3112007_4345.html)>. Acesso em: 01 jun. 2015.

CONDE, Carla Regiani et al. A repercussão do diagnóstico e tratamento do câncer de mama no contexto familiar. In: Congresso Ibero-Americano em Investigação Qualitativa. 2016. **Anais...** Disponível em:  
<<http://proceedings.ciaiq.org/index.php/ciaiq2016/article/viewFile/913/897>> Acesso em: 15 mai. 2017.

CRESPO, Antônio Arnot. **Estatística Fácil**. 19 ed. São Paulo: Saraiva, 2009.

CRUZEIRO, Natália Fernandes et al. Compreendendo a experiência do cuidador de um familiar com câncer fora de possibilidade de cura. **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 14, n. 04. 2012. Disponível em: <  
[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n4/pdf/v14n4a20.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n4/pdf/v14n4a20.pdf)> Acesso em: 10 abril 2017.

FABRO, Erica Alves Nogueira et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Rev. Brasileira de Mastologia**. Vol. 29, n. 1. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <  
[http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/03/MAS-v26n1\\_4-8.pdf](http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/03/MAS-v26n1_4-8.pdf)> Acesso em: 30 mai. 2017.

FACINA, Gil. Pode-se realizar a reposição hormonal em mulheres sintomáticas portadoras de mutação do tipo BRCA 1?. **Rev. Brasileira de Mastologia**. Vol. 26, n. 2. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <  
[http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/04/MAS\\_v26n2\\_37-38.pdf](http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/04/MAS_v26n2_37-38.pdf)> Acesso em: 18 mai. 2017.

FARINA, Aguiar et al. Perfil epidemiológico clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá (MT). **Rev. Brasileira de Mastologia**. Vol. 27, n.01. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <

[http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1\\_74-79.pdf](http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2017/01/MAS-v27n1_74-79.pdf)  
Acesso em: 18 mai.2017.

FEIJÓ, Aline Machado et al. O papel da família sob a ótica da mulher acometida por câncer de mama. **Cienc. Cuid. Saúde**. Vol. 08. 2009. Disponível em: <  
<http://ojs.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9721/5534>> Acesso em: 26 nov. 2017.

FERNANDES, Maria de Fátima Prado; KOMESSU, Janete Hatsuko. Desafios do enfermeiro diante da dor e do sofrimento da família de pacientes fora de possibilidades terapêuticas. **Rev. Esc. Enferm. USP**. Vol. 47, n.1. 2012. Disponível em:  
<<http://www.revistas.usp.br/reusp/article/view/52877/56805>>. Acesso em: 25 abril 2017.

FERREIRA, Verônica Aparecida et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Rev. Rene**. Vol. 12, n. 2. 2015. Disponível em: <<http://www.periodicos.ufc.br/index.php/rene/article/view/2724>> Acesso em: 29 mai. 2017.

FONTOURA, Elaine Guedes. Sentido da vida: vivências dos cuidados de enfermeiros à pessoa no processo de morte e morrer: Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal da Bahia. 2013. Disponível em: <  
<http://www.repositorio.ufba.br:8080/ri/handle/ri/12285>> Acesso em: 19 mai. 2017.

FRIGO, Letícia Fernandez; ZAMBARBA, Simone de Oliveira. Câncer do colo de útero: efeitos do tratamento. **Ver. Cinergis**. Ano. 16, vol. 16, n. 3. Santa Cruz do Sul-SC: 2015. Disponível em: < <https://online.unisc.br/seer/index.php/cinergis/article/view/6211>> Acesso em: 04 mai. 2017.

FURGERI; Sergio; RODRIGUES, Silvia C. M.; SILVA, Simone M. da. Tecnologias associadas ao diagnóstico do Câncer de Mama. **Rev. de Estudos e Reflexões Tecnológicas**. N. 11. Indaiatuba-SP: 2013. Disponível em: <  
<http://www.fatecid.com.br/reverte/index.php/revista/article/view/81>> Acesso em: 21 mai. 2017.

FURTADO, Humberto Moraes Silva et a Repercussões do diagnóstico de câncer de mama feminino para diferentes faixas etárias. **Rev. Ciências & Saúde**. Vol. 9, n. 1. Goiânia: 2016. Disponível em: < <http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faenfi/article/view/21813>> Acesso em: 05 mai. 2017.

GIRIANELLI, Vania Reis; GAMARRA, Carmen Justina; SILVA, Gulnar Azevedo e. Os grandes contrastes na mortalidade por câncer do colo uterino e de mama no Brasil. **Rev. Saúde Pública**. Vol.48, n.3.Rio de Janeiro: 2014. Disponível em:  
<[http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt\\_0034-8910-rsp-48-3-0459.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rsp/v48n3/pt_0034-8910-rsp-48-3-0459.pdf)> Acesso em: 05 mai. 2017.

GOMES, Nathália Silva; SILVA, Sueli Riul da. Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamaria. **Texto & Contexto Enfermagem**. Vol. 22, n. 2.

Santa Catarina: 2013. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/714/71427998029.pdf>> Acesso em: 26 nov. 2017.

GUIMARÃES, Claudiane Aparecida; LIPP, Marilda Emmanuel Novaes. Um olhar sobre o cuidador de pacientes oncológicos recebendo cuidados paliativos. **Psicologia: teoria e prática**. Vol. 13, n. 2. 2011. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ptp/v13n2/v13n2a04.pdf>> Acesso em: 26 nov. 2017.

HERMES, Héliida Ribeiro; LAMARCA, Isabel Cristina Arruda. Cuidados paliativos: uma abordagem a partir das categorias profissionais de saúde. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. 2013. Disponível em: < [http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43061692/CP\\_e\\_categorias\\_profissionais.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1496536780&Signature=Ykbt10EuMp4x3CyPOXV4aIj8f30%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCP\\_e\\_categorias\\_profissionais.pdf](http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/43061692/CP_e_categorias_profissionais.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAIWOWYYGZ2Y53UL3A&Expires=1496536780&Signature=Ykbt10EuMp4x3CyPOXV4aIj8f30%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DCP_e_categorias_profissionais.pdf)> Acesso em: 02 jun. 2017.

HISSE, Claudia das Neves et al. Caracterização dos pacientes de quimioterapia e hormonioterapia de uma unidade de oncologia. **R. Enferm. Cent. O. Min.** Vol. 4, n. 2. 2014. Disponível em: < <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/492>> Acesso em: 25 mai. 2017.

HINKLE, Janice L.; CHEEVER, Kerry H. **Brunner & Suddarth**: Tratado de Enfermagem Médico – Cirúrgica. Vol.1 13 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2017.

HOFELMANN, Doroteia Aparecida; ANJOS, Juliana Cristine; AYALA, Arlene Laurenti. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. Vol. 09, n. 6 Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/csc/v19n6/1413-8123-csc-19-06-01813.pdf>> Acesso em: 25 abril 2017.

INOCENTE, Aline; RODRIGUES, Inês Gimenes; MIASSO, Adriana Inocente. Vivências e sentimentos do cuidador familiar do paciente oncológico em cuidados paliativos. **Rev. Eletro. Enferm.** Vol. 11, n. 4. Disponível em: < [https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v11n4/pdf/v11n4a11.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v11n4/pdf/v11n4a11.pdf)> Acesso em: 19 abril 2017.

KUMAR, Vinay; ABBAS, Abul K.; ASTER, Jon C. **Robbins & Cotran**: bases patológicas das doenças. 9 ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2016.

KRUGER, Erika Christine Fernandes; CHAN, Sara Anna Chaves; RIBEIRO, Andrea Alves. Prevalência de anormalidades nos exames citopatológicos realizados no laboratório de análises clínicas da Pontifícia Universidade Católica de Goiás - LC PUC Goiás. **Revista PUC Goiás**. Vol. 43, n. 1. Goiânia: 2016. Disponível em: < <http://revistas.pucgoias.edu.br/index.php/estudos/article/viewFile/5196/2851>> Acesso em: 18 mai. 2017.

LIMA, Chirlei Aparecida de et al. Câncer do Colo de Útero: Conhecimentos de Estudantes Universitários. **Rev. Enfem. UFPE**. Vol. 10, n. 08. Recife: 2016. Disponível em: < <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/11369/13106>> Acesso em: 18 mai. 2017.

LIMA, Márcia Gabriela Rodrigues de; NIETCHE, Elisabeta Albertina; TEIXEIRA, Joice Ane. Reflexos da formação acadêmica na percepção do morrer e da morte por enfermeiros. **Rev. Eletr. Enf.** Vol. 14, n. 1. 2012. Disponível em: <[https://www.fen.ufg.br/fen\\_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf](https://www.fen.ufg.br/fen_revista/v14/n1/pdf/v14n1a21.pdf)> Acesso em: 19 mai. 2017.

LÔBO, Sâmia Aguiar et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Rev. Acta Paul Enferm.** Vol. 27, n. 6. 2014. Disponível em: <<http://www2.unifesp.br/acta/pdf/v27/n6/v27n6a0.pdf#page=63>> Acesso em 29 mai 2017.

MAIA, Carina Scanoni et al. Câncer de Mama: profilaxia por mastectomia na presença de alterações dos genes brca1 e brca2. **Rev. Saúde & Ciências online**, Vol. 5, n. 2. Campina Grande: 2016. Disponível em: <<http://www.ufcg.edu.br/revistasauceciencia/index.php/RSC-UFCG/article/view/374/253>> Acesso em: 17 mai. 2017.

MARCONI, Marina de Andrade; LAKATOS, Eva Maria. **Fundamentos de metodologia científica**. 7 ed. São Paulo: Atlas, 2016.

MARTIINS, Jumara. **Fatores associados à variação no comprometimento e diâmetro vaginal após radioterapia pélvica para câncer do colo uterino**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP: 2016. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/319196/1/Martins%2c%20Jumara\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/319196/1/Martins%2c%20Jumara_M.pdf)> Acesso em: 28 mai. 2017.

MENEZES, Ana Carolina; RAPOSO, Bárbara; ALENCAR, Maria José dos S. Abordagem clínica e terapêutica da mucosite oral induzida por radioterapia e quimioterapia em pacientes com câncer **Ver. Brasileira de Odontologia**. Vol. 71, n. 1. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <<http://revista.aborj.org.br/index.php/rbo/article/viewFile/536/413>> Acesso em: 05 mai. 2017.

MORO, Cristiane Rossi et al. Desvelando o processo de morrer na adolescência: a ótica da equipe de Enfermagem. **Rev. Rene**. Vol. 11, n. 1. Fortaleza: 2010. Disponível em: <<http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/11869>> Acesso em: 19 mai. 2017.

NARDI, Angélica Trevisan De et al. Liberação miofacial em pacientes com mastectomia. **Rev. Fisioterapia Brasil**. Vol. 15, n. 4. 2014. Disponível em: <<http://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/fisioterapiabrasil/article/view/357/627>> Acesso em: 29 mai. 2017.

NESTOR NETO, José de Souza Barreto et al. Perfil epidemiológico dos subtipos moleculares de carcinoma ductal da mama em população de pacientes em Salvador, Bahia. **Rev. Brasileira de Mastologia**. Vol. 24, n. 4. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <[http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS\\_v24n4\\_98-102.pdf](http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n4_98-102.pdf)> Acesso em: 30 abril 2017.

OLIVEIRA, Thais Cibere Bezerra de; MARANHÃO, Thércia Lucena Girangeiro; BARROSO, Marianna Leite. Equipe Multiprofissional de Cuidados Paliativos da Oncologia Pediátrica: Uma Revisão Sistemática. **Id. on Line Rev.Psc**. Vol.11, n. 35. 2017 Disponível em: <<https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/754/1061>> Acesso em: 15 abril 2017.

PINHEIRO, Aline Barros et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Rev. Bras. Cancerologia**. Vol. 03, n. 59. Acesso em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/05-artigo-cancer-mama-mulheres-jovens-analise-casos.pdf)> Acesso em: 14 abril 2017,

PEREIRA, Deisiane Gêssica et al. Significados dos cuidados paliativos na ótica de enfermeiros e gestores da atenção primária à saúde. **Rev. Enfer. UFPE**. Vol.11, n. 03 Recife-PE: 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/13977/16825>> Acesso em: 18 mai. 2017.

PISONI, Ana Carmén. **Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama**. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Oncologia) – Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul. Ijuí-RS: 2012. Disponível em: <<http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/bitstream/handle/123456789/722/ana%20pdf.pdf?sequence=1>> Acesso em 25 nov. 2017.

RIBEIRO; Aline F.; SOUZA, Célia A. de. O cuidador familiar de doentes com câncer. **Arq. Cienc. Saúde**. Vol.17. 2010. Disponível em: <[http://repositorio-racs.famerp.br/racs\\_ol/vol-17-1/IDL3\\_jan-mar\\_2010.pdf](http://repositorio-racs.famerp.br/racs_ol/vol-17-1/IDL3_jan-mar_2010.pdf)> Acesso em: 26 nov. 2017.

RIBEIRO, Mariana Goveia Melo. **Detecção e Genotipagem do Papilomavírus Humano (HPV) em Mucosa Oral de Pacientes do Estado de Sergipe, Brasil**. Dissertação (Mestrado em Biologia Parasitária) – Universidade Federal de Sergipe. Sergipe, 2014. Disponível em: <[https://bdtd.ufs.br/bitstream/tede/631/1/MARIANA\\_GOVEIA\\_MELO\\_RIBEIRO.pdf](https://bdtd.ufs.br/bitstream/tede/631/1/MARIANA_GOVEIA_MELO_RIBEIRO.pdf)> Acesso em: 29 mai. 2017.

ROCHA, Laís Búrigo, **Estudo comparativo entre os métodos de citologia convencional e citologia em meio líquido para diagnosticar as lesões precoces do câncer de colo uterino em um laboratório privado no município de criciúma**. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharel em Biomedicina) – Universidade do Extremo Sul Catarinense, 2016. Disponível em: <<http://repositorio.unesc.net/handle/1/4179>> Acesso em: 30 mai. 2017.

RODRIGUES, Fernanda Silva de Souza; POLIDORI, Marlis Morosini. Enfrentamento e Resiliência de Pacientes em Tratamento Quimioterápico e seus Familiares. **Rev. Brasileira de Cancerologia**. Vol.04, n. 58. 2012. Disponível em: <[http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_58/v04/pdf/07-artigo-enfrentamento-resiliencia-pacientes-tratamento-quimioterapico-familiares.pdf)> Acesso em: 25 nov. 2017.

SALCI, Maria Aparecida; MARCONI, Sônia Silva. A convivência com o fantasma do câncer. **Rev. Gaúcha Enfem**. Vol. 31, n. 1. Porto Alegre: 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v31n1/a03v31n1>> Acesso em: 25 nov. 2017.

SALES, Carina Aparecida et al. Cuidado de enfermagem oncológico na ótica do cuidador familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul. de Enfer**. Vol. 25, n. 05. São Paulo: 2012. Disponível em: <<http://www.redalyc.org/pdf/3070/307026618003.pdf>> Acesso em 13 ago. 2017.

SAMPAIO, Marília et al. Metástase de Câncer de Colo Uterino para Regiões Selar: Relato de Caso e Revisão de Literatura. **Rev. de Saúde**. Vol.03, n. 04. 2016. Disponível em: <[http://www.hospitalsantaizabel.org.br/images/liana/Revista\\_Cient%C3%ADfica\\_HSI\\_V4\\_2016.pdf#page=35](http://www.hospitalsantaizabel.org.br/images/liana/Revista_Cient%C3%ADfica_HSI_V4_2016.pdf#page=35)> Acesso em: 01 jun. 2017.

SANTOS, Carla Monteiro et al. O enfermeiro na assistência à mulher com câncer de colo uterino. **Revista Recien**. Vol. 5, n. 14. São Paulo: 2015. Disponível em: <<http://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/107>> Acesso em: 24 mai. 2017.

SANTOS, Natachie Furlan. **Comparações entre drenagem linfática manual e exercícios ativos no pós operatório de mulheres com câncer de mama avançado**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP: 2016. Disponível em: <[http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312550/1/Santos%2c%20Natachie%20Furlan\\_M.pdf](http://repositorio.unicamp.br/bitstream/REPOSIP/312550/1/Santos%2c%20Natachie%20Furlan_M.pdf)> Acesso em 01 jun. 2017.

SILVA, Elaine Cristina de Souza da et al. Câncer de mama e qualidade de vida durante o tratamento radioterápico. **Ciências biológicas e da saúde**. Vol. 1, n. 3. Recife: 2014. Disponível em: <<https://periodicos.set.edu.br/index.php/facipesaude/article/view/1719/921>> Acesso em: 29 mai. 2017.

SILVA, Patrícia Almeida; VIANNA, Paula Vilhena Carnevale; BARJA, Paulo Roxo. Mamografia de rastreamento para câncer de mama pelo sus na região metropolitana do vale do paraíba e litoral norte: tendência e características sociais de mulheres submetidas ao exame, entre 2010 e 2014. **Rev. Univap**. Vol. 22, n. 41. São José dos Campos: 2016. Disponível em: <<http://revista.univap.br/index.php/revistaunivap/article/view/394>> Acesso em 30 mai. 2017.

SILVA, Raiane T. et al. Contraceptivos orais e hábitos tabagistas são fatores de risco para lesões precursoras do câncer de colo uterino. In: III Congresso de Pesquisa e Extensão da Faculdade da Serra Gaúcha. Vol.3, n. 3. 2015. **Anais...** Disponível em: <<http://ojs.fsg.br/index.php/pesquisaextensao/article/view/1699/1505>> Acesso em: 01 jun. 2017.

SOUSA, Kamila Abrantes de et al. Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia. **Rev. Online de Pesquisa**. Vol. 8, n. 4. Rio de Janeiro: 2014. Disponível em: <[http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4984/pdf\\_1](http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4984/pdf_1)> Acesso 20 mai. 2017.

SOUZA, Cristiana Rocha Moura. **Acesso à mamografia para a detecção precoce do câncer de mama na Região de Saúde de Vitória da Conquista (BA)**. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) Vitória da Conquista – BA: 2016. Disponível em: <[file:///C:/Users/Clara/Documents/ENFERMAGEM/FACENE/TCC/SOUZA%20\(2016\)%20Acesso%20%C3%A0%20mamografia%20para%20detec%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20do%20c%C3%A2ncer.pdf](file:///C:/Users/Clara/Documents/ENFERMAGEM/FACENE/TCC/SOUZA%20(2016)%20Acesso%20%C3%A0%20mamografia%20para%20detec%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20do%20c%C3%A2ncer.pdf)> Acesso em: 30 mai. 2017.

TAVARES, Nathália Caroline Mendes et al. Perfil clínico, sexual e reprodutivo das mulheres que realizaram o exame Papanicolau no ambulatório de uma faculdade em São Luiz-MA. **Rev. Interdisciplinar**. Vol. 10, n. 1. 2017. Disponível em: <

<http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1269>> Acesso em 19 mai. 2017

TAVERNA, Gelson; SOUZA, Waldir. O luto e suas realidades humanas diante da perda e do sofrimento. **Caderno Tecnológico da PUCPR**. Vol. 2, n. 2. 2014. Disponível em: <<http://www2.pucpr.br/reol/pb/index.php/teologico?dd1=14546&dd99=view&dd98=pb>> Acesso em: 25 mai. 2017.

TORRES, Danielle Mesquita et al. Análise de dados epidemiológicos de pacientes acompanhadas por neoplasia mamária em um hospital de Fortaleza (CE). **Rev. Brasileira de Mastologia**. Vol. 26, n. 2. Rio de Janeiro: 2016. Disponível em: <[http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/04/MAS\\_v26n2\\_39-44.pdf](http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2016/04/MAS_v26n2_39-44.pdf)> Acesso em: 18 mai. 2017.

TSUNODA, Audrey Tieko et al. Laparoscopia no câncer de colo uterino. Estado atual e revisão da literatura. Laparoscopia no câncer de colo uterino. Estado atual e revisão da literatura. **Rev. Col. Bras. Cir.** Vol. 42, n.5. 2015. Disponível em: <<http://www.revistadocbc.org.br/detalhes/78/laparoscopia-no-cancer-de-colo-uterino--estado-atual-e-revisao-da-literatura>> Acesso em: 18 mai. 2017.

YONEDA, Juliana Yoko. **Fatores patológicos relacionados ao tratamento cirúrgico dos carcinomas microinvasores do colo do útero**. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas-SP: 2014. Disponível em: <<http://repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/312847>> Acesso em 31 mai. 2017.



**APÊNDICES**

## APÊNDICE I

### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

A Sra. está sendo convidada para participar da pesquisa intitulada: **CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES E PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA**. Está sendo desenvolvida por **CLARA KATIENE COSTA SANTOS BRILHANTE** aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN sob a orientação da pesquisadora responsável professora **GISELLE SANTOS COSTA DE OLIVEIRA**.

A pesquisa apresenta tem o seguinte objetivo geral: Analisar as experiências dos cuidadores e pacientes fora de possibilidade terapêutica acerca dos cânceres femininos. E como objetivos específicos: caracterizar o perfil dos cuidadores e pacientes entrevistados, conhecer as experiências dos cuidadores e pacientes sem possibilidades de cura acerca dos cânceres femininos, conhecer os significados dos cânceres femininos para cuidadores e pacientes sem possibilidades de cura e identificar os sentimentos vivenciados para cuidadores e pacientes sem possibilidades de cura acerca dos cânceres femininos.

A pesquisa apresenta riscos mínimos, como, por exemplo, desconforto, medo e constrangimento relacionados à aplicação da entrevista, que serão minimizados através das seguintes providências: Esclarecimento sobre a finalidade da pesquisa, garantia da privacidade no momento da aplicação do questionário, do sigilo da identidade pessoal e das informações obtidas. Os benefícios relacionados à sua participação será o aumento no conhecimento científico para a área da oncologia na atenção básica e a contribuição para assistência aos mesmos, com fins de proporcionar maior qualidade de vida através de informações sobre o dado assunto. Deste modo, os benefícios superam os riscos.

Informamos que será garantido seu anonimato, bem como, assegurado sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, e o direito de desistir da mesma em qualquer etapa de seu desenvolvimento. Salientamos ainda, que não será efetuada nenhuma forma de gratificação pela sua participação.

Caso decida aceitar o convite, você será submetido aos seguintes procedimentos: assinar esse termo de consentimento autorizando sua participação e, posteriormente, submeter-se a aplicação de uma entrevista semiestruturada com o pesquisador, onde a senhora responderá a algumas perguntas relacionadas aos objetivos propostos. Os dados poderão ser

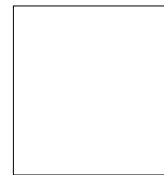
divulgados em eventos científicos, periódicos e outros tanto a nível nacional ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo.

A sua participação na pesquisa é voluntária e, portanto, a senhora não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano.

As pesquisadoras estarão à sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Diante do exposto, agradecemos à contribuição do (a) senhor (a) na realização dessa pesquisa.

Eu, \_\_\_\_\_,  
concordo em participar desta pesquisa declarando que cedo os direitos do material coletado, que fui devidamente esclarecida, estando ciente dos objetivos e da justificativa da pesquisa, com a liberdade de retirar o consentimento sem que isso me traga qualquer prejuízo. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira folha e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável.

Mossoró, \_\_\_\_/\_\_\_\_/2017.



---

Prof<sup>a</sup> Ms. Giselle Santos Costa de Oliveira<sup>1</sup>  
(Pesquisadora Responsável)

---

Participante da Pesquisa / Testemunha

---

<sup>1</sup> **Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa:** Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba – Brasil CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4790. E-mail: [cep@facene.com](mailto:cep@facene.com)  
**Pesquisadora Responsável:** Giselle dos Santos Costa Oliveira  
**Endereço residencial da Pesquisadora responsável:** Av. Presidente Dutra, Mossoró-RN. CEP: 59.628-000  
**E-mail do pesquisador:** [gisellesantos@facenemossoro.com.br](mailto:gisellesantos@facenemossoro.com.br)  
**Fone de contato profissional:** (84) 3312-0143

**APÊNDICE II**  
**Roteiro de Entrevista**  
**Paciente**

**I - PERFIL DOS PARTICIPANTES**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Local de residência:** ( ) Mossoró ( ) outros

**Ocupação:** \_\_\_\_\_

**Religião:** \_\_\_\_\_

**II - CARACTERÍSTICAS DO CÂNCER FEMININO**

Tipo de câncer feminino: \_\_\_\_\_

Quando descobriu o câncer feminino: \_\_\_\_\_

Início do tratamento do câncer: \_\_\_\_\_

Quais os tipos de tratamento utilizados: \_\_\_\_\_

**III - QUESTÕES RELACIONADAS À TEMÁTICA**

1. Fale da sua experiência em relação ao viver com câncer?
2. Fale sobre significado do câncer para você enquanto paciente?
3. Fale sobre os sentimentos vivenciados após a descoberta do Câncer?

**APÊNDICE III**  
**Roteiro de Entrevista**  
**Cuidador**

**I - PERFIL DOS PARTICIPANTES**

**Idade:** \_\_\_\_\_

**Escolaridade:** \_\_\_\_\_

**Estado civil:** \_\_\_\_\_

**Local de residência:** ( ) Mossoró ( ) outros

**Ocupação:** \_\_\_\_\_

**Religião:** \_\_\_\_\_

**Cuidador familiar** ( )

**Cuidador profissional** ( )

**Há quanto tempo é cuidador:** \_\_\_\_\_

**É o único cuidador:** sim ( ) não ( ) **Se não, quem são os outros:** \_\_\_\_\_

**II - QUESTÕES RELACIONADAS À TEMÁTICA**

1. Fale da sua experiência em relação de ser cuidador de um paciente com câncer fora de possibilidades terapêuticas?
2. Fale sobre o significado do câncer para você enquanto cuidador?
3. Fale sobre os sentimentos vivenciados após a descoberta do Câncer enquanto cuidador?

**ANEXOS**



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.  
 Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança - FACENE, da  
 Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da  
 Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN

### CERTIDÃO

Com base na Resolução CNS 466/2012 que regulamenta a ética da pesquisa em Seres Humanos, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades Nova Esperança, em sua 8ª Reunião Ordinária realizada em 16 de outubro de 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "CÂNCER DE MAMA E COLO DE ÚTERO: EXPERIÊNCIAS DOS CUIDADORES E PACIENTES FORA DE POSSIBILIDADE TERAPÊUTICA". Protocolo CEP: 184/2017 e CAAE: 77629317.3.0000.5179. Pesquisadora Responsável: GISELLE DOS SANTOS COSTA OLIVEIRA e das Pesquisadoras Associadas: CLARA KATIENE COSTA SANTOS BRILHANTE; JOSELINE PEREIRA LIMA; LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS.

Esta certidão não tem validade para fins de publicação do trabalho, certidão para este fim será emitida após apresentação do relatório final de conclusão da pesquisa, com previsão para dezembro de 2017, nos termos das atribuições conferidas ao CEP pela Resolução já citada.

João Pessoa, 16 de outubro de 2017.

Rosa Rita da Conceição Marques  
 Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa -  
 FACENE/FAMENE