



ISSN: 2230-9926

Available online at <http://www.journalijdr.com>

IJDR

International Journal of Development Research

Vol. 15, Issue, 01, pp. 67360-67373, January, 2025

<https://doi.org/10.37118/ijdr.28995.01.2025>



RESEARCH ARTICLE

OPEN ACCESS

TRANSTORNO PSICOLÓGICO NAS PACIENTES COM CANCRO DE MAMA ATENDIDAS NA ENFERMARIA DE ONCOLOGIA DO HCM, NO PERÍODO DE JANEIRO DE 2017 A JANEIRO DE 2018

***Sidónia dos Reis Fumo**

Professora Doutora Cesaltina Lorenzoni

ARTICLE INFO

Article History:

Received 11th November, 2024

Received in revised form

19th December, 2024

Accepted 27th December, 2024

Published online 24th January, 2025

Key Words:

Breast cancer, Psychological disorder, Anxiety and depression.

*Corresponding Author:

Sidónia dos Reis Fumo

ABSTRACT

The study was dedicated to analyzing the psychological implications in patients with breast cancer treated at Oncology consultations at the Central Hospital of Maputo, in the first semester of 2017 to January 2018, analyzing the various variables under study. 17 women with breast cancer participated in this study, who underwent treatment at the Central Hospital of Maputo. After informed consent was given, all patients responded to the semi-structured interview guide consisting of a demographic questionnaire. The interview was completed by the researcher in a semi-structured script with information collected from the patients' clinical process. From the quantitative and qualitative study carried out, she highlights that some women, when they were diagnosed with breast cancer, reported that they were psychologically affected, shortly after receiving the diagnosis of the disease. Some mentioned that they would not have received any psychological support in the family. Among these, some women who were married reported having received a lot of psychological support from their spouses; others explained that even in their workplace, they would have been rejected because their employer does not accept to live with this health condition, especially when they started having to attend the successive checkups. After mastectomy, some of the women have faced many difficulties in carrying out their domestic activities, even needing help; others, even as wives, suffer discrimination on the part of their spouses, as they show themselves or feel unable to perform their role as a wife. Among these, some mentioned that, living in rural areas where there was no information about breast cancer, is this one of the reasons for the lack of information about this pathology?. The nature of this disease requires a lot of attention on the part of health professionals, as well as the people around these women affected by this disease.

Copyright©2025, Sidónia dos Reis Fumo. This is an open access article distributed under the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

Citation: Sidónia dos Reis Fumo, 2025. "Transtorno Psicológico nas Pacientes com cancro de mama atendidas na enfermaria de oncologia do hcm, no período de janeiro de 2017 a Janeiro de 2018". International Journal of Development Research, 15, (01), 67360-67373.

INTRODUCTION

O cancro é uma das doenças mais frequentes nas sociedades Ocidentais. Apesar dos avanços científicos relacionados com a genética e a imunologia que oferecem novas e promissoras possibilidades no domínio da prevenção, do diagnóstico precoce e do tratamento, tem-se verificado, na Europa, um aumento da incidência do cancro. Este aumento exponencial da doença oncológica resulta de múltiplos factores, encontrando-se relacionado com o aumento e envelhecimento da população e alterações nos hábitos de vida. Foi desenvolvida uma pesquisa a partir do tema "Transtorno Psicológico nas pacientes com cancro da mama atendidas na enfermaria de Oncologia do HCM, no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018". Segundo Brito e Carvalho (2010) "O cancro da mama é uma doença complexa devido à sua heterogeneidade, exigindo que se façam exames especiais para o seu diagnóstico.

Esta patologia afecta normalmente as mulheres e homens na proporção de 1/100 casos novos, sendo esta predisposição causada por factores genéticos e hábitos de vida. Provavelmente é o tipo de cancro mais temido pelas mulheres devido ao seu impacto social e psicológico. É de grande importância no dia-a-dia, influenciando a convivência com familiares, com a sociedade e consigo mesma, envolvendo sentimentos negativos relativos à percepção da sua sexualidade e à própria imagem corporal". De acordo com as estatísticas de GLOBOCAN apresentadas por Bray et al., (2018) o cancro da mama representou, mundialmente, uma estimativa de 1,67 milhões de novos casos e de 522 mil mortes e este número poderá subir para mais de 21 milhões de pessoas em 2030 (ACS, 2015). Os dados acima consubstanciam com o que tenho testemunhado no meu sector laboral, assim como na família. Existem também casos de colegas de trabalho que, foram afectadas directamente com esta patologia, e foram amputadas a mama. Tenho acompanhado famílias que estão a perder os seus ente-queridos e, nalguns casos, ficando prejudicada o sócio-financeira e tees desestabilizadas por conta desta situação.

Isto despertou, em mim, uma curiosidade dedebruçar este tema, e tendo que apresentar os resultados de uma pesquisa para que me seja atribuído o grau de Mestre em Saúde Mental e Psicointervenções, achei pertinente retratar este assunto, na convicção de que constituirá uma mais-valia, dado que esta patologia é considerado um grave problema de Saúde Pública, fazendo parte das doenças crónicas em Moçambique. A psico-oncologia, diz respeito, segundo a clássica definição de Pedro e Pascual (1991), à área de interface entre a Psicologia e a Oncologia. Segundo o autor esta área dedica-se, ao estudo de duas dimensões psicológicas básicas do cancro, a saber: o impacto da doença na condição emocional da paciente, dos seus familiares e dos profissionais de saúde envolvidos no seu tratamento e o papel de variáveis psicológicas na incidência e na sobrevivência à doença. A *Psico-oncologia* tem como foco de estudo e intervenção a preservação, tratamento, reabilitação e acompanhamento em fase terminal do paciente com cancro.

No caso da psico-oncologia, o atendimento profissional, independente da abordagem teórico-filosófica do psicólogo, deve ultrapassar os limites do consultório e da prática psicoterápica, inadequada e insuficiente para o cumprimento dos objectivos da psico-oncologia, indo buscar e trabalhar com o paciente onde quer que ele se encontre (na sala de espera do hospital, na enfermaria, na sala de procedimentos invasivos, em casa, ou em qualquer outro local) e incluindo a participação activados diferentes profissionais da saúde. A psico-oncologia deve ser entendida como um instrumento que viabiliza actividades interdisciplinares no campo da saúde, desde a pesquisa científica básica até aos programas de intervenção clínica. O papel do psicólogo passa a ser o de manter o bem-estar da paciente, prevenir e reduzir os sintomas emocionais e físicos causados pelo cancro e pelo seu tratamento ajudando a paciente a compreender a experiência do adoecer, possibilitando assim o processo, para trabalhar com o luto e as perdas quando a solução é a mastectomia. Porém, o trabalho do psicólogo oncológico não se restringe à paciente, ele deve estender-se à família da paciente como forma de dar continuidade ao processo terapêutico. O papel do psicólogo no tratamento do cancro começa a ser configurado a partir das transformações no conceito de saúde ocorrido entre as décadas de 70 e 90. Neste período histórico, a *saúde* passa a ser compreendida como um fenómeno “biopsicossocial”. Este facto constitui um marco na criação de um espaço para o psicólogo nos serviços de saúde.

Apesar de ter sido implantada só recentemente nos serviços hospitalares, a união entre a Psicologia e a Oncologia já tem produzido resultados amplamente reconhecidos, com aumento significativo da sobrevivência, melhoria da qualidade de vida e fortalecimento psicológico para enfrentar a fase terminal da vida, quando se esgotam os recursos disponíveis para prolongar a sobrevivência da paciente. O psicólogo deve-se preocupar em ter informações sobre o paciente, seu estado de saúde, tipos de tratamento, cirurgia, para poder repassar estas informações para o paciente, discutindo as questões pertinentes ao caso, pois quanto mais informado o paciente estiver sobre a sua doença, maior será a sua capacidade de enfrentar todo o processo e maior será o vínculo e a confiança na equipa. Segundo Pinho et al. (2016), pacientes bem informados reagem melhor ao tratamento, nesta interação psicólogo-paciente onde a linguagem deve ser acessível. Os temas que mais preocupam os pacientes e que mais aparecem nas intervenções psicoterápicas são: medo da morte, aceitação da imagem corporal tanto pelo paciente como pelo familiar (principalmente pelo cônjuge, no caso de mulheres casadas), sensação da falta de controlo sobre a própria vida, temor da solidão, impotência, questões relativas à maternidade e à amamentação, medo dos efeitos adversos do tratamento oncológico. O papel do psicólogo também se estende ao grupo familiar, é imprescindível incluir a família no atendimento, já que são peças fundamentais no apoio a paciente por forma a assumir a doença. A actuação do psicólogo junto da família deve priorizar a criação e reforço dos vínculos afectivos. Neste momento, deve-se entender que o estado emocional dos familiares também fica desestruturado e ao falar sobre da doença, deve-se partilhar as emoções, ajudar a decidir sobre o tratamento e intervenções a serem feitas, também fortalece os familiares e consequentemente a paciente.

A literatura especializada mostra que pacientes submetidos ao acompanhamento psicológico durante o tratamento do cancro da mama, segundo Patrão e Leal (2004), obtêm resultados importantes como: melhor aceitação da doença; melhoria no estado geral de saúde; melhoria na qualidade de vida; mais estrutura psíquica para assumir os efeitos dos tratamentos (quimioterapia, radioterapia, cirurgia), além de uma comunicação mais facilitada entre paciente, família e equipa.

O cancro tem efeitos devastadores não apenas físicos, mas também psíquicos, neste sentido o doente oncológico necessita de uma assistência integral, que respeite situações subjetivas, sendo valorizados os aspectos biopsicossociais que, inquestionavelmente auxiliam no processo de construção de estratégias de assunção da doença.

Barros & Lopes (2007) citados por (Mattos et al., 2016, p. 11) referem que,

“Para se obter mudanças de comportamento do doente com cancro e desmistificar o estigma em torno da doença é necessário, além de um diagnóstico precoce e preciso, um atendimento integral ao doente; que haja profissionais capacitados para lidar com essa clientela; que haja humanização da assistência em todas as áreas, quer seja de enfermagem, psicológica, quer seja médica, dentre outras. Assim, é imprescindível que a família seja o alicerce desse doente e que possa coletivamente construir um caminho menos árduo e menos árduo para enfrentar o cancro”.

O apoio da família nos problemas relacionados com um diagnóstico tão temido por todos, torna-se menos árduo e a esperança mais concreta e evidente.

Apesar dos grandes avanços no tratamento oncológico, nem sempre é possível obter a cura, com isso, muitos pacientes passam a necessitar de cuidados que visam, além do controle da dor e outros sintomas diversos, interferir nos aspectos psicológicos, sociais no intuito de investir na melhoria da sua qualidade de vida. Nos casos em que o cancro da mama não tem mais cura, é necessário que a equipa multidisciplinar tome condutas concretas, visando, agora, o alívio da dor, a diminuição do desconforto, mas sobretudo a possibilidade de encarar o momento do fim da vida, acompanhados por alguém que possa ouvi-los e sustente os seus desejos. Reconhecer sempre que possível o seu lugar activo, a sua autonomia, as suas escolhas, permitir-lhe chegar ao momento de morrer, não antecipando o momento desta morte a partir do abandono e isolamento. Estabelece-se uma nova perspectiva de trabalho, multidisciplinar, que chamamos de cuidados paliativos, embora a preocupação com o alívio e conforto deve estar presente em todos os momentos do tratamento.

Objectivos do Estudo

Objectivo Geral: Avaliar as consequências psicológicas nas pacientes com o cancro da mama atendidas nas consultas de Oncologia do Hospital Central de Maputo, no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018.

Objectivos Específicos

- Caracterizar as pacientes quanto aos dados sócio-demográficos e clínicos;
- Descrever as consequências psicológicas resultantes do cancro da mama;
- Descrever o estilo de vida das pacientes com cancro da mama atendidas nas consultas de Oncologia do Hospital Central de Maputo.

Contribuição: O estudo fundamenta-se no facto de que, o cancro da mama como qualquer outro tipo de cancro, é considerado como um problema da saúde pública, sendo descrito como uma doença difícil de tratar, ou sem cura quando diagnosticada tardiamente, podendo gerar graves complicações à saúde da mulher, pois ainda não foram descobertos medicamentos capazes de fazer face à doença com o

sucesso almejado. Um dos aspectos interessantes no âmbito do tratamento tem a ver com a maior probabilidade da vítima sofrer mutilação da mama, afectando negativamente a integridade física da mulher, reduzindo a sua auto-estima do ponto de vista humano e da saúde sexual. Esse espectro colateral da doença afeta directamente a mente, pelo facto de provocar ansiedade, perturbação mental, sentimento de inutilidade, humor depressivo, traduzindo-se em depressão que é outra doença muito perigosa ao nível da saúde mental, atingindo, conseqüentemente todo corpo. O cancro é uma doença conhecida que pode provocar sequelas físicas e psicológicas no que concerne aos sintomas, tratamentos e efeitos secundários associados a esta, podendo também afectar todos os aspectos do funcionamento individual, incluindo as actividades diárias, sociais, ocupacionais e a vida emocional, gerando um impacto negativo na qualidade de vida das vítimas e dos seus familiares.

A autora aponta ainda que as vítimas tendem a experimentar uma série de alterações físicas, psicológicas, perda de funções sociais, e o novo papel da mulher com cancro da mama. Ora, todas estas mudanças constituem um potencial de ameaça à vida do indivíduo (Andersen & Simonelli, 2007, citados por Lanza, 2012). A nível clínico, é natural que se possa verificar o mal-estar emocional decorrente do diagnóstico e do tratamento do cancro, como é o caso do cancro da mama (Cassul, 2012; Lanza, 2012). O cancro é uma doença com graves conseqüências ao nível da saúde mental causando trauma psicológico, suscitando então uma forte preocupação na perspetiva sócio-económica e científica. Daí a relevância deste estudo devido ao grande valor da saúde mental das pacientes e seus familiares. Do ponto de vista funcional do organismo humano, a saúde mental reside na saúde de todo o corpo, sem esta não há saúde, pois é no cérebro onde se encontra o cerne do sistema nervoso, no qual outras partes do organismo ou sistemas são controlados (MISAU, 2019). Salienta-se ainda que, a saúde mental condiciona os cidadãos nos aspectos da realização intelectual e emocional bem como da integração na escola, na reprodução, no trabalho e na sociedade (MISAU, 2019). Para além do exposto, o estudo tem motivação no facto de que em África, apesar do aumento da prevalência do cancro da mama a realidade indica que esta doença continua a não receber prioridade da saúde pública, que se deve principalmente aos recursos limitados e aos outros problemas de saúde pública. Por outro lado, a falta de atenção pode também dever-se à ausência de uma consciência social por parte dos agentes responsáveis pelas políticas públicas, das agências de saúde pública locais e internacionais, incluindo as privadas da população no geral, sobre a magnitude da carga actual e futura do cancro. Suscitou-me uma preocupação em debruçar sobre este tema por ser uma doença que afecta mulheres jovens, e nalguns casos quando elas sedirigem ao hospital já se encontram num estado avançado da doença. São poucos os casos recebidos nos hospitais ainda na fase precoce da doença. Deste modo, suscitaram-me muitas interrogações: até que ponto as mulheres não têm informação acerca do cancro da mama? Será que as mulheres não têm nenhuma informação sobre esta doença? Ainda que tenham ouvido falar, o que fizeram para o despiste da mesma?

Problema: O cancro é uma doença não transmissível, de causa genética quando diagnosticada tardiamente, podendo provocar danos físicos, psicológicos e efeitos mortais. Revela-se também que o cancro em si é naturalmente considerado como uma doença devastadora, um invasor que ainda suscita muitas questões que carecem de respostas, despertando maior interesse e reputação, devido à falta de conhecimento cabal das causas e da cura com histórias de sofrimento, incapacidade psicofísica e morte associada (Patterson, 1987, citado por Cassul, 2012). No geral, quanto aos efeitos mortíferos do cancro estima-se um total de 7,6 milhões de mortes por essa doença em 2008, aproximadamente 21 mil mortes por cancro por dia, das quais 2,8 milhões em países desenvolvidos e 4,8 milhões em países em vias de desenvolvimento economic (INCJAGS, 2017). Com o decorrer do tempo, estes números de casos do cancro da mama tendem a aumentar em toda a parte do mundo.

Fontes de registo da Oncologia do Hospital Central de Maputo (ROC-HCM) indicam que no período de 2015, o cancro da mama foi o segundo com maior incidência, sendo apenas suplantado pelo cancro

do colo do útero (MISAU, 2017). Movida por este conjunto nefasto de conseqüências advindas desta patologia e aliado a outros factores, justificou-se fazer esta pesquisa com o intuito de perceber até que ponto o cancro da mama pode trazer transtornos psicológicos nas mulheres, na família, na sociedade, no trabalho e no seu convívio quotidiano.

Questão de Partida: Que transtornos psicológicos ocorreram em pacientes com cancro da mama, atendidas nas consultas de Oncologia do Hospital Central de Maputo no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018?

Revisão Bibliográfica: O cancro é um problema de saúde pública no mundo, em 2018 foram registados cerca de 18,10 milhões de novos casos de cancro no mundo e 9,6 milhões de mortes por cancro. Com bases nestes números em 2018 a GLOBOCAN previu que estes números aumentem para 29,5 milhões de casos e 16,4 milhões de mortes em 2040 (Bray et al., 2018). A incidência do cancro nos países desenvolvidos é maior do que nos de baixa e média renda (LMIC), a OMS estimou que em 2008, 70% das mortes por cancro ocorreram em LMIC onde a maior parte dos Países Africanos fazem parte, além disso a incidência de cancro na maioria destes países está aumentando. Embora as taxas de incidência nestes países sejam baixas em relação aos países de alta renda, os LMIC possuem uma carga elevada da doença. A taxa de mortalidade é alta, os serviços de prevenção e os programas de rastreio podem no estar amplamente disponíveis e as opções de tratamento podem ser muito limitadas. Os tipos de cancro mais prevalentes nos LMIC atingem mais população jovem como o cancro do colo do útero, entre outros relacionados com agentes infecciosos e agravados e ou precipitados pelo HIV/SIDA. Aproximadamente 20% das mortes por cancro em África estão relacionadas a infeções evitáveis ou tratáveis como o HIV, HPV, HBV, HCV e *Helicobacter pylori*. A carga do cancro continua a crescer na África Subsaariana e segundo as estimativas da OMS os cancros mais comuns nesta região, onde Moçambique faz parte são: colo do útero, mama, carcinoma hepatocelular, próstata, linfomas não hodgkin e sarcoma de kaposi. A incidência do cancro da mama vem aumentando em África e em alguns países LMIC nos últimos anos e isto deve-se a factores como a baixa paridade, consumo de alimentos gordurosos, considerando-se um problema de industrialização. O cancro do pulmão, da mama e da próstata estão a ser muito mais frequentes no continente africano do que no passado por causa do estilo de vida da população, associados à detecção precoce, a urbanização e ao desenvolvimento sócio-económico. O cancro da mama é actualmente mais comumente diagnosticado em muitos países da África Subsaariana, onde Moçambique faz parte. Em muitos países Africanos os programas de controlo do cancro, detecção precoce e o tratamento estão limitados, o que faz com que haja este grande aumento dos casos do cancro da mama nestes países (Jemal et al., 2012). O cancro em Moçambique é considerado um problema de saúde pública. Para o caso específico do cancro da mama, de acordo com (Lanza, 2012) “é o segundo tipo de cancro mais frequente no mundo e o primeiro entre as mulheres. No mundo, o cancro da mama é a neoplasia mais frequente entre as mulheres, sendo então responsável por 23% do total de casos do cancro ao nível do mundo”. Em 2008, foram registados aproximadamente 1,4 milhões de novos casos do cancro, tendo aumentado na ordem de 20% em 2012, cerca de 1,67 milhões de mulheres foram diagnosticadas com cancro da mama no mesmo período. O Ministério da Saúde do Brasil (MSB), verificou o aumento do número de mortes por cancro da mama no mundo, com uma incidência de cerca de 14%, tendo morrido cerca de 520 mil mulheres devido à neoplasia (MSB, 2014).

Epidemiologia do Cancro da mama em Moçambique: De acordo com a base de dados hospitalar do registo oncológico do HCM, 2015 (RO-HCM), o gráfico abaixo ilustra o cancro mais frequente em mulheres no ano 2015, onde o cancro da mama teve um registo de 300 novos casos que corresponde a (30,6%), suplantado com o cancro do colo do útero com 119 novos casos correspondente a (12,1%) respectivamente.

Cancros mais frequentes em mulheres, 2015

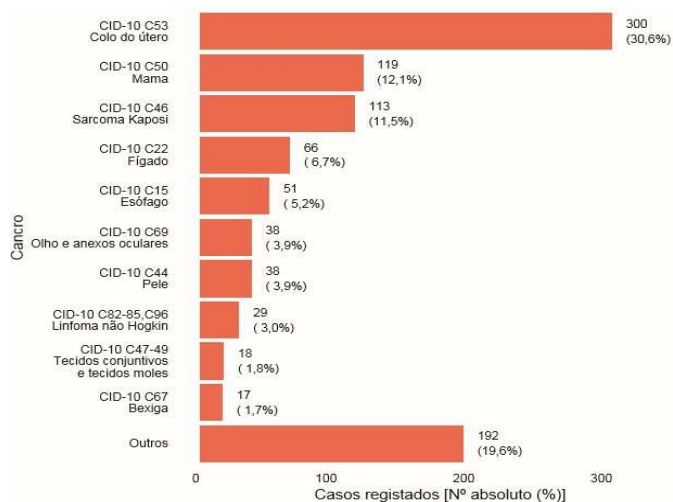


Figure 1. Registo oncológico de base hospitalar, HCM, 2015

De acordo com Globacon (2018), estima-se que em Moçambique tenha ocorrido cerca de 25.651 novos casos de cancro e 17.813 mortes em 2018 (Bray et al., 2018). Os cancros mais frequentes na mulher em Moçambique são o colo do útero (31%), mama (10%) e o sarcoma de kaposi (7%), no homem o sarcoma de kaposi (16%), cancro da próstata (16%) e do fígado (11%) são os mais frequentes. De acordo com os dados da Cidade de Maputo, os tipos de cancro mais frequentes nos últimos 20 anos foram: cancro do colo do útero (18%), o sarcoma de kaposi (11%), próstata (7%) e mama (6%). No período de 1991-2008, os três cancros mais comuns em homens foram da próstata (16%) sarcoma de kaposi (16%) e o cancro do fígado (MISAU, 2019). Estudos feitos na cidade de Maputo no período de 1991-2008, foram diagnosticados 12.674 novos casos de cancro dos quais, onde o cancro do colo do útero foi o mais comum com (31%), seguido pelo cancro da mama com (10%) do total dos casos e sarcoma de kaposi (7%), com um aumento considerável no último período do estudo; a taxa de incidência passou de 14% por 100.000 a 26% por 100.000 (MISAU, 2019). Conforme os dados da GLOBOCAN em 2018, havia cerca de 18,1 milhões de novos casos de cancro e 9,6 milhões de mortes por cancro em todo o mundo. Com esses números espera-se que aumente para 29,5 milhões de casos e 16,4 milhões de mortes em 2040 (Bray et al., 2018). Para Moçambique estima-se que em 2040 haja 51,8 mil novos casos, embora a incidência do cancro nos países desenvolvidos seja maior do que nos países de baixa e média renda (LMIC). A OMS estimou que em 2008, 70% das mortes por cancro ocorreram por LMIC. A incidência do cancro em Moçambique segue o padrão esperado quando existe uma elevada incidência de HIV, uma taxa baixa de rastreio (cancro da mama e colo de útero) e ausência de implementação da vacina preventiva (HPV) no calendário nacional de vacinações. Muitos factores contribuem para a elevada incidência e altas taxas de mortalidade associada ao cancro em Moçambique: A falta de consciencialização pública sobre os riscos os sinais e sintomas associados ao cancro, falta de treinamento por parte dos profissionais de saúde para reconhecer e empadamar os sinais e sintomas associados ao cancro da mama, falta de estruturas de saúde apropriadas, particularmente fora dos grandes centros urbanos, falta de serviços de rastreio, transferência atempada e referenciamento as unidades mais diferenciadas dos casos positivos, estágio avançado da doença no momento do diagnóstico, atrasos de diagnóstico e tratamento, falta de medicamentos essenciais, falta de acesso a intervenção médica especializada, falta de coleta de dados e manutenção de registos, dificuldade de gestão de recursos materiais, alto custo de manutenção de equipamentos e ausência de programas de controlo de qualidade. Como doença, apesar de ser de difícil cura, o cancro carece, naturalmente, de tratamento após o seu diagnóstico. Actualmente, os tratamentos incluem a cirurgia, a quimioterapia, a terapia hormonal, a radioterapia, imunoterapia e os procedimentos combinados como o transplante de medula óssea e radioterapia intra-operatória (Moadel & Harris, 2008, citados por Cassul, 2012). Por outro lado, os tratamentos sistémicos como por exemplo a terapia, são

os mais utilizados no tratamento das neoplasias e aqueles que causam os efeitos secundários mais danosos e generalizados. Aponta-se ainda que o diagnóstico e o tratamento de qualquer tipo de cancro, como o da mama, aliado às complicações graves, de carácter recorrente geram problemas psicológicos nas vítimas. Isso devido ao facto de que a paciente ao sentir a negatividade da doença ao nível da sua integridade física, a perda da sua utilidade, abre-se espaço para a depressão em resposta ao humor depressivo ou irritável associado à ansiedade e à angústia, como também à inabilidade parcial ou total de sentir alegria e/ou prazer, desinteresse, apatia ou agitação psicomotora, dificuldade de concentração e pensamentos de cunho negativo, ainda com perda da capacidade de planear o futuro e alteração do juízo da realidade (Wilkinson et al., 1999).

Sintomatologia do cancro da mama: Os principais sintomas do cancro da mama são: presença de um nódulo é mais comum no cancro da mama com o aparecimento de um nódulo, geralmente indolor, duro e irregular, mas há tumores que são de consistência branda, globosos e bem definidos. Pode apresentar uma secreção transparente, podendo ser rosada ou avermelhada devido à presença de glóbulos vermelhos, e podem também, surgir linfonodos palpáveis na axila, hiperemia, alteração na coloração ou na sensibilidade da pele da mama ou da auréola, aparecimento de nódulo ou endurecimento da mama ou debaixo do braço, inalteração da textura da pele que recobre a mama, inchaço significativo ou retração da pele ou ulceração do mamilo, descamação semelhante à casca de laranja, mudança no tamanho ou no formato da mama, incluindo galactoreia (FILHO, 2006).

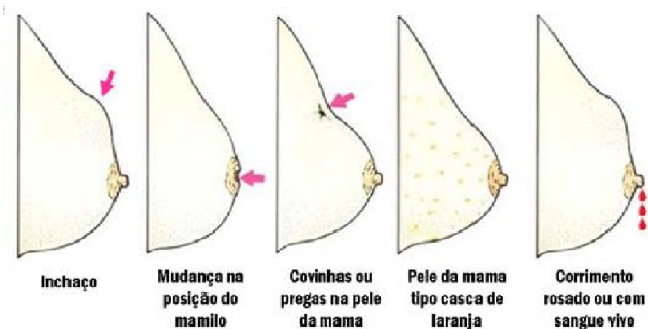


Figura 2. Sintomatologia do cancro da mama

Factores de risco para o desenvolvimento do cancro da mama: Os programas de rastreio do cancro da mama variam de país para país e correspondem, o auto-exame, a ecografia e a mamografia. Em Moçambique, o grupo alvo de rastreio são mulheres com idades compreendidas dos 30 a 55 anos. O diagnóstico do cancro da mama é feito por vários métodos como o auto-exame da mama, exame clínico, métodos imagiológicos (mamografia e ecografia), seguidos de biopsia pelas técnicas habituais, como a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), biópsia com agulha grossa (core-biópsia) e até a excisão do nódulo para a confirmação histológica (LORENZONI, 2016). Os factores de risco são em parte conhecidos e compreendem os factores internos da predisposição genética ou dependente da constituição hormonal e os factores externos ou ambientais, constituídos pelos agentes físico-químicos capazes de causar dano ao património genético (Berrino citado por Bello, 2018). Entre os factores de risco conhecidos, o principal factor para desenvolver o cancro da mama é ser mulher. Embora homens possam apresentar este tipo de cancro, a doença é pelo menos 100 a 150 vezes mais frequente entre as mulheres. Isto se deve-se, à maior quantidade de tecido mamário encontrado nas mulheres e à sua exposição ao estrogénio endógeno (Fletcher e Elmore, 2017). De entre tanto existem outros factores de risco associados ao desenvolvimento do cancro da mama sobejamente conhecidos a citar:

Idade: A idade avançada continua sendo um dos mais importantes factores de risco. A incidência do cancro da mama aumenta com a idade, alcançando nas mulheres acima dos 60 anos mais de 200 casos para cada 100.000 mulheres. É raro antes dos 25 anos de idade, correspondendo a menos de 1% dos casos, e também incomum nas

mulheres entre 30 e 40 anos de idade, que corresponde a cerca de 7% dos casos (Jardines citado por Bello, 2016).

História Progressiva do cancro da mama: O risco de desenvolver um cancro da mama contra-lateral para mulheres que já tiveram cancro da mama é 2 a 6 vezes maior que o risco da população geral para o desenvolvimento de um tumor primário de mama (Chen et al., 2009).

Factores hormonais e reprodutivos: Os factores de risco relacionados à vida reprodutiva da mulher estão bem estabelecidos em relação ao desenvolvimento do cancro da mama. A menarca precoce (antes dos 11 anos), a menopausa tardia (após os 54 anos), e o elevado número de ciclos ovulatórios ininterruptos (maior que 420), estão associados ao aumento de risco (Henderson citado por Bello, 2016). Mulheres com a menarca antes dos 11 anos de idade, possuem um risco cerca de 20% maior de desenvolver a doença ao longo da vida quando comparadas aquelas que tiveram sua primeira menstruação após os 14 anos de idade (Berrino et al., 2012). As pacientes com a doença que tiveram a menarca antes dos 11 anos apresentam o dobro de risco para tumores de médio e alto grau e 72% de risco aumentado de morrer dentro de cinco anos após o diagnóstico (Orgéas et al., 2018). A ocorrência da primeira gestação a termo após os 30 anos de idade acarreta um risco aproximadamente duas vezes maior quando comparado com as mulheres com nascimento do primeiro filho antes dos 18 anos de idade. Mulheres nulíparas apresentam risco igual àquelas com nascimento do primeiro filho entre os 25-29 anos de idade (Willett e Berrino, 2012).

Segundo Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer (2012), uma revisão de 47 estudos realizados em 30 países envolvendo cerca de 50 mil mulheres com cancro da mama e 97 mil controles sugere que o aleitamento materno pode ser responsável por 2/3 da redução estimada do cancro da mama. A amamentação foi tanto mais protectora quanto mais prolongada, o risco relativo de ter cancro decresceu 4,3% a cada 12 meses de duração da amamentação. Estimou-se que a incidência do cancro da mama nos países desenvolvidos seria reduzida a mais da metade (de 6 para 3%) se as mulheres amantassem por mais tempo.

Factores Ambientais: Um risco aumentado para o cancro da mama entre mulheres expostas a radiações ionizantes, em especial na puberdade é amplamente aceite. A exposição a campos eletromagnéticos, parece não representar um factor de risco para o cancro da mama, porém mais estudos se tornam necessários para afastar este risco (Brasil, 2012).

Consumo do álcool: A ingestão regular de álcool mesmo que em quantidade moderada, é identificada como factor de risco para o cancro da mama. Esta associação vem sendo consistente na maioria dos estudos realizados nos últimos anos. Entre os possíveis mecanismos para explicar esta associação, talvez o mais importante seja o facto das mulheres que consomem álcool apresentam níveis elevados de estrogénios, em especial o estradiol. Outros mecanismos associados seriam o aumento da susceptibilidade à carcinogénese do parênquima mamário causado pelo etanol, que causa dano ao ADN das células mamárias (Gapstur citado por Bello, 2016). Em uma meta-análise realizada na Inglaterra envolvendo 53 estudos, observou-se um aumento de risco em 7% na ingestão diária 10g de álcool. Os resultados deste estudo sugerem que 4% dos casos do cancro da mama possam ser atribuídos ao consumo de álcool (Hamajima citado por Bello, 2016).

Obesidade: Tem sido associada ao aumento no risco do cancro da mama em mulheres na pós-menopausa (Weitzenet al., 2016). Sugere-se que, para cada 5 kg de peso adquirido desde o menor peso na vida adulta, o risco de desenvolver a doença aumenta em 8% (Trentham-Dietz et al., 2010).

A alta ingestão calórica, especialmente de gorduras saturadas relaciona-se também a um aumento deste risco sendo que a redução

do consumo diário de gordura para menos de 15-20%, parece diminuir o risco para a doença (Jakovljevic et al., 2010). O consumo de micronutrientes e fibras parece ter efeito protector para o desenvolvimento do cancro da mama, assim como a redução da ingestão de carne vermelha (Willett et al., 2012).

História Familiar do cancro da mama: Mulheres com familiares de primeiro grau afectadas com o cancro da mama apresentam aproximadamente o dobro do risco de desenvolver a doença, em comparação com aquelas sem história familiar. No caso de dois ou mais familiares afectados, esse risco aumenta ainda mais. Porém, em torno de 85% das mulheres com familiares de primeiro grau com cancro da mama não desenvolvem a doença e mais de 85% das mulheres doentes não possuem história familiar (Jardines et al., 2016). Um pequeno grupo de mulheres que apresenta uma história familiar do cancro da mama associada a mutações em genes de alta penetração. Mutações nos genes abrangem a maioria das famílias portadoras, sendo que estas apresentam um risco cumulativo vital de 50-85% de desenvolver o cancro da mama (Ford et al., 1998).

Densidade mamográfica: O aspecto radiográfico da mama varia entre as mulheres conforme a sua composição por gordura, estroma e epitélio tecidual que possuem diferentes propriedades de atenuação radiográfica. A associação das mamas com um padrão mamográfico de alta densidade, ou seja, com maior proporção de tecido glandular e estromal em relação ao tecido gorduroso na mama aumentam o risco para o cancro da mama. A densidade mamográfica depende de muitos factores como o número de filhos, o peso corpóreo e a idade (Boyd e Macchett, 2007). Quando se compara mulheres com densidade mamária que ocupam menos de 10% da área da mamografia com mulheres com densidade igual ou maior que 75% na área da mamografia, estas últimas têm um aumento de risco importante de 5% para o cancro da mama (Boyd e Macchett, 2007). Segundo Thuler (2003 citado por Migowski et al., 2018) a Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que, em países onde o rastreio monográfico não está disponível, deve-se encorajar o diagnóstico precoce do cancro da mama por meio do ECM (exame clínico de mama), principalmente em mulheres que frequentam serviços de saúde por outras razões, especialmente quando estiverem na faixa etária compreendida entre os 40 e 69 anos de idade (rastreamento oportuníssimo).

Prevenção: A prevenção é entendida como toda medida tomada para evitar o surgimento de uma condição mórbida ou de um conjunto seu, para que tal situação não ocorra com pessoas ou colectividade e caso venha a ocorrer que se dê de forma mais leve (Guedes et al., 2018).

Prevenção e detecção precoce do cancro da mama: A prevenção e diagnóstico precoce, que são tidos como medidas de controlo possibilitam uma melhoria da qualidade de vida da paciente, bem como aumenta as chances de cura e de sobrevivência da paciente quando o diagnóstico é feito precocemente, a prevenção do cancro da mama pode ser primária ou secundária.

Prevenção primária: O papel da prevenção primária é o de modificar ou eliminar factores de risco, isto é, diante da OMS a educação populacional e profissional, bem como a divulgação de informações relacionadas com o cancro, mas infelizmente os conhecimentos sobre os possíveis factores causais não permitem ainda uma prevenção primária de aplicação prática para alcançar o sucesso (Marinho, 2002).

Prevenção Secundária: Enquadre-se o diagnóstico e tratamento precoce do cancro, nesta abordagem está inserida o auto-exame, o exame clínico e a mamografia (Marinho, 2002).

Auto-exame da mama: O auto-exame da mama desempenha um papel muito fundamental na detecção dos tumores da glândula mamária, a prática do auto-exame pode detectar tumores que não foram observados pela mamografia e nem pelo exame clínico de rotina, além do auto-exame que é da responsabilidade da própria mulher, existe um programa de rastreio em que a mulher pode consultar no

centro de saúde, na consulta materno-infantil e obter o diagnóstico de um profissional de saúde, em caso de uma anomalia, recorre-se a outros exames mais específicos, tais como a ecografia, a mamografia ou uma consulta com o cirurgião. A auto-palpação realizada pela própria mulher, deve ser feita rotineiramente após a menstruação (ocasião própria na qual as mamas ficam flácidas), ou na primeira semana do mês para as mulheres em menopausa, podendo ser útil também em localidades onde exista dificuldade para conseguir a mamografia (Montejo, 2012). Este procedimento sem custo operacional para a sua execução, é utilizado por pequena parcela da população que muitas vezes não é informada quanto a sua importância e principalmente a maneira correta de realizá-la, o que diminui a possibilidade de detectar anormalidades na glândula mamária (Marinho, 2002).

Para a realização do auto-exame da mama deve se ter em conta alguns passos a citar: Para realizar o auto-exame de forma correcta, deverá colocar-se de pé, em frente a um espelho, com os braços caídos ao longo do corpo. É importante estar relaxada e certificar-se de que pode fazer o auto-exame calmamente sem interrupções, é importante realizar a avaliação em três momentos diferentes: em frente ao espelho, em pé e deitada, antes de mais nada a mulher deve retirar toda a roupa e observar seguindo os passos de acordo com esquema a seguir:

1. Primeiro, deve observar as mama com os braços caídos;
2. Depois, levantar os braços e observar as mamas;
3. Por fim, é aconselhada a colocar as mãos apoiadas na bacia, fazendo pressão para observar se existe alguma alteração na superfície da mama.



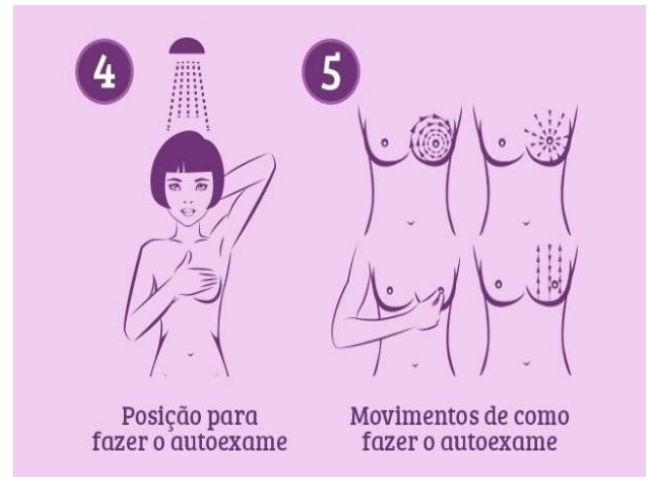
Fonte: <https://www.metropoles.com/saude/prevencao-veja-passo-a-pera-fazer-o-auto-exame-das-mamas>

Figura 3.

Como fazer a palpação das mamas estando de pé em frente ao espelho: A palpação de pé deve ser feita durante o banho com o corpo molhado e as mãos ensaboadas, para isso, deve-se:

- Levantar o braço esquerdo, colocando a mão atrás da cabeça como mostra a imagem;
- Palpar cuidadosamente a mama esquerda com a mão direita usando os movimentos conforme a imagem;
- Repetir estes passos para a mama do lado direito.
- A palpação deve ser feita com os dedos da mão juntos e esticados, em movimentos circulares em toda a mama e de cima para baixo. Depois da palpação da mama, deve-se também pressionar os mamilos suavemente para observar se existe a saída de qualquer líquido.

Como fazer a palpação das mamas estando deitada



Fonte: <https://www.metropoles.com/saude/prevencao-veja-passo-para-fazer-o-auto-exame-das-mamas>

Figura 4.

1. Deitar-se e colocar o braço esquerdo atrás da nuca como mostra a imagem;
2. Colocar uma almofada ou toalha debaixo do ombro esquerdo, para ser mais confortável;
3. Palpar a mama esquerda com a mão direita como mostra a imagem.

Esses passos devem ser repetidos na mama direita para terminar a avaliação das duas mamas, caso seja possível sentir alterações que não estavam presentes no exame anterior, é recomendado consultar um ginecologista para fazer exames diagnósticos e identificar o problema. O auto-exame da mama deverá ser feito mensalmente, para avaliar quaisquer alterações nas mamas. Quando faz este exame, é importante lembrar que as mamas são diferentes, de mulher para mulher, e que podem surgir alterações devido à idade, ao ciclo menstrual, a gravidez, a menopausa ou à toma de pílulas anticoncepcionais e/ou outras hormonas. É normal sentir que as mamas são um pouco irregulares e não lisas. Também é comum que as mamas se apresentem inchadas e sensíveis, no período antes da menstruação. A melhor altura para realizar o auto-exame da mama, é aproximadamente uma semana depois da menstruação (no fim do período menstrual). Se não tem uma menstruação regular, deverá realizar preferencialmente o auto-exame sempre no mesmo dia de cada mês.

Exame Clínico da Mama: O exame clínico da mama pode detectar lesões menores que um centímetro e é mais importante em mulheres mais jovens, faixa na qual a mamografia tem limitações, deve ser realizado a cada três anos entre os 20 e 40 anos, e depois anualmente (Shapiroet al., 2001).

Mamografia: A técnica de mamografia que corresponde a radiografia da mama permitindo visualizar a estrutura do tecido mamário, é utilizada para o rastreio das mulheres assintomáticas que não apresentam lesões palpáveis e em mulheres sintomáticas nas quais os achados clínicos levam a suspeita do cancro da mama (Bergamasco e Ângelo, 2011). Muito se questionou quanto à validade da mamografia em mulheres abaixo dos 50 anos de idade, alegando-se que seu uso em programas de rastreio não induz à redução da mortalidade. A propensão actual é a aceitação das evidências de que esta prática produz diminuição significativa da morbilidade e da mortalidade em todos os grupos etários acima de 40 anos (Montejo, 2012). Existem obstáculos que dificultam a execução da mamografia como, o medo da irradiação, a vergonha, a dificuldade de conseguir o exame, a dor à sua realização e a falta de recomendação para sua realização pelo médico (Almeida et al., 2001).

Enquadramento Teórico e Conceptual

Ansiedade: É um sentimento vago e desagradável de medo, apreensão, caracterizado por tensão ou desconforto derivado de antecipação de perigo, de algo desconhecido ou estranho (Stratton & Hayes, 2003).

Auto-estima: É resultado do valor que uma pessoa atribui aos elementos afectivos e sociais da representação que tem sobre si própria (Stratton & Hayes, 2003). A auto-estima está relacionada com a avaliação subjectiva que o próprio sujeito faz de si, tendo em conta diversos factores como a idade, género, aspecto físico, estado de saúde e aspectos sociais, como também está relacionada com a aceitação e valorização do sujeito por parte daqueles que lhe são importantes (Galinha, 2008).

Cancro: É uma doença mais desafiadora para a ciência nos últimos tempos, podendo ser definido de forma geral, como um grupo de mais de duzentas doenças diferentes, que se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e da capacidade destas células de invadir outras estruturas orgânicas (Pito citado por Silva et al., 2005).

Cancro da mama: É definido como uma doença maligna em que há um descontrole da reconstrução das células que invade os tecidos e invariavelmente não é curado e resulta em morte (MISAU, 2019). Cancro da mamaem que as células normais da mama começam a modificar-se, multiplicando-se sem controlo e deixando de morrer, formando uma massa de células chamada tumor (CCC, 2004). Na literatura corrente existem diferentes propostas de definição do cancro, apesar de todas serem convergentes. Contudo as mais aceites são apresentadas por (Menkeet al, 2007; Jácome et al, 2011 citados por Silva, 2012) respectivamente. De acordo com os autores *ocancro da mama* é uma doença heterogênea e complexa, que é caracterizado por diversas formas clínicas e morfológicas, com diferentes graus de agressividade tumoral e potencial metastático (Silva, 2012).

Depressão: É um estado reduzido do funcionamento psicológico e mental frequentemente associado com sentimentos de infelicidade (Stratton & Hayes, 2003).

Saúde: É um termo complexo, pois tem a ver com a essência biológica, considera três factores nomeadamente biológicos, mentais e sociais. Saúde pode ser definida como um estado total e completo de bem-estar físico, mental e social (OMS, 2000). Para Capra (1982), citado por (S. Silva et al., 2011) *saúde* é um estado de bem-estar estabelecido a partir de um modo vivo e ideal de funcionamento de organismo, sendo que tal estado dependerá de como se descreve o organismo e como interage com o meio ambiente. Rey (1982), citado por Contini (2000), afirma que *saúde* compreende um complexo processo qualitativo que deve envolver o somático e o psíquico, integrando-se de uma forma sistémica, formando uma unidade que exprime o funcionamento completo e eficaz do organismo, quer seja de animal, ou de outro reino. A partir dos autores acima citados, constatou-se que todos convergem nas suas concepções sobre a saúde, dando a entender que a saúde tem um sentido complexo, pois trata-se de bem-estar do estado de um organismo biológico que depende do funcionamento físico, do aspecto psicológico, social e do ambiente em que se encontra, a saúde é fundamental para a existência salutar do organismo vivo.

Saúde mental: É definida como sendo o estado de equilíbrio entre uma pessoa e o seu meio sociocultural. Segundo a OMS, *saúde mental* é um estado de bem-estar no qual o indivíduo exprime as suas capacidades, enfrenta estímulos externos normais da vida, trabalha produtivamente e de modo frutífero e contribui para a sua comunidade (WHO, 2001 citado por Ribeiro et al., 2015). No contexto da saúde mental existem algumas perturbações mentais características dos doentes oncológicos, nomeadamente depressão e ansiedade.

Trauma: É uma experiência que em virtude da sua intensidade e de sua imprevisibilidade, é danosa (Stratton & Hayes, 2003).

Trauma Psicológico: É um tipo de dano emocional que ocorre como resultado de um algum acontecimento. Pressupõe uma experiência de dor e sofrimento emocional ou físico, como experiência dolorosa que é, o trauma acarreta uma exacerbação do medo, o que pode conduzir ao estresse, envolvendo mudanças físicas no cérebro e afectando o comportamento e o pensamento da pessoa, que fará de tudo para evitar reviver o evento que lhe traumatizou. Igualmente, pode acarretar a depressão, comportamentos obsessivos compulsivos e outras fobias ou transtornos como o de pânico (Stratton & Hayes, 2003).

Qualidade de vida: Para a OMS, a definição de qualidade de vida é “a percepção que um indivíduo tem sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO, 1997, p. 11). Trata-se de uma definição que contempla a influência da saúde física e psicológica, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com características inerentes ao respectivo meio na avaliação subjectiva da qualidade de vida individual. Neste sentido, poderemos afirmar que a qualidade de vida é definida como a “satisfação do indivíduo no que diz respeito à sua vida quotidiana”. Qualidade de vida é um conceito de difícil definição, pois é considerado subjectivo e multidimensional, já que inclui as percepções individuais do estado físico, psicológico e social. Após chegar a um consenso entre especialistas de vários países, a Organização Mundial da Saúde definiu qualidade de vida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHO QOL, 1998, p. 3).

Berlim e Fleck (2003) citados por Kasama e Brasolotto (2007) afirmam que a qualidade de vida tem sido muito utilizada para determinar o impacto global das doenças e dos tratamentos médicos, considerando a perspectiva do paciente. Assim, o conceito de qualidade de vida está diretamente associado à auto-estima e ao bem-estar pessoal e compreende vários aspectos, nomeadamente, a capacidade funcional, o nível sócio-económico, o estado emocional, a interação social, a actividade intelectual, o auto-cuidado, o suporte familiar, o estado de saúde, os valores culturais, éticos e religiosos, o estilo de vida, a satisfação com o emprego e/ou com actividades diárias e o ambiente em que se vive. Além das complicações físico-funcionais, a qualidade de vida é influenciada negativamente, com especial referência aos aspectos psicológicos, como depressão, ansiedade, fadiga, questões sobre auto-estima, imagem corporal e sexualidade. Estes factores, em conjunto com as alterações funcionais, interferem adversamente na qualidade de vida, contribuindo para a morbilidade e mortalidade (Morvaldezateet al., 2013 citado por Alves et al., 2016). Sabe-se que as técnicas cirúrgicas podem gerar complicações físico-funcionais a curto e a longo prazo no membro superior homolateral à cirurgia como: linfedema, dor, diminuição da amplitude de movimento, redução da sensibilidade e da força muscular o que contribui para a dificuldade na execução das actividades de vida diária e para a qualidade de vida dessas mulheres (INCA, 2015).

Impacto psicológico do cancro da mama na vida das mulheres: Comumente quando a mulher recebe o diagnóstico do cancro da mama, esta notícia pode trazer consigo repercussões psicológicas muito evidentes na vida da mulher que se podem manifestar pelo pensamento de pôr termo à vida. Esta condição em que a mulher é obrigada a conviver com a doença é muito dolorosa, uma vez que a mulher começa a sentir uma sensação de desvalorização pessoal, podendo interferir na maneira como ela vinha-se sentindo como mulher em relação ao seu corpo e à sua mente. Covich (2000) citado por (Vianna, 2004) afirma que o cancro da mama atinge a integridade psicológica da paciente, tornando-a fragilizada e vulnerável à depressão e ansiedade. Tal situação é geradora de intensa angústia, causada em geral pelo medo da mutilação, da dor e da morte, pela culpa e pela agressividade da mesma. Sob o ponto de vista fenomenológico, a ansiedade e a depressão devem ser vistos como conceitos separados. A ansiedade envolve sentimentos de

medo, preocupação e apreensão, enquanto a depressão é dominada pela tristeza, pesar e desespero. A literatura tem mostrado que na fase inicial do percurso da doença, a maioria das mulheres com cancro da mama, experimenta algum grau de perturbação emocional e reações emocionais negativas, como tristeza, ansiedade, culpa, raiva, sentimento de perda de controlo sobre o futuro, entre outras. Segundo Rossi, as repercussões psicológicas do cancro da mama variam conforme o momento vivenciado, dentro do contínuo que se estende desde o diagnóstico até ao tratamento, afectando o ajustamento psico-social de maneira diferente nos estágios identificados, prejudicando a qualidade de vida da mulher acometida. A depressão e o estresse podem trazer um impacto negativo na vida das mulheres com cancro da mama, quando a pessoa adoece acaba se concentrando muito na doença para encontrar formas para sair desta condição de saúde, algo que vai chamar atenção é o facto de a pessoa deixar de fazer as coisas do seu dia-a-dia por cuidados pessoais e para conservar energia, estas questões são vivenciadas principalmente pela paciente, mas a família também está envolvida neste processo de forma coadjuvante. Os sentimentos de angústia, medo e ansiedade despertados na família muitas vezes levam a paciente a desenvolver um quadro de depressão.

Interessante é que a pessoa pensa na doença como uma forma de modificar aquele estado e aumentar a chance de ter menos danos. Por outro lado, há quem fique parado diante do problema sem pensar no que pode fazer a respeito do mesmo. Uma mulher com depressão sente-se impotente diante da doença, é como se ela não pudesse fazer absolutamente nada para que possa mudar o estado dela. No entanto há mulheres que procuram saber quem é o médico de referência na área e como é o tratamento. Enfim, elas pensam tanto no que se pode fazer a respeito do tratamento, ao contrário da mulher com depressão, que fica com pensamento pessimista e vê um futuro sombrio pela frente. À partida, há noção de que o cancro da mama, como qualquer outro tipo de cancro provoca mutilação do membro afectado, desestabiliza o sistema nervoso, provoca um trauma psicológico, reduzindo a auto-estima, enfraquecendo a vontade da vítima de poder pensar no futuro. Como é natural, a doença tem efeitos negativos do ponto de vista sócio-económico, quer para a família da vítima, quer para o país em geral. O tratamento da depressão em mulheres com cancro da mama precisa de ser orientado por um especialista, um psiquiatra que esteja bem formado ou preparado em farmacologia e a interação dos medicamentos. Normalmente as pacientes com cancro da mama, que usam o tamoxifeno (medicamento que reduz a acção do hormónio estrogénio no organismo), este medicamento interagem com boa parte dos anti-depressivos. O tamoxifeno pode levar a sintomas depressivos, nesses casos, é muito difícil diferenciar se a depressão é uma reacção à doença, ao tratamento ou se é um efeito colateral do tamoxifeno.

O cancro da mama tem um significado muito importante que se associa à feminilidade, amamentação, fertilidade e sexualidade. O cancro da mama afecta a auto-estima, embora as pessoas o associem a um prognóstico positivo porque existem histórias positivas a respeito da mesma em algumas mulheres que ficaram curadas. Explicou ainda que o cancro da mama mostra que além do estresse próprio da doença que tem uma concepção social de gravidade, há outro aspecto psicológico, ligado à insegurança diante da feminilidade, que também se torna um estresse pessoal no seio familiar, na comunidade e no seio do trabalho. Um dos tratamentos do cancro da mama indicado é a mastectomia da mama que pode ser total ou parcial. A mastectomia pode afectar psicologicamente a mulher, no que concerne à sua imagem corporal por lhe ter sido amputada a mama, esta também afecta a sua vida conjugal, familiar e o seu trabalho. Para Segal (1995 citado por Merges, 1998) a depressão e a ansiedade estão sempre presentes e a reabilitação das mulheres mastectomizadas é imprescindível. Apesar dos avanços da medicina no tratamento do cancro, o diagnóstico está correlacionado com um símbolo equivalente à "sentença de morte", associado à dor, sofrimento, perda de uma porção do seu organismo e mutilação, a reabilitação é um processo indispensável, tendo como objectivo contribuir para o seu bem-estar e equilíbrio emocional. O diagnóstico do cancro confronta a paciente com a questão do imponderável da finitude e da morte, como toda a doença potencialmente letal, traz consigo sentimentos de perda, inclusive do

próprio domínio sobre a sua vida. Segundo o National Cancer Policy Board dos Estados Unidos (2004), outras consequências são: o medo da recorrência, os sintomas físicos como a fadiga, os problemas de sono ou dor, alterações na imagem corporal, disfunção sexual, ansiedade relacionada com o tratamento, pensamentos intrusivos a respeito da doença, ansiedade persistente, relações extraconjugais, sentimentos de vulnerabilidade e elaboração de coisas que não existem por conta da sua condição psicológica, incluindo aí a questão da morte (Cantinelli *et al.*, 2006).

METODOLOGIA

Tipo de estudo: Trata-se de um estudo descritivo transversal com abordagem quali-quantitativa.

Local de Estudo: A presente pesquisa foi realizada nas consultas de Oncologia do Hospital Central de Maputo, fica localizada na Av. Salvador Allende entre Faculdade de Medicina e o serviço da Inspeção do MISAU. A enfermaria tem uma capacidade para 31 camas de doentes com diagnóstico de diversos tipos de cancros, tem 4 gabinetes para consultas, 1 gabinete de urgências, 1 sala para tratamento ambulatorio (Hospital Dia), 1 sala de reuniões conta com 3 especialistas da área, 1 médico residente, 5 médicos de clínica geral, 1 psicólogo clínico, 1 nutricionista, 9 enfermeiros gerais, 11 agentes de serviço, 1 técnico de acção social, 4 técnicos administrativos, 5 casas de banho, uma copa, 1 sala de tratamento.

A escolha do Hospital Central de Maputo deveu-se ao facto de:

- É o único serviço completo de Oncologia a nível nacional;
- É um centro de referência com serviços de Oncologia a nível nacional, com uma capacidade de internamento para as doentes com cancro de mama e outros tipos de cancro;
- Tem capacidade de tratamento multidisciplinar para o cancro desde a quimioterapia, hormonoterapia, radioterapia e provê serviços de acompanhamento psico-social para os seus utentes;
- É um hospital de nível quaternário em Moçambique na classificação dos hospitais do país, segundo o diploma Ministerial nº127/2002;
- A consulta de Oncologia esta integrada nos serviços de Oncologia;
- Ter uma estrutura bem organizada dos serviços que oferece ao público.

Período de estudo: O estudo decorreu no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018, logo após a aprovação da Comissão Científica e Ética da Universidade Eduardo Mondlane.

População de estudo: Fizeram parte deste estudo mulheres com cancro da mama, em tratamento nas consultas de Oncologia do HCM, no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018.

Amostra: Foi usada uma amostragem não probabilística por conveniência, e a pesquisa foi quanti-qualitativa, a menção da amostra não foi relevante nesta pesquisa.

Crítérios de inclusão e exclusão

Inclusão:

- Ser mulher de qualquer faixa etária;
- Ter diagnóstico de cancro da mama;
- Estar em tratamento ambulatorio nas consultas de Oncologia o Hospital Central de Maputo;
- Mulheres que gozam de boa faculdade mental;
- Mulher que aceitaram participar no estudo após o consentimento livre e informado;

Exclusão:

- Mulheres com doenças inflamatórias não cancerígenas da mama;

- Mulheres com outros tipos de cancro;
- Mulheres que estão internadas.
- Procedimentos, técnicas de recolha de dados

Técnicas de recolha de dados: Para a colheita de dados foi administrado um guião de entrevista semi-estruturado que continha perguntas abertas e fechadas. O guião de entrevista semi-estruturado permite que a colheita de informação fosse feita junto das mulheres que foram entrevistadas e que sofrem do cancro da mama. Encontre em anexo o roteiro de entrevista (Marconi & Lakatos, 2011).

Instrumentos de recolha de dados: Na entrevista semi-estruturada o entrevistador orienta-se por um guião de temas que serão abordados livremente sem obedecer uma ordem determinada. Deste modo, o entrevistador pode alterar a ordem das questões preparadas ou introduzir novas questões no decorrer da entrevista, solicitando esclarecimentos ou informação adicional, não estando portanto, regulado por um guião rígido (Simões, 2006). Por outro lado, o entrevistado também não está condicionado a responder apenas ao que lhe é perguntado, pois as perguntas são abertas, podendo expandir-se para outros temas não previstos pelo entrevistador. As entrevistas semi-estruturadas passaram a ser amplamente usadas por os “pontos de vistas dos sujeitos serem mais facilmente expressos numa situação de entrevista relativamente aberta do que numa entrevista estruturada ou num questionário” (Flick, 2005:77).

Variáveis, gestão e análise de dados

- Idade
- Estado civil;
- Escolaridade;
- Residência;
- Nível de conhecimento em relação ao cancro da mama;

Conservação de dados: A base de dados foi conservada numa pasta que contém os guiões de entrevistas codificados, sob cuidado da pesquisadora no qual só ela tem acesso.

Análise e tratamento e análise de dados: Para melhor gestão dos dados, estes foram codificados e transformados em símbolos, para posteriormente serem tabelados e contados (atribuição de códigos e ou números), pois a codificação é uma operação utilizada para classificar os dados que se relacionam.

Limitações do Estudo: Existem algumas limitações na realização de um trabalho de investigação com estas características. Assim, este estudo é limitado a uma amostra pequena, o que não permite elações generalistas e globalizadoras. Os resultados apresentados devem ser interpretados tendo em atenção a pequena população inquirida. Outra limitação é o facto das capacidades intelectuais das doentes poderem estar diminuídas uma vez que:

“Os tratamentos oncológicos muitas vezes debilitam as funções neurológicas dos doentes, com cancro disseminado, e que foram submetidos a regime multidrogas. Essa condição física poderá alterar as suas cognições e comprometer os seus julgamentos” (BAROFSKY E SUGARBAKER, 1990).

Embora, neste estudo a incapacidade para responder fosse um critério de exclusão. Por outro lado alguns doentes tendem a responder de uma forma socialmente desejável, e dão respostas de acordo com as expectativas que têm acerca do que os médicos (ou os investigadores) gostariam de ouvir (Hurny, Plasetsky, Bagin e Holland, citados por Lopes *et al*, 1999). O facto das mulheres preencherem o questionário no local onde realizam o tratamento pode constituir uma limitação. Assim, o estudo é limitado a uma pequena amostra, o que não permite elações generalistas e globalizadoras. Os resultados apresentados deverão ser interpretados, tendo atenção a pequena população inquirida.

Confidencialidade: A entrevista semi-estruturada de cada mulher participante na pesquisa foi identificada por um código, em cumprimento dos princípios éticos exigidos. Antes do processo de recolha de dados para o projecto de pesquisa, foi solicitada uma

aprovação pela comissão de ética da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, o que exigiu a apresentação do termo de compromisso da investigadora, sublinhando a observância rigorosa dos princípios éticos durante a colheita de dados.

Voluntariedade: Para que as mulheres mostrassem voluntariedade para fazerem parte da pesquisa foi acautelada com antecedência, porque antes da administração do guião de entrevista semi-estruturada, estas foram explicadas de forma individual, tendo em conta objectivoda entrevista e a sua finalidade. Foram entrevistadas 17 pacientes com cancro da mama, dentre elas a equipa que colabora nesteserviço como é o caso do psicólogo, o enfermeiro, o técnico da acção social e a responsável do programa do cancro a nível nacional, estes interagem directamente no dia-a-dia destas pacientes.

Considerações éticas: No quadro dos cuidados de saúde, prevaleceu sempre o respeito pela pessoa, devendo-se tratar os pacientes com dignidade humana, pois estas gozam de todos os direitos humanos, tais como o direito à verdade e à sua privacidade. Respeitou-se a autonomia das mulheres protegendo-as, porque algumas perdem a sua autonomia devido à doença, incapacidade ou problemas relacionados com transtornos mentais (Thompson, 2004). Este contou com todas as mulheres com critérios de inclusão e que consentiram fazer parte do mesmo. O estudo foi aprovado pela comissão científica e ética do conselho Científico da Faculdade de Medicina, e o Comitê de Ética Institucional da Faculdade de Medicina e Hospital Central de Maputo com o número de referência CIBS FM&HCM/80/2018.

RESULTADOS

8.1. Resultados Sócio-demográficos: Fizeram parte desse estudo 17 mulheres com idades compreendida entre os 25 a 74 anos, que foram diagnosticadas com cancro da mama, e estão em tratamento ambulatório na enfermaria de oncologia do HCM, no período de Janeiro de 2017 a Fevereiro de 2018, de salientar que algumas foram mastectomizadas.

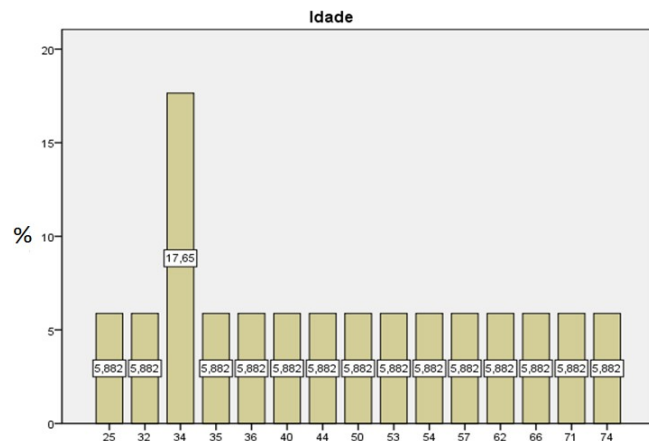


Figura 5. Idade das mulheres com cancro da mama

Quanto à idade (gráfico 5) reflete que 18% destas mulheres tinham 34 anos de idade, o que corresponde a maior percentagem e as restantes idades correspondiam a 6% respectivamente.

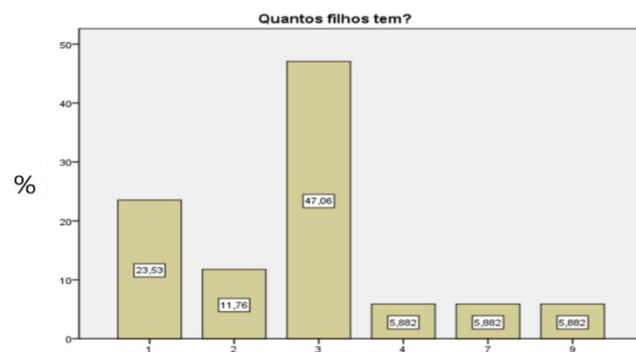


Figura 6. Número de filhos das mulheres com cancro da mama

O gráfico 6 nos mostra que 47% destas mulheres tinham 3 filhos, 24% tinham apenas 1 filho, 12% com 2 filhos e 6 % tinham 4, 7 e 9 filhos respectivamente.

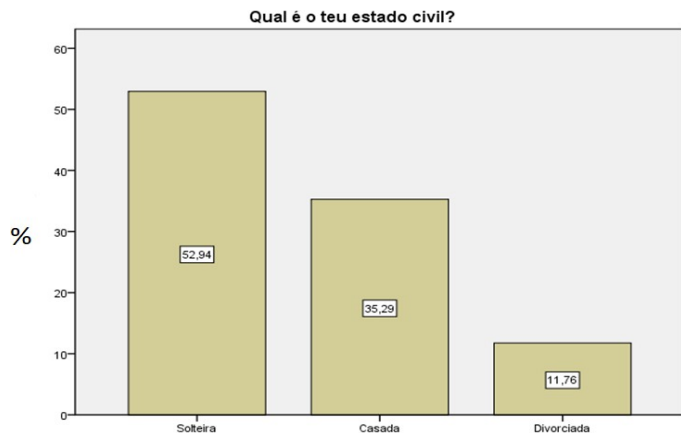


Figura 7. Estado civil das mulheres com cancro da mama

O gráfico 7 nos mostra que, 53% destas (10 mulheres) eram solteiras, 35% casadas (5 mulheres) e 12% divorciadas (2) eram divorciadas

História pregressa da doença



Figura 8. Método da descoberta do nódulo do cancro da mama

No (gráfico 8) ilustra que 76% destas correspondente a 14 mulheres que foram diagnosticadas através do auto-exame e 24% correspondente a 3 mulheres teriam sido diagnosticadas na Unidade Sanitária através de exames médicos.

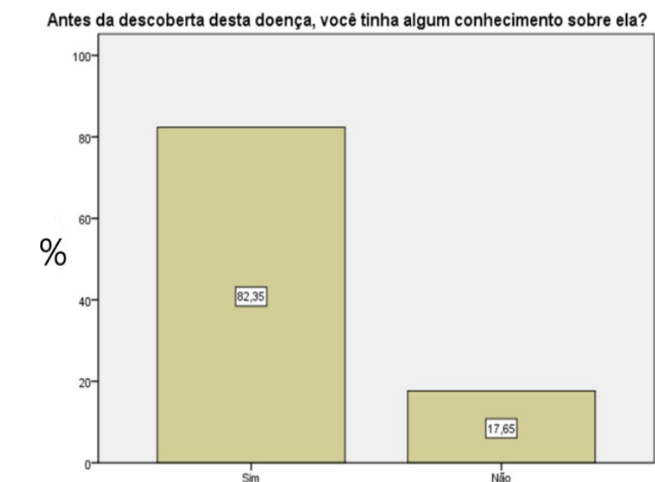


Figura 09. Como foi efectuado o diagnóstico do cancro da mama

O (gráfico 9) reflecte que 82% das mulheres tinham conhecimento da existência do cancro da mama, e 18% que disseram que não tinham nenhum conhecimento do cancro da mama.

Nível de conhecimento sobre o cancro de mama

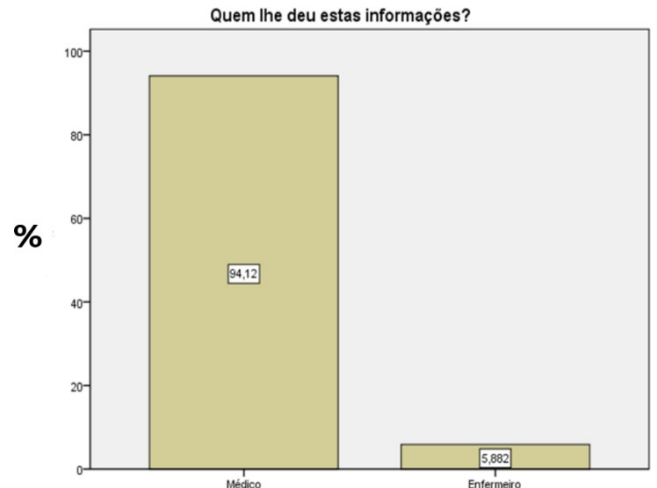
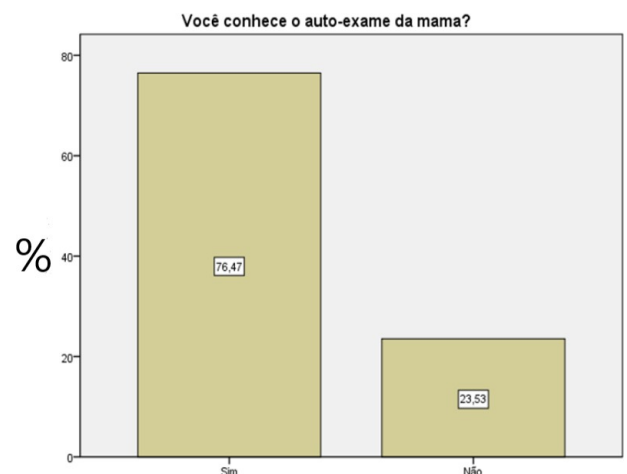


Figura 10. Informação do diagnóstico do cancro da mama

Do total das mulheres incluídas no estudo cerca de 94% disseram que, receberam o diagnóstico do cancro da mama na unidade sanitária, através do médico, e as 6% restantes receberam a informação através da enfermeira nas consultas de Planeamento Familiar, após terem sido submetidas ao despiste de CANGUM.



Durante a entrevista 12 mulheres que correspondiam 76% responderam que já conheciam o auto-exame da mama, e teriam ouvido falar com as amigas durante as conversas, algumas disseram que, teriam ouvido em programas televisivos e destas 5 mulheres que corresponde a 24 % nunca teriam, ouvido falar do cancro da mama.

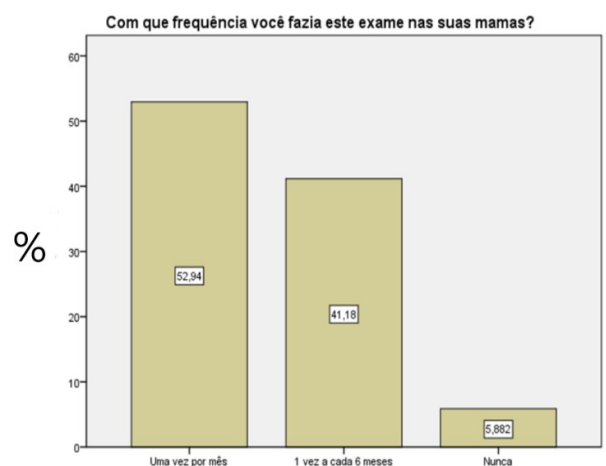


Figura 12. Frequência do auto-exame da mama

Das pacientes que fizeram parte deste estudo 11 afirmaram delas que faziam o auto-exame uma vez por mês em cada mês, o que correspondia a 53%. E 41% afirmaram que faziam 1 vez em cada 6 meses e as restantes 6 % nunca afirmaram que nunca tinham feito o auto-exame da mama.

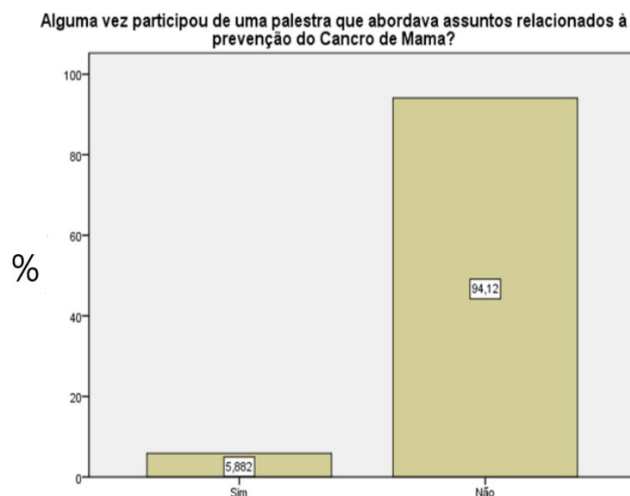


Figura 13. Participação das palestras

Em relação a participação nas palestras o gráfico 10, nos mostra que 11 destas mulheres corresponde a 94% não participaram numa palestra sobre o cancro da mama e 6 mulheres correspondente a 6% teriam participado numa palestra do cancro da mama.

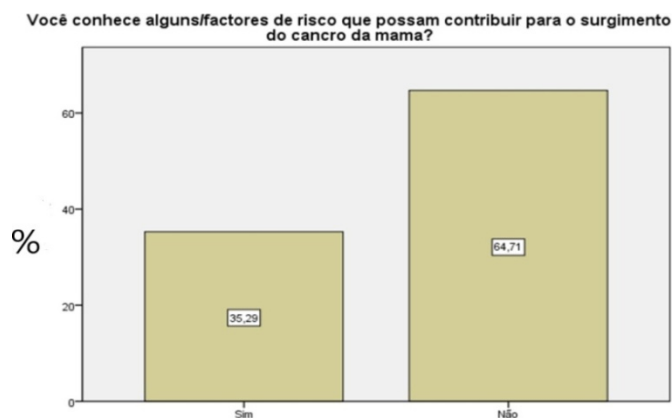


Figura 2. Conhecimento sobre os factores de risco do cancro da mama

De acordo com o gráfico 11 este reflecte que das 17 mulheres que fizeram parte da pesquisa 11 destas não tinham conhecimento sobre os factores de risco do cancro da mama com uma correspondência de 65%, apenas 6 mulheres correspondente a 35% é que conheciam os factores de risco.

DISCUSSÃO

O presente trabalho é resultado de uma pesquisa realizada na enfermaria de Oncologia do HCM no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018, onde fizeram parte do estudo 17 mulheres que estão em tratamento ambulatorial padecendo de cancro da mama e 16 eram de raça negra e 1 mestiça. De acordo com Mohan (2010), Bofimet al (2013), Kumar&Abbas (2015) o cancro da mama, é uma doença complexa que afecta predominantemente indivíduos do sexo feminino, podendo afectar também os de sexo masculino numa proporção de 1/100 casos. Mediante os resultados obtidos, anteriores estudos apontam que a maior predominância do cancro da mama é para os indivíduos do sexo feminino. A amostra das pacientes com cancro em tratamento ambulatorial na enfermaria de oncologia do HCM, no período de Janeiro de 2017 a Janeiro de 2018, caracteriza-se

maioritariamente por pacientes jovens com 34 anos de idade. Para INCA (2006), contrariamente aos resultados de óbitos neste estudo, a faixa etária com maior incidência do cancro da mama é dos 40 a 50 anos de idade, sendo esta a causa de mais morte nas mulheres. De acordo com Longo Fauciet al, (2015), idade da paciente no período de diagnóstico é muito importante por estar directamente relacionada ao período da menopausa e conseqüentemente, à acção hormonal no crescimento tumoral. Mulheres mais jovens, principalmente antes dos 35 nos, tem um mau prognóstico em relação a mulheres mais velhas, na pós menopausa. No que concerne imagem corporal as pacientes já mastectomizadas referiram que, estavam a enfrentar um grande dilema pelo facto destas terem sido amputadas a mama, a condição actual pela perda do seu membro teria trazido complicações muito visíveis na sua vida pessoal assim como conjugal onde por sua vez, esta trouxe um impacto negativo na sua sexualidade. O tipo de cirurgia foi relacionado com a qualidade de vida e a imagem corporal e concluiu-se que as senhoras submetidas a cirurgia conservadora apresentavam melhor qualidade de vida global e melhor imagem corporal.

Engel *et al*(2004), conduziram um estudo comparativo da qualidade de vida entre o tratamento conservador da mama e a 133 mastectomia total, onde chegaram a resultados semelhantes aos encontrados neste estudo. Estes autores concluíram que o tratamento conservador da mama está claramente associado a melhor qualidade de vida; na mastectomia total as mulheres sentem-se menos atraentes, não gostando da sua aparência geral, estando infelizes com a cicatriz; tinham também limitações no trabalho, no lazer e em outras actividades do dia a dia. Apesar de as mulheres submetidas a cirurgia conservadora referirem melhor imagem corporal (Fallosfield& Hall, 1991) salientam que não existe diferenças nos níveis de ansiedade e depressão. A maior escolaridade predispsse uma visão positiva acerca do cancro da mama. Ademais, piores escores de QV foram associados a um impacto nas subesclas mudanças corporais, auto-avaliação negativa e preocupação com o cancro, conformando potenciais demandas não atendidas nestas pacientes durante o seguimento ambulatorial. Existe uma explicação para o cancro da mama que resulta da mudança dos hábitos de vida, muitos moçambicanos deixaram as zonas rurais e migraram para as zonas urbanas, tendo deixado assim uma forma de viver mais saudável. Pretendem adoptar um estilo de vida europeu: mais stress, comem menos vegetais, são mais sedentários e praticam menos exercícios físicos, o que de certo modo a residência destas mulheres pode ter influenciado negativamente. No que concerne ao conhecimento do cancro da mama, os resultados demonstraram que, a maior percentagem destas pacientes não tinham nenhuma informação. Algumas destas justificaram que ouvido falar da mesma, o que nos remete a concluir que esta não chega em algumas zonas tendo em conta elas residem.

CONCLUSÃO

Com o desenvolvimento desta pesquisa, foi possível alcançar dados de confiança que demonstram *os transtornos psicológicos em pacientes com cancro da mama atendidas nas consultas de Oncologia do Hospital Central de Maputono* período referido anteriormente. A pesquisa conclui que o diagnóstico do cancro da mama trouxe-se repercussões psicológicas visíveis na vida da mulher, alterando a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e a sua mente, o que pode tornar frágil e vulnerável à depressão e ansiedade. Como toda a doença potencialmente letal, traz consigo os sentimentos de perda incluindo o domínio próprio da sua vida, ficando evidente também o medo da recorrência, que se associam aos sintomas físicos, fadiga, problemas de sono ou dor, alterações na imagem corporal, disfunção sexual, redução da libido, ansiedade que estão relacionados com o tratamento, as relações maritais ficam comprometidas, criando sentimentos de perda do parceiro por abandono incluindo a questão da morte. As mulheres referiram que, a partir do momento que receberam o diagnóstico do cancro da mama, a sua vida conjugal ficou afectada pelo facto desta ter trazido mudanças em relação à sexualidade e à satisfação com o relacionamento conjugal, se comparados com o período antes de receberem o do diagnóstico do cancro da mama e pós-diagnóstico. Os resultados do presente estudo

serão partilhados com as entidades que actuam no atendimento das doentes diagnosticadas com cancro, este poderá ajudar na melhorar as estratégias de tratamento e participação activa e antepada das doentes. As conclusões de Rezende et al. (2005) citado por Toledo e Ballarin (2013) a partir de um estudo feito com mulheres com cancro, revelou que uma considerável proporção dos cuidadores informais principais das pacientes com cancro da mama na fase terminal da doença, apresentam ansiedade e depressão, existe um inter-relacionamento entre o sofrimento psíquico da família e o sofrimento da paciente, com consequências diretas sobre ambos. A depressão e a ansiedade no cuidador podem desencadear depressão e ansiedade na paciente e vice-versa, ou seja, se a família é afectada pela doença as reacções familiares também afectam a paciente. Tais evidências reforçam a ideia de que o processo de cuidar é bastante complexo, influenciado pelo contexto de adoecer e morrer. Assim, é justificável a preocupação crescente em estudar este impacto, avaliar e tratar a ansiedade e a depressão no cuidador informal tem valor muito importante na sua prevenção.

O estado civil das pacientes é muito importante, uma vez que o parceiro desempenha um papel bastante imprescindível para o diagnóstico precoce da doença. No caso das mulheres solteiras e divorciadas contam a informação disponível ou quando estas participam nas consultas de rastreio de CANCEL ou outras consultas de rotina onde as mulheres tem acesso a este pacote completo. Para a consciencialização desta doença, é possível através da intervenção de vários níveis, onde reside o facto de poder-se assegurar o alcance de melhores níveis de bem-estar psicológico que, segundo (Gimenes, 1988), estão naturalmente associados à facilidade de acesso aos serviços de saúde e à disponibilidade e apoio da equipa médica, contribuindo para mitigar a ansiedade da mulher e melhoria da sua condição emocional. Além de que as mulheres poderão engajar-se numa transição dinâmica com o contexto ameaçador do cancro, podendo-se então apresentar estratégias que ajudem a enfrentar, de forma particular, as exigências de cada estágio da doença. Ressalta-se, também, a melhoria da qualidade de vida das pacientes e dos seus familiares do ponto de vista da saúde psico-social e financeira ou material.

RECOMENDAÇÕES

- Considerando o cancro da mama um problema de saúde pública no Mundo assim como no nosso país, é de referir que, esta traz repercussões psicológicas muito graves para a vida das pacientes. O estudo recomenda que os profissionais de saúde afectos na enfermaria de oncologia, a necessidade de se ter em conta as consequências que podem advir deste diagnóstico, deve-se ter conta abrangendo atendimento psicológico para os familiares dos doentes oncológicos, assim como as pessoas que se encontram a sua volta, ajudando-os a perceber e esclarecer melhor as possíveis dúvidas que estes apresentam, de modo a reduzir os transtornos psicológicos a nível das familiares acometidas por esta patologia.
- Preparação dos profissionais de saúde que estão envolvidos, com o cuidado específico das mulheres mastectomizadas, no sentido de trabalhar com a sua condição de saúde e consciencializá-las acerca das estratégias utilizadas, para que elas possam encarar com o mínimo o abate psicológico; tendo em conta as várias reacções emocionais, apresentadas pelas pacientes nas diferentes esferas e fases do tratamento;
- Criação de grupos de apoio psicossocial a nível das famílias para sensibilização acerca desta doença, como forma de melhorar os transtornos psicológicos;
- Que as mulheres possam receber um suporte local a nível das unidades sanitárias, logo após receberem o resultado do diagnóstico do cancro da mama envolvendo também a sociedade civil;
- Criação de equipas para terapia ocupacional, envolvendo associações congéneras estabelecidas;
- Difusão da informação acerca do cancro da mama, em todas as palestras antes das consultas em todas as unidades sanitárias a nível do país, e que sejam implantada esta prática como rotina nas

unidades sanitárias antes iniciar o atendimento dos pacientes;

- Divulgação da informação para o rastreio e detecção precoce do cancro da mama, nas unidades sanitárias, escolas, igrejas e outros lugares de grande concentração para melhor rastreamento, prevenção e disseminação da informação acerca da doença, de modo que, se criem uma redução da morbilidade do cancro no país;
- Melhorar e expandir as campanhas de educação sanitária acerca dos factores de risco modificáveis para o cancro da mama;
- Promoção de auto-palpação da mama, integrando esta actividade junto com o rastreio do cancro do colo do útero em todas as consultas de CANCEL;
- A formação dos profissionais da saúde nas unidades de saúde primária para a rápida referência quando se detetam nódulos para um diagnóstico precoce;
- Expansão das unidades de citologia para a realização de Paaf's na periferia, nas unidades sanitárias onde se faz diagnóstico definitivo e tratamento;
- Implementação de grupos multidisciplinares que permita um manuseio adequado e rápido para o estadiamento, tratamento e seguimento;
- Que sejam criadas condições nas famílias das pacientes com cancro da mama, de maneiras a receberem o apoio psicológico, uma vez que, estes é que são afectados directamente com esta condição de saúde;
- Criação de programas de campanha para a consciencialização sobre os factores de risco, a importância de cedo diagnosticar, apelando às mulheres a aderirem aos centros da saúde para receber instruções mais apuradas sobre auto-exame da mama ou mamografia, para o bem-estar de saúde das mulheres, suas famílias e a população em geral ao nível psicológico;
- Elaboração de programas para a intervenção psicossocial com enfoque na obtenção de habilidades específicas para encarar cada contexto do tratamento do cancro da mama;
- Criação de formas para a consciencialização e dar conhecimento as populações acerca do cancro da mama no Mundo e no nosso país, fazendo menção a prevenção, diagnóstico, factores de risco e o tratamento caso já tenha sido diagnosticadas;
- Que sejam evidenciados esforços para aumentar a capacidade dos recursos humanos, matérias de forma a prevenir do cancro;
- Reforçar a necessidade das mulheres em participarem nos programas educativos como o caso de palestras educativas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alves, G., Prado, P., Sene, T., Lima, F., Lima, M., & Mendes, I. (2016). *Câncer de mama e suas complicações clínicas e funcionais: Revisão de Literatura*. In Universidade do Vale do Paraíba (Ed.), *XX Encontro Latino Americano de Iniciação Científica, XVI Encontro Latino Americano de Pós-Graduação e VI Encontro de Iniciação à Docência* (pp. 1–5). Universidade do Vale do Paraíba. www.inicepg.univap.br;
- Barbosa, P. A., Cesca, R. G., Pacífico, T. E. D., & Leite, I. C. G. (2017). *Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil*. *Revista Brasileira de Saude Materno Infantil*, *17*(2), 385–399. <https://doi.org/10.1590/1806-93042017000200010>;
- BAROFISKY, I; SUGARBAKER, P. – *Cancer*. In SILKER, B. - *Quality of life assessments in clinical trials*. Raven Press. New York. 1990;
- Bray, F., Ferlay, J., Soerjomataram, I., Siegel, R. L., Torre, L. A., & Jemal, A. (2018). *Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries*. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, *68*(6), 394–424. <https://doi.org/10.3322/caac.21492>;
- Bello MA. (2006). Análise estatística espacial da mortalidade por câncer de mama feminina no estado do Rio de Janeiro, 2001 a 2006, Dissertação disponível em www.bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?. Acesso em Julho de 2013;
- Bergamasco RB, Ângelo M. (2001). *O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher*. *Rev Bras Cancerol*. Disponível em:

- www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342007000200020&script. Acesso em Julho de 2013;
- Berrino F, Micheli A, Bellati MC. (2002). *Epidemiologia Analítica. Mastologia oncológica. 1ed. 7. Rio de Janeiro. Medsi*. Disponível em www.sbmastologia.com.br/.../Revista-Brasileira-Mastologia-Volume-21-. Acesso em Julho de 2013.
- Boni, v. & Quaresma, J. (2002). *Pesquisa qualitativa com texto, imagem e som. Petrópolis*. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-6552004000200016&script. Acesado em Abril de 2013;
- Brasil. Ministério da Saúde. (2002). *Atlas de mortalidade por câncer no Brasil 1979-1999. Rio de Janeiro: Instituto Nacional de Câncer*. Disponível em: www.saude.pr.gov.br/.../File/.../atlas_de_mortalidade_por_cancer_pr.pdf. Acesado em Junho de 2013;
- Brasil. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer (INCA). (2007) *Controle do Câncer de Mama: Rio de Janeiro*. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672004000600005/pdf>. Acessado em Junho de 2013;
- Brasil. Secretaria de Estado de Saúde. (2007) *Câncer de Mama*. Disponível em: portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/caderno_atencao_basica.pdf. Acessado em Agosto de 2013;
- Charanek VM, Tocci HA. (2004). *O papel do enfermeiro na prevenção do câncer de mama*. Rev Enferm UNISA. Disponível em <http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2004-09.pdf>. Acesso em Julho de 2013;
- Chen Y, Thompson W, Semenciw R. (1999). *Epidemiology of contralateral breast cancer. Cancer Epidemiol Biomarkers and Prevention*. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22144499. Acessado em Julho de 2013;
- Collaborative group on hormonal factors in breast cancer. (2002). *Breast cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50302 women with breast cancer and 96973 women without the disease*. Lancet, 360,. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12133652. Acesso em julho de 2013;
- Fletcher SW, Elmore JG. (2003). *Mammographic Screening for Breast Cancer*. J Med. Disponível em: www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa1206809. Acesso em 2013;
- Ford D, Easton DF, Stratton M, Narod S, Goldgar D, Devilee P, et al.. (1998). *Genetic heterogeneity and penetrance analysis of the BRCA1 and BRCA2 genes in breast cancer families. The Breast Cancer Linkage Consortium. American Journal of Human Genetics*. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC12144499/ > ... > v.62(3); Mar 1998. Acesso em Agosto de 2013;
- Fortin, M. F. (2003). *O Processo de Investigação. Da concepção à realização. Rua Dário, Portugal: Técnicas e Científicas*;
- Godinho ER, Koch HA. (2002). O perfil da mulher que se submete a mamografia em Goiânia- uma contribuição a “Bases para um programa de detecção precoce do câncer de mama”. Rev Bras Enferm. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-39842002000300004>. Acesso em Julho de 2013;
- Guedes MVC, Silva LF, Freitas MC. (2004). Educação em saúde: objeto de estudo em dissertações e teses de enfermeiras no Brasil. Rev Bras Enferm. Disponível em: <http://breast-cancer-research.com/content/10/6/R107doi:10.1186/bcr22127>. Acesso em Julho de 2013;
- Jardines L, Haffty BG, Fisher P, Weitzel J, Royce M. (2008). “Risk factors, screening, genetic testing, and prevention” in Pazdur R, Coia LR, Hoskins WJ, Wagman LD. Cancer Management: A Multidisciplinary Approach. 10 th ed. London. CPM Medica, Chapter. Disponível em: www.cancernetwork.com/cancer.../breast.../1802560/pdf. Acesso em Agosto de 2013;
- Jemal A, Bray F, Center MM, Ferlay J, Ward E, Forman D (2011). Global cancer statistics 2011. CA Cancer J.Clin. Disponível em: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.20107/pdf>. Acesso em Agosto de 2013;
- Bonfim, Raimundo Jovita Arruda; et al.(2013) *Câncer de mama no homem: análise dos aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos em serviço formal brasileiro*. Revista Brasileira de Oncologia Clínica, 2013. Disponível em <<http://sboc>>
- Brito, N. T. G., & Carvalho, R. de..(2010)*A humanização segundo pacientes oncológicos com longo período de internação*. Einstein (São Paulo), 8(2), 221–227. http://apps.einstein.br/revista/arquivos/PDF/1369-Einstein_v8n2_p221-7.pdf;
- Cantinelli, F. S., Camacho, R. S., Smaletz, O., Gonsales, B. K., Braguittoni, É., & Jr., J. R.(2006)*A oncopsiquiatria no câncer de mama – considerações a respeito de questões do feminino*.Rev. Psiq. Clin., 33(11), 124–133;
- Cassul, A..(2012)*Impacto Psicológico da Doença Oncológica em Pacientes Oncológicos Angolanos Tratados em Portugal: Estudo comparativo com uma amostra de imigrantes Angolanos saudáveis vivendo em Portugal*[Universidade do Algarve]. Tese Final 06_08_2012.pdf;
- CCC. (2004)*Câncer de mama* (Issue 1). www.cccancer.net;
- Contini, M. de L. J.. (2000)*Discutindo o conceito de promoção de saúde no trabalho do psicólogo que atua na educação*. Psicologia: Ciência e Profissão, 20(2), 46–59. <https://doi.org/10.1590/s1414-9893200000200008>;
- Falagas, M. E., Zarkadoulia, E. A., Ioannidou, E. N., Peppas, G., Christodoulou, C., & Rafailidis, P. I. (2007)*The effect of psychosocial factors on breast cancer outcome: A systematic review*. Breast Cancer Research, 9(4), 1–23. <https://doi.org/10.1186/bcr1744>;
- Filho, Geraldo Brasileiro.(2006) *Bogiolo-Patologia*, 7ª ed. Guanabara Koogan S.A. Editora. Rio de Janeiro;
- Galinha, I. C. (2008) *Bem-Estar Subjectivo: Fatores cognitivos, Afetivos e Contextuais* (QUARTETO (ed.); 1ª ed.). Lousanense, Lda;
- Gil, A. C. (2002) *Método s e Técnicas de Pesquisa Social*(Atlas (ed.); 5ª edição);
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social* (Editora Atlas (ed.); 6a edição; INCA..(2015)*Consenso nacional de nutrição oncológica* (2ª Edição). controlecancer.bvs.br/;
- INCJAGS8.. (2006)ABC do câncer: O Câncer no Brazil. Determinantes sociais e epidemiológicos. Rio de Janeiro.www.inca.gov.br;
- INCA.. (2015) Consenso nacional de nutrição oncológica (2ª Edição). controlecancer.bvs.br/;
- INCJAGS.. (2017) *ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva; organização Mario Jorge Sobreira da Silva* (3ª edição). www.inca.gov.br;
- Jemal, A., Bray, F., Forman, D., O’Brien, M., Ferlay, J., Center, M., & Parkin, D. M.. (2012)*Cancer burden in Africa and opportunities for prevention*.Cancer, 118(18), 4372–4384. <https://doi.org/10.1002/cncr.27410>;
- Kasama, S. T., & Brasolotto, A. G..(2007) Vocal perception and life quality. Pro-Fono, 19(1), 19–28. <https://doi.org/10.1590/S0104-56872007000100003>;
- Kumar, V Abbas, A, K et al, (2015)*Patologia estrutural y funcional, Oitav edicion, Elsevier Espana, S.L.*;
- Lanza, L. D. E. F.. (2012)*Histórias de mulheres sobreviventes ao câncer de mama Histórias de mulheres sobreviventes ao câncer de mama*. Universidade de São Paulo;
- Lorenzoni, C. & Vilaleliu, A; rt al.(2016)*Trends in cancer incidence in Maputo, Mozambique, 1991-2008*.Reseach Article. PLOS ONE 10(6); e0130469, doi: 10.1371/ journal.phone. 0130469;
- Marconi, M. de, & Lakatos, E.. (2011)*Metodologia Científica*. Editora Atlas. 6ª ed.;
- Macchetti AH, Marana HRC. (2007). *Densidade mamográfica como fator de risco para o câncer de mama*. Rev Bras Ginecol Obstet. Disponível em: www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-7203200701000001&script/pdf. Acesso em Julho de 2013; Marinho LAB. (2002). *O papel do auto-exame mamário e da mamografia no diagnóstico precoce do câncer de mama*. Rev Ciênc Méd. Disponível em www.scielo.br/pdf/rbgo/v25n3/16623.pdf. Acesso em Julho de 2013;
- Ministério da Saude, (2009). Normas Nacionais para o Controle e Tratamento do câncer de Mama. 1ª ed. Maputo- Moçambique;
- Montejo-Rosas G. (2002). *Cuidados paliativos em câncer avançado. Experiência de siete anos em el hospital civil de Guadalajara*. Jalisco, México, Rev Méd Méx-Disponível em:

- <http://www/bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/pdf>. Acesso em julho de 2013;
- Mattos, K., Blomer, T. H., Campos, A. C., & Silvério, M. R. (2016) *Estratégias de Enfrentamento do Câncer Adotadas por Familiares de Indivíduos em Tratamento Oncológico*. Revista Psicologia e Saúde, 1(8), 1–6. <https://doi.org/10.20435/2177093x2016101>;
- Merges, N. N. A. (1998) *As Representações Sociais Do Câncer - Enfermos E Familiares Compartilhando Uma Jornada*. Universidade Federal de Santa Catarina;
- Migowski, A., Azevedo E Silva, G., Dias, M. B. K., Diz, M. D. P. E., (2018) Sant'Ana, D. R., & Nadanovsky, P.. *Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II – Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias*. Cadernos de Saúde Pública, 34(6), 1–16. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00074817>;
- MISAU. (2006) *Relatório Anual de Atividades de 2006* Introdução Resultados. MISAU; MISAU. (2017) *Plano nacional de controlo do cancro 2009-2019*;
- MISAU. (2019) *Plano nacional de controlo do cancro 2019-2029*;
- Mohan, Harsah. *Textbook of Pathology*. (2010) Jaypee brpthers medical publishers (PLTD) India. 6th Edition; Moura, F. M. de J. S. de P., Silva, M. G. da, Oliveira, S. C. de, & Moura, L. de J. S. P. de. (2010) *Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas*. Escola Anna Nery, 14(3), 477–484. <https://doi.org/10.1590/s1414-81452010000300007>;
- Organização Mundial da Saude em Moçambique- Comunicado da imprensa sobre a prevenção do Cancro da Mama. (2009). Disponível em: www.cspace.eportuguese.org/tiki-download_file.php?fileId=264. Acesso em 2013;
- Orgêas CC, Hall P, Rosenberg LU, Czene K. (2008). *The influence of menstrual risk factors on tumor characteristics and survival in postmenopausal breast cancer*. *Breast Câncer*. Disponível em: <https://publications.ki.se/xmlui/handle/10616/40115?locale-attribute>. Acessado em Maio de 2013;
- Patrão, I., & Leal, I. (2004) *Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, V(1), 53–73;
- Pedro, B., & Pascual, A.. (1991) *La calidad de vida en el enfermo oncológico*. In J. Buendía (Ed.), *Psicologia clinica y salud: desarrollos actuales* (Vol. 65, pp. 186–192). EDITUM;
- Pinho, M. S., Abreu, P. A., & Nogueira, T. A.. (2016) *Atenção Farmacêutica A Pacientes oncológicos: uma revisão integrativa da literatura*. *Rev. Bras. Farm. Hosp. Serv. Saúde*, 7(1), 33–39.;
- Ribeiro, J. P., Silva, M., Abrantes, C., Coelho, M., & Nunes, J.. (2015) *Ulterior Validação Do Questionário De Saúde Geral De Goldberg De 28 Itens*. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(3), 278–286;
- Rossi, L., & Santos, M. A. dos.. (2003) *Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama*. *Psicologia: Ciência e Profissão* 23(4), 32–41. <https://doi.org/10.1590/s1414-98932003000400006>;
- Scowitz ML, Menezes AB, Gigante DP, Tessaro S. (2005) *Conduitas na prevenção secundaria de câncer de mama e fatores associados*. *Rev saude publica*. Disponível em: www.scielo.br/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf. Acesso em julho de 2013;
- Shapiro S, Smart CR, Costanza ME, Henson DE, Holleb AI, Hutter RV. (2001) *Guidelines for breast cancer screening*. Disponível em: <http://www.guideline.gov/content.aspx?id=34275/pdf>. Acesso em julho de 2013;
- Sanitt, J. S. (2006) *Breast reconstruction: a patient's story*. *Breast*, 15(SUPPL. 2), 31–33. [https://doi.org/10.1016/S0960-9776\(07\)70015-2](https://doi.org/10.1016/S0960-9776(07)70015-2);
- Santos, D. B. (2012) *Sexualidade e imagem corporal de mulheres com câncer de mama*. In *Journal of Chemical Information and Modeling* (Vol. 53, Issue 9). <https://doi.org/10.1017/CBO.9781107415324.004>;
- Santos, D. B., & Vieira, E. M. (2011) *Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura*. *Ciência e Saúde Coletiva*, 16(5), 2511–2522. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>;
- Silva, I. S. da. (2012). *Qualificação do Manual “Câncer De Mama: Orientações Para Pacientes e Familiares”* [Universidade Federal do Rio Grande do Sul]. <https://www.rics.org/south-asia/upholding-professional-standards/standards-of-conduct/ethics/>;
- Silva, N. C. B. da, Franco, M. A. P., & Marques, S. L.. (2005) *Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero*. *Paidéia* (Ribeirão Preto), 15(32), 409–416. <https://doi.org/10.1590/s0103-863x2005000300010>;
- Silva, S., Bettencourt, D., Moreira, H., & Canavarro, M. C. (2011) *Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doena: o papel de variáveis sócio demográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção*. *Revista Portuguesa de Saude Publica*, 29(1), 64–76. [https://doi.org/10.1016/S0870-9025\(11\)70009-8](https://doi.org/10.1016/S0870-9025(11)70009-8)
- Souza, Á. M. F. (2007) *Informações, Sentimentos e Sentidos Relacionados à Reconstrução Mamária* (Vol. 3, Issue September). Instituto Fernandes Figueira Pós-Graduação;
- Stratton, P., & Hayes, N. (2003) *Dicionário de Psicologia-Pioneira Thomson* (1^a ed.);
- Trentham-Dietz A, Newcomb PA, Egan KM, Titus-Ernstoff L, Baron JA, Storer BE, Stampfer M, Willett WC. (2000) *Weight change and risk of postmenopausal breast cancer* (United States). *Cancer Causes and Control*. Disponível em: www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10880035/pdf. Acesso em Maio de 2013;
- Thompson, E. (2004) *Ética em enfermagem, princípios éticos fundamentais: O princípio de respeito pelas pessoas*. Lusociência; 4^a edição. Lusociência;
- Toledo, M. O. de, & Ballarin, M. L. G. S. (2013) *Qualidade de vida: cuidadores informais de pacientes em tratamento quimioterápico*. *Revista de Ciências Médicas* 21(1), 75–81. <https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4322/cto.2013.011>;
- Vianna, A. M. S. de A. (2004) *Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto*. *Estudos de Psicologia* (Campinas), 21(3), 203–210. <https://doi.org/10.1590/s0103-166x2004000300005>;
- Vinhal M. (2007). *Nem todo câncer de mama é igual*. *Revista Vigor - Movimento e Saúde*. Set 2007. Disponível em: <http://www.revistavigor.com.br/2007/09/26/nemtodo->;
- Willett WC, Rockhill B, Hankinson SE, Hunter DJ, Colditz GA. (2002). *Epidemiologia e causas não genéticas do câncer de mama*, in Harris J, Lippman M, Morrow M, Osborne CK. *Doenças da mama*. 2 ed. Rio de Janeiro. Medsi. Disponível em: www.eteavare.com.br/arquivos/81_392.pdf. Acesso em junho de 2013;
- WHO. (1997). *Measuring Quality of Life*. *Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse*. 41(1), 1–15;
- WHO QOL. (1998). *WHO Quality of Life Scale (WHOQOL)*. *Psychological Medicine*, 28(3), 551–558. <https://doi.org/10.5.12>;
- Wilkinson, G., Moore, B., & Moore, P. (1999). *Guia prático do tratamento da depressão*. (Sociedade Médico-Psicológica (ed.);
