

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ -
FACENE/RN
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

PEDRO LUCAS MENDES MARQUES

**RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS MAMÁRIAS EM UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA**

MOSSORÓ/RN

2017

PEDRO LUCAS MENDES MARQUES

**RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS MAMÁRIAS EM UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA**

Monografia apresentada á faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró/RN como exigência para a obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientador: Prof. Esp. Evilamilton Gomes de Paula

MOSSORÓ/RN

2017

M32r

Marques, Pedro Lucas Mendes

Rastreamento de neoplasias mamárias em um serviço de referência / Pedro Lucas Mendes Marques. – Mossoró, 2017.

35f.;il.

Orientadora: Prof. Esp. Evilamilton Gomes de Paula
Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) – Faculdade Nova Esperança - FACENE

1. Neoplasias de Mama . 2. Rastreamento. 3. Tratamento .
Título.

CDU: 616-006.6

PEDRO LUCAS MENDES MARQUES

**RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS MAMARIAS EM UM SERVIÇO DE
REFERÊNCIA**

Monografia apresentada pelo aluno Pedro Lucas Mendes Marques, do curso de bacharelado em enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da banca examinadora constituída pelos professores:

Aprovado em: _____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp. Evilamilton Gomes de Paula

ORIENTADOR

Prof. Esp. Lívia Helena Morais de Freitas

MEMBRO

Prof. Dra. Kalyane Kelly Duarte de Oliveira

MEMBRO

A Deus, por permitir a construção dessa monografia, a minha mãe, meus irmãos e minha família, que sonharam tudo isso junto comigo.

AGRADECIMENTO

Primeiramente agradeço a Deus, por ter mim dado saúde, iluminado meus caminhos por essa longa jornada, e força para continuar as lutas por todos os meus sonhos e projetos, por cada dia vivido, e as oportunidades que mim foi concedida até hoje.

A minha família pelo amor, apoio em todos os sentidos, meus pais que mim deram o dom mais precioso do universo: a vida, e em especial minha linda mãe Alzenir, pelo amor incondicional, pelo exemplo de vida, e pelo esforço para que esse meu sonho tornasse realidade, obrigado minha rainha.

Aos meus irmãos Paulo Marques e Lízia Marques, agradeço pelos conselhos, momentos de carinho e afeto que mim fizeram sentir mais amado a cada dia. Sempre que preciso, estão ajudando, de alguma forma estão presentes, amo vocês.

A minha dupla de três, da graduação, Jane Cleia e Laiza, pelo companheirismo durante essa jornada, cada uma tem um lugarzinho especial no meu coração, meus colegas de sala de aula agradeço pela vida de cada um e por sempre estarem presentes em minha vida, não são todos, mas sentirei muitas saudades, espero reencontrar esses em um momento de trabalho.

Minha comissão de formatura, foram muitos desafios enfrentados, mais sempre pra nosso crescimento, pessoas de pensamento distintos, que as vezes as reuniões não seria tão fácil, Mas aprendi muito com elas; Úrsula, uma pessoa genial, com um coração gigante, sempre ajudando em tudo; Kamilla, muito inteligente, sempre digo ela sabe negociar muito bem; Débora, obrigado pelos conselhos, e por ter mim ajudado em conteúdo, ajustes da minha monografia devo a você; Daiane, sempre bem calma, porém resolutiva; Eu sempre digo, vamos ter calma que está bem pertinho de acabar.

Meu orientador Evilamilton, quero agradecer pelos conselhos e conhecimento adquirido, fantástico; Lívia, minha eterna professora, com a metodologia de ensino fantástica, não tem tristeza na aula dela; Kalyanne, agradeço pela paciência, mesmo com muitas atribuições consegue suprir todas as necessidades, de uma forma que ninguém consegue entender, minha banca é show.

Agradeço a minha segunda família Wilson Rosado, pois, foram vocês que fizeram de mim, o tipo de profissional que hoje sou, meus plantões, invés de cansativos, costumo dizer que é uma terapia mental.

Aos meus amigos e colegas, que são poucos, mais são para sempre, muito obrigado, (não citarei nomes para não ser injusto), pelos inúmeros momentos de felicidade, e aqueles que direta ou indiretamente contribuíram para minha formação.

*“Não devemos permitir que alguém saia da
nossa presença sem se sentir melhor e
mais feliz”.*

(Madre Teresa de Calcutá).

RESUMO

Os cânceres ou neoplasias malignas vêm assumindo um papel cada vez mais importante. O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres, configurando-se como um problema de saúde pública não só pela prevalência, mas também pelos altos custos para diagnóstico e tratamento, detectar a doença precocemente e controlar seus fatores de risco são importantes e podem fazer a diferença no prognóstico. O estudo teve como objetivo geral, analisar o rastreamento e detecção de neoplasias mamárias em um serviço de referência; Objetivos específicos, caracterizar as mulheres atendidas no serviço de referência, e identificar o número de casos detectados. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo, documental de abordagem quantitativa. A coleta de dados foi realizada no Hospital Wilson Rosado Mossoró/RN com o total de 100 prontuários. Para análise quantitativa, os dados obtidos foram processados utilizando-se o *software Excel 2010* e analisados através do programa estatístico SPSS versão 22.0. Foram obedecidos todos os critérios éticos e bioéticos assegurados pelas resoluções 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde e 311/2007 do COFEN. A mesma foi formalizada e iniciada somente após aprovação pelo Comitê de Ética e Pesquisa da FACENE/JP, conforme parecer de número 2.342.738, Protocolo 200/2017, CAAE: 78985517.4.0000.5179. Os resultados encontrados apontam que 60% das mulheres com câncer tinham faixa etária acima de 50 anos, as neoplasias invasivas teve maior incidência com 85%, 100% da amostra não apresentou mais de uma neoplasia primária, 71% das pacientes realizaram quimioterapia + cirurgia, até o término da pesquisa nenhuma paciente recebeu alta por cura, 8% da amostra veio a óbito decorrente do câncer. Assim, mostra-se hábil a construção de ações que intensifique o rastreamento do câncer de mama.

PALAVRAS – CHAVE: Neoplasias de mama; Rastreamento; Tratamento.

ABSTRACT

Cancers or neoplasm malignancies have been playing an increasingly important role. Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world and the first among women as a public health problem, not only because of the prevalence but also because of the high costs for diagnosis and treatment, to detect a disease early and controlling its risk factors are important and can make a difference without prognosis. The objective of the study was to analyze the screening and detection of breast neoplasms in a referral service; Specific objectives, characterize as women attended without referral service, and identify the number of cases detected. This is a descriptive, documentary, quantitative approach. A data collection was performed at Wilson Rosado Hospital Mossoró / RN with a total of 100 medical records. For quantitative analysis, the data obtained were processed using the software Excel 2010 and analyzed through the statistical program SPSS version 22.0. All the ethical and bioethical criteria guaranteed by resolutions 466/2012 of the National Health Council and 311/2007 of COFEN was obeyed. The electronic and final version of the research, as well as the FACENE / JP Survey, according to the opinion of number 2.342.738, Protocol 200/2017, CAAE: 78985517.4.0000.5179. The results show that 60% of women with cancer and over 50 years old, such as invasive neoplasms had a higher incidence with 85%, 100% of the sample did not present more than one primary neoplasia, 71% of patients underwent chemotherapy + surgery, until the end of the research, as well as a death from cancer. Thus, it is relevant the construction of actions that intensifies the screening of breast cancer.

KEYWORDS: Breast neoplasms; Screening; Treatment.

LISTA DE TABELAS E GRAFICOS

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio das usuárias do serviço (N= 100 prontuários). Mossoró, Nov. 2017.....	21
Gráfico 1 – Caracterização das cidades residentes.....	23
Tabela 2 – Caraterização do perfil clinico e Fatores risco	25

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	11
1.1 Contextualização	11
2. OBJETIVOS	14
2.1 Objetivo geral	14
2.2 Objetivos específicos	14
3. REFERENCIAL TEÓRICO	15
3.1 Câncer de mama	15
3.2 Tratamento do câncer de mama	17
3.3.1 QUIMIOTERAPIA.....	18
3.3.2 CIRURGIAS	18
3.3.3 RADIOTERAPIA	19
3.3.4 HORMONIOTERAPIA	19
3.3 Política Nacional de Atenção Oncológica e a Assistência ao Câncer de Mama	19
4. METODOLOGIA	22
4.1 Tipo de estudo	22
4.2 Local de pesquisa	22
4.3 População e Amostra do estudo.....	22
4.4 Coleta de Dados.....	23
4.5 Procedimento de Coleta de Dados	23
4.6 Análise dos Dados.....	23
4.7 Aspectos Éticos	24
5. ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS DADOS	25
6. CONSIDERAÇÕES FINAIS	32
REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS	33
APÊNDICES	35
APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS.....	36
APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS	37
ANEXO	38

1. INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização

Segundo o Instituto nacional de câncer (INCA, 2016), câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado e rápido de células que invadem os tecidos e órgãos, e quando espalhados em outros órgãos é chamado de metástase. Costuma ser agressivo e incontrolável, inicia com uma formação de um tumor. Existe também a neoplasia benigna, que resulta em uma massa localizada com crescimento lento e semelhante a um tecido original daquela região, que na maioria dos casos não traz riscos à saúde.

Nas mulheres, existem glândulas e ductos onde é produzido o leite. Nessas glândulas há formação de uma massa ou nódulo, que daí acontece o crescimento desordenado de células formando a neoplasia da mama, podendo se instalar nesses ductos ou nessas glândulas, principalmente nos ductos (INCA, 2016).

O câncer de mama, é o tipo de câncer mais comum em mulheres de todos os países, depois do câncer de pele não melanoma, a partir dos 50 anos de idade, raro antes dos 35 anos, existem diversos tipos de câncer de mama, sendo muito agressivos e outros poucos agressivos, cujo o prognóstico na maioria dos casos positivo. O câncer de mama também acomete os homens, que representa 1%, dos casos desta patologia (NOGUEIRA, et al, 2016).

A estimativa do Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2016), é que no mundo, o mais prevalente é o tumor de pulmão (1.8 milhão), logo depois o de mama (1,7 milhão). Já no Brasil, em mulheres é câncer de mama (25,2%); na região do Nordeste tem uma estimativa de 11.190 casos novos, o que representa 20,5% dos casos mais incidentes em mulheres, exceto, pele não melanoma.

Na maioria dos casos, a detecção precoce do câncer de mama, aumenta a sobrevivência das mulheres diagnosticadas com o câncer, com grande chance de tratamento e cura, podendo ser feita essa detecção precoce, através de um simples autoexame, palpando sua mama em movimentos circulares, afim de detectar anormalidades na sua mama. O autoexame de mama pode ser feito no banho, ou até mesmo em meios suas atividades diárias, e ao detectar algo diferente a mulher deve procurar uma unidade básica de saúde, para que seja encaminhada para um serviço de referência a fim de estabelecer um diagnóstico (TESSER, CAMPOS, 2016).

Outras formas de detecção são indicadas para as mulheres com fatores de risco genéticos/hereditários, radiação ionizante, sobrepeso, obesidade após a menopausa, alcoolismo,

ingestão de hormônios, menopausa tardia, menarca precoce e entre 50 e 65 anos de idade: realizar com frequência a cada 6 meses, o exame mamografia (TESSER; CAMPOS, 2016).

O tratamento do câncer de mama é definido de acordo com o tipo histológico, e do estadiamento do câncer, na cirurgia a escolha é feita a partir do resultado da mamografia, biópsia, estágio clínico da doença, ou localização do tumor (PERES, 2014). A radioterapia é feita após 4 semanas da mastectomia, adjuvante ou neoadjuvante e é realizada em um ambiente hospitalar e ambulatorial que funcione de segunda a sexta, duração da aplicação é de 2 a 5 minutos, no qual é instalado próximo a mama do paciente um equipamento terapêutico, afim de maximizar o tratamento do tumor e minimizar a toxicidade a tecidos normais.

Terapia sistêmica ou quimioterapias antineoplásicas são aplicadas por via intravenosa, em um ambiente específico para este tipo de tratamento, âmbito hospitalar e ambulatorial, as doses são ajustadas de acordo com o peso e condições clínicas do paciente, em intervalos regulares variando com o tipo do antineoplásico; Quimioterapia prévia, neoadjuvante ou citorrredutora, reduz os tumores, ficando ressecáveis, quimioterapia adjuvante ou profilática, é indicada após o tratamento cirúrgico curativo, evitando uma reincidência da doença, quimioterapia paliativa, nesta indicada para palição de sinais e sintomas que possa prejudicar suas funções vitais, podendo evoluir o quadro clínico da paciente (SOUZA, 2016).

Diante do exposto tem-se como questionamento: qual o perfil das mulheres atendidas para o rastreamento do câncer de mama em um serviço de referência? Como é realizado o rastreamento do câncer de mama no serviço de referência em oncologia?

O estudo tem como hipótese que o câncer de mama está cada vez mais incidente em mulheres jovens, independente de ocupação e classe social, surpreendendo principalmente aquelas mulheres que não realizam acompanhamento regular para detecção. Diante dessa realidade os serviços ainda não estruturaram estratégias de rastreamento eficientes e eficazes para que a detecção seja mais precoce, aumentando a chance de cura da doença.

Por trabalhar em um serviço de alta complexidade em oncologia foi escolhido esse tema, por ter afinidade com esse público, percebeu as necessidades do conhecimento das mulheres a respeito do que é câncer de mama. Essa doença atinge toda a idade, raça e cor, inclusive está aumentando os casos detectados em mulheres mais jovens, podendo ser detectados e quanto mais precoce for detectado, aumenta as chances de cura, o tratamento não consiste somente em reações adversas.

De acordo com a Fundação Oswaldo Cruz, (2017), é importante pesquisar o rastreamento, conscientizando a população sobre a doença e a importância de realizar o diagnóstico através do exame de mamografia, enviando a população a informação que contribui

para 95% de chance de cura, que diz estudo, assim reduzindo o número de mortes causadas por essa patologia, ainda há dúvidas sobre a radiação, e podendo alterar as células da tireoide causada ao realizar esse exame, já Boechat, sd, diz que essa radiação causa uma alteração celular insignificante, que o corpo é capaz de eliminar esse processo, com um percentual de 1% das células de tireoide.

Boechat, sd, diz que o rastreamento tem como finalidade redução de cirurgias desnecessárias e detecção precoce do câncer, e deve ser realizado a partir dos 35 anos se a mesma apresentar histórico familiar de câncer de mama como tia, irmã ou mãe, pois nesse caso aumenta a probabilidade de câncer.

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o rastreamento e detecção de neoplasias mamárias em um serviço de referência.

2.2 Objetivos específicos

- Caracterizar o perfil das mulheres atendidas no serviço de referência.
- Enumerar os casos detectados.
- Apontar os recursos utilizados no processo de detecção das neoplasias mamárias.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Câncer de mama

O câncer de mama, assim como outras neoplasias malignas, é uma doença invasiva, resulta de um crescimento incontrolável de células anormais, que surgem em função de alterações genéticas, sejam elas adquiridas por exposição a fatores ambientais, em que o indivíduo pode estar inserido, hereditárias pode desencadear um processo de mutação de células do nosso órgão, ou fisiológicos, formado pelo tumor sólido, mais quando percebido cedo e tratado aumenta as chances de cura. Sendo a primeira causa de morte no Brasil em mulheres com câncer (FRASÃO; SKABA, 2016).

As mulheres hoje ainda se preocupam muito com esse tipo de patologia, partindo para o lado que afeta muito o sexo feminino que são os problemas psicológicos, e a imagem do corpo (BRASIL,2014). No geral apresenta 1% do câncer de mama em homens.

O Instituto Nacional do Câncer, 2016, estima um total de 57.960 novos casos no Brasil, e 14.388 mortos, sendo 181 homens e 14.206 em mulheres. Foi identificado os fatores de risco, sendo eles:

- Idade, com o passar dos tempos as células vão passar por diversos processos de transformações, levando a alterações biológicas presente no organismo, tendo um maior risco a partir dos 50 anos.

- Fatores endócrinos, está relacionado ao hormônio estrogênio, que são produzidos pelo próprio organismo, que incluem: Menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos), primeira gravidez antes dos 30 anos, menopausa tardia (após os 55 anos), nuliparidade (não ter filhos), e uso de contraceptivos orais e de terapia de reposição hormonal pós-menopausa por tempo prolongado (PINHO; COUTINHO, 2016).

Fatores relacionados a comportamentos ou ao ambiente, são eles: O tabagismo que vem sendo estudado diariamente, tendo resultados contraditórios ao aumento do câncer de mama, ingestão de bebida alcoólica, sedentarismo (ausência de atividade física regular pelo menos três vezes na semana), sobrepeso e obesidade após a menopausa (INCA, 2016).

Exposição à radiação ionizante (tipo de radiação presente na radioterapia e em exames de imagem como raios x, sabendo que esse raio x é proporcional a dose e a frequência (PINHO; COUTINHO, 2016).

Fatores genéticos, estão relacionados com a mutação de células no seu próprio organismo, transmitido na família, através do gene, caso confirmado na família da mulher com câncer, aumenta ainda mais os riscos de desenvolver câncer de mama (BRASIL, 2017).

O aparecimento de nódulo é um sintoma comum, podendo ser indolor, duro e irregular, mais comum na maioria dos casos; em alguns casos, são de consistência branda, globosos e bem definidos, e estudos realizados foram visto que em 90% dos casos que apresentam sintomas como dor, perda de peso, abcesso e secreção purulenta, são diagnósticos positivo para câncer, e os que não são confirmados, com um tempo esse nódulo será confirmado;

Outros sinais e sintomas de câncer de mama são saída de secreção pelo mamilo, na maioria das vezes unilateral e espontâneas, vermelhidão na pele da mama, mamilo invertido, edema semelhante a casca de laranja, descamação, ulceração do mamilo; Secreção no mamilo é de cor transparente, e em alguns casos pode ser esverdeada ou rosada por conter hemácias presentes na secreção. Bem diverso ao câncer de mama benigno, por conter secreção transparente bilateralmente, algumas vezes amareladas, essa secreção vem aparecer após a mama ser estimuladas (BRASIL, 2016).

O Ministério da Saúde diz que o método mais usado hoje no Brasil é a mamografia como um meio de rastreamento. Por ser uma incidência alta de mortalidade, percebeu-se que em outros países houve uma redução dessa incidência de mortalidade, normalmente o risco padrão baseia-se em apenas dois critérios, sexo e idade.

O exame de mamografia é uma técnica de imagem, foi criado no século XX, daí foram adotados como exame de detecção precoce do câncer de mama, onde foi utilizado pelos programas de rastreamento; ao utilizarem esse método houve uma redução no número de mortes; além disso houve muitas discussões, debates e pesquisas, mesmo sendo uma intervenção sanitária. A mamografia mostra de forma visível e eficaz a presença dos nódulos sejam eles palpáveis ou não palpáveis; E no decorrer dos anos foi mostrando sua eficácia, tornando fundamental para ajudar o profissional da saúde na detecção (BRASIL, 2015).

Seis países como a Suécia, Estados Unidos, Canadá, Inglaterra, Escócia e Singapura, com diferentes níveis de qualidade, fizeram ensaios avaliando a eficácia do rastreamento, alguns desses países citados acima, indicaram a eficácia do rastreamento, que resultou em uma diminuição de índice de mortalidade em mulheres acometidas por essa patologia. Nos últimos anos, alguns países publicaram diretrizes informando que o rastreamento deve ser realizado em mulheres entre 50 a 69 anos, em alguns programas, como principal na Europa (INCA, 2014).

Como é garantido pelo Ministério da Saúde, a mulher nessa faixa etária não necessita de pedido médico para realizar esse exame, dá o direito as mulheres realizarem esse exame sem necessidade de classe social, ou apresentarem sintomas. As mulheres acima dos 50 anos, por apresentarem muito tecido gorduroso, fica mais fácil a detecção de um tumor (GOGESP, 2014).

Para que reduza o número de mortalidade, é indicado, segundo a Associação de Obstetrícia e Ginecologia do estado de São Paulo, 2014, que se pelo menos 30% das mulheres com idade entre 50 e 69 anos optassem por fazer o exame de mamografia a cada 2 anos, haveria uma redução de mortalidade muito significativa. Então, se você tem mais de 50 anos previna-se fazendo o exame de mamografia (BRASIL, 2014).

O exame é muito importante no diagnóstico precoce, podendo ser realizado em homens e mulheres, onde através da palpação e inspeção pode-se detectar presença de tecido com crescimento de células malignas, o que se chama de nódulos (BRASIL, 2014).

O exame clínico das mamas deve ser realizado, principalmente em mulheres a partir dos 50 anos a cada 2 anos, como é recomendado com o Ministério da Saúde, sendo realizados junto a mamografia para um resultado mais fidedigno, e para mulheres com muitos fatores de risco, deve ser feito o exame clínico anualmente ou apresentarem sintomas (BORGES, 2016).

Estudos mostraram que em realização de exame clínico de mamas, as populações mais existentes são aquelas com maior poder aquisitivo, residentes nas regiões mais ricas do país, com grau de escolaridade superior, casadas, e de cor da pele branca. Concluíram que o índice de cura, acontece com índice maior em mulheres com esse padrão de vida. As regiões sul e nordeste são diferentes quando se refere a termos econômicos, sociais e culturais, ao realizar pesquisa, em mulheres com essa faixa etária 40 a 69 anos (BORGES, 2016).

A ultrassonografia é indicada em qualquer idade da mulher, inclusive para as mulheres que ainda não tem idade para fazer o exame de mamografia preventiva, é feito com o aparelho de ultrassonografia, método de imagem para diagnosticar nódulos, é realizado pela medica mastologista ou radiologista, com a seguinte técnica, a paciente fica deitado em decúbito dorsal, com os braços abaixo da cabeça, o médico assistente ao identificar o nódulo classifica em BIRADS, de acordo com o tamanho, de 0 a 5, onde 0 não indica neoplasias, e 5 indica câncer (SANTANA; BORGES, 2014).

3.2 Tratamento do câncer de mama

O tratamento de câncer é feito através de um resultado de algum exame, são esses os tratamentos quimioterapias, cirurgia, radioterapia e hormonioterapia.

3.3.1 QUIMIOTERAPIA

A quimioterapia é composta por substâncias químicas antineoplásicas ou antibalísticas podendo ser isoladas ou combinadas, com apenas um objetivo que é tratar neoplasias malignas, sendo uma das terapias mais utilizadas no câncer de mama; Essa droga age por via sistêmica, em células que estão em processo de divisão celular, podendo ser utilizadas em vários tipos histológicos do câncer. E é o tipo de tratamento tem o maior índice de cura (SOUZA, et al., 2017).

Segundo Nobrega e Lima (2014), a quimioterapia pode ser realizada com esquema semanal ou a cada 21-28 dias, de acordo com a conduta do médico oncologista clínico, combinado com outros medicamentos do tipo antiemético, antialérgicos e corticoides, sendo aplicados intravenosa.

Estudo realizado teve o resultado do esquema mais utilizado sendo paclitaxel, e o esquema doxorubicina + ciclofosfamida (NOBREGA; LIMA, 2014).

Existe três modalidades de tratamento quimioterápicos:

- Quimioterapia neoadjuvância: Simom (2013), relata que é um método proveitoso para a paciente, pois além de proporcionar o paciente uma vida sem doenças após a cirurgia, é um método adequado para a cirurgia conservadora, ou seja antes da cirurgia.
- Quimioterapia adjuvante: É utilizado após a cirurgia, com finalidade de reduzir a probabilidade de retorno do câncer, impede que as células microscópicas que não foram retiradas na hora da cirurgia, venham destruir e com isso, impede que a doença progride.
- Quimioterapia paliativa: É aquele tratamento que o paciente se encontra impossibilitado de um prognóstico, trazendo para ele uma qualidade de vida, segundo (SILVA, 2014), estima-se de mais 50%, não ter mais cura da doença, e é realizado através da técnica citada acima, e também é utilizado através de comprimidos via oral diário, e de uso domiciliar.

3.3.2 CIRURGIAS

As cirurgias de câncer de mama, consistem em conservadora ou não conservadora.

- Cirurgia conservadora: Tem como finalidade retirar o nódulo da mama, em pacientes como câncer inicial, quando o tecido da mama se encontra em margens livres, geralmente é feito em união como a radioterapia para evitar recidiva da doença (SILVA, 2015).
- Cirurgia não conservadora: É uma cirurgia que tem finalidade a retirada de nódulos da mama, e podendo a retirada dos linfonodos axilares, (mastectomia), este tipo de cirurgia requer muito apoio emocional, afeto e cuidado, pois mexe muito com a imagem da mulher, pois pode haver muitos problemas físicos e emocionais (MUNIZ, 2016).

3.3.3 RADIOTERAPIA

Esse tipo de tratamento é realizado através de raios, tendo como objetivo matar as células do câncer, em basicamente todos os tipos de mama, em casos iniciais, é retirado o nódulo, e também aqueles que não conseguiu ser dissecados com a cirurgia ou com a quimioterapia que tendem voltar, é calculada uma dose de acordo com cada paciente, e administrado esse raio no local da mama (INCA, 2017).

3.3.4 HORMONIOTERAPIA

O tratamento com hormonioterapia tem como objetivos o controle local e aumento da sobrevida, no hormonioterapia é usado receptores de estrogênio e inibidores de aromatase, para combater a progressão da doença. Estudos foram percebidos a diminuição das toxicidades e mortalidade por essa patologia, esse tratamento é utilizado a escolha do oncologista clínico juntamente com a mastologista, sendo administrado em âmbito domiciliar, utilizado 1 comprimido ao dia via oral, hoje o mais usado é o tamoxifeno (CONCEIÇÃO, 2015).

3.3 Política Nacional de Atenção Oncológica e a Assistência ao Câncer de Mama

A neoplasia da mama é uma doença que causa ainda um medo em mulheres, por associar a doença com a perda da mama, e qualidade no estilo de vida prejudicada. Mesmo com os estudos evoluindo muito rápido em relação aos tratamentos, existem ainda muitos casos diagnosticados estágios avançados. No Brasil, a importância da detecção é o diagnóstico precoce, é enfatizado pela política nacional de atenção oncológica, propiciando as mulheres melhores prognósticos, condições de vida e resultados terapêuticos (GARCIA, et al., 2015).

O câncer de mama no Brasil, teve uma história marcante nos anos de 1980, foi criado o programa de assistência integral a saúde da mulher, a principal função ter atenção mais ampla a saúde da mulher, voltado ao ciclo gravídico-puerperal. Criado o Programa de Oncologia (Pro-Onco), do Instituto Nacional de Câncer do Ministério da Saúde, e em 1990, tornou-se coordenação dos programas de controle de câncer; logo no final dos anos 90, foi implantado o programa Viva Mulher, (Programa Nacional do Controle do Câncer do Colo do Útero e da Mama), daí começou as ações de detecção precoce do câncer de mama (GARCIA, et al., 2015).

Foi lançada a Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005 com o destaque o câncer de mama e colo do útero, com objetivo de promover ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, onde ocorreu a elaboração do plano de ação para o controle dos cânceres de colo do útero e de mama propondo seis diretrizes estratégicas, sendo elas o aumento da cobertura da população alvo, garantia da qualidade, fortalecimento do sistema de informação, desenvolvimento de capacitações, estratégia de mobilização social e desenvolvimento de pesquisas (INCA, 2016).

Na década de 50, surgiu o autoexame como o método de diagnóstico de câncer de mama mais avançado em mulheres, daí na década de 90 estudaram e concluíram que o autoexame das mamas não diminuiu a mortalidade, então adotaram a estratégia de *breat awareness*, que isso significa alerta para a saúde das mamas, passando a informar as mulheres sobre as mudanças habituais na mama e os sinais de câncer de mama (INCA, 2016).

No Rio de Janeiro, reuniram-se secretários estaduais de saúde, promovendo o encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama, onde foi decidido a construção de um novo programa de rastreamento do câncer de mama, poucos meses depois foi implantado o SISMAMA (Sistema de Informação de Câncer de Mama), que é um sistema desenvolvido através de dados coletados do DATASUS, esse sistema tem parceria com o INCA (Instituto Nacional de Câncer), para ajudar a nutrir o Programa Viva Mulher. Com o SISMAMA, foi aumentado a quantidade de mamografias pelo Ministério da Saúde, ao invés de ser realizada com suspeita de câncer, será feita a mamografia preventiva. Foi publicado folder, documentos contendo informações para a redução da mortalidade em mulheres com câncer mama no Brasil (BRASIL, 2017).

Em 2011, priorizando a prevenção, diagnósticos e tratamento de câncer no Brasil, a ex-presidente Dilma Vana Rousseff lançou um plano nacional do controle do câncer para essas prioridades, investindo financeiramente para incrementar ações de controle nos estados e nos municípios, no sentido da detecção precoce. Na atenção terciária, foi vista a necessidade de

continuar o acesso ao tratamento do câncer com qualidade, conforme citado pela Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA, 2016).

Segundo o Ministério da Saúde (2014), em meado a Política Nacional de Atenção Oncológica, a assistência prestada para o controle do câncer de mama, deve ser atuada por todos os profissionais, inclusive o enfermeiro é atuante nessa equipe. A mamografia é o exame mais eficaz para detecção precoce na rotina do rastreamento da atenção integral a saúde da mulher.

Portanto, essa política nacional de atenção oncológica mostra que o exame de mamografia digital é indicado para mulheres de 50 a 69 anos, sendo o método mais utilizados para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil, e são oferecidos pelos programas de saúde pública.

4. METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa descritiva, documental de abordagem quantitativa. A pesquisa descritiva tem como objetivo descrever a particularidade de uma determinada população, podendo ser elaboradas com propósito de possíveis relações ser identificadas entre as variáveis. Essa pesquisa é realizada em grande grupo que são classificadas como descritivas, e as realizadas com finalidade profissionais geralmente e enquadra nesta categoria (GIL, 2008).

Sobre a pesquisa documental faz parte de todo o documento, tendo várias finalidades como assentamento, autorização, comunicação e outros, a modalidade mais comum de um papel é construída através de um papel contendo informações escritas. Estão se tornando frequente documentos eletrônicos, com vários tipos de formato (GIL, 2008).

A abordagem quantitativa, geralmente conhecida como pesquisa fechada, de forma que tudo seja quantificado, todos os itens como opiniões, informações, comportamentos e atitudes devem ser classificados e analisados. Utilizando técnicas de estatísticas para ser validada (CHEHUEN NETO, 2012).

4.2 Local de pesquisa

A pesquisa foi desenvolvida na cidade de Mossoró, situada no estado do Rio Grande do Norte, que segundo o IBGE (2016), possui uma população estimada de 291.937 habitantes, distribuídos em zona urbana e zona rural. Desenvolvida no Hospital Wilson Rosado, CNPJ: 35.650.324/0001-50, privado, conveniado ao SUS, que funciona com o serviço de oncologia desde março de 2015 e é localizado no bairro Centro da cidade de Mossoró/RN.

Nesse hospital são ofertados os serviços de oncologia clínica, cirurgia oncológica, urologia, mastologia, dermatologia, ortopedia, nutrição, psicologia, endoscopia, quimioterapia, hormonioterapia. A escolha se deu porque atuo como técnico de enfermagem no serviço, e pretendo explorar melhor a realidade do serviço.

4.3 População e Amostra do estudo

Segundo Gil (2009), a amostra é caracterizada por uma parte de uma determinada população, que é usado como experimentos. O pesquisador seleciona uma parte de uma

população que representa algo para que levante dados, sendo população qualquer conjunto de elementos que possuem determinadas características em comum.

A pesquisa foi composta por 100 prontuários de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, atendidas entre Janeiro de 2016 á Julho de 2017. A amostra do estudo determinou-se a partir dos critérios de inclusão e exclusão. Tendo como critério de inclusão: prontuários de pacientes diagnosticados com câncer de mama, com idade acima de 18 anos, uma vez que o referido serviço não atende menores de 18 anos que contenha as informações Idade, estado civil, ocupação, escolaridade. Como critério de exclusão: Prontuários incompletos ou rasurados e com informações incompletas.

4.4 Coleta de Dados

Para a realização da coleta de dados foi efetuada a articulação com a coordenação do hospital e a coordenação do setor de oncologia. Após a aprovação pelo comitê de ética iniciou-se a coleta aplicando um formulário para preencher as informações possíveis a partir dos prontuários.

4.5 Procedimento de Coleta de Dados

A coleta foi aplicada no arquivo de prontuários da instituição campo da pesquisa, em hipótese alguma os prontuários foram retirados do local. Para cada prontuário aplicou-se o formulário e esse foi numerado de acordo com a sequência dos prontuários consultados, sem necessidade de coletar número do prontuário ou nome do paciente.

4.6 Análise dos Dados

Os dados coletados foram analisados a partir da estatística descritiva. Conforme Medri (2011), poder-se-á utilizar da estatística quando se pretende mensurar dados coletivos. O mesmo assim a define como:

Um conjunto de técnicas para planejar experimentos, obter dados e organizá-los, resumí-los, analisá-los, interpretá-los e deles extrair conclusões (MEDRI, 2011,p.1).

A estatística, se divide em áreas diferentes, a saber, estatística descritiva e Inferência estatística. A estatística descritiva se caracteriza em sua estrutura pela organização, apresentação e sintetização de dados, alcançando assim esse objetivo a mesma emprega gráficos, tabelas e medidas descritivas como ferramentas (MEDRI, 2011).

4.7 Aspectos Éticos

A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança FACENE/JP, conforme parecer de número 2.342.738, Protocolo 200/2017, CAAE: 78985517.4.0000.5179. De acordo com resolução 466/12 e 510/2016 aprovada pelo Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, que trata de diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa em seres humanos, para então, ser executada conforme o planejamento. Enfatiza-se a submissão de um adendo por mudança de objetivos, de local e amostra da pesquisa.

Após a coleta de dados todas as informações colhidas através dos formulários foram consolidados e armazenados em disco rígido e pen drive e salvas em CD-ROM e guardados em caixa lacrada ao término da pesquisa, onde ficará armazenado por, no mínimo, cinco anos no curso de Enfermagem da Facene sob a responsabilidade do pesquisador responsável.

Quanto aos riscos, estes podem se traduzir em extravio de dados correntes no manuseio de prontuários, por extravio do banco de dados durante o seu período de armazenamento, apesar de todas as precauções serem tomadas, na perspectiva da preservação e proteção da confidencialidade.

Já os benefícios se traduzirão na construção do cenário da realidade objetiva que servirão para a elaboração de estratégias para enfrentamento do câncer de mama, especialmente na perspectiva da prevenção. Além do mais, essa pesquisa trará contribuições para o meio acadêmico e profissional.

5. ANÁLISES E DISCUSSÕES DOS DADOS

Neste item será apresentada a análise e a discussão dos dados encontrados. Os dados quantitativos serão apresentados em forma de tabelas e gráficos, analisados e discutidos com base na literatura pesquisada.

Na tabela 1 – Os dados referente a faixa etária mostra que 3% das mulheres tinha de 20 a 30 anos, 16% de 30 a 40 anos, 21% de 41 a 50 anos, 60% acima de 50 anos. Quanto a raça 39% de cor branca, 60% de cor parda, 1% de cor negra. Em relação a número de filhos 17% não tem filhos, 46% de 1 a 2 filhos, 37% acima de 2 filhos, na escolaridade prevalece o ensino fundamental com 45%.

Tabela 1 – Caracterização do perfil sócio das usuárias do serviço (N= 100 prontuários). Mossoró, Nov. 2017.

Variável	Freq.	%
Idade		
20 a 30 anos	03	3,0
31 a 40	16	16,0
41 a 50	21	21,0
Acima de 50	60	60,0
Raça		
Branca	39	39,0
Parda	60	60,0
Negra	01	1,0
Número de filhos		
Nenhum	17	17,0
1 a 2	46	46,0
Acima de 2	37	37,0
Estado civil		
Casado	50	50,0
Solteiro	27	27,0
Divorciado	07	7,0
Viúvo	16	16,0
Escolaridade		

Fundamental	45	45,0
Médio	18	18,0
Superior	22	22,0
Analfabeto	15	15,0
Ocupação		
ACS	01	1,0
Administradora	02	2,0
Agricultora	10	10,0
Aposentada	20	20,0
Assistente administrativo	01	1,0
Autônoma	02	2,0
Cabelereiro	01	1,0
Comerciante	02	2,0
Cozinheira	01	1,0
Do lar	42	42,0
Enfermeira	02	2,0
Estudante	03	3,0
Pescadora	01	1,0
Professor	08	8,0
Recepcionista	03	3,0
Téc. de enfermagem	01	1,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

A tabela mostra, que a maioria das mulheres a partir dos 40 anos começa a ser susceptível a desenvolver o câncer de mama. A faixa etária com maior predominância de desenvolvimento por câncer de mama foi acima dos 60 anos. De acordo com o INCA (2014), os dados estatístico compravam uma maior incidência após os 50 anos, e traz que é relativamente raro antes dos 35 anos.

De acordo com a raça, 60 % das mulheres com diagnóstico de câncer de mama eram pardas. A população Brasileira tem proporções continentais, ou seja, a população apresenta elevado grau de miscigenação e de ascendência étnica, tais como, africana, indígena e europeia. Pode-se observa que em cada região geográfica do país, encontramos diferentes perfis socioeconômicos, culturais, raciais, que podem justificar as diferenças e prevalência na cor

parada. Porém, a coleta dessa informação ainda se mostra deficiente, pois o procedimento mais recomendado é a autoclassificação. Embora tenha ocorrido uma melhora dos serviços de informação em todo o território nacional, ainda existe elevada taxa de informações ignoradas ou não preenchidas (IBGE, 2010).

Outro dado de extrema importância que a pesquisa nos trouxe foi que 45% das mulheres tem baixa escolaridade. Ressalta-se que pessoas que apresentam menor grau de escolaridade tem maior dificuldade na busca de informações, e no entendimento da mesma. Diante disso pode ocasionar um baixo índice de prevenção.

Como aponta Silva (2013), o baixo nível de instrução dificulta o acesso as informações importantes sobre a promoção, prevenção e detecção precoce das patologias, relacionado também com maior dificuldade de acesso aos serviços de saúde. A falta de conhecimento alimenta o preconceito e medo que ainda envolve o câncer. As informações e as percepções distorcidas da doença dificulta a busca pelo diagnóstico precoce.

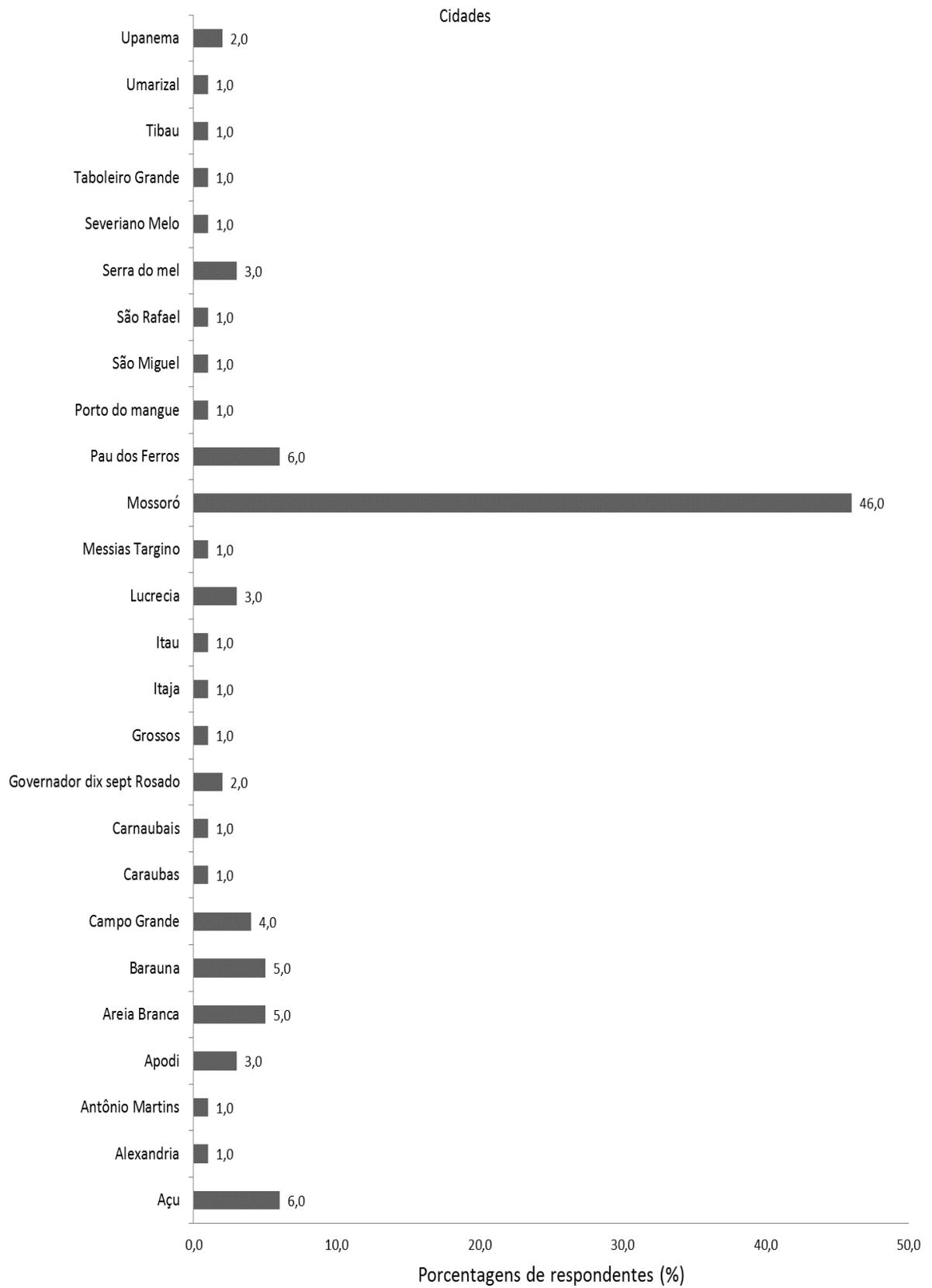
Para análise da ocupação exercida por essas mulheres evidenciou 42% das mesma relatam ser do lar, dados que se justifica pela idade das paciente. Pois o avanço das mulheres em relação ao trabalho fora se deu a menos de três décadas.

Segundo o IBGE, que elaborou o estudo Estatísticas de Gênero, em 2000, já se encontravam grandes mudanças no perfil das mulheres comparado-se a décadas atrás onde a mulher era exclusivamente do lar. Nessa última pesquisa, mostra que 24% das mulheres chefiavam dos 44,8 milhões de domicílios particulares. Em 2010, 38,7% dos 57,3 milhões de domicílios registrados já eram comandados por mulheres (IBGE, 2010).

Podemos destacar também, que grandes partes das mulheres da pesquisa vem de uma época a qual não existia esforços do governo brasileiro para reduzir as desigualdades de gênero no Brasil, tendo praticamente o lar como única opção de ocupação.

O gráfico abaixo apresenta os dados de acordo com o local de residência das pacientes.

Gráfico 1 – Caracterização das cidades residentes.



Fonte: Pesquisa de campo, 2017.

Em relação a cidade de residência, a maior incidência é Mossoró com 46%, seguindo de Pau dos ferros 6%, Assú 6%, conforme mostrado no gráfico 2. Cabe destacar ainda que a concentração observada na cidade de Mossoró se dá em virtude do grande parque tecnológico e de serviços disponíveis em Mossoró, fazendo com que ocorra a migração de usuários de outras regiões.

No Rio Grande do Norte somente nas cidades de Natal e Mossoró dispõem de serviços especializado em tratamento de câncer, sendo 06 unidades em Natal e 02 em Mossoró, em relação aos mamógrafos estão localizados em 14 municípios do Estado, entre eles na cidade de Mossoró. Esses mamógrafos têm capacidade para produzir cerca de 115 mil mamografias por ano (considerando-se a produção diária de 25 exames por mamógrafo em aproximadamente 200 dias úteis/ano). O parâmetro estabelecido pelo Ministério da Saúde é de um mamógrafo para cada 240 mil habitantes (BRASIL, 2016).

Nesse item, são identificados o perfil das usuárias quanto ao tipo de neoplasia, localização do tumor, ocorrência de mais de uma neoplasia primária, tratamento, alta por cura, segmento oncológico, óbitos, histórico familiar de câncer e profissão.

Tabela 2 – Caracterização do perfil clínico e Fatores risco

Variáveis	Freq.	%
Tipo de neoplasia		
Invasivo	85	85,0
Infiltrante	15	15,0
Localização da neoplasia		
Direita	44	44,0
Esquerda	56	56,0
Ocorrência de mais de uma neoplasia primária		
Sim	0	0,0
Não	100	100,0
Tratamento empregado		
Quimioterapia	29	29,0
Quimioterapia + cirurgia	71	71,0
Alta por cura		
Sim	0	0,0
Não	100	100,0
Seguimento do tratamento		
Sim	20	20,0
Não	80	80,0
Óbito		

Sim	08	8,0
Não	92	92,0
Fatores Risco:		
Histórico familiar de câncer		
Sim	58	58,0
Não	42	42,0
Tabagismo		
Nunca	50	50,0
Ex-consumidor	38	38,0
Sim	12	12,0

Fonte: Pesquisa de campo, 2017

Os dados dos sujeitos da pesquisa mostram que o câncer do tipo carcinoma ductal invasivo teve uma porcentagem de 85%, enquanto o câncer do tipo carcinoma ductal Infiltrante com a porcentagem de 15%.

Segundo Brasil, 2017 o carcinoma ductal invasivo é o tipo de câncer de mama mais frequentes em mulheres acometidas por essa neoplasia, podendo atingir até 80% das mulheres.

Na mulheres da pesquisa o câncer de mama se apresentou mais frequente no lado esquerdo com 56%, seguindo de 44% das mulheres que apresentaram seus tumores do lado direito da mama. Não foram encontrados estudos relacionando a lateralidade da mama mais acometida.

A técnica para a descoberta do tumor primário, é realizada pelo patologista estudando a origem das células e imunoistoquímico, entretanto, pode investigar possíveis metástases ou mais de um tumor primário (INCA, 2016). Nesse estudo observa que não houve ocorrência de mais de um tumor primário.

Das mulheres pesquisadas foi utilizado o tratamento de quimioterapia + cirurgia com 71%, e 29 % Quimioterapia. Esse número pode ser decorrente do serviço não ofertar o procedimento de radioterapia.

De acordo com BRASIL (2017), cirurgia, tratamento com quimioterapia, radioterapia, terapia biológica e imunoterapia. Elas são usadas em conjunto no tratamento das neoplasias malignas, variando apenas quanto à importância de cada uma e quanto à ordem de sua indicação.

Quanto a alta por cura 100% das pacientes não tiveram alta pois, de acordo com protocolo da instituição alta por cura só serão afirmadas após 5 anos do término do último

tratamento, com a presença de exames laboratoriais e exames de imagem, pois as mesmas durante esse período tem uma elevada chance de recidiva.

A pesquisa mostrou que, apenas 80% estão em tratamento realizado quimioterapia ou quimioterapia + cirurgia e 20% encontra-se em processo de segmento oncológico, nessa fase as pacientes são acompanhada pelo médico cirurgião e oncológico, e dentre outras especialidades periodicamente, para investigar presença de metástases ou recidiva da doença.

Os dados nos mostra que 8% das pacientes vieram a óbitos por câncer no decorrer do tratamento.

Com relação aos óbitos, o curso clínico da doença e a sobrevida variam de paciente para paciente, esta variação é determinada por uma série complexa de fatores, tais como a diferença na velocidade de duplicação tumoral, o potencial de metastatização do tumor e outros mecanismos, ainda não estão completamente compreendidos, relacionados com a condição imunológica, hormonal e nutricional do paciente, seguindo de certos aspectos anatômicos, com o tamanho do tumor primário e as condições dos linfonodos continuarem sendo fatores importantes (Brasil,2017).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (2016), a morte por câncer de mama é a segunda principal causa de mortalidade em mulheres, com um percentual de 0,14%.

A tabela nos mostra que dentre os fatores de riscos pesquisados, 58% das mulheres têm histórico familiar de câncer. 50% nega tabagismo, 38% eram ex- tabagista e 12% são tabagista.

Segundo Brasil (2017), os estudos sobre o câncer de mama, traz que não existe uma causa única, são vários os fatores que estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença, tais como: idade, fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genéticos/hereditários. O acúmulo de exposições ao longo da vida e as próprias alterações biológicas com o envelhecimento aumentam o risco. Assim como mostra na tabela 1, 60% das mulheres com câncer tinha idade maior a 50 anos, dados sobretudo a partir dos 50 anos, são mais propensas a desenvolver a doença. Quanto ao tabagismo é um fator que vem sendo estudado ao longo dos anos, com resultados contraditórios quanto ao aumento do risco de câncer de mama, há algumas evidências de que ele aumenta também o risco desse tipo de câncer mais nada comprovado em estudos.

6. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Câncer é a nomenclatura dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Essas células dividindo-se rapidamente, tende-se a ser muito agressivas e incontroláveis, ocasionando a formação de tumores malignos, que podem migrar para outras regiões do corpo. O crescimento desordenado de células nos tecidos mamários é denominado câncer de mama, este acomete tanto mulheres quanto homens.

Tendemos expor as informações obtidas a partir desse estudo sobre rastreamento de neoplasias mamarias em um serviço de referência, que corresponde ao objetivo.

Conforme os resultados obtidos a hipótese não foi confirmada, visto que de acordo com os dados da pesquisa a prevalência foi em mulheres acima de 50 anos. Entretanto, com relação a realidade dos serviços não se tem políticas públicas e estratégias eficaz de rastreamento, como também os números de hospitais e aparelhos necessários para realização dos exames, fato que acarreta um grande número de mulheres em lista de espera para exames como mamografia.

As dificuldades encontradas durante a pesquisa, foram relacionadas aos prontuários no qual grande parte não continham todas as informações necessárias a pesquisa. Além disso, as letras ilegíveis dificultaram a interpretação das respostas, trazendo mais um impecílio para o pesquisador.

Este trabalho procurou rastrear as neoplasias mamarias tendo como resultados que 60% das mulheres com câncer tinham faixa etária acima de 50 anos, as neoplasias invasivas teve maior incidência com 85%, 100% da amostra não apresentou mais de uma neoplasia primaria, 71% das pacientes realizaram quimioterapia + cirurgia, até o término da pesquisa nenhuma paciente recebeu alta por cura, 8% da amostra veio á óbito decorrente do câncer.

Os dados vieram reforçar a importância do investimento em hospitais e aparelhos, como também o aumento de unidades para tratamento. Como podemos perceber a população ainda é carente de informação, e são muitos os mitos e preconceitos que envolvem o câncer. Ações de promoção, prevenção e diagnóstico do câncer de mama e de extrema importância para que se diminua o número de caso e para melhoria do prognóstico.

Essa pesquisa contribuiu para ampliação do conhecimento profissional, bem como melhoria pessoal.

Assim, sugere-se que muito se tem a evoluir quanto a promoção, prevenção e diagnóstico do câncer de mama precoce. As estratégias devem ser realizadas de acordo com cada população, para que se possa atingir melhoria na conscientização da população.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ASSOCIAÇÃO DE OBSTETRÍCIA E GINECOLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO. **Canal de saúde da mulher**. Disponível em: <<http://www.sogesp.com.br/canal-saude-mulher/guia-de-saude-da-mulher-madura/rastreamento-preventivo-do-cancer-de-mama>>. Acesso em: 19 maio 2017.

BRASIL. Secretaria de Assistência à Saúde. Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção a Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Portaria nº. 874, de 16/05/2013.

BORGES, Zailda da Silva, et al. **Exame clínico das mamas e mamografia: desigualdades na região sul e nordeste, do Brasil**. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v19n1/1980-5497-rbepid-19-01-00001.pdf>>. Acesso em: 12 maio 2017.

CHEHUEN NETO, José Antônio. **Metodologia da pesquisa científica: da graduação à pós-graduação**. Curitiba: CRV, 2012. p. 102-103.

GIL, Antônio Carlos, **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 6ª edição, São Paulo: Atlas, 2009. P. 118.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira 2010. Rio Grande do Norte: IBGE; 2010.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama feminino, fatores de risco**. INCA, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer_mama++>. Acesso em: 02 maio 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Câncer de mama**. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama/cancer>>. Acessado em: 02 maio 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). **Estimativa 2016, incidência de câncer no Brasil**. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em: 28/11/2017.

LIMA, Antonio fernades Costa, NOBREGA, Caroline Rife. **Custo de procedimentos relacionados ao tratamento quimioterápico ambulatorial de mulheres portadoras de câncer de mama**. Disponível em: <<http://www.journals.usp.br/reeusp/article/view/88486/91389>>. Acesso em: 23 maio 2017.

MD.SAUDE. **Câncer de mama – genes BRCA1 e BRCA2**. Disponível em: <<http://www.mdsaude.com/2013/05/cancer-de-mama-brca1-brca2.html>>. Acesso em: 16 maio 2017.

MUNIZ, Thaís Caroline, **Atuação do enfermeiro frente aos sentimentos da mulher mastectomizadas**. Disponível em: <<http://www.unaerp.br/revista-cientifica-integrada/edicoes-anteriores/volume3/2157-atuacao-do-enfermeiro-frente-aos-sentimentos-da-mulher-mastectomizada/file>>. Acesso em: 26 maio 2017.

PERES, Valeria costa, **Mulheres com câncer de mama: aspectos associados à recidiva e sobrevida**. Disponível em: <<https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4505/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Val%C3%A9ria%20Costa%20Peres%20-%202014.pdf>>. Acesso em: 25 abr 2017.

RICHARDSON, Roberto Jarry, **Pesquisa social: métodos e técnicas**. São Paulo: Atlas, 2010. P. 79.

SANTANA, Nayara Priscilla Pessoa; BORGES, Alex Rodrigues. **Exames de imagem no rastreamento e diagnósticos do câncer de mama: Ressonância magnética das mamas em face da mamografia**. Disponível em <<https://psicodebate.files.wordpress.com/2014/12/2-santana-borges-2015.pdf>> Acesso em 25 maio 2017.

SEVERINO, Antônio Joaquim, **Metodologia do trabalho científico**. São Paulo: Cortez editora, 2007. P. 118.

SILVA, Juliana Muerteira Esteves, et al. **Margens cirúrgicas no tratamento conservador do câncer de mama: revisão sistemática**. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v24n3_70-75.pdf>. Acesso em: 26 maio 2017.

SILVA, Marcelle Miranda, **a gerência do cuidado de enfermagem a mulher com câncer de mama em quimioterapia paliativa**. Disponível em <[http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4130015](http://www.scielo.br/pdf/tce/v25n3/pt_0104-0707-tce-25-03-4130015.pdf)>.pdf. Acesso em: 25 maio 2017.

SIMOM, Sergio D. **Tratamento neoadjuvante do câncer de mama**. Disponível em: <<http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2013/07/mama.pdf>>. Acesso em: 23 maio 2017.

SOUZA, Nauã Rodrigues, **Emergência Oncológica: Atuação do enfermeiro no extravasamento de drogas quimioterápicas antineoplásicas**. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v21n1/1414-8145-ean-21-01-e20170009.pdf>>. Acesso em: 25 maio 2017.

APÊNDICES

APÊNDICE A - FORMULÁRIO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS

- N° do prontuário: _____
- Cidade/ bairro: _____
- Idade: _____
- Raça/cor: _____
- N° de filhos: _____
- Naturalidade: _____
- Estado civil:
 - () Casada
 - () Solteira
 - () Viúva
 - () Separada Judicialmente
- Escolaridade:
 - () Analfabeta
 - () Ensino fundamental incompleto
 - () Ensino fundamental
 - () Ensino médio incompleto
 - () Ensino médio
 - () Superior incompleto
 - () Superior
- Ocupação: _____
- Tipo de neoplasia: _____
- Localização da neoplasia: _____
- Ocorrência de mais de uma neoplasia primária: _____
- Tratamento empregado: _____
- Alta por cura ()
- Seguimento do tratamento ()
- Óbito ()
- Tabaco: Sim (), Ex-consumidor (), Nunca ()
- Histórico familiar de câncer: Sim (), Não ()

APÊNDICE B - TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA COLETA DE DADOS EM PRONTUÁRIOS



Eu, Maria Cristina da Silva Martins, declaro estar informado da metodologia que será desenvolvida na pesquisa Detecção de Neoplasias Mamárias em um Serviço de Referência, coordenada por Prof. Esp. Evilamilton Gomes de Paula, ciente que sua metodologia será desenvolvida conforme a resolução CNS 466/2012 e demais resoluções complementares, autorizo a consulta dos arquivos/prontuários sob minha responsabilidade para realização da referida pesquisa.

Mossoró, de de .

Enf. Esp. Maria Cristina da Silva Martins

ANEXO



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 6^o Reunião Extraordinária realizada em 23 de outubro 2017 após análise do parecer do relator, resolveu considerar, APROVADO, o projeto de pesquisa intitulado "RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS MAMÁRIAS EM UM SERVIÇO DE REFERÊNCIA", Protocolo CEP: 200/2017 e CAAE: 78985517.4.0000.5179, Pesquisador Responsável: **EVILAMILTON GOMES DE PAULA** e dos Pesquisadores Associados: **PEDRO LUCAS MENDES MARQUES; LÍVIA HELENA MORAIS DE FREITAS; KALYANE KELLY DUARTE DE OLIVEIRA.**

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, 23 de outubro de 2017.

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'RR Marques'.

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