

Cristina Albuquerque Douberin
Liniker Scolfid Rodrigues da Silva
Edivaldo Bezerra Mendes Filho

org.

Ser Mulher com
Câncer de Mama
Características Biopsicossociais



Pantanal Editora

2021

**Cristina Albuquerque Douberin
Liniker Scolfid Rodrigues da Silva
Edivaldo Bezerra Mendes Filho**
Organizador(es)

**SER MULHER COM
CÂNCER DE MAMA
CARACTERÍSTICAS BIOPSISSOCIAIS**



2021

Copyright® Pantanal Editora
Copyright do Texto® 2020 Os Autores
Copyright da Edição® 2020 Pantanal Editora
Editor Chefe: Prof. Dr. Alan Mario Zuffo
Editores Executivos: Prof. Dr. Jorge González Aguilera
Prof. Dr. Bruno Rodrigues de Oliveira

Diagramação: A editora

Edição de Arte: A editora. Imagens de capa e contra-capa: Canva.com

Revisão: Os autor(es), organizador(es) e a editora

Conselho Editorial

- Prof. Dr. Adaylson Wagner Sousa de Vasconcelos – OAB/PB
- Profa. Msc. Adriana Flávia Neu – Mun. Faxinal Soturno e Tupanciretã
- Profa. Dra. Albys Ferrer Dubois – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Antonio Gasparetto Júnior – IF SUDESTE MG
- Profa. Msc. Aris Verdecia Peña – Facultad de Medicina (Cuba)
- Profa. Arisleidis Chapman Verdecia – ISCM (Cuba)
- Prof. Dr. Bruno Gomes de Araújo - UEA
- Prof. Dr. Caio Cesar Enside de Abreu – UNEMAT
- Prof. Dr. Carlos Nick – UFV
- Prof. Dr. Claudio Silveira Maia – AJES
- Prof. Dr. Cleberton Correia Santos – UFGD
- Prof. Dr. Cristiano Pereira da Silva – UEMS
- Profa. Ma. Dayse Rodrigues dos Santos – IFPA
- Prof. Msc. David Chacon Alvarez – UNICENTRO
- Prof. Dr. Denis Silva Nogueira – IFMT
- Profa. Dra. Denise Silva Nogueira – UFMG
- Profa. Dra. Dennyura Oliveira Galvão – URCA
- Prof. Dr. Elias Rocha Gonçalves – ISEPAM-FAETEC
- Prof. Me. Ernane Rosa Martins – IFG
- Prof. Dr. Fábio Steiner – UEMS
- Prof. Dr. Gabriel Andres Tafur Gomez (Colômbia)
- Prof. Dr. Hebert Hernán Soto Gonzáles – UNAM (Peru)
- Prof. Dr. Hudson do Vale de Oliveira – IFRR
- Prof. Msc. Javier Revilla Armesto – UCG (México)
- Prof. Msc. João Camilo Sevilla – Mun. Rio de Janeiro
- Prof. Dr. José Luis Soto Gonzales – UNMSM (Peru)
- Prof. Dr. Julio Cezar Uzinski – UFMT
- Prof. Msc. Lucas R. Oliveira – Mun. de Chap. do Sul
- Prof. Dr. Leandris ArgenteL-Martínez – Tec-NM (México)
- Profa. Msc. Lidiene Jaqueline de Souza Costa Marchesan – Consultório em Santa Maria
- Prof. Msc. Marcos Pisarski Júnior – UEG
- Prof. Dr. Mario Rodrigo Esparza Mantilla – UNAM (Peru)
- Profa. Msc. Mary Jose Almeida Pereira – SEDUC/PA
- Profa. Msc. Nila Luciana Vilhena Madureira – IFPA
- Profa. Dra. Patrícia Maurer
- Profa. Msc. Queila Pahim da Silva – IFB
- Prof. Dr. Rafael Chapman Auty – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Rafael Felipe Ratke – UFMS
- Prof. Dr. Raphael Reis da Silva – UFPI

- Prof. Dr. Ricardo Alves de Araújo – UEMA
- Prof. Dr. Wéverson Lima Fonseca – UFPI
- Prof. Msc. Wesclen Vilar Nogueira – FURG
- Profa. Dra. Yilan Fung Boix – UO (Cuba)
- Prof. Dr. Willian Douglas Guilherme – UFT

Conselho Técnico Científico

- Esp. Joacir Mário Zuffo Júnior
- Esp. Maurício Amormino Júnior
- Esp. Tayronne de Almeida Rodrigues
- Esp. Camila Alves Pereira
- Lda. Rosalina Eufrausino Lustosa Zuffo

Ficha Catalográfica

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP) (eDOC BRASIL, Belo Horizonte/MG)	
S481	<p>Ser mulher com câncer de mama: características biopsicossociais / Organizadores Cristina Albuquerque Douberin, Liniker Scolfield Rodrigues da Silva, Edivaldo Bezerra Mendes Filho. – Nova Xavantina, MT: Pantanal, 2021. 50p.</p> <p>Formato: PDF Requisitos de sistema: Adobe Acrobat Reader Modo de acesso: World Wide Web ISBN 978-65-88319-29-1 DOI https://doi.org/10.46420/9786588319291</p> <p>1. Mamas – Câncer. 2. Neoplasia mamária. I. Douberin, Cristina Albuquerque. II. Silva, Liniker Scolfield Rodrigues da. III. Mendes Filho, Edivaldo Bezerra.</p> <p style="text-align: right;">CDD 617.6</p>
Elaborado por Maurício Amormino Júnior – CRB6/2422	

O conteúdo dos e-books e capítulos, seus dados em sua forma, correção e confiabilidade são de responsabilidade exclusiva do(s) autor (es) e não representam necessariamente a opinião da Pantanal Editora. Os e-books e/ou capítulos foram previamente submetidos à avaliação pelos pares, membros do Conselho Editorial desta Editora, tendo sido aprovados para a publicação. O download e o compartilhamento das obras são permitidos desde que sejam citadas devidamente, mas sem a possibilidade de alterá-la de nenhuma forma ou utilizá-la para fins comerciais, exceto se houver autorização por escrito dos autores de cada capítulo ou e-book com a anuência dos editores da Pantanal Editora.



Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP: 78690-000. Nova Xavantina – Mato Grosso – Brasil.
 Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp).
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br

PREFÁCIO

Depois de passar alguns anos imaginando o que uma pessoa com câncer vivencia de fato, chegou um momento em que me vi obrigada a visualizar essa realidade. Convido você leitor, profissional de saúde ou não, a experimentar um novo olhar, mais condizente com essa situação e dentro de um contexto consciente.

Não pretendo operar milagres em relação a aquilo que cada um precisa saber valorizar na vida, mas que esta sutil ou tênue separação do equilíbrio no processo saúde-doença que o câncer, e mais especificamente, a neoplasia mamária, pode acarretar consiga fazê-lo entender um pouco sobre o frágil universo feminino neste cenário.

Sabe-se que toda mulher tem sua feminilidade representada fisicamente pelo desenvolvimento das mamas e não adianta muito tentar atenuar o sentimento por elas consternado, quando diagnosticadas com o câncer de mama. Muitas delas irão abraçar os medos e incertezas, apostando em uma luz no fim do túnel, simbolizada por um tratamento capaz de curá-las. Este livro possibilitará uma reflexão sobre o que se é importante na vida delas durante essa fase.

APRESENTAÇÃO

“Você precisa escrever algo sobre saúde da mulher”.

Não imaginei em toda a minha trajetória acadêmica que iria ter que desenvolver um trabalho sobre tal temática, mas esse ultimato ocorreu quando fui aprovada no Mestrado em Enfermagem e meu orientador proferiu estas palavras a mim.

Apresentei uma certa resistência, a princípio, o que é perfeitamente compreensível quando não se há uma familiaridade com essa linha de pesquisa. Passei pelo período de recusa, de indignação, até chegar ao de aceitação. Após este último, comecei a ler muito sobre a temática para identificar algum objeto de estudo que me despertasse interesse.

Depois de cinco meses de leitura árdua, decidi-me por estudar o sintoma da fadiga, que tanto acomete mulheres com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico, uma vez que julguei ser este objeto de estudo pouco explorado enquanto sintomatologia que acomete mulheres nessas condições. E, dessa forma, revelador de um ineditismo em Pernambuco, pois ninguém ainda o havia estudado nesse estado. Eu digo que foi um desafio para mim.

Escrevi um projeto, através do qual estava me propondo a entrevistar 317 mulheres com câncer de mama submetidas a tratamento quimioterápico. Quando o mesmo recebeu o aval do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), pude iniciar a coleta de dados. Passei três meses me dedicando inteiramente sozinha a esta etapa. Os dias podiam ser chuvosos ou ensolarados, mas sempre, em cada um deles, eu me dirigia para o HCP para abordar um quantitativo satisfatório de entrevistas com mulheres nestas condições e investigar seus perfis clínico, social e psicológico.

A partir daí, vi que meus problemas eram ínfimos frente à realidade por elas vivenciada, pois, enquanto eu as abordava para realizar a minha coleta de dados, obviamente que eu não agia de forma desumanizada em prol apenas do meu interesse. Quero dizer que, além de conversar com elas sobre a doença com o intuito de fazer meus registros, eu era sensibilizada com a situação e acabava por ouvir suas outras histórias de vida e até por expor ali eventos também ocorridos em minha existência. Essa era uma forma de proporcionar a elas um momento, mesmo que ínfimo, de distração mediante o tratamento, e

também assolador pelo qual estavam passando, como também de poder fazer com que elas se sentissem familiarizadas com uma pessoa “nova” que estava ali desenvolvendo um tipo de trabalho completamente diferente, até então.

Inserida nessa vivência, eu ouvia histórias de várias naturezas proferidas por cada mulher que eu entrevistava. Na aplicação do questionário clínico epidemiológico, ao começar pelos dados pessoais, indagando-as sobre a naturalidade, por exemplo, muitas respondiam a cidade onde nasceram e até mesmo onde residiam, mas de forma muito saudosa, pois relatavam que estavam no Recife, capital do estado de Pernambuco (PE), apenas para a realização deste tratamento tão árduo e que tiveram que se deslocar muitas vezes deixando filhos, esposos e outros familiares em prol da busca pela cura. Proclamavam, ainda, os eventos de sua infância ou adolescência nessa cidade de onde eram naturais, e chegavam a se emocionar por estarem nessa condição de diagnóstico de câncer de mama.

Outro dado sociodemográfico que também conferia muitos relatos tangenciais foi o estado civil, pois muitas relatavam chorosamente que eram casadas ou tinham um companheiro, mas esses relacionamentos acabaram por ser findados no momento em que se viram doentes. Em outras palavras, eram notórias a falta de apoio e a conseqüente sensação de desprezo que denotavam ao referir tais informações. De fato, receber o diagnóstico de câncer de mama não é fácil por várias nuances, dentre elas a mudança de uma rotina, que requererá uma nova estruturação; como também a convivência com o medo e a solidão provenientes da incerteza de como será seus prognósticos e o abandono por muitos companheiros, tornando-as ais fragilizadas nesse processo.

Por conseqüência, isso já reflete o estado psicológico em que as mesmas se encontram ou encontraram na época: abalado, sensibilizado, tendencioso para o lado negativo do enfrentamento dos acontecimentos da vida. A coadunação das incertezas, fragilidades e mudanças de rotina eram suficientes para depreciar sua autoestima em um momento em que as mesmas necessitavam exatamente do contrário disso tudo, ou seja, de apoio familiar e social.

No que tange aos sintomas físicos, a fadiga, de fato, figurou de forma considerável, o que acabou por levá-la a sentimentos de uma vida impotente; mas os outros atrelados a esse quadro clínico também se fizeram expressivos. Foram muitos relatos de náusea, vômitos, alopecia, cefaleia, inapetência e anorexia.

Quando estive de posse de todas as entrevistas, senti alívio pela finalização dessa jornada, que era apenas uma etapa de todo o processo. O que fiz em seguida, foi contactar uma nobre amiga para poder realizar a análise estatística dos meus dados. Seu trabalho ficou lindo, o que me emocionou e, simultaneamente, fez-me pensar: “agora é comigo, pois a próxima etapa do processo se consiste na que é considerada a mais importante para a elaboração de trabalhos acadêmicos, os resultados e discussão. Eu precisava planejar como iria explicar os principais resultados e, depois, redigir uma discussão deles, contextualizando com a literatura já existente sobre a temática e mesclando com minhas próprias inferências diante dos fatos apresentados. A duras penas, posteriormente, fui me enchendo de prazer e coragem na redação dos meus achados perante as informações coletadas. À medida que eu escrevia, sentia-me leve e bastante feliz, acima de tudo por estar podendo contribuir com a ciência no campo da saúde. Ainda me lembro que ultrapassei as 150 páginas e recebi um pedido de meu orientador para enxugar mais o texto, uma vez que ficava mais propício a uma dissertação.

Eis aqui neste livro, portanto, alguns dos resultados e discussão divididos por capítulos: caracterização sociodemográfica; caracterização da fadiga sob a esfera psicológica; e o grau de comprometimento das mamas. Todos também foram contemplados em minha Dissertação de Mestrado intitulada “Fadiga em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico”.

Convido você leitor a entender um pouco mais sobre esse universo que somente uma mulher com neoplasia mamária submetida a um tratamento quimioterápico rigoroso é capaz de entender literalmente. Solicito que também exerça a empatia ao ler cada página de cada capítulo deste livro, a fim de poder realizar algo a mais do que a simples leitura, mas refletindo sobre como a mulher se sente nesse status e, a partir daí, retire algum aprendizado para a vida.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela força e coragem proporcionadas a mim a fim de que eu pudesse chegar até a etapa final deste trabalho.

Aos meus pais, Aleide e Sérgio, bem como à minha irmã Gisele, pelo amor, pela força e pela compreensão em todos os momentos.

À pesquisadora Juceli Bengert Lima, pela amizade, disponibilidade e orientações na fase do tratamento estatístico deste estudo.

Às minhas amigas Alexandra Waleska, Natália Amaral, Adrienny Nunes, Gicely Sobral, Janaíne Chiara e Sara Valente por estarem comigo nos momentos felizes, mas também nos mais difíceis, pela paciência, carinho e amizade durante toda essa jornada.


Às enfermeiras e técnicas de enfermagem do ambulatório de Oncologia do Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP): Nareli, Renata, Roberta, Adriana e Manoela, por terem sido tão legais e acolhedoras em seu ambiente de trabalho, ajudando-me sempre no que eu precisasse.

A toda equipe do setor de Pesquisa do HCP, especialmente à Socorro.

SUMÁRIO

Prefácio	4
Apresentação	5
Agradecimentos	8
Capítulo I	10
Caracterização sociodemográfica de mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico	10
Capítulo II	26
Caracterização da fadiga sob a dimensão sensorial/psicológica da escala de Piper – revisada em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento.....	26
Capítulo III	39
Comprometimento da mama em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico	39
Sobre os Organizadores	47
Índice Remissivo	50

Caracterização sociodemográfica de mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico

 10.46420/9786588319291cap1

Cristina Albuquerque Douberin¹ 

Liniker Scolfield Rodrigues da Silva² 


Amanda Carolina Félix Cavalcanti de Abreu³ 

Edivaldo Bezerra Mendes Filho⁴ 

Eliana Lessa Cordeiro⁵ 

Évelyn Cristina Morais Pessoa Lima⁶ 

Ronalberto Lopes de Araujo⁷ 

Ana Paula Pereira Fagundes⁸ 

INTRODUÇÃO

A queda nas taxas de natalidade e mortalidade, em conjunto com o aumento expressivo da população idosa, caracteriza a transição demográfica que o Brasil está protagonizando (Miranda et al., 2016). Somado à modificação dos padrões de vida marcada pela industrialização, tem-se, como uma das consequências principais deste contexto, o aumento da incidência das doenças e agravos não transmissíveis. Dentre esses, o câncer aparece como segunda maior causa de adoecimento e óbito da população (BRASIL, 2017).

O câncer representa um grupo de doenças caracterizado pela multiplicação desordenada e irreversível de células que sofreram mutação no DNA dos genes. Estas células também possuem a capacidade de invadir tecidos vizinhos, além de provocar metástases. Trata-se de uma doença multicausal com atuação tanto de fatores internos como de fatores externos do organismo (Prolla et al., 2015). No

¹ Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

² Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE).

³ Faculdade de Ciências Médicas (FCM) Universidade de Pernambuco (UPE).

⁴ Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁵ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁶ Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁷ Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁸ Fundação Universitária Iberoamericana (FUNIBER).

* Autor correspondente: liniker_14@hotmail.com



caso do câncer de mama, a proliferação de células com material genético modificado ocorre em tecidos da mama. Atualmente, é o segundo câncer mais frequente a acometer mulheres, sobretudo acima de 35 anos (BRASIL, 2018a). Estima-se que 60 mil novos casos da doença incidirão no Brasil nos anos de 2018 e 2019 (BRASIL, 2017). Além dos fatores internos, como os fatores endócrinos e hereditários, outros, como os fatores ambientais e de comportamento, podem predispor ou proteger o indivíduo a este tipo de câncer.

Para o câncer mencionado, o tratamento pode ser realizado de maneira local que considera a cirurgia e a radioterapia, ou de maneira sistêmica, quando se faz uso da quimioterapia, da hormonioterapia ou da terapia biológica. A quimioterapia antineoplásica mamária é o tratamento mais comumente realizado, por ser uma doença com alto grau de quimiosensibilidade (Silva et al., 2018). Este tratamento se destaca por ter tido um desenvolvimento considerável nas últimas décadas e, além de poder ser administrado junto a outros tipos de tratamento, os facilita, e ainda houve o crescimento no número de cura nos últimos anos. É importante ressaltar que em alguns casos este tipo de tratamento não é necessário (Sparano et al., 2015).

Tem-se hoje, que a predominância da faixa etária das mulheres submetidas à quimioterapia antineoplásica mamária está entre 40 e 60 anos, onde a maioria utiliza o tratamento de maneira adjuvante com o intuito de melhorar a qualidade de vida (Coelho et al., 2017), apesar dos efeitos colaterais estarem presente na quase totalidade dos casos. Além disso, em relação aos protocolos medicamentosos, os mais comumente encontrados são o TAC (docetaxel + doxorubicina + ciclofosfamida) e o AC (adriplastina + ciclofosfamida) (BRASIL, 2018b).

Para o acesso a estes tratamentos, no Recife, encontram-se centros de acompanhamento de neoplasias, sobretudo o Hospital do Câncer de Pernambuco (HCP), o qual é referência no tratamento da doença. O HCP se caracteriza por ser uma instituição que iniciou suas atividades de forma filantrópica em 9 de novembro de 1945. Desde sua criação até os dias atuais, tornou-se referência no seu campo de atuação no Norte e Nordeste do Brasil e, ao longo de sua trajetória, desempenha o papel de assistência aos portadores de câncer, bem como o de informação à população sobre a importância de prevenção deste agravo. A partir de 10 de abril de 2007, passou ao controle do estado de Pernambuco, atendendo mais da metade dos doentes com câncer no referido Estado.



Tendo em vista o contexto supracitado, o presente artigo tem o objetivo de caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico assistidas pelo HCP.

MATERIAL E MÉTODOS

Trata-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa e que foi realizado na Unidade Ambulatorial de clínica especializada em Patologia Mamária do HCP, no período de setembro a novembro de 2015.

O cálculo da amostra foi realizado com base na estimativa de proporção, uma vez que se pretendeu identificá-la para o quantitativo de mulheres com câncer de mama em fase de tratamento quimioterápico. Considerando-se que a média mensal de pacientes com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico no HCP foi de 1800 (N) e alguns valores estatísticos constantes, como o nível de confiança de 95% ($z = 1,96$) e o erro (e) ou (d) de 5%, obteve-se uma amostra (n) de 317 pacientes, tendo como referência uma população finita (Rodrigues et al., 2017).

Como critérios de inclusão, consideraram-se pacientes do sexo feminino acometidas do câncer de mama, em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCP, com idade igual e superior a 18 anos e com capacidade de comunicação para compreensão de leitura e escrita. Já como critério de exclusão, teve-se pacientes do sexo feminino em modalidade de tratamento divergente do quimioterápico.

O procedimento de coleta de dados foi realizado da seguinte forma: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue, lido e explicado a cada uma das 317 mulheres no momento em que elas estavam realizando a quimioterapia no ambulatório do HCP. Ao aceitarem participar da pesquisa, assinavam-no demonstrando concordância e, logo em seguida, respondiam ao instrumento de coleta com informações sociodemográficas elaborado pela própria autora.

No questionário supracitado, constavam as variáveis independentes, como a idade, cor da pele, escolaridade, estado civil, situação atual de trabalho e renda familiar, profissão, cidade e religião, o que permitiu chegar a um panorama sociodemográfico da população de estudo.



Esses dados do perfil sociodemográfico foram descritos através da análise de suas frequências (números absolutos) e percentagens isoladas e intervalares em que se fizeram presentes na população de estudo. Para algumas variáveis desses perfis, também foram apresentados médias, desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos.

O presente estudo corresponde a um recorte de uma dissertação de Mestrado de autoria de Cristina Albuquerque Douberin que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer sob o CAAE nº 45583415.0.3001.5205; e defendida pela autora pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no mês de maio de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

No período da entrevista, as mulheres contavam com uma média de 52,71 anos (DP = 11,69), sendo a idade mínima de 21 e a máxima de 85 anos. Considerando-se a idade em intervalos de cada dez anos, obteve-se a formação de sete faixas etárias, sendo aquela compreendida entre 60-70 anos a mais prevalente, representando 87 usuárias (27,4%) e a compreendida entre 80-90 anos a menos expressiva, com apenas duas pacientes (0,6%).

Em relação ao estado civil, 122 clientes (38,5%) eram casadas; resultado semelhante foi verificado para as solteiras, 121 pacientes (38,2%). Os números de viúvas e divorciadas também foram praticamente idênticos, tendo sido representadas por 38 (12,0%) e 36 clientes (11,4%), respectivamente.

No que tange à cor da pele, apenas três cores mereceram destaque: 193 mulheres pardas (60,9%), 95 brancas (30,0%) e 29 pretas (9,1%). Não foram identificadas mulheres de cor amarela nem tampouco indígenas.

No campo religioso, percebeu-se uma diversidade de cultos, quando 166 mulheres (52,4%) se declararam católicas e 136 (42,9%) declararam-se evangélicas.

A respeito da escolaridade, houve um predomínio de mulheres com nível intermediário de instrução, uma vez que 80 delas (25,2%) revelaram ter o Ensino Médio completo. Destaca-se o quantitativo



ínfimo de mulheres com maior grau de escolaridade: apenas 32 mulheres (11,1%) estudaram além do ensino médio, sendo que cinco delas (1,6%) concluíram a pós-graduação.

Variadas profissões assumidas pelas pacientes entrevistadas foram encontradas com números expressivos, destacando-se 71 (22,4%) do lar, 55 (17,4%) domésticas, 41 (12,9%) agricultoras, 19 (6,0%) professoras e 10 (3,2%) costureiras. Fica evidenciado, ainda, que quase a totalidade das entrevistadas não se encontrava trabalhando no momento do tratamento, ou seja, 296 dessas pacientes (93,4%).

No que concerne à renda familiar mensal, constatou-se um valor mínimo de nenhum salário até um máximo de seis salários mínimos, com uma média de 1,24 salários (DP = 1,01). Da amostra considerada, 162 mulheres (51,1%) recebiam apenas um salário mínimo e apenas uma mulher (0,3%) recebia seis salários mínimos, conforme consta na Tabela 1.

Tabela 1. Características sociodemográficas das mulheres com câncer de mama e submetidas à quimioterapia da amostra. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2015. (n = 317). Fonte: Autores.

Variável	Extratos	Frequência	Percentual
Idade	20-30	5	1,6
	30-40	40	12,6
	40-50	82	25,9
	50-60	79	24,9
	60-70	87	27,4
	70-80	22	6,9
	80-90	02	0,6
Estado civil	Solteira	121	38,2
	Casada	122	38,5
	Divorciada	36	11,4
	Viúva	38	12,0
Cor da pele declarada	Branca	95	30,0
	Parda	193	60,9
	Preta	29	9,1
Religião	Católica	166	52,4
	Evangélica	136	42,9
	Agnóstica	06	1,9



	Outras religiões	09	2,8
Escolaridade	Ensino Fundamental I incompleto	68	21,5
	Ensino Fundamental I completo	37	11,7
	Ensino Fundamental II incompleto	52	16,4
	Ensino Fundamental II completo	31	9,8
	Ensino Médio incompleto	17	5,4
	Ensino Médio completo	80	25,2
	Ensino Superior incompleto	4	1,3
	Ensino Superior completo	23	7,3
	Pós-graduação	5	1,6
Profissão	Do lar	71	22,4
	Doméstica	58	18,3
	Agricultora	43	13,6
	Professora	21	6,6
	Costureira	12	3,8
	Outras profissões	112	35,3
	Trabalhando atualmente	Sim	21
Não		296	93,4
Renda familiar mensal em Salários Mínimos	Menos de 1,0 SM	59	18,6
	1,0 SM – 2,0 SM	183	57,7
	2,0 SM – 3,0 SM	44	13,9
	3,0 SM – 4,0 SM	19	6,0
	4,0 SM ou mais	12	3,8
Total		317	100%

No tocante à cidade de residência, constatou-se a preponderância da capital do estado pernambucano, Recife, com 102 mulheres (32,2 %) nela residindo, bem como de algumas cidades inseridas em sua região metropolitana, com destaque para Jaboatão dos Guararapes, Olinda, Paulista, Cabo de Santo Agostinho e Abreu e Lima, de onde partiram em busca do tratamento quimioterápico no HCP 23 (7,3%), 23 (7,3%), 13 (4,1%), 12 (3,8%), e 10 (3,2%) mulheres, respectivamente. Verificou-se, também, que as pacientes são residentes de cinco estados diferentes e que muitas delas moram em cidades do interior. (Tabela 2).



Tabela 2. Cidade de residência das mulheres da amostra. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2015. (n = 317). Fonte: Autores.

Cidade	Frequência	Percentual
Recife	102	32,2
Jaboatão dos Guararapes (RMR*)	23	7,3
Olinda (RMR)	23	7,3
Paulista (RMR)	13	4,1
Cabo de Santo Agostinho (RMR)	12	3,8
Abreu e Lima (RMR)	10	3,2
Outros: Região Metropolitana de Recife	21	6,6
Zona da Mata	40	12,6
Agreste	45	14,2
Sertão	21	6,6
Região do São Francisco	03	0,9
Outros Estados	04	1,3
Total	317	100%

*RMR – Região Metropolitana do Recife.

Existiu uma predominância de pacientes na faixa etária de 60 a 70 anos, seguida da faixa de 40 a 50 anos. Estes dados são corroborados por outros estudos nacionais que apontam para o predomínio de uma faixa etária semelhante, dos 40 aos 69 anos (Silva et al., 2018; Coelho et al., 2017). Quanto à adesão ao tratamento quimioterápico das mulheres com neoplasia mamária, foi detectado por autores que esta foi mais frequente em mulheres acima dos 57 anos (BRASIL, 2019).

Sabe-se que o envelhecimento da população acrescido de mudanças no estilo de vida pode influenciar a ocorrência do CA de mama em mulheres acima dos 60 anos (Miranda et al., 2016; BRASIL, 2017). A média de idades de 52,71 anos foi semelhante à encontrada nos estudos de Magalhães et al., (2017) e de Medeiros et al., (2015), com médias respectivas de 53,9, 54 e 50,5 anos. Em relação aos valores mínimo e máximo encontrados, também são respaldados por investigações feitas por Aguiar et al., (2017) que encontraram 30 e 82 anos, e 29 e 82 anos; e, 29 e 81 anos. Tem-se que a idade é um importante fator



de risco para o câncer de mama, uma vez que possibilita concluir o incremento de sua incidência com seu aumento (BRASIL, 2018a, 2019).

No que tange à situação marital das pacientes, observou-se que a maioria das pacientes relataram ser casadas, informação também encontrada por Aguiar et al. (2017) em relação às suas amostras. Inexiste na literatura uma ligação direta entre estado civil e câncer de mama (BRASIL, 2018a). Por outro lado, o fato de se ter um marido ou companheiro sugere situação de extrema relevância, uma vez que pode influenciar na maior adesão ao tratamento por parte das pacientes, que se sentem apoiadas com a companhia dele (BRASIL, 2019).

Em relação à cor da pele ou raça, prevaleceu a cor parda (60,9%). Ao estudar a trajetória de mulheres com câncer de mama, Azevedo et al., (2017) checkou que 54,0% de sua amostra também era parda, resultado que converge para o mesmo achado nesse estudo. Ao analisar os preditores de fadiga em pacientes após término de tratamento quimioterápico da neoplasia mamária, Kluthcovsky e Urbanetz (2015) também identificaram maior população amostral parda.

Justificativa plausível para tal predominância referente à cor da pele consiste no fato de que mulheres pardas, inclusive negras, têm mais dificuldades no acesso aos serviços de saúde, o que implica, conseqüentemente, menor probabilidade de realização de exames rotineiros, como o das mamas, e, por tabela, detecção mais tardia de tais neoplasias, elevando-se a incidência nelas quando estes entraves são por acaso vencidos (Silva et al., 2017; Medeiros et al., 2015).

Silva et al., (2019) em um estudo analisou que quanto à filiação religiosa, cerca de 95,1% dos idosos, relataram ter religiosa. Quanto à religião, observamos que a quase totalidade apresenta alguma crença religiosa com predomínio do catolicismo seguido do evangelismo, que correspondem às duas religiões do país com maior número de fiéis seguidores (Couto, 2015). A espiritualidade/religiosidade pode mediar conforto e melhora da esperança, sendo uma estratégia positiva para a pessoa em tratamento oncológico (Sousa et al., 2017).



No momento em que analisou o perfil sociodemográfico e clínico das pacientes em tratamento do câncer mamário, Aguiar et al., (2017) também constataram que a maioria das pacientes tinha alguma crença religiosa.

Tais resultados podem ser julgados como positivos, visto que a crença em um ser superior ou uma força maior proporciona melhor enfrentamento das dificuldades da vida. Ser detentor de uma fé religiosa com a intenção de se recuperar de um agravo fará com que o paciente se sinta animado e mais disposto a aceitar e enfrentar a doença (Couto, 2015). Convém destacar que, por se tratar de uma amostra feminina, a literatura ainda permite inferir que a mulher sempre busca explicar o surgimento da doença com base em sua religião. A fé em Deus está atrelada ao resgate da esperança para alcançar a reabilitação e o tratamento.

No que diz respeito ao grau de escolaridade, pode-se mencionar que o mesmo para esse estudo foi relativamente alto, já que prevaleceu uma amostra com aproximadamente 13 anos de estudo, tendo concluído, portanto, o Ensino Médio (25,2%). A partir da avaliação da prevalência e fatores associados à fadiga em mulheres com câncer de mama. Macedo, Gomes, Bezerra (2019) chegou a resultado semelhante com sua amostra, a qual revelou ter mais de 8 anos de estudo, em sua maioria (43,0%). Abordando a qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia, Ferreira et al., (2015) identificaram que 36,6% de sua amostra possuía o Ensino Médio completo, resultado que também converge para o encontrado no presente estudo.

Revelar um nível de escolaridade considerável quando se tem uma doença que requer um elevado nível de aceitação pode consistir em um fator importante no que concerne a um maior favorecimento à adesão ao tratamento para obtenção da cura (Aguiar et al., 2017). Uma maior escolaridade ainda é capaz de promover níveis de fadiga menores, já que sugere maior grau de aceitação e adesão à quimioterapia (Lamino et al., 2015). A escolaridade, ainda, por sua vez, é fator crucial para se adquirir maior acesso à informação sobre fatores de risco, práticas de detecção precoce e interpretação correta sobre os sinais e sintomas de quaisquer doenças, inclusive o câncer de mama. Sendo assim, tal fato consegue explicar o



porquê de uma maior prevalência de mulheres com Ensino Médio completo se caracterizar como fator de destaque nesse estudo (BRASIL, 2018a).

No que tange à profissão exercida pelas pacientes entrevistadas, detectou-se as atividades do lar como preponderantes, sendo seguida das ocupações de doméstica e agricultora. Um único estudo sobre mulheres com câncer de mama em uso de quimioterápicos reportou-se à profissão exercida pelas pacientes, prevalecendo, também, a atividade do lar com 28,57%, o que corrobora com o achado deste trabalho (BRASIL, 2019). Percebe-se, portanto, que nesses estudos, as mulheres que mais possuem neoplasia mamária são aquelas que exercem atividades não muito exigentes do desenvolvimento do intelecto.

Ainda em relação ao trabalho, observou-se que a maioria não estava desempenhando atividades laborais, fato compreensível por se tratar o câncer, e mais especificamente aqui o de mama, de uma doença incapacitante e de tratamento devastador, o que quase sempre era oportunamente por elas alegado. Em estudo realizado na Central de Quimioterapia do Hospital de Clínicas da Universidade Federal do Triângulo Mineiro, evidenciou o comprometimento da capacidade funcional de mulheres em tratamento de câncer mamário, de colo do útero e doença trofoblástica gestacional, o que culminou na diminuição da qualidade de vida dessas mulheres (Elias et al., 2015).

A renda familiar mensal com caráter forte foi de um salário mínimo, caracterizando um baixo poder aquisitivo. Leite et al., (2011) afirmou que a maioria das mulheres de seu estudo sobre Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno se localizavam nas classes econômicas D e E, resultado este que se assemelha ao achado neste estudo. No trabalho de Buranello et al., (2018), 34,4% das mulheres recebiam pelo menos um salário mínimo, ao passo que 28,5% recebiam de um a dois. Em contrapartida a tais achados, Lamino (2015) proclamou que quase metade de sua amostra de pacientes (48,3%) apresentou renda familiar média de 11 SM's, porém deve-se levar em consideração que o estudo foi realizado em duas instituições privadas e uma pública de tratamento oncológico.

Percebe-se, pois, uma maior preponderância de baixa renda familiar mensal, o que se justifica por frequentes relatos verbais das pacientes referindo serem elas as únicas provedoras de renda da família.



Além dessa, outra explicação cabível para os ínfimos salários é aquela que se sustenta no fato dos numerosos afastamentos de suas atividades laborais, acarretando o não recebimento de rendas ou o recebimento de apenas um auxílio-doença do governo. Para a pequena quantidade de mulheres que não se afastou do trabalho, a baixa renda provavelmente é oriunda da oferta do mercado para o exercício das atividades que desempenham, e como já visto anteriormente, são aquelas que não requerem muito do intelecto e que, portanto, costumam ser mal remuneradas.

No que concerne ao município de residência, constatou-se que boa parte das pacientes (32,2%) morava na capital do Estado, Recife, e que algumas outras parcelas consideráveis residiam em municípios pertencentes à Região Metropolitana do Recife (RMR), sendo o restante moradoras de cidades interioranas e/ou de cidades inseridas em outros diferentes quatro Estados brasileiros (67,8%). Estudo realizado no Estado de Sergipe verificou que a maioria das mulheres com neoplasia mamária procedia de fora da capital sergipana (68,0%), sendo elas também residentes em maior frequência nos municípios da região metropolitana (Gonçalves, 2014).

Analisando a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama em quimioterapia, Lôbo et al., (2014) também encontraram proporção parecida de pacientes (59,3%) provenientes do interior em relação às (37,2%) procedentes da própria capital e, ainda, (3,5%) residentes em outros três Estados diferentes. Gonçalves et al., (2014), em seu trabalho, entretanto, checaram que apenas 7,7% das mulheres vivenciavam dificuldade no acesso ao tratamento, devido a barreiras geográficas.

A situação supracitada pode ser justificada pelas prováveis deficiências na organização dos serviços de saúde no interior, bem como pela inexistência de serviços de média e alta complexidade nessas cidades, fazendo com que tal população acometida pela enfermidade em questão venha buscar formas de tratamento nas capitais dos estados, que concentram e ofertam tais serviços. Constata-se, portanto, que além da luta contra tão árduo mal, essas mulheres ainda têm de vencer as barreiras geográficas na busca pela possibilidade de cura da doença nos centros de oncologia, o que, muitas vezes, acaba não ocorrendo (Castro et al., 2017).



CONCLUSÃO

Tendo em vista as mulheres com doença neoplásica mamária, em tratamento no HCP, hospital pertencente ao Sistema Único de Saúde (SUS), houve predomínio de pacientes acima dos 40 anos, destacando-se a faixa etária de 60-70 anos. Predominantemente da cor parda e que seguiam o catolicismo, a maioria casada e residente na capital de Pernambuco (Recife). No que se refere à educação e o trabalho, grande parte possuía Ensino Médio completo, estavam desempenhando atividades do lar sem exercer atividade laboral no momento da pesquisa. A maior parte com renda familiar mensal de menos de dois salários mínimos.

Os dados apresentados no presente trabalho corroboram os diversos estudos publicados acerca da temática. Visualiza-se a persistência de alguns fatores alarmantes que podem ser indicativos de falhas nas redes de saúde. A predominância de mulheres pardas, por exemplo, que sugere a dificuldade das mulheres não brancas em acessar o tratamento quimioterápico pela rede. O nível de escolaridade também continua aparecendo como possível fator positivo durante o tratamento, tendo em vista que o conhecimento, informação e percepção do quadro auxiliam as usuárias no enfrentamento da doença.

Outro fato relevante deste estudo é a baixa condição socioeconômica das clientes acometidas pelo câncer, pois a maioria delas, devido ao tratamento agressivo, perdeu significativamente a capacidade funcional. Este contexto culmina na baixa da qualidade de vida dessas mulheres, tornando-se assim um dos fatores mais preocupantes durante o tratamento de mulheres com neoplasia mamária, uma vez que causa um ciclo difícil na vida desta mulher.

Por este motivo, ressalta-se a importância da participação e apoio das unidades gestora e executora da saúde, de acordo com suas funções determinadas, além das redes de apoio nas quais a mulher está inserida durante o processo de tratamento da doença.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar et al. (2017). Perfil epidemiológico, clínico, anátomo patológico e imunohistoquímico das pacientes com câncer de mama em Cuiabá (MT). *Rev Bras Mastologia*,27(1): 74-79. DOI: 10.5327/Z201700010017RBM
- Azevedo et al. (2017). Perfil Das Mulheres Com Câncer De Mama. *Rev enferm UFPE on line.*, Recife, 11(6): 2264–2272. DOI: 10.5205/reuol.10827-96111-1-ED.1106201702.
- BRASIL (2017). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer José de Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, 25-34. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2018/estimativa-2018.pdf>>.
- BRASIL (2018a) Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A mulher e o câncer de mama no Brasil. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede – 3. ed. Rev. atual. Rio de Janeiro: INCA.
- BRASIL (2018b). Portaria Conjunta nº 04, de 23 de janeiro de 2018. Aprova as Diretrizes Diagnósticas e Terapêuticas do Carcinoma de Mama. Brasília, DF, p. 1-38, 23 jan. 2018b. Disponível em: <<https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/fevereiro/01/PORTARIA-n04.Diretrizes%20Diagnosticas%20e%20Terapeuticas%20do%20Carcinoma%20de%20Mama.01.02.pdf>>.
- BRASIL (2019) Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação. Rio de Janeiro: INCA.
- Buranello et al. (2018). Breast cancer screening practice and associated factors: Women’s Health Survey in Uberaba MG Brazil, 2014. *Ciencia e Saude Coletiva*, 23(8):2661–2670. DOI: 10.1590/1413-81232018238.14762016.
- Castro et al. (2017). Percepções e enfrentamentos de mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. *REAS, Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 1(5):222-229. Disponível em: <https://www.acervosaude.com.br/doc/S-9_2017.pdf>.



- Coelho et al. (2017). Tratamento Quimioterápico Adjuvante e Neoadjuvante e as Implicações na Qualidade de Vida Mulheres com Câncer de Mama. *Rev enferm UFPE on line*, 11(11):4732-40. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/231216/25229>>.
- Couto RCA (2015). Câncer de mama, religiosidade e espiritualidade. 2015. Dissertação de Mestrado. Universidade Federal de Minas Gerais, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Minas Gerais.
- Elias et al. (2015). Caracterização e capacidade funcional de mulheres com câncer ginecológico, câncer mamário e doença trofoblástica gestacional. *Rev Gaúcha Enferm.*, 36(4): 37-42. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.04.51717.
- Ferreira VA (2015). Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. *Rev Rene*, 16(2): 266-274. DOI: 10.15253/2175-6783.2015000200017.
- Gonçalves LLC et al. (2014). Barreiras na atenção em saúde ao câncer de mama: percepção de mulheres. *Rev Esc Enferm USP*, 48(3): 394-400. DOI: 10.1590/S0080-623420140000300002.
- Kluthcovsky ACGC, Urbanetz AA (2015). Fatigue and quality of life in breast cancer survivors: a comparative study. *Rev.Bras. Ginecol. Obstet*, 37(3):119-126. DOI: 10.1590/SO100-720320150005247.
- Lamino et al. (2015). Fatiga clinicamente relevante en las mujeres com cáncer de mama: prevalencia y factores asociados. *Investig Enferm. Imagen Desarr*, 17(1): 65-76. DOI: 10.11144/Javeriana.IE17-1.fcrm.
- Leite FMC et al. (2011). Mulheres com Diagnóstico de Câncer de Mama em Tratamento com Tamoxifeno: Perfil Sociodemográfico e Clínico. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(1): 15-21. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf>.
- Lôbo et al. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paul. Enferm.*, 27(6):554-559. DOI: 10.1590/1982-0194201400090.




- Macêdo EL, Gomes ET, Bezerra SMMS. (2019). Esperança de Mulheres em Tratamento Quimioterápico para o Câncer de Mama. *Cogitare Enfermagem*, UFBA, 1–13. DOI: 10.5380/ce.v24i0.65400.
- Magalhães et al. (2017). Perfil clínico, sociodemográfico e epidemiológico da mulher com câncer de mama. *J. res.: fundam. care. Online*, 9(2): 473-479. DOI: 10.9789/2175-5361.2017.v9i2.473-479.
- Medeiros et al. (2015). Análise dos determinantes que influenciam o tempo para o início do tratamento de mulheres com câncer de mama no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, 31(6). DOI: 10.1590/0102-311X00048514.
- Miranda GMD et al. (2016). Population aging in Brazil: current and future social challenges and consequences. *Rev. bras. geriatr. gerontol. Rio de Janeiro*, 19(3). DOI: 10.1590/1809-98232016019.150140.
- Muradas RR (2015). Clinical and mammographic profile of patients with breast cancer surgically treated. *Rev Assoc Med Bras*, 61(3): 220-226. DOI: 10.1590/1806-9282.61.03.220.
- Prolla CMD et al. (2015). Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, 23(1): 90-97. DOI: 10.1590/0104-1169.0185.2529.
- Rodrigues CFS et al. (2017). Importance of using basic statistics adequately in clinical research. *Brazilian Journal of Anesthesiology*, 67(6): 619–625. DOI: 10.1016/j.bjane.2017.01.011.
- Silva AA et al. (2018). Standardization of the infusion sequence of antineoplastic drugs used in the treatment of breast and colorectal cancers. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 6(2). DOI: 10.1590/S1679-45082018RW4074.
- Silva GAE et al. (2017). Detecção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Rev Saúde Pública.*, 51(1). DOI: 10.1590/s1518-8787.2017051000191.
- Sousa FFPR et al. (2017). Enfrentamento religioso/espiritual em pessoas com câncer em quimioterapia: revisão integrativa da literatura. *SMAD. Revista Eletrônica Saúde Mental Álcool e Drogas (Edição em Português)*, 13(1): 45. DOI: 10.11606/issn.1806-6976.v13i1p45-51.











Sparano JA et al. (2015). Prospective Validation of a 21-Gene Expression Assay in Breast Cancer. *N Engl J Med*, 373(21). DOI: 10.1056/NEJMoa1510764.



Caracterização da fadiga sob a dimensão sensorial/psicológica da escala de Piper – revisada em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento

 10.46420/9786588319291cap2

Cristina Albuquerque Douberin¹ 
Liniker Scolfild Rodrigues da Silva² 
Edivaldo Bezerra Mendes Filho³ 
Eliana Lessa Cordeiro⁴ 
RonAlberto Lopes de Araujo⁵ 
Rayana Conserva Rolim Angelim e Trapiá⁶ 
Jasna Mariane Soares Cavalcante⁷ 
José Widelbrando Almeida Siqueira⁸ 

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres em todo o mundo, representando quase 25% de todos os casos de câncer (BRASIL, 2018a).

Estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS) sinalizam que em 2020 o câncer vai alcançar, aproximadamente, no Brasil, 66 mil casos incidentes e 17 milhões de óbitos. O maior efeito será perceptível em países de baixa e média renda (BRASIL, 2020a) sendo considerado a segunda causa de morte no mundo (BRASIL, 2018b).

¹ Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

² Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE).

³ Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁴ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁵ Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁶ Centro Universitário Internacional (UNINTER).

⁷ Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁸ Universidade Paulista (UNIP).

* Autor correspondente: liniker_14@hotmail.com



O câncer acomete cidadãos de ambos os sexos e pode apresentar-se em diferentes localidades corporais, dentre elas, as mamas, mas há predominância no sexo feminino, sendo a primeira causa de morte (BRASIL, 2020b).

Entre os tratamentos utilizados na terapêutica do câncer de mama, está a radioterapia e a quimioterapia, um dos métodos mais indicados para o tratamento da doença (INCA). No entanto, apesar de ser um tratamento eficaz, afetam a qualidade de vida e o equilíbrio corporal do indivíduo, desencadeando a fadiga (Loyola et al., 2017).

Fadiga em mulheres com câncer de mama após a quimioterapia é um dos efeitos colaterais mais debilitantes, podendo afetar entre 84% a 86% das pacientes, sendo um sintoma subjetivo, multidimensional e multifatorial (Banipal et al., 2017).

Cerca de 70% dos pacientes com câncer irão passar pela experiência de apresentar a fadiga em alguma fase do tratamento. Sabe-se que esta condição, afeta a qualidade de vida do paciente, por vezes impossibilitando até mesmo a realização de tarefas (Oliveira, 2018).

Fadiga Relacionada ao Câncer (FRC) é caracterizada por falta de energia, cansaço, fraqueza, dor, apatia, alteração no paladar, lentidão, perda de concentração, aumento dos sintomas físicos, entre outros efeitos (Lopes et al., 2019).

A fadiga é prevalente em 80-90% dos pacientes oncológicos tratados com quimioterapia e/ou radioterapia (Borges et al., 2018). É sabido que a fadiga está associada a fatores físicos, emocionais, sociais e cognitivos, sendo, portanto, de cunho multifatorial e multidimensional (Oliveira, 2018).

Com o intuito de identificar, portanto, a presença da fadiga como efeito colateral quimioterápico em mulheres com câncer de mama, ampliando sua divulgação na literatura, uma questão norteadora embasou o interesse pelo estudo: Qual a intensidade da fadiga sob a dimensão sensorial/psicológica da Escala de Piper - Revisada em mulheres com neoplasias mamárias submetidas ao tratamento quimioterápico?



O presente estudo tem como objetiva caracterizar a fadiga em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico sob a dimensão sensorial/psicológica da Escala de Piper – Revisada.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa e que foi realizado na Unidade Ambulatorial de clínica especializada em Patologia Mamária do Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP), no período de setembro a novembro de 2015. O HCP se caracteriza por ser uma instituição que iniciou suas atividades de forma filantrópica em 9 de novembro de 1945. Desde sua criação até os dias atuais, tornou-se referência no seu campo de atuação no Norte e Nordeste do Brasil e ao longo de sua trajetória desempenha o papel de assistência aos portadores de câncer, bem como o de informar à população sobre a importância de prevenção deste agravo. A partir de 10 de abril de 2007, passou ao controle do estado de Pernambuco atendendo mais da metade dos doentes com câncer no referido Estado.

O cálculo da amostra foi realizado com base na estimativa de proporção, uma vez que se pretendeu identificá-la para o quantitativo de mulheres com câncer de mama em fase de tratamento quimioterápico que sentem fadiga.

Considerando-se que a média mensal de pacientes com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico no HCP foi de 1800 (N) e alguns valores estatísticos constantes, como o nível de confiança de 95% ($z = 1,96$) e o erro (e) ou (d) de 5%, obteve-se uma amostra (n) de 317 pacientes, tendo como referência uma população finita. Nesse caso, a proporção amostral (p) e o seu complemento (q) foram tomados com o mesmo valor de 0,5, fato que proporciona a maior amostra possível para a população considerada para o cálculo da amostra, a partir da fórmula abaixo:

$$n = \frac{z^2 pq N}{d^2(N - 1) + z^2 pq}$$

Como critérios de inclusão, considerou-se pacientes do sexo feminino com câncer de mama, em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCP, com idade igual e superior a 18 anos e com capacidade



de comunicação para compreensão de leitura e escrita. Já como critérios de exclusão, teve-se pacientes do sexo feminino em modalidade de tratamento divergente do quimioterápico.

A fadiga corresponde à variável qualitativa e dependente do estudo, que foi avaliada através do seguinte instrumento: Escala de Fadiga de Piper – Revisada (PIPER). Este é um instrumento multidimensional de autorrelato para avaliação da fadiga, que foi elaborado por Piper et al., no ano de 1998, tendo como referência o Piper Fatigue Scale (PFS), proposto por Piper et al., em 1989, e que teve recente validação para a língua portuguesa no ano de 2009, e com o passar do tempo, sofreu algumas adaptações (Gouveia et al., 2015).

A versão original do Piper é composta por 27 itens, porém a brasileira (que será aqui abordada), é composta por 22, dentre os quais se encontram três dimensões principais: dimensão comportamental (itens 2 a 7), dimensão afetiva (itens 8 a 12) e dimensão sensorial/psicológica (itens 13 a 23). Dentre estas, será aqui analisada a dimensão sensorial/psicológica.

No que diz respeito à sua gradação, pode-se dizer que para cada dimensão avaliada, ele possui escores de 0 a 10, ficando estabelecido como ponto de corte o escore 4. Para que a fadiga seja clinicamente significativa, portanto, o escore deve ser maior do que 4. A média de todos os itens corresponde ao escore total e cada dimensão tem seus escores calculados pela média dos itens nelas contidos.

Os dados coletados foram inseridos primeiramente em planilhas no software *Microsoft Excel* e posteriormente transferidos e analisados mediante abordagem quantitativa descritiva com a utilização do *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 21.0.

Para a caracterização da fadiga, o sintoma foi analisado sob a perspectiva de suas frequências absolutas e percentuais, levando-se em consideração o ponto de corte identificador de sua presença como sendo o preconizado pelo escore 4 (caso o escore seja igual ou inferior a 4, significará sem fadiga; porém, se for superior a 4, a fadiga se fará presente) (NCCN, 2015; (Bahia et al., 2019).

A descrição e análise da dimensão sensorial/psicológica (itens 13 a 23) da Escala de Fadiga de Piper – Revisada foram realizadas, levando-se em consideração as médias dos escores por itens inerente a mesma.



O procedimento de coleta de dados foi realizado da seguinte forma: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue, lido e explicado a cada uma das 317 mulheres no momento em que elas estavam realizando a quimioterapia no ambulatório do HCP. Quando elas aceitavam participar da pesquisa, assinavam-no demonstrando concordância e, logo em seguida, respondiam ao instrumento de coleta à Escala de Fadiga de Piper – Revisada.

O presente estudo corresponde a um recorte de uma dissertação de Mestrado de autoria de Cristina Albuquerque Douberin que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer sob o CAAE nº 45583415.0.3001.5205; e defendida pela autora pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no mês de maio de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A Dimensão Sensorial/Psicológica da escala encerra os itens 13 a 23. A décima nona questão contou a maior média (6,59), revelando o item com maior prevalência de fadiga em sua série. O quadro 1 traz tais análises.

Quadro 1. Média e desvio padrão dos para Itens da Dimensão Sensorial/Psicológica na Escala de Fadiga de Piper – Revisada. Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2015. ($n = 317$). Fonte: Autores.

ITENS da Escala de Fadiga de Piper Revisada	Média	Desvio padrão
Dimensão Sensorial		
13. Quanto você está se sentindo... (Forte/Fraco)	6,44	3,40
14. Quanto você está se sentindo... (Acordado/Sonolento)	6,49	3,45
15. Quanto você está se sentindo... (Com vida/Apático)	6,51	3,87
16. Quanto você está se sentindo... (Com vigor/Cansado)	6,21	3,29
17. Quanto você está se sentindo... (Com energia/Sem energia)	6,48	3,29
18. Quanto você está se sentindo... (Paciente/Impaciente)	6,35	3,51
19. Quanto você está se sentindo... (Relaxado/Tenso)	6,59	3,48
20. Quanto você está se sentindo... (Extremamente feliz/Deprimido)	6,38	3,72



21. Quanto você está se sentindo... (Capaz de se concentrar/Incapaz de se concentrar)	6,43	3,32
22. Quanto você está se sentindo... (Capaz de se lembrar/Incapaz de se lembrar)	6,38	3,40
ITENS da Escala de Fadiga de Piper Revisada		
Dimensão Sensorial (continuação)	Média	Desvio padrão
23. Quanto você está se sentindo... (Capaz de pensar com clareza/Incapaz de pensar com clareza)	6,30	3,54
Dimensão sensorial/Psicológica	6,41	2,65

O parâmetro da resistência do momento da entrevista também foi mensurado pela escala no item 13. Nesse item, foram contabilizadas 82 respostas (25,9%) inseridas nos valores de zero a quatro, como também 235 respostas (74,1%) dentre os valores de cinco a dez.

Enfatiza-se o fato de 85 pacientes (26,8%) terem marcado o valor dez, o que lhes conferiu um caráter de maior fraqueza.

O quesito 14 investigou o nível de vigília/sonolência das pacientes no momento da entrevista. Seus resultados apontam para 85 respostas (26,8%) situadas de zero a quatro e para 232 respostas (73,2%) marcadas de cinco a dez. Torna-se válido salientar que 84 mulheres (26,5%) responderam o valor máximo, expressando maior nível de sonolência.

No tocante ao grau de sensação de vitalidade das enfermas, aparece o item 15 da série, registrando 93 mulheres (29,3%) que marcaram valores de zero a quatro, sentindo-se, então, com vida. Houve, também, o registro de 224 mulheres (70,7%) com sentimento de apatia, tendo marcado, portanto, os valores de cinco a dez.

A apatia se figurou com notória expressividade, uma vez que 125 pacientes (39,4%) responderam o valor máximo da escala (dez).

Em relação ao item 16 da graduação, pode-se dizer que o mesmo procurou identificar o nível de cansaço das pacientes no momento da entrevista. Foram encontrados como resultados 94 respostas (29,7%) com valores de zero a quatro, bem como 223 respostas (70,3%) de cinco a dez.



O quesito 17 se deteve à detecção do nível de energia das enfermas. Observou-se que parcela pequena de pacientes, 81 (25,6%), revelou sentir-se revigorada com energia no momento da entrevista, tendo marcado valores de zero a quatro, e que 236 delas (74,4%) demonstraram ausência de energia, marcando valores de cinco a dez.

O item 18 da escala mensurou o nível de paciência das pacientes, apresentando como respostas 89 marcações (28,1%) dos valores de zero até quatro e 228 marcações (71,9%) de cinco até dez. A impaciência destacou-se como principal resultado, pois o valor mais marcado na série foi o extremo máximo (dez) com 94 marcações (29,7%).

O tópico 19 aferiu o grau de tensão/relaxamento das mulheres enfermas no momento. Seus resultados encontraram 83 marcações (26,2%) para os valores de zero a quatro da escala em oposição a 234 marcações (73,8%) realizadas nos valores de cinco a dez. O nível de tensão prevaleceu ao de relaxamento, uma vez que 90 mulheres (28,4%) escolheram marcar como resposta ao extremo máximo (dez) da série.

O nível de ânimo foi medido pelo item 20 da escala. Através dele foram encontradas 99 repostas (31,2%) com valores compreendidos de zero a quatro e 218 repostas (68,8%) inseridas dentro dos valores de cinco a dez. A ênfase especial foi destinada à depressão, já que 108 mulheres (34,1%) optaram por marcar o extremo máximo da escala (dez).

No que tange ao item 21 da escala, sabe-se que ele objetivou coletar informações a respeito da capacidade de concentração das pacientes. Constatou-se que uma minoria das mulheres, 79 (24,9%), se disse capaz de concentração naquele momento, marcando os valores de zero a quatro e que 238 delas (75,1%) se considerou incapaz de concentração, marcando valores de cinco a dez.

O quesito 22 da série objetivou mensurar o grau de memorização das pacientes. 92 mulheres (29,0%) revelaram estar com boa capacidade de se lembrar no momento, quando marcaram os valores de zero a quatro na escala. Por outro lado, a maioria delas, 225 (71,0%), se considerou incapaz de lembrar quando escolheram os valores de cinco a dez como respostas.



Por fim, o quesito 23 da escala destinou-se a mensurar a capacidade das pacientes de pensar com clareza no momento. Os resultados encontrados foram 89 respostas (28,1%) compreendidas dentre os valores de zero a quatro, em contraposição a 228 respostas (71,9%) demarcadas entre os valores de cinco a dez.

O extremo máximo da escala (dez) mais uma vez obteve resultado preponderante sobre quaisquer outros valores da série, tendo ficado com 89 respostas (28,1%), caracterizando a amostra, em sua maioria, como se sentindo mais incapaz de pensar com clareza.

Nos 11 itens inerentes à dimensão sensorial/psicológica, a fadiga foi evidente, uma vez que todos eles denotaram médias de escores da Escala de Piper elevadas. Aqui nesses tópicos, a fadiga influenciou deveras a qualidade de vida das entrevistadas, fazendo sempre com que elas se sentissem em estado de saúde depreciativo.

A deflagração no item 13 da dimensão que fez com que as mulheres respondessem sentirem-se mais fracas com a presença da fadiga. Vai ao encontro do achado de outro estudo, que observou que há relação com a piora da fraqueza muscular, em tratamento de câncer bem como que ela esteve acompanhada por queixas de fraqueza (Midgley et al., 2018). Muitas pacientes declararam não ter coragem para fazer nada com esse sentimento de fraqueza.

O item 14 trouxe a informação de que as pacientes sentiram maior nível de sonolência frente à fadiga. Resultado semelhante foi encontrado por Bahia et al., (2019), já que expôs ser a dormida um fator de alívio para a fadiga.

Estudos publicaram uma associação entre maior fadiga e insônia para pacientes submetidas à quimioterapia. Nesse caso, pode-se inferir que as alterações do sono devem estar vinculadas à toxicidade quimioterápica sofrida pelo sistema nervoso central, o que levaria a perturbações nesse padrão ou à insônia (Borges et al., 2018).

A apatia investigada no item 15 foi relevante para a maioria das mulheres. Bahia et al., (2019) convergem o resultado de seu estudo para este, quando tornam bem explícito que a manifestação da fadiga pode levar à diminuição da qualidade de vida. Um bom motivo que explica esse fato consiste no desgaste



da motivação pessoal que a fadiga relacionada ao câncer é capaz de promover, tornando o indivíduo, portanto, mais apático e sem graça para a vida, uma vez que pode levar à perda do interesse em atividades que antes eram prazerosas (Garcia et al., 2015).

O cansaço investigado no item 16 permitiu concluir que a maioria das mulheres estava se sentindo cansada por conta da fadiga. Estudo realizado por Bahia et al., (2019) com 24 mulheres com câncer de mama em tratamento quimioterápico/radioterápico verificou que 24,9% delas referiram sentir-se cansados pela fadiga no início do tratamento, e esse índice aumentou no decorrer, chegando a 50,8%. Conforme a literatura vigente, tal cansaço funciona como efeito secundário ao tratamento considerado, repercutindo negativamente na vida das pacientes e atingindo cerca de 70 a 100% das pessoas submetidas à quimioterapia (Lopes et al., 2019).

Com o item 17, obteve-se a constatação de que 74,4% das pacientes demonstraram-se enérgicas. Os distúrbios do sono e a fadiga são frequentemente classificados como os eventos adversos mais impactantes e debilitantes do tratamento do câncer (Chaoul et al., 2018). Lopes et al., (2019) encontraram uma pequena, porém significativa, relação entre fadiga e falta de energia, também identificaram queixas de falta de energia de pacientes fatigadas. Esses resultados refletem que a fadiga relacionada ao câncer implica complicações físicas, levando a um esgotamento, o que gerou incômodo nos pacientes.

Em relação ao nível de paciência, 71,9% das entrevistadas declararam, no item 18 dessa dimensão, estar impacientes. Nenhum achado sobre o nível de paciência das pacientes fatigadas com neoplasia mamária foi encontrado, porém é perfeitamente compreensível que assim estivessem, pois, o sintoma da fadiga é bastante desgastante, atuando como algo constante sob vários aspectos para elas.

O estado de tensão atribuído à fadiga foi revelado por um número significativo de mulheres especialmente na iminência de um novo ciclo de quimioterapia. A ansiedade e o stress são estados emocionais encontrados nos pacientes oncológicos tanto no momento do diagnóstico como durante o tratamento, seja ele quimioterápico ou radioterápico (Lufiego et al., 2017). Oliveira et al., (2018) relataram em seu estudo que o fato de se apresentar sob maior nível de fadiga, quanto mais ansiosa a pessoa estiver



tendo sido exatamente o ocorrido com pacientes das suas pesquisas. Outros fatores como a dor e piora da funcionalidade, também se mostraram associados à fadiga.

Assim, ficou evidente no item 20 a associação entre estar deprimida e a presença da fadiga. Segundo Bahia et al., (2019), a fadiga foi capaz de interferir no humor das pacientes com neoplasia mamária fatigadas. Eles identificaram baixos escores na função emocional de suas pacientes, concluindo, portanto, estarem elas pouco deprimidas. Em estudos, Levkovich et al., (2015) observou que essas mulheres apresentam humor mais deprimido e depressão após seis meses do término do tratamento, asseverando a magnitude dos efeitos da quimioterapia e a importância da sua identificação e manejo adequado. Santos et al., (2013) opinam ainda, ser a fadiga mais importante para a existência de depressão do que a depressão como constituinte daquela.

Os últimos três itens da dimensão sensorial e também da Escala de Piper como um todo abordam ideias parecidas. No item 21, 75,1% das pacientes se consideraram incapazes de concentração no momento; o item 22 revelou que 71,0% se consideraram incapazes de lembrar-se dos fatos, e o item 23 analisou que 71,9% se declararam incapazes de pensar com clareza. Para as pacientes de Bahia et al., (2019), a fadiga agiu como redutora da concentração mental. Diante desses fatos, verifica-se que a fadiga não é apenas um sintoma que atua no corpo físico, mas que também age na mente, gerando desconfortos e perturbações a ponto de afetar a capacidade de concentração e que muitas vezes pode ser um fator que influencie na pausa do tratamento.

CONCLUSÃO

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a análise de como a Fadiga Relacionada ao Câncer, na dimensão sensorial e psicológica em mulheres com neoplasia mamária submetidas à quimioterapia, utilizando método com validade nacional, em hospital de referencial ao tratamento de pacientes oncológicos na região nordeste do Brasil.

O desenvolvimento do presente estudo possibilitou a análise da Fadiga ao utilizar a Escala de Piper. Foi observado de forma precisa que a fadiga está presente em todos os itens avaliados, e como agravante



o extremo máximo da escala (dez) foi o resultado predominante em todos os 11 itens. Respaldam os achados deste trabalho, as diversas pesquisas sobre o tema dos últimos vinte anos.

O estudo nos faz pensar que o processo de adoecimento com câncer de mama não se encontra apenas na dimensão patológica, mas também nas dimensões sensoriais/psicológicas.

Desta forma existe a necessidade de considerar a atenção ao cuidado de forma ampliada e repensar a prática dos profissionais de saúde, para um tratamento integral, onde também leve em consideração as dimensões comportamental, afetiva e sensorial/psicológica dentre outras.

Fica a necessidade de aprofundamento, para estudos posteriores, sobre a relação entre o nível de paciência e as pacientes fatigadas com neoplasia mamárias.

Por fim, os resultados apontados nesse estudo, que se trata de um contexto institucional único, o HCP, sugerem relação entre a fadiga, caracterizada da Escala de Piper, em mulheres com neoplasias mamárias.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Bahia JC et al. (2019). Fadiga em Mulheres com Câncer de Mama Submetidas à Radioterapia. Revista Brasileira de Cancerologia, 65(2).
- Banipal RPS, Singh H, Singh B. (2017). Assessment of cancerrelated fatigue among cancer patients receiving various therapies: a cross-sectional observational study. Indian Fadiga em Mulheres com Câncer de Mama Revista Brasileira de Cancerologia. Palliat Care, 23(2):207-211. DOI: 10.4103/IJPC.IJPC_135_16.
- Borges JA et al. (2018). Fadiga: Um Sintoma Complexo e seu Impacto no Câncer e na Insuficiência Cardíaca. International Journal of Cardiovascular Sciences, 31(4): 433–442. DOI: 10.5935/2359-4802.20180027.
- BRASIL (2018a). Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). A mulher e o câncer de mama no Brasil. Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede – 3. ed. Rev. atual. Rio de Janeiro: INCA.



BRASIL (2018b). Organização Mundial de Saúde (OMS). Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS).

Folha Informativa – Câncer. Disponível em:
https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5588:folha-informativa-cancer&Itemid=1094.

BRASIL (2020a). Inca. Ministério da Saúde. **Brasil - Estimativa de casos novos**. Disponível em:

<https://www.inca.gov.br/estimativa/estado-capital/brasil>.

BRASIL (2020b). Inca. Ministério da Saúde. **Conceito e Magnitude do câncer de mama**. Disponível

em: <https://www.inca.gov.br/controlado-cancer-de-mama/conceito-e-magnitude>.

Chaoul A et al. (2018). Randomized trial of Tibetan yoga in patients with breast cancer undergoing

chemotherapy. *Cancer*, 124(1): 36–45. DOI: 10.1002/cncr.30938.

Clinical practice guidelines in oncology: cancer-related fatigue. Version 1 [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct

12]. Available from: <https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/fatigue.pdf>.

Acesso em: 15/10/2020.

Garcia SN et al. (2015). Os domínios afetados na qualidade de vida de mulheres com neoplasia mamária.

Revista gaúcha de enfermagem, 36:(2)89–96. DOI: 10.1590/1983-1447.2015.02.45718.

Gouveia VV et al. (2015). Escala de avaliação da fadiga: adaptação para profissionais da saúde. *Revista*

Psicologia Organizações e Trabalho, 15(3): 246–256. DOI: 10.17652/rpot/2015.3.594.

INCA (2020). Instituto Nacional de Câncer Jose de Alencar Gomes da Silva. Como é feita a radioterapia?

[Internet]. Rio de Janeiro: INCA; [data desconhecida] – Disponível em:

<<https://www.inca.gov.br/perguntasfrequentes/como-e-feita-radioterapia>>. Acesso em:

15/10/2020.

Levkovich et al. (2015). Cancer-related fatigue and depression in breast cancer patients postchemotherapy:

Different associations with optimism and stress appraisals. *Palliative and Supportive Care*, 13(5):

1141–1151. DOI: 10.1017/S147895151400087X.

Lopes CF et al. (2019). Fadiga secundária à quimioterapia em mulheres com câncer de mama. *Revista*


Família, Ciclos de Vida e Saúde no Contexto Social, 7(3): 322. DOI: 10.18554/refacs.v7i3.3754.











- Loyola EAC et al. (2017). Rehabilitation group: benefits and barriers in the perspective of women with breast cancer. *Texto Context Enferm*, 26(1): e3250015. DOI: 10.1590/0104-07072017003250015.
- Lufiego CAF et al. (2017). Evaluation of Stress and Anxiety in Patients Undergoing Chemotherapy To Relaxation. *Psicologia, Saúde & Doença*, 18(3): 789–800.
- Midgley AW et al.(2018). Exercise program design considerations for head and neck cancer survivors. *European Archives of Oto-Rhino-Laryngology*, 275(1): 169–179. DOI: 10.1007/s00405-017-4760-z.
- Oliveira JMT (2018). Fadiga relacionada ao câncer: fatores cinéticos e neuromusculares.134f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Engenharia de São Carlos, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto e Instituto de Química de São Carlos, Universidade de São Paulo, São Carlos.
- Oliveira MM et al. (2018). Fadiga pré-operatória em pacientes com câncer: prevalência e fatores associados. *Rev. Eletr. Enf*, 20(20): 17. DOI: 10.5216/ree.v20.44440.
- Santos J et al. (2013). Co-morbidade fadiga e depressão em pacientes com câncer colo-retal. *Revista da Escola de Enfermagem USP*, 43(4).



Comprometimento da mama em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico

 10.46420/9786588319291cap3

Cristina Albuquerque Douberin¹ 
Liniker Scolfild Rodrigues da Silva² 
Edivaldo Bezerra Mendes Filho³ 
Eliana Lessa Cordeiro⁴ 
RonAlberto Lopes de Araujo⁵ 
Iara Alves Feitoza de Andrade⁶ 
Marta Maria Francisco⁷ 
Jasna Mariane Soares Cavalcante⁸ 

INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CM) é uma doença com crescimento desordenado de células que invadem o tecido mamário que pode levar a óbito com maior prevalência em mulheres, sendo considerado o segundo tipo mais incidente e a principal causa de morte por neoplasia entre as mulheres; sendo que quatro a cada cinco desenvolve a doença após os cinquenta anos de idade (Petry et al., 2016).

No Brasil, estima-se para 2018, a identificação de aproximadamente 59.700 novos casos de câncer de mama (BRASIL, 2016). Não há uma única causa para o seu surgimento, os fatores de risco são de ordem multifatorial tais como: alterações genéticas, hormonais, histórico familiar, menopausa tardia, menarca precoce, primeira gestação após trinta anos, ingestão regular de álcool, exposição a radiações ionizantes em idade inferior a 35 anos e nuliparidade.

¹ Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB).

² Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE).

³ Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁴ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁵ Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE).

⁶ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁷ Universidade Federal de Pernambuco (UFPE).

⁸ Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/Universidade de Pernambuco (UPE).

* Autor correspondente: liniker_14@hotmail.com



O câncer de mama pode ser detectado em fases iniciais e na maioria dos casos pode apresentar nódulo (caroço), fixo e geralmente indolor, pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja, alterações no bico do peito (mamilo), pequenos nódulos nas axilas ou no pescoço (Frio et al., 2015).

O câncer de mama pode ser percebido pelo autoexame das mamas, realização de mamografia ou ultrassonografia, devendo ser confirmado por meio da biópsia da lesão (BRASIL, 2016). Um aspecto importante para um bom prognóstico dessa patologia consiste no diagnóstico adequado e o mais precoce possível, pois a identificação do câncer em seu estágio inicial possibilitando assim tratamentos mais conservadores, ou seja, menos traumáticos e mutiladores, com redução dos efeitos colaterais e melhores possibilidades de cura e qualidade de vida (Sousa et al., 2020).

O tratamento adotado para o CM dependerá da manifestação da doença e sua extensão e engloba modalidades conservadoras, que envolve a cirurgia e a radioterapia; e as sistêmicas, que abrangem a quimioterapia e a hormonioterapia (Beleza et al., 2016). Com relação aos procedimentos cirúrgicos, estes podem ser conservadores: a quadrantectomia, definida como ressecção de todo o setor mamário correspondente ao tumor, incluindo a pele e a fáscia do músculo peitoral maior ou tumorectomia que é a retirada do tumor com uma margem de tecido mamário livre de neoplasia ao seu redor, e além desses, a outra opção é a mastectomia radical (Mastectomia Modificada tipo Madden ou Patey, e a Mastectomia Halsted) que envolve a retirada total da mama (Fabro et al., 2016).

Em alguns casos, faz-se necessária abordagem axilar (linfadenectomia axilar ou biópsia do linfonodo sentinela), procedimento esse que, muitas vezes, está relacionado com o surgimento de sequelas do membro superior, como o linfedema (Roberti et al., 2016).

Os tipos de cirurgias e tratamentos mais comumente utilizados para o câncer de mama no Brasil está a mastectomia parcial associada ao esvaziamento axilar (43,3%), e 56,6% realizou a mastectomia total. Após o tratamento cirúrgico, cerca de 80% foram submetidas à quimioterapia e a radioterapia com (60%) são os principais tipos adotados pelos serviços de saúde no Brasil levando em consideração o estadiamento da doença no momento da instituição do tratamento (Perruzzi et al., 2017).



A escolha desse tema surgiu a partir da prática clínica diária e após detectar mulheres com câncer de mama em fase de tratamento quimioterápico no Hospital de Câncer de Pernambuco (HCP). Desta forma, o presente estudo teve como objetivo identificar os possíveis comprometimentos da mama, e avaliar a qualidade de vida de mulheres que foram submetidas ao tratamento quimioterápico do câncer de mama.

O presente estudo tem como objetivo identificar a presença do comprometimento da mama em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico.

MATERIAL E MÉTODOS

Tratou-se de um estudo descritivo, transversal com abordagem quantitativa, que foi realizado na Unidade Ambulatorial de clínica especializada em Patologia Mamária do HCP, no período de setembro a novembro de 2015. O HCP se caracteriza por ser uma instituição que iniciou suas atividades de forma filantrópica em 9 de novembro de 1945. Desde sua criação até os dias atuais, tornou-se referência no seu campo de atuação no Norte e Nordeste do Brasil e, ao longo de sua trajetória, desempenha o papel de assistência aos portadores de câncer, bem como o de informação à população sobre a importância de prevenção deste agravo.

O cálculo da amostra foi realizado com base na estimativa de proporção, uma vez que se pretendeu identificá-la para o quantitativo de mulheres com câncer de mama em fase de tratamento quimioterápico. Considerando-se que a média mensal de pacientes com neoplasia mamária em tratamento quimioterápico no HCP foi de 1800 (N) e alguns valores estatísticos constantes, como o nível de confiança de 95% ($z = 1,96$) e o erro (e) ou (d) de 5%, obteve-se uma amostra (n) de 317 pacientes, tendo como referência uma população finita.

Como critério de inclusão considerou-se pacientes do sexo feminino com câncer de mama, em tratamento quimioterápico ambulatorial no HCP, com idade igual e superior a 18 anos e com capacidade de comunicação para compreensão de leitura e escrita. Já como critério de exclusão teve-se pacientes do sexo feminino em modalidade de tratamento divergente do quimioterápico.



O procedimento de coleta de dados foi realizado da seguinte forma: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) foi entregue, lido e explicado a cada uma das 317 mulheres no momento em que elas estavam realizando a quimioterapia no ambulatório do HCP. Quando elas aceitavam participar da pesquisa, assinavam-no demonstrando concordância e, logo em seguida, respondiam ao instrumento de coleta com informações sobre seu tratamento clínico.

Os dados do perfil clínico foram descritos através da análise de suas frequências (números absolutos) e percentagens isoladas e intervalares em que se fizeram presentes na população de estudo. Para algumas variáveis desses perfis, também foram apresentados médias, desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos.

O presente estudo corresponde a um recorte de uma dissertação de Mestrado de autoria de Cristina Albuquerque Douberin que foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Sociedade Pernambucana de Combate ao Câncer sob o CAAE nº 45583415.0.3001.5205; e defendida pela autora pelo Programa Associado de Pós-graduação em Enfermagem da Universidade de Pernambuco (UPE)/Universidade Estadual da Paraíba (UEPB), no mês de maio de 2016.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Quanto ao comprometimento da mama, foi identificado que 70% apresentam algum tipo de comprometimento, sendo o mais prevalente a mastectomia, conforme apresentado na tabela 1.

Tabela 1. Existência de comprometimento da(s) mama(s). Recife, Pernambuco (PE), Brasil, 2015. (n = 317). Fonte: Autores.

Variável	Frequência	Percentual
Não possui mama comprometida	95	30%
Possui mama comprometida	222	70,0%
Comprometimento (n=222) *		
Mastectomizada	144	64,9
Um quadrante com esvaziamento	78	35,1

Nota: * Os percentuais das doenças indicadas foram calculados com base nas respostas das 222 mulheres que responderam positivamente.



O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença, quando a diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo, porém quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida das pacientes (BRASIL, 2016).

Em relação ao comprometimento da mama, neste estudo foi observado que a mastectomia prevaleceu com (64,9%) já à quadrantectomia com esvaziamento axilar com (35,1%) dos casos. No estudo de Peruzzi et al., (2018) a maior parte das mulheres foram submetidas a mastectomia com dissecação axilar (43,3%), achado clínico esse que vem de encontro com os resultados obtidos nesta presente pesquisa.

A terapia de conservação da mama é o padrão de tratamento para o câncer de mama em estágio inicial. Há também as opções de tratamento como a exérese do nódulo com radiação ou a mastectomia. Estes procedimentos são agressivos, pois acarretam em consequências físicas e emocionais desfavoráveis à vida da mulher, tais como: lesões musculares, hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na sensibilidade, fibroses, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude de movimento e da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória, perda ou redução da capacidade funcional e linfedema do braço homolateral a cirurgia (Krammer et al., 2017; Abboud, 2017; Mariotti; Raffaelli, 2017).

A linfadenectomia axilar pode ser uma das principais justificativas para o surgimento destas complicações pós-operatórias devido à retirada dos linfonodos, pela localização e extensão da abordagem cirúrgica. Atty; Tomazelli, Dias, (2017) observou em seu estudo que cerca de 25% das pacientes apresentaram linfedema. O estadiamento axilar é essencial na escolha do tratamento adjuvante e no controle regional da doença, mas o edema e a disfunção articular ocasionados pelo tratamento podem comprometer a qualidade de vida da paciente (Ayala et al., 2019).

Em se tratando da realidade brasileira, sabe-se que essa cirurgia mutiladora é notoriamente utilizada em hospitais públicos e filantrópicos, cerca de 40% são submetidas a este procedimento (Abboud, 2017; Mariotti; Raffaelli, 2017).



Em estudos Vale et al., (2017) notaram a auto percepção após a mastectomia, onde as pacientes pontuaram que a mutilação afeta a concepção de mulher, provocando fragilidade e constrangimento por cicatrizes decorrentes do procedimento cirúrgico, evidenciando abalos sexuais. No temor da recorrência, salienta-se a lembrança do diagnóstico como uma constante na vida dessas mulheres, o que causa sentimentos de medo, angústia e ansiedade.

Com base nos dados epidemiológicos em relação ao comprometimento da mama em mulheres com neoplasia mamária submetidas ao tratamento quimioterápico, o interesse desse estudo reside, igualmente, nas implicações que os resultados obtidos poderão ter para o desenvolvimento de terapias promotoras de uma melhor adaptação à doença e tratamento oncológico.

CONCLUSÃO

A população estudada mostrou-se, em sua maioria, com incapacidades, porém a prevalência foi maior para as incapacidades leves não trazendo grandes prejuízos nas atividades de vida diária, achado esse que provavelmente influenciou nos valores intermediários da qualidade de vida, bem como para a percepção de sua imagem corporal, uma vez que a média do score obtido traduz um pequeno comprometimento da imagem corporal.

O procedimento cirúrgico mais realizado foi a mastectomia acompanhada do tratamento adjuvante, sendo que mais da metade da população em análise, foram submetidas a quimioterapia e radioterapia. A quimioterapia consiste em uma das terapêuticas de maior impacto e sofrimento biopsicossocial destas mulheres, com envolvimento em todo constructo humano.

Interesse desse estudo reside, igualmente, nas implicações que os resultados obtidos poderão ter para o desenvolvimento de terapias promotoras de uma melhor adaptação à doença e tratamento oncológico assim como, a presença de comprometimentos da mama em mulheres com tratamento quimioterápico. Assim, julga-se que os objetivos propostos foram atingidos e, portanto, tal conhecimento obtido pode contribuir para produção de cuidados integrais às portadoras de câncer de mama em protocolos de quimioterapia combinada antineoplásica, minimizando os males resultantes do processo



terapêutico direcionando as intervenções para diminuir as iniquidades, além do princípio de respeito à vida e à autonomia das pacientes.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abboud C (2017). "The Results of Operations for the Cure of Cancer of the Breast Performed at the Johns Hopkins Hospital from June, 1889, to January, 1894" (1894), by William Stewart Halsted. Arizona State University. School of Life Sciences. Center for Biology and Society. Embryo Project Encyclopedia. Disponível em: <<http://ebryo.asu.edu/hadle/10776/11697>>.
- Atty ATM, Tomazelli JG, Dias MBK. (2017). Análise Exploratória das Informações sobre Estadiamento nas Autorizações de Procedimentos de Alta Complexidade no Brasil e Regiões no Período 2010-2014 TT - Exploratory Analysis of the Information on Staging in the Authorizations of High Complexity Proce. Rev. bras. cancerol, 63(4):257–264. Disponível em: <http://fi-admin.bvsalud.org/document/view/yyj79>.
- Ayala ALM et al. (2019). Survival rate of 10 years among women with breast cancer: A historic cohort from 2000-2014. Ciencia e Saude Coletiva, 24(4): 1537–1550. DOI: 10.1590/1413-81232018244.16722017.
- Beleza ACS et al. (2016). Alterações posturais em mulheres submetidas à cirurgia para retirada do câncer de mama. ABCS Health Sci, 4(1): 15-19.
- BRASIL (2016). Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Estimativas de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro (RJ): INCA.
- Fabro EAN et al. (2016). Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. Rev Bras Mastologia, 26(1): 4-8.
- Frio CC et al. (2015). Influência da Composição Corporal sobre a Qualidade de Vidade Pacientes com Câncer. Revista Brasileira de Cancerologia, 61(4): 351-357.



- Krammer et al. (2017). Imaging for the assessment of residual disease following initial surgery for breast cancer with positive margins. *European Radiology*, 27(11): 4812-18. DOI: 10.1007/s00330-017-4823-y.
- Mariotti C, Raffaeli E (2017). The Surgical Treatment of DCIS: from Local Excision to Conservative Breast Surgery and Conservative Mastectomies. In: Mariotti C. (eds) *Ductal Carcinoma in Situ of the Breast*, 107-42. DOI: 10.1007/978-3-319-57451-6_7
- Perruzzi et al. (2017). Perfil das mulheres com câncer de mama no município de Santo Ângelo (RS), Brasil. *Revista Interdisciplinar em Ciências da Saúde e Biológicas*, 1(1): 20-24.
- Petry et al. (2016). Efeitos da intervenção fisioterapêutica na amplitude de movimento do ombro e no mapa termográfico de idosas submetidas à cirurgia para tratamento de câncer de mama. *Acta Fisiatr*, 23(4): 180-185. DOI: 10.5935/0104-7795.20160034.
- Roberti BFA et al. (2016). Influência do tratamento do câncer de mama na funcionalidade do membro superior e no retorno à atividade laboral. *Rev. Ciênc. Méd., Campinas*, 25(2): 69-76.
- Souza MC et al. (2020). Diagnóstico de câncer de mama por exames genéticos: uma revisão de literatura/Diagnosis of breast cancer by genetic exams: a literature review. *Brazilian Journal of health Review Braz. J. Hea. Rev*, 3(2): 1786–1797.
- Vale CCSO et al. (2017). Câncer de mama: a repercussão da mastectomia no psiquismo da mulher. *Mental*, 11(21): 527–545.



SOBRE OS ORGANIZADORES

 **CRISTINA ALBUQUERQUE DOUBERIN**



Possui Graduação em Enfermagem - Bacharelado pela Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) - (2012) e Graduação em Enfermagem - Licenciatura pela UFPE (2014); No período entre agosto de 2010 a julho de 2011, atuou como aluna pesquisadora bolsista do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica da Universidade Federal de Pernambuco - PIBIC/UFPE/CNPq. É Enfermeira do Trabalho pós-graduada pelo Centro de Formação, Aperfeiçoamento Profissional e Pesquisa, Grupo CEFAPP. É Mestre em Enfermagem pela Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba (UPE/UEPB) e Sanitarista pelo Programa de Residência

Multiprofissional em Saúde Coletiva da Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/UPE). Atuou como docente do curso de MBA em Gestão da Saúde Pública e da Família na Faculdade Duarte Coelho, Polo Carpina-PE, do curso Técnico de Enfermagem na escola Grau Técnico, do curso Técnico de Enfermagem do Colégio Carneiro Leão, Recife-PE, dos cursos Técnicos em Análises Clínicas, Enfermagem, Imobilizações Ortopédicas e Reabilitação para Dependentes Químicos no Centro Universitário Maurício de Nassau (UNINASSAU), Recife-PE; dos cursos de graduação de Enfermagem, Nutrição, Estética e Cosmética, Farmácia, Ciências Biológicas, Biomedicina e Educação Física do Centro Universitário Brasileiro (UNIBRA). Atualmente, atua como docente do curso de graduação em Enfermagem da Faculdade de Escada (FAESC); das pós-graduações na Faculdade Osman Lins (FACOL), Polo Limoeiro-PE; e AEG Consultoria, Polo Recife-PE. Também é avaliadora do Ministério da Educação/Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (MEC/INEP). E-mail para contato: cristinaadouberin@hotmail.com





LINIKER SCOLFILD RODRIGUES DA SILVA


Analista em Saúde/Sanitarista no Laboratório Central de Saúde Pública de Pernambuco "Dr. Milton Bezerra Sobral" - LACEN/PE, atuando na Rede Pernambucana de Laboratórios/Gerência de Avaliação da Qualidade de Projetos Laboratoriais Estratégicos (RPELAB/GAQPLE); no Núcleo de Vigilância Laboratorial (NVL); e no Núcleo de Estudo e Pesquisa (NEPEL); Enfermeiro Assistencial no Hospital Universitário Oswaldo Cruz (HUOC); e Enfermeiro Obstetra no Hospital Regional Dom Moura (HRDM), atuando na Sala de Parto, Triagem Obstétrica e Alojamento Conjunto. Sanitarista - Especialista em Saúde Coletiva na modalidade Residência pela Faculdade de Ciências Médicas (FCM)/Universidade de Pernambuco (UPE) sendo bolsista pela Secretaria Estadual de

Saúde do Estado de Pernambuco (SES/PE) (2020); Especialista em Saúde Mental, álcool e outras drogas pela Faculdade ALPHA (2019); Enfermeiro Obstetra - Especialista em Enfermagem Obstétrica na modalidade Residência pela Faculdade de Enfermagem Nossa Senhora das Graças (FENSG)/UPE, lotado no Hospital Agamenon Magalhães (HAM), sendo bolsista pela SES/PE (2017); Especialização em Saúde Pública com ênfase em Saúde da Família pela Faculdade INESP (Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa) (2016); Membro da Diretoria de Educação da Associação Brasileira de Enfermagem (ABEn) - Seção Pernambuco; Membro colaborador do Blog De Repente 60 (Blog de Gerontologia); Possui Graduação em Enfermagem (Bacharel) pela Universidade Salgado de Oliveira (UNIVERSO), campus Recife (2014). Atualmente é Sócio da ORBIS Consultoria Acadêmica; Docente da pós-graduação *lato sensu* em Enfermagem Obstétrica pela Faculdade Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão (FABEX) em parceria com a Consultoria Brasileira de Ensino, Pesquisa e Extensão (CBPEX); Docente da pós-graduação *lato sensu* em Obstétrica e Neonatologia pela Faculdade INESP (Instituto Nacional de Ensino e Pesquisa) e da Faculdade de Educação Paulistana (FAEP) em parceria com a AGE Consultoria; Docente do curso de Pós-Graduação *lato sensu* em Enfermagem em Unidade de Terapia Intensiva (UTI) e Saúde da Mulher na Faculdade Metropolitana de Ciências e Tecnologia (FAMEC). Revisor de Periódico da Revista *Drug and Alcohol Dependence*, Revista *Avances em Enfermería*, Revista *Brazilian Journal of Health Review* e *American Journal of Internal Medicine*; Editor Associado como Revisor de Periódico da *International Journal of Family & Community Medicine*. Atuou como estagiário concursado pela SES/PE, exercendo atividades na Vigilância Epidemiológica em Âmbito Hospitalar (VEAH) lotado no IMIP - Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (2014). Ex-voluntário do Projeto de Extensão na UNIVERSO no Projeto Anjos da Enfermagem: educação em saúde através do lúdico, no período de 2012-2013, atuando no Núcleo de



Pernambuco. Projeto este caracterizado como um projeto voluntário sem fins lucrativos apoiado pelo sistema Conselho Federal de Enfermagem (COFEN)/Conselho Regional de Enfermagem – Seção Pernambuco (COREN-PE), realizado no HUOC e configurado como o Maior Projeto de Responsabilidade Social da Enfermagem Brasileira. E-mail para contato: liniker_14@hotmail.com.

  **EDIVALDO BEZERRA MENDES FILHO**



Mestrando no Programa de Pós-Graduação em Inovação Terapêutica (PPGIT) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE); Formação em *Black Belt Lean Six Sigma (Six Sigma Solutions)*; Possui graduação em Medicina pela Universidade de Pernambuco (UPE) (2016); Pós-graduando MBA em Gestão da Inovação e Tecnologia (FCAP-UPE). Atualmente é prestador de Serviços Médicos: EBMF Serviços, HAPVIDA, Prefeitura Municipal de Altinho, Prefeitura Municipal de Santa Maria do Cambucá, Prefeitura Municipal de João Alfredo. Experiência em Unidade de Terapia Intensiva (UTI), Urgência, Saúde da Família e acompanhamento domiciliar. Filosofia de trabalho baseada no *Lean Six Sigma* buscando

melhoria de processos com base no valor agregado ao cliente. E-mail para contato: edivaldobezerramendes@gmail.com



ÍNDICE REMISSIVO

C		N	
câncer de mama	10, 11, 13, 15, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37	neoplasia mamária	10, 11, 15, 17, 18, 22, 23, 24, 28, 29, 30, 32, 33, 34, 36
D		P	
doença neoplásica mamária	18	perfil sociodemográfico	11, 12, 16
E		preditores de fadiga	15
Escala de Piper	23, 27, 29, 30	Q	
F		quimioterapia antineoplásica mamária	10, 11
Fadiga Relacionada ao Câncer	23, 29	T	
		tratamento quimioterápico	11, 14, 15, 18, 23, 24, 28, 32, 33, 34, 36





ISBN 978-658831929-1



Pantanal Editora

Rua Abaete, 83, Sala B, Centro. CEP:
78690-000

Nova Xavantina – Mato Grosso –
Brasil

Telefone (66) 99682-4165 (Whatsapp)
<https://www.editorapantanal.com.br>
contato@editorapantanal.com.br