



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
PRÓ-REITORIA PARA ASSUNTOS DE PESQUISA E PÓS GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA À
LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

Recife
2023

MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA À
LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de concentração: Enfermagem e educação em saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem e Educação em Saúde nos Diferentes Cenários do Cuidar.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

Recife
2023

Catálogo na fonte:
Bibliotecário: Aécio Oberdam, CRB4: 1895

C837a Costa, Maria do Socorro de Oliveira.
Avaliação do autocuidado de mulheres com câncer de mama à luz da teoria de Dorothea Orem / Maria do Socorro de Oliveira Costa – 2023.
89 p.

Orientadora: Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Pernambuco, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Recife, 2023.
Inclui referências, apêndices e anexos.

1. Enfermagem. 2. Autocuidado. 3. Mulheres. 4. Câncer de mama. 5. Teoria da enfermagem. Vasconcelos, Eliane Maria Ribeiro de (orientadora). II. Título.

610.73 CDD (23.ed.)

UFPE (CCS 2023 - 257)

MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA

**AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA À
LUZ DA TEORIA DO AUTOCUIDADO DE DOROTHEA OREM**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. **Área de concentração:** Enfermagem e educação em saúde

Aprovada em: 10/03/2023

BANCA EXAMINADORA

Profa Dra Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos (Orientadora)
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE)

Profa Dra Vânia Pinheiro Ramos (Examinadora interna)
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPE)

Prof Dr Carlos Renato dos Santos (Examinador externo)
(UFPE/CAV)

Profa Dra Ana Hélia de Lima Sardinha (Examinadora externa)
(Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFMA)

Dedico este trabalho a todas as pessoas que lutam incessantemente pela vida, por uma assistência à saúde digna e respeitosa, em especial as mulheres com câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela fidelidade e por ter me sustentado ao longo de toda minha jornada, sendo minha fortaleza e refúgio em todos os momentos que precisei.

À minha mãe Rita e ao meu pai João, amores incondicionais da minha vida, que me sustentam de amor, cuidado e força. E ao meu irmão Felipe por toda parceria. A vocês toda minha gratidão.

Ao meu noivo José Neto, que compreendeu minhas ausências e sempre esteve comigo em todos os momentos. Sou grata por sua amorosidade e paciência.

À minha madrinha Claudivânia, seu esposo Carlos Evandro, sua filha Letícia que se tornaram minha segunda família. Não tenho palavras para agradecer o lar de amor que me dão há 06 anos.

À minha amiga Luana Cabral, que me encorajou a fazer o mestrado, sempre acreditou na minha capacidade e sempre tem uma palavra de ânimo e conforto em momentos de dúvidas. Obrigada por sua amizade.

À minha turma de mestrado, sou grata por toda partilha. Em especial sou grata ao meu querido grupo Luana Beserra Cabral, José Romero Diniz, Rebeca Cavalcanti Leal, Priscila Neri, Marcela Maciel e Juliana Rozal, que acolheram minhas dúvidas, compartilharam alegrias e momentos de incertezas e tornaram essa jornada mais leve.

À professora e amiga Dra Célia Maria Ribeiro de Vasconcelos, minha primeira orientadora ainda no primeiro período da graduação, que me fez desbravar os caminhos da pesquisa.

À minha querida orientadora, Professora Dra Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, pelo cuidado, paciência, disponibilidade e amor. Obrigada por ter me escolhido e acolhido e por ter tornado essa jornada mais leve.

Às todas as pacientes que se disponibilizaram a participar desse estudo, e mesmo em momentos difíceis sempre me receberam de forma carinhosa. Sem vocês este estudo não seria possível.

À equipe do ambulatório de oncologia do Hospital das Clínicas (HC) da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), pelo acolhimento e ajuda durante os meses de coleta.

À Universidade Federal de Pernambuco e ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem por oportunizar um ensino de qualidade, com formação humanística e ensinamentos que transcendem os limites da universidade, essenciais ao meu processo de formação profissional.

Ao grupo de Pesquisa Saúde Coletiva e Práticas Integrativas e Complementares em Saúde, liderado pela Profa. Dra Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, cada um de vocês contribuiu para a construção desse trabalho.

À banca examinadora, Profa. Dra Vânia Pinheiro Ramos, Prof. Dr. Carlos Renato dos Santos e Profa. Dra. Ana Hélia de Lima Sardinha pela disponibilidade e atenção dedicada a este estudo.

Por fim, agradeço a todos que direta ou indiretamente, durante todos os anos da minha vida, contribuíram para meu crescimento pessoal e profissional. GRATIDÃO.

Não haverá borboletas se a vida não passar por
longas e silenciosas metamorfoses.

Rubem Alves

RESUMO

O objetivo desse estudo consiste em avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial à luz da Teoria de Dorothea Orem. Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa, descritivo, exploratório e transversal, realizado no ambulatório de oncologia do Hospital das Clínicas da Universidade Federal de Pernambuco/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, serviço de referência que oferece atendimento de mastologia e oncologia especializado em Recife-PE-Brasil, no período de agosto a outubro de 2022. A amostra foi constituída por 60 mulheres cadastradas no referido ambulatório. Foram incluídas na pesquisa aquelas com diagnóstico clínico de câncer de mama em tratamento, com idade entre 30 a 69 anos e excluídas mulheres gestantes, com ostomias, que não obtiveram pontuação mínima no Mini Exame do Estado Mental e com deficiência auditiva devido ao não domínio da Língua Brasileira de Sinais pela pesquisadora. Para coleta de dados, foi utilizado dois instrumentos: um questionário de caracterização sociodemográfica e o instrumento de avaliação do autocuidado. A análise dos dados foi descritiva e analítica, por meio de frequências relativa a absoluta e medidas de tendência central e utilizado o Qui-Quadrado de Pearson e o Teste Exato de Fisher para análise bivariada. Os resultados foram discutidos à luz da Teoria de Dorothea Orem. O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de ética da Universidade Federal de Pernambuco e os preceitos éticos da Resolução Nº 466/2012 foram respeitados integralmente. Os resultados evidenciam que a média de idade foi de 54 anos, com predominância de mulheres padas (55%), casadas (40%), católicas e evangélicas (43,3%), ensino fundamental incompleto (30%), moram acompanhadas (90,1%), aposentadas ou não tem renda própria (21,7%), com renda familiar de até 1 salário-mínimo (51,7%), não praticam atividade física (66,7%), diagnosticadas há < 01 ano (75%) e estavam realizando quimioterapia (48,4%). Metade delas é totalmente independente para realizar seu autocuidado (50%) e a outra metade tem algum déficit de autocuidado – necessita de apoio ou pequena ajuda (45%), necessita de ajuda moderada a grande (5%). Houve associação significativa nas variáveis: religião (p-valor=0,013), efeitos colaterais relacionados ao sistema gastrointestinal (p-valor= 0,003), pele (p-valor=0,019) e sistema musculoesquelético (p-valor=0,013). Portanto, Orem destaca a necessidade de envolvimento do paciente no seu cuidado, para viabilizar que indivíduos e redes de apoio tenham responsabilidade e autonomia em relação ao autocuidado visando a melhoria do bem-estar e qualidade de vida.

Palavras-chave: autocuidado; mulheres; câncer de mama; enfermagem; teoria de enfermagem.

ABSTRACT

The objective of this study is to evaluate the self-care of women with breast cancer undergoing outpatient treatment in the light of Dorothea Orem's Theory. This is a quantitative, descriptive, exploratory and cross-sectional study, carried out at the oncology outpatient clinic of the Hospital das Clínicas of the Federal University of Pernambuco/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares, a reference service that offers specialized mastology and oncology care in Recife–PE-Brasil, from August to October 2022. The sample consisted of 60 women registered at the aforementioned outpatient clinic. Those with a clinical diagnosis of breast cancer undergoing treatment, aged between 30 and 69 years, were included in the research and excluded pregnant women, with ostomies, who did not obtain the minimum score in the Mini Mental State Examination and with hearing impairment due to not mastering the Brazilian Sign Language by the researcher. For data collection, two instruments were used: a sociodemographic characterization questionnaire and the self-care assessment instrument. Data analysis was descriptive and analytical, using relative and absolute frequencies and measures of central tendency and Pearson's chi-square and Fisher's exact test were used for bivariate analysis. The results were discussed in the light of Dorothea Orem's Theory. The research project was approved by the Ethics Committee of the Federal University of Pernambuco and the ethical precepts of Resolution N° 466/2012 were fully respected. The results show that the average age was 54 years, with a predominance of padas (55%), married (40%), Catholic and Evangelical (43.3%), incomplete primary education (30%), live with someone (90.1%), retired or do not have their own income (21.7%), with family income of up to 1 minimum wage (51.7%), do not practice physical activity (66.7%), diagnosed < 01 year (75%) and were undergoing chemotherapy (48.4%). Half of them are totally independent to carry out their self-care (50%) and the other half have some self-care deficit – need support or little help (45%), need moderate to great help (5%). There was a significant association in the variables: religion (p-value=0.013), side effects related to the gastrointestinal system (p-value=0.003), skin (p-value=0.019) and musculoskeletal system (p-value=0.013). Therefore, Orem highlights the need for patient involvement in their care, to enable individuals and support networks to have responsibility and autonomy in relation to self-care, aiming at improving well-being and quality of life.

Keywords: self care; woman; breast cancer; nursing; nursing theory.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife – PE, Brasil, 2022	41
Tabela 2 - Prática de atividade física, tempo de diagnóstico e tratamento de mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022	43
Tabela 3 - Avaliação da capacidade de autocuidado de mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 202	44
Tabela 4 - Classificação da capacidade de autocuidado de mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022	46
Tabela 5 - Análise de associação entre o déficit do autocuidado e o perfil sociodemográfico de mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022	47
Tabela 6 - Análise de associação entre o déficit do autocuidado e a terapêutica utilizada por mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022	49
Tabela 7 - Análise de associação entre autocuidado/déficit do autocuidado e principais efeitos do tratamento em mulheres com câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022	50

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AC	Autocuidado
CAM	Complexo mamilo areolar
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNA	Ácido Desoxirribonucleico
EA	Esvaziamento axilar
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECM	Exame Clínico das Mamas
EUA	Estados Unidos da América
HC	Hospital das Clínicas
HPV	Papilomavírus Humano
IARC	Agência Internacional de Pesquisa em Câncer
LIBRAS	Língua Brasileira de Sinais
MEEM	Mini Exame do Estado Mental
MMG	Mamografia
MRM	Mastectomia Radical Modificada
MS	Ministério da Saúde
QT	Quimioterapia
QV	Qualidade de vida
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFPE	Universidade Federal de Pernambuco
UNACON	Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	15
2	OBJETIVOS.....	19
2.1	Objetivo geral.....	19
2.2	Objetivos específicos.....	19
3	FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
3.1	Câncer.....	20
3.1.1	CÂNCER DE MAMA EM MULHERES	21
3.2	Terapêuticas utilizadas.....	23
3.3	Teoria do autocuidado de Orem	25
3.3.1	AUTOUIDADO.....	25
3.3.2	TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOUIDADO	28
3.3.3	TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM	29
3.4	Educação em saúde e a atuação da enfermagem na oncologia	29
4	MÉTODO	31
4.1	Tipo de estudo.....	31
4.2	Local do estudo.....	31
4.3	População e amostra	32
4.4	Variáveis do estudo.....	34
4.4.1	VARIÁVEIS DEPENDENTES	34
4.4.2	VARIÉVEIS INDEPENDENTES	34
4.5	Instrumento de coleta de dados.....	34
4.6	Coleta de dados.....	35
4.7	Análise dos dados.....	37
5	ASPECTOS ÉTICOS.....	38
6	RESULTADOS.....	40
7	DISCUSSÕES.....	51
7.1	Perfil sociodemográfico	51
7.2	Estilo de vida e terapêuticas utilizadas	53
7.3	Autocuidado/Déficit de autocuidado	57
7.4	Déficit de autocuidado x terapêutica utilizada/efeitos adversos.....	57
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS	59

REFERÊNCIAS	61
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM TRATAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA	71
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	75
ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO - CADEM	78
ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL (MEEM).....	82
ANEXO C - CARTA DE ANUÊNCIA CHEFIA DO SETOR	84
ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA REDE DE PESQUISA	85
ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP.....	86

1 INTRODUÇÃO

A palavra câncer é o termo utilizado para conceituar um conjunto de doenças que podem afetar qualquer parte do corpo. Caracteriza-se pelo crescimento desordenado das células anormais, as quais formam um tumor com potencial de crescer além dos seus limites habituais e invadir outros órgãos e tecidos, podendo evoluir de forma mais agressiva (INCA, 2021).

É considerado o principal problema de saúde pública no mundo e sua incidência e mortalidade vem aumentando consideravelmente nos últimos anos. Observa-se uma diminuição no número de neoplasias associadas a infecções e o aumento daquelas associadas a fatores sociodemográficos, as quais requerem mudanças nos hábitos de vida da população (BRAY *et al.*, 2018). Nas últimas duas décadas, o número total de pessoas diagnosticadas com essa neoplasia quase dobrou em todo o mundo, passando de cerca de 10 milhões em 2000 para 19,3 milhões em 2020. As projeções sugerem que esse número aumentará ainda mais nos próximos anos e será quase 50% maior em 2040, comparado ao ano de 2020. O número de mortes por neoplasias também aumentou de 6,2 milhões em 2000 para 10 milhões em 2020. Mais de uma em cada seis mortes é devido ao câncer (INCA, 2021; WHO, 2021).

No Brasil, foi estimada a ocorrência dos 21 tipos de câncer mais incidentes no país para o triênio 2023-2025, dois tipos a mais do que na estimativa anterior, com a inclusão dos cânceres de pâncreas e de fígado. O tumor de pele não melanoma continua sendo o mais incidente (31,3% do total de casos) nas mulheres. Excetuando-se o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama (10.5%) é o que mais acomete esse grupo, sendo previstos 74.000 novos casos por ano até 2025. Nas regiões Norte e Nordeste, o câncer de mama é o segundo mais incidente (Norte: 24,99/100 mil; Nordeste: 52,20/100 mil), ficando atrás apenas do câncer de próstata (INCA, 2022).

Dados divulgados pela Agência Internacional de Pesquisa em Câncer (IARC) em dezembro de 2020 apontam que o câncer de mama ultrapassou o câncer de pulmão como o mais comumente diagnosticado no mundo (WHO, 2021), tornando-se o mais incidente em mulheres e a causa mais frequente de morte por câncer nessa população (WHO, 2020). Nos homens, representa 1% do total dos casos, sendo mais incidente naqueles com 60 anos ou mais e com história familiar de câncer de mama e ovário. No ano de 2020 foram registrados 207 óbitos masculinos em decorrência dessa patologia (INCA, 2021).

O câncer de mama é a primeira causa de morte feminina em todas as regiões do país, com exceção da região Norte. A taxa de mortalidade pela doença foi 11,84 óbitos/100.000

mulheres em 2020, com as maiores taxas nas regiões Sudeste e Sul, com 12,64 e 12,79 óbitos/100.000 mulheres, respectivamente (INCA, 2022).

São diversos os fatores que contribuem para o aumento do risco de desenvolver a doença, sendo os principais a idade igual ou superior a 50 anos, devido ao acúmulo de exposição a fatores de risco, alterações biológicas decorrentes principalmente da idade avançada, refletindo por vezes uma longa exposição a fatores exógenos e endógenos, bem como a fatores genéticos/hereditários ligados a presença de mutações em determinados genes (BRCA-1 e BRCA-2), ou história de vários casos da doença e/ou ao menos um caso de câncer de ovário em parentes consanguíneos, especialmente em idade jovem ou casos relatados em homens também parentes consanguíneos. Além desses fatores, a história reprodutiva e hormonal, fatores hereditários e relacionados ao estilo de vida, como sedentarismo, tabagismo, obesidade, entre outros, também podem auxiliar para o aumento do risco de desenvolver a doença (GRADIM *et al.*, 2011; ANOTHAISINTAWEE *et al.*, 2013).

A possibilidade de ter um câncer de mama é impactante para a mulher. A confirmação diagnóstica, assim como o tratamento, interfere diretamente no estilo de vida da paciente (ARAÚJO *et al.*, 2018). O estágio clínico apresentado pelas pacientes no momento do diagnóstico é fator determinante para o tratamento que será realizado, pois quanto mais avançada a doença, maiores são as repercussões e mais fortes poderão ser os tratamentos utilizados (KAKUDJI *et al.*, 2020).

Atualmente, são utilizadas mais de uma modalidade terapêutica para o tratamento das neoplasias malignas através de intervenções locais, como cirurgia e radioterapia, que objetivam a remoção ou a destruição do tumor, e de intervenções sistêmicas, que visam combater a doença de forma sistêmica com vistas a controlar ou destruir o câncer, como é o caso da quimioterapia (QT), hormonioterapia e terapia biológica (MAJEWSKI *et al.*, 2012; INCA, 2019).

A administração dos quimioterápicos pode ser realizada ambulatorialmente ou em internamento, levando-se em consideração aspectos clínicos da paciente e características dos agentes antineoplásicos. O ambulatório é responsável pela realização da maioria dos atendimentos, sendo organizado de acordo com normas e critérios necessários à sua atuação, por exemplo infraestrutura adequada (acessibilidade, consultórios, posto de enfermagem, área de preparo e administração das medicações), equipamentos, medicamentos e produtos, recursos humanos, entre outros (BRASIL, 2019a; SANTOS; GAIDZINSKI, 2019).

A realização da quimioterapia ambulatorial pode demandar uma maior necessidade de cuidados, devido principalmente aos efeitos da terapia antineoplásica, o que gera, muitas

vezes, certa dependência e conseqüente necessidade de auxílio do outro para realização de atividades cotidianas. Essa sujeição pode estar relacionada a ausência parcial ou total de autonomia física ou psíquica, resultantes das mudanças na percepção, no estado funcional, emocional e fatores influenciados pela doença e pelo tratamento. Nessa perspectiva, tanto a doença em si quanto a terapêutica utilizada podem afetar ainda mais a capacidade da mulher de realizar o seu autocuidado (AC) (PERRANDO *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2017; SILVEIRA *et al.*, 2021).

Para promoção da autonomia e empoderamento da paciente oncológica e minimização dos efeitos que, por vezes, são impactantes no autocuidado durante o processo terapêutico é imprescindível a disseminação de informações e o desenvolvimento de estratégias que se adequem as necessidades desse grupo através do planejamento de intervenções capazes de atuar diretamente nos pontos críticos do cuidado dessas mulheres (SEABRA *et al.*, 2019).

Nessa perspectiva, é fundamental que a atuação do enfermeiro esteja alicerçada nas Teorias de enfermagem de maneira que elas fundamentem seu conhecimento teórico e prático, possibilitando o desenvolvimento do pensamento crítico reflexivo, bem como a possibilidade de identificar e explicar determinados fenômenos em um cenário específico (MCEWEN, 2009; BRANDÃO *et al.*, 2019). As teorias são apoiadas em quatro metaparadigmas que juntos formam a matriz disciplinar da enfermagem, são eles: a pessoa, o ambiente, a saúde e a enfermagem (MCEWEN, 2009; SCHAURICH; CROSSETTI, 2010). Para McEwen (2009), “o uso de uma teoria de enfermagem leva a um cuidado coordenado e menos fragmentado” (MCEWEN, 2009, p. 93), pois consolida e fortalecem a base do conhecimento da profissão.

Para fundamentar o autocuidado e déficit do autocuidado das mulheres em tratamento para câncer de mama, é pertinente o uso da Teoria do Autocuidado de Dorothea Orem, pois de acordo com o referencial teórico da autora, o AC está relacionado à capacidade do indivíduo de reconhecer suas necessidades, avaliar os recursos pessoais e ambientais que ele dispõe e executar as ações de AC. Essas ações envolvem fatores como: motivação, concentração, autonomia, conhecimento, tomada de decisão, energia, habilidades necessárias para executar ações de autocuidado e organização do tempo (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; RIBEIRO *et al.*, 2018).

São três as categorias da teoria proposta pela autora: requisitos universais, de desenvolvimento e os desvios de saúde que podem ser definidos como ações dirigidas à provisão do autocuidado.

Os requisitos universais de autocuidado são inerentes ao ser humano em todo o seu ciclo vital e estão associados com a manutenção da integridade da estrutura e do

funcionamento humanos, a exemplo das atividades do cotidiano. Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado estão relacionados às ações que foram particularizadas devido processos que acontecem na vida do indivíduo, seja mudanças físicas como adaptação às mudanças do corpo ou adaptação a um novo trabalho, por exemplo (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; GEORGE; THORELL, 2000).

Segundo a autora, o autocuidado no desvio de saúde acontece na presença de doença ou lesão que resultem de ações médicas exigidas para diagnosticar ou corrigir a condição. A execução do cuidado e das terapêuticas prescritas, modificação do autoconceito, aprender a viver com a condição patológica são alguns exemplos de enfrentamento desse desvio (GEORGE; THORELL, 2000; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001).

Diante do exposto, acredita-se ser importante avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial, haja vista sua importância como ferramenta de promoção da saúde e bem-estar do indivíduo. Assim, tem-se como questão de pesquisa: Qual é o autocuidado de mulheres em tratamento ambulatorial para câncer de mama? Entende-se que a avaliação desse autocuidado na perspectiva das Teorias de Dorothea Orem em especial é adequada porque a partir do conhecimento sobre autocuidado e déficit de autocuidado propostos pela autora, será possível identificar as necessidades e aplicar posteriormente os fundamentos da teoria de maneira individualizada considerando as demandas do indivíduo e fortalecendo suas potencialidades.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial à luz da Teoria de Dorothea Orem.

2.2 Objetivos específicos

- Traçar o perfil sociodemográfico das mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial;
- Identificar o *déficit* de autocuidado nas mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial;
- Relacionar os aspectos sociodemográficos com o *déficit* de autocuidado nas mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial;
- Associar a relação da terapêutica utilizada com o *déficit* de autocuidado nas mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial;
- Relacionar os efeitos adversos do tratamento com o *déficit* do autocuidado nas mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 Câncer

Câncer é o termo utilizado para conceituar um conjunto de doenças que afetam o indivíduo, caracterizado pelo crescimento desordenado das células do corpo. O processo natural de crescimento das células que formam os tecidos do corpo é contínuo e ordenado: crescem, multiplicam-se e morrem. No entanto, as células cancerosas não seguem esse ritmo, ao invés de morrerem elas crescem incontrolavelmente formando novas células anormais que podem invadir outras estruturas orgânicas adjacentes e a distância (OLIVEIRA *et al.*, 2017; INCA, 2019; CABASAG *et al.*, 2023).

Compreende mais de 100 tipos de neoplasias, sendo correspondentes às diversas células do corpo. Podem ser classificadas de carcinoma aquelas que têm início nos tecidos epiteliais como pele e mucosas, e sarcomas aqueles com início nos tecidos conjuntivos, ossos, músculos e cartilagens. Pode atingir qualquer região ou órgão e acometer desde crianças a idosos, sem distinção de idade, raça, sexo, condição social ou religião (INCA, 2021).

O câncer é uma doença multifatorial, pois envolve múltiplas dimensões no qual o ser humano encontra-se inserido, como a influência ambiental, social, econômica e cultural. Suas causas podem se dividir entre internas e externas, porém há uma inter-relação entre ambas. A primeira está relacionada aos fatores genéticos e está ligada a uma mutação genética, sendo seu ponto de partida uma alteração no DNA da célula e a hormônios e condições imunológicas. A segunda, por sua vez, está veiculada ao meio ambiente e hábitos de vida (MELO *et al.*, 2012; OLIVEIRA *et al.*, 2017).

O consumo de tabaco e de álcool, sedentarismo, dieta deficiente em frutas e vegetais e ricas em alimentos ultra processados são considerados os principais fatores de risco para o câncer em todo o mundo. Ademais, infecções crônicas como *Helicobacter pylori*, papilomavírus humano (HPV), os vírus da hepatite B e hepatite C, bem como o vírus *Epstein-Barr*, foram responsáveis por cerca de 15% dos cânceres diagnosticados em 2012 (BRASIL, 2019b).

Cerca de 80 a 90% dos casos de câncer estão relacionados a causas externas. As mudanças ocorridas no estilo de vida da população estão relacionadas a esse aumento e vêm impactando diretamente o número de casos da doença que poderiam ser evitados. Como estratégias de prevenção, observam-se aquelas voltadas à promoção da alimentação saudável,

prática regular de atividade física, manutenção do peso corporal e diminuição do consumo de bebidas alcoólicas (WHO, 2020; INCA, 2022).

Estudos apontam que hábitos alimentares não saudáveis possuem efeito cumulativo e podem contribuir para o aparecimento de doenças, já a adesão a uma dieta balanceada faz o efeito contrário. A prática de atividade física aparece como fator de prevenção e controle quando feita de forma regular (AMARAL *et al.*, 2022). No caso do câncer de mama em especial, estima-se que uma rotina saudável como alimentação, nutrição e atividade física reduzem em cerca de 30% o risco de desenvolver a doença (GOMES; LOPES; ALVIN, 2021).

3.1.1 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES

A neoplasia da mama é um grupo heterogêneo de doenças com comportamentos distintos, o que pode ser observado pelo seu caráter diversificado com variadas manifestações clínicas e morfológicas e diferentes respostas terapêuticas (WHO, 2020; INCA, 2021).

Como os demais tipos de câncer, a ocorrência da neoplasia da mama tem causa multifatorial tais como a idade, fatores genéticos/hereditários, endócrinos/história reprodutiva e comportamentais, sendo a maioria destas causas modificáveis (ADAMI *et al.*, 2008; ANOTHASINTAWEE *et al.*, 2013; WHO, 2021).

A incidência da doença aumenta em mulheres a partir dos 40 anos. Naquelas com 60 anos ou mais o risco é 10 vezes maior. Já a ocorrência e mortalidade em mulheres com menos de 40 anos é menor, tendo ocorrido menos de 10 óbitos a cada 100.000 mulheres. Estima-se que para este ano a região Sudeste terá o maior número de casos (30.330) já para a região Nordeste são previstos cerca de 15.690 novos casos da doença, sendo o estado da Bahia o que apresenta maior número (4.230), seguido pelo Ceará (3.080) e Pernambuco (2.880) (INCA, 2022).

A principal manifestação da doença apresenta-se como nódulo indolor, fixo e endurecido, mas também podem apresentar-se como alterações no mamilo, descarga papilar que se caracteriza pela saída espontânea de líquido que pode ter variação de cores e aspecto, alterações na pele da mama como vermelhidão e pele endurecida com aspecto de casca de laranja e aparecimento de nódulos na região do pescoço e axilas. Todas essas alterações devem ser investigadas oportunamente logo após sua identificação (INCA, 2019).

Como forma de prevenção e identificação precoce da doença, o rastreamento é recomendado pelo Ministério da Saúde (MS) por meio da realização de mamografia (MMG), exame feito a

partir de um equipamento de raios-X chamado mamógrafo, onde se realiza uma radiografia das mamas capaz de identificar alterações suspeitas. Em geral, o exame é utilizado quando não há sinais nem sintomas em mulheres entre 50 e 69 anos a cada dois anos. No caso da mamografia diagnóstica, ela é realizada em casos em que há lesões mamárias suspeitas podendo ser feita em qualquer idade e em homens. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), por sua vez, orienta a realização anual da mamografia a partir dos 40 anos. De acordo com recomendações do MS e SBM, o exame clínico das mamas (ECM) também é indicado e deve ser realizado por profissional de saúde habilitado a fim de identificar alterações suspeitas (INCA, 2015).

Dessa forma, o diagnóstico deve estar ancorado em três aspectos importantes: exame clínico – quando a cliente procura avaliação de um profissional de saúde e realiza a avaliação das mamas também conhecida por ECM; exame de imagem, por exemplo a MMG e a ultrassonografia (USG); e análise histopatológica, através das biópsias realizadas (BURANELLO *et al.*, 2021).

O diagnóstico precoce é realizado através da abordagem de pessoas com sinais e sintomas da doença e o rastreamento é realizado através de exames na população sem sinais e sintomas, com o objetivo de identificar alterações sugestivas e encaminhar em tempo hábil para atendimento especializado, a fim de realizar investigação diagnóstica (WHO, 2020; MIGOWSKI *et al.*, 2018). A realização da avaliação oportuna faz-se necessária como forma de detecção precoce a fim de evitar que a patologia seja diagnosticada em estágios avançados.

É importante destacar que as mamas de cada mulher apresentam características próprias que podem variar ao longo das fases da vida, desde a adolescência à senescência. Nesse aspecto o conhecimento do próprio corpo, tido como forma de autocuidado, é importante para identificação de mudanças que possam parecer suspeitas e tão logo devem ser avaliadas por um profissional de saúde a fim de descartar ou prosseguir com investigação (CASTRO; VASCONCELOS, 2021).

Quanto mais precocemente a doença for diagnosticada, maior o potencial curativo. O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento) e das características do tumor avaliadas através da imuno-histoquímica. Um tratamento realizado mais tardiamente impacta negativamente a qualidade de vida da paciente, pois requer abordagens mais agressivas, resultando em sobreposição de sequelas (INCA, 2019; LEITE; RUHNKE; VALEJO, 2021).

A Política Nacional para Prevenção e Controle do Câncer (PNPCC) tem como um dos seus princípios e diretrizes ofertar tratamento em tempo oportuno com a finalidade de reduzir a mortalidade e incapacidade causadas pela doença. Os serviços responsáveis pelo tratamento contam com estrutura definida, fluxos bem estabelecidos, recursos materiais e humanos necessários a uma assistência de qualidade (BRASIL, 2013a).

Para determinar o diagnóstico definitivo, a extensão da neoplasia através do estadiamento, as diversas modalidades terapêuticas utilizadas dentre as principais a quimioterapia, cirurgia e radioterapia, reabilitação e abordagem multidisciplinar é necessário que a Rede de Atenção à saúde (RAS) viabilize hospitais de referência habilitados pelo MS que possuam os recursos necessários à provisão do cuidado necessário ao paciente oncológico (AZEVEDO; SILVA; SOUZA, 2018; ANDRADE *et al.*, 2019).

3.2 Terapêuticas utilizadas

A depender da condição clínica do paciente, a maior parte das terapêuticas utilizadas no tratamento para câncer de mama é realizada ambulatorialmente, como quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia, imunoterapia e acompanhamento pós-cirúrgico, por exemplo (BRASIL, 2014)

No Brasil são utilizadas mais de uma modalidade terapêutica para tratamento da neoplasia da mama. Elas podem ser divididas em tratamento local que engloba cirurgia e radioterapia, e sistêmico que são quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica. Cada tratamento vai ser aplicado levando-se em consideração o estágio da doença e avaliação de outros parâmetros biológicos da paciente (INCA, 2021). A cirurgia conservadora da mama em geral é utilizada em casos em que a doença é diagnosticada em estágio inicial, com o objetivo de retirada total do tumor preservando o máximo de tecido possível com margens seguras (TEIXEIRA; ARAÚJO NETO, 2020).

Outra abordagem muito utilizada é a mastectomia, cirurgia caracterizada pela completa remoção do máximo de tecido mamário, sendo a mastectomia radical responsável pela remoção total da mama incluindo pele, músculos e esvaziamento axilar (EA) completo. A mastectomia radical modificada (MRM) preserva os músculos peitoral menor e maior e o EA níveis I e II. Outras variações dessa técnica são a mastectomia poupadora de pele e a poupadora do complexo mamilo areolar (CAM) (PUKANCSIK *et al.*, 2017). Apesar de ser uma técnica que traz resultados positivos no combate à doença, a perda da mama pode gerar

impacto nos aspectos relacionados à autoimagem, a qualidade de vida e autocuidado da paciente.

O tratamento radioterápico consiste na utilização de radiações ionizantes, com o objetivo de inibir ou destruir o crescimento das células anormais que formam o tumor. O número de aplicações realizadas vai depender de características específicas da doença como extensão e localização do tumor, resultado de exames e condição clínica do paciente. É indicada em especial para mulheres que foram submetidas à cirurgia conservadora, com o intuito de eliminar qualquer resíduo de doença existente, mas também pode ser ofertada antes da cirurgia, diminuindo o tamanho do tumor e possibilitando a realização da cirurgia. As reações de pele são o efeito colateral mais comum dessa modalidade terapêutica e devem ser vistos com especial atenção durante e após o tratamento (AZEVEDO; SILVA; SOUZA, 2018; CAMPOS *et al.*, 2021).

No que tange a terapia sistêmica a quimioterapia é a mais amplamente utilizada. Consiste na utilização de um ou mais compostos químicos (quimioterápicos) aplicados geralmente por via endovenosa – mas alguns antineoplásicos são por via oral, intramuscular, subcutânea e até intratecal e pode ser classificada como curativa, quando consegue eliminar completamente o tumor; neoadjuvante, quando antecede a cirurgia com o objetivo de reduzir o tumor; adjuvante, que se segue à cirurgia e tem o objetivo de eliminar células residuais; e paliativa, quando não há possibilidade de cura, sendo utilizada para melhorar a qualidade de vida da paciente (ANDRADE *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2021).

A central de quimioterapia é importante área na estrutura organizacional do hospital e é responsável por integrar todo processo de conservação, acondicionamento, manipulação, controle da qualidade, avaliação da prescrição, distribuição e dispensação de medicamentos quimioterápicos antineoplásicos e de terapia de suporte conforme estabelecido na portaria 140 de 27 de fevereiro de 2014 (BRASIL, 2014).

Todas essas terapias são utilizadas para fins terapêuticos e os resultados em sua maioria são extremamente positivos no combate à doença. No entanto, estudos apontam que alguns efeitos colaterais que acometem o sistema gastrointestinal, musculoesquelético, efeitos orais, dermatológicos, entre outros podem comprometer de forma significativa a qualidade de vida e autocuidado de alguns pacientes (PEREIRA *et al.*, 2021; BATISTA *et al.*, 2021). É importante investigar o *déficit* e o autocuidado dessas mulheres com câncer de mama que estão em tratamento ambulatorial tendo em vista que a doença e o tratamento podem trazer prejuízos a realização do autocuidado e articular estratégias que promovam a melhoria do mesmo juntamente com a equipe de enfermagem.

3.3 Teoria do autocuidado de Dorothea Orem

3.3.1 AUTOCUIDADO

O conceito do autocuidado (AC) surgiu em 1958-1959, quando Dorothea Orem era consultora para a *Office of Education, Department of Health, Education and Welfare* e participou em um projeto para a melhoria do treinamento para enfermeiras, estimulando-as a refletir sobre as condições que exigem que uma pessoa ou os outros determinem a necessidade de cuidado de enfermagem. A partir dessa indagação surgiu sua primeira teoria “Teoria do Autocuidado” (GEORGE; THORELL, 2000).

Orem prosseguiu o desenvolvimento dos seus trabalhos e em 1971 publicou o livro *Nursing: Concepts of practice* que seguiu até a quarta edição e desenvolveu temas centrais em cada uma delas. A primeira edição enfoca o indivíduo, a segunda abordou as unidades multipessoais (famílias, grupos e comunidades), a terceira apresentou sua Teoria geral da enfermagem, que é constituída por três bases teóricas relacionadas: autocuidado, déficit de autocuidado e sistemas de enfermagem. Na sua quarta edição, Orem deu mais ênfase às crianças, grupos e a sociedade (REMOR *et al.*, 1986; QUEIROZ; VIDINHA; ANTONIO FILHO, 2014).

De maneira geral, Orem, Taylor e Renpenning (2001) definem AC como as atividades que o indivíduo executa em prol da manutenção da sua saúde, vida e bem-estar pessoal que são desenvolvidas durante toda a vida do indivíduo por meio da aprendizagem. Dessa forma, qualquer cuidado realizado pelo indivíduo com essa finalidade é denominado AC. A teoria proposta pela autora foi dividida em três categorias: requisitos universais, de desenvolvimento e os desvios de saúde que podem ser definidos como ações dirigidas à provisão do autocuidado.

A teoria geral de Orem (1991) é classificada da seguinte forma:

A condição que valida a existência de uma exigência de enfermagem em um adulto é a ausência da capacidade de manter continuamente a quantidade e a qualidade de autocuidado que são terapêuticas na sustentação da vida e da saúde, na recuperação da doença ou da lesão ou no enfrentamento dos seus efeitos. Nas crianças a condição é a incapacidade dos pais ou responsáveis em manter continuamente, para a criança, a quantidade e a qualidade do cuidado terapêutico (p. 41).

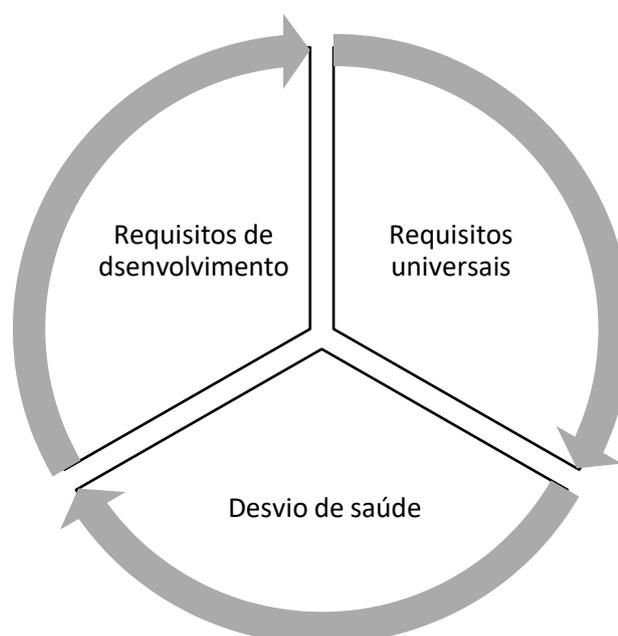
Dentro das suas proposições, Orem desenvolveu sua teoria geral, também chamada de teoria de enfermagem do déficit de autocuidado. Essa teoria é composta de três outras inter-relacionadas, são elas: A teoria do autocuidado, a teoria do déficit do autocuidado e a teoria dos sistemas de enfermagem (GEORGE; THORELL, 2000; QUEIRÓS; VIDINHA; ANTONIO FILHO, 2014; SANTOS; RAMOS; FONSECA, 2017).

Para melhor compreensão da sua teoria, Orem elencou alguns conceitos chaves que são utilizados no decorrer dos seus manuscritos. Autocuidado é a capacidade do indivíduo realizar atividades relacionadas a continuidade do seu bem-estar, saúde e vida, ou seja, é todo cuidado realizado pelo indivíduo para seu benefício próprio. Também é considerado um conjunto de ações para prevenção e reparação de agravos. A ação de autocuidado é faculdade de engajar-se no seu autocuidado. Há alguns fatores que podem condicionar essa capacidade, tais como idade, sexo, estado de saúde, fatores ambientais, orientação sociocultural, e fatores do sistema de assistência à saúde (GEORGE; THORELL *et al.*, 2000; RIBEIRO, 2018).

O autocuidado decorre da capacidade de gerenciar hábitos e comportamentos que busquem um maior bem-estar e QV. No entanto, alguns fatores como terapêutica e habilidades motoras e cognitivas do paciente permeiam esse processo (SANTOS; RAMOS; FONSECA, 2017).

Os requisitos de autocuidado de Orem apresentam-se em três categorias de: 1. Universal, 2. Desenvolvimento e 3. Desvio de saúde.

Figura 1. Requisitos de Autocuidado de Dorothea Orem. Recife, 2022



Fonte: Adaptado de Dorothea Orem

Os requisitos universais ou atividades de vida diária são comuns a todos os seres humanos em todas as etapas da vida. Eles estão associados a manutenção da integridade da estrutura e do funcionamento humanos a exemplo das atividades do cotidiano como manutenção da ingestão suficiente de água, ar e alimentos, cuidados associados a eliminação e os excrementos, manutenção do equilíbrio entre solidão e convívio social, prevenção dos perigos que ameaçam a vida e o bem-estar e promoção do funcionamento e do desenvolvimento do ser humano dentro dos grupos sociais (HARTWEG, 1991; GEORGE; THORELL, 2000; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; VICTOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado estão associados aos processos de mudanças, ou seja, estão relacionados às ações que foram particularizadas devido processos que acontecem na vida do indivíduo. Tais mudanças podem ser relacionadas com modificações no corpo decorrentes da idade, ou podem se referir a mudança de casa, de trabalho, de cidade, o que interfere no estilo de vida e adaptação do indivíduo (HARTWEG, 1991; GEORGE; THORELL, 2000; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; VICTOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

O autocuidado no desvio de saúde está relacionado às ações de saúde que necessitam de cuidados e interferem na execução do autocuidado, como a condição de alguma doença ou lesão requerendo algum acompanhamento especializado. A exemplo de requisitos de autocuidado no desvio de saúde estão a garantia de assistência médica especializada, ter ciência do estado de saúde e aprender a conviver com os efeitos da condição patológica (TOMEY; ALLIGOOD, 2002).

A Teoria do AC é fundamentada em três conceitos básicos: *self care agency*, que é a capacidade e potencial do indivíduo realizar ação de autocuidado que atendam às necessidades básicas essenciais à vida para a sua manutenção e da saúde, proporcionando bem-estar; *therapeutic self care*, demanda que está relacionada ao conjunto de ações que devem ser desempenhadas pelo indivíduo para manutenção da vida, saúde e bem-estar; e *nursing agency*, está relacionado à capacidade da equipe de enfermagem de orientar e realizar ações de autocuidado com o indivíduo assistido (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001).

Orem ressalta a importância da participação do paciente para o autocuidado, para possibilitar que ele assuma a responsabilidade no seu tratamento. Percebe-se o avanço da Enfermagem na assistência fundamentada por princípios teóricos. A aplicação de teoria à prática é de fundamental importância na atuação profissional (RAIMONDO *et al.*, 2012).

3.3.2 TEORIA DO DÉFICIT DO AUTOCUIDADO

Dentro do contexto de cuidado à saúde, Orem observou que há situações em que o indivíduo não consegue executar seu autocuidado e necessita de suporte para o processo de cuidar. Foi nessa perspectiva que a autora criou a Teoria do Déficit do autocuidado para explicar quando e porque a enfermagem torna-se necessária dentro desse processo (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; HERNANDÉZ, 2019).

A enfermagem atua dentro das necessidades do indivíduo, em especial quando há limitações na provisão do autocuidado efetivo continuado. Sendo assim, ela se apresenta e faz necessária em condições em que a realização de tarefas inerentes ao bem-estar individual é prejudicada por fatores diversos. Nessa perspectiva, Orem destaca que a enfermagem pode estar presente se “a habilidade de cuidador pode estar aquém da exigida para o preenchimento de uma demanda conhecida de autocuidado ou a habilidade do autocuidado ou dos cuidados dependentes excede ou iguala-se à exigida para satisfazer a demanda de autocuidado atual” (GEORGE; THORELL, 2000; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001).

Outras situações em que a autora incorpora a enfermagem nesse cuidado estão relacionadas a diminuição das habilidades de autocuidado dado o aumento das demandas, bem como a necessidade de incorporar medidas recentemente prescritas e complexas ao seu sistema de autocuidado, cuja realização exige conhecimento e mais expertise, adquiridos através do treinamento ou experiência ou quando há doença ou lesão e o indivíduo necessita de ajuda para recuperar-se (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; QUEIRÓS; VIDINHA; ANTÓNIO FILHO, 2014; SANTOS, 2017).

As atitudes de agir ou fazer para outra pessoa, guiar ou orientar, proporcionar apoio físico ou psicológico, proporcionar e manter um ambiente de apoio ao desenvolvimento pessoal e ensinar são ferramentas que podem ser utilizadas pela enfermagem para proporcionar uma assistência de autocuidado. Dessa forma, quando há uma demanda maior do que o indivíduo é capaz de realizar há um *déficit* e conseqüentemente há a necessidade do cuidado de enfermagem com o objetivo de habilitar o indivíduo a resgatar seu potencial de cuidado para si de forma parcial ou total (GEORGE; THORELL, 2000; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; VICTOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

3.3.3 TEORIA DOS SISTEMAS DE ENFERMAGEM

Nessa teoria, a autora sugere que a enfermagem é uma ação humana uma vez que esses sistemas são realizados pelo enfermeiro para indivíduos que possuem limitações. Ela explica sobre a criação e manutenção das relações para que se produza enfermagem, ou seja, trata de situações em que na ocorrência do *déficit* de autocuidado a enfermagem vai intervir (QUEIRÓS; VIDINHA; ANTÓNIO FILHO, 2014).

Orem identificou três tipos de sistemas de enfermagem: o sistema totalmente compensatório, o sistema parcialmente compensatório e o sistema de apoio-educação. O primeiro caracteriza-se pela incapacidade do indivíduo de realizar o autocuidado e a enfermagem se faz necessária. No sistema parcialmente compensatório enfermeiro e paciente assumem as ações do cuidar e ambos têm papel importante na realização das medidas de cuidado. Por fim, o sistema de apoio-educação no qual o indivíduo é capaz de desempenhar as medidas de autocuidado e o enfermeiro tem o papel de promover o indivíduo como agente do seu autocuidado (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; VICTOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

A assistência é prestada de acordo com as necessidades individuais de cada paciente, considerando-o como um ser biopsicossocial e espiritual de maneira que um ou mais dos três tipos de sistemas podem ser usados em um único paciente.

3.4 Educação em saúde e a atuação da enfermagem na oncologia

A educação em saúde é uma das ferramentas mais importantes dos serviços de saúde e abrange desde os serviços de atenção primária até a atenção terciária. Caracteriza-se por ser um processo educativo de construção de conhecimento com vistas a apropriação do indivíduo e/ou coletividade sobre a temática, ou seja, é um processo constante de criação e partilha de saberes (ALVES *et al.*, 2017; RIBEIRO *et al.*, 2018).

Enquanto processo pedagógico emancipatório, favorece a autonomia do indivíduo na tomada de decisões informadas, contribuindo para um debate entre os profissionais e gestores e planejamento dos objetivos que estejam de acordo com as reais necessidades da população com vistas a melhoria da assistência e conseqüente mudança nos indicadores de saúde da população (MACHADO; XIMENES NETO, 2018; SEABRA *et al.*, 2019).

Por ser um processo contínuo, com abordagem transdisciplinar, deve levar em consideração os vários aspectos do indivíduo e da coletividade, tornando-os sujeitos ativos no

processo de tomada de decisões e do cuidar sem desconsiderar o conhecimento popular, as crenças e as especificidades de cada um, de forma que interaja com o saber científico visando integração entre os diferentes agentes desse processo (SEABRA *et al.*, 2019; CONCEIÇÃO *et al.*, 2020).

Nesse sentido vem tendo importante protagonismo inclusive nos serviços especializados, onde profissionais se apropriam cada vez mais dessa estratégia como forma de promoção da saúde. A enfermagem tem papel primordial como educador em saúde nas diversas esferas de atenção sendo peça chave no desenvolver dessas ações no seu ambiente de trabalho (DUARTE; FORTES, 2022).

Na oncologia, por ser uma área específica é necessário que os profissionais de enfermagem sejam capacitados e tenham formação especializada para exercer a função estando regulamentada pela Resolução COFEn nº 581/2018. Dentre as atribuições está a administração de agentes antineoplásicos, regulamentada pela Resolução COFEn nº 569/2018, que estabelece suas competências. São elas: prestar assistência, supervisionar, executar e avaliar todas as atividades de enfermagem em pacientes submetidos à quimioterapia (COFEN, 2018).

A consulta de enfermagem também faz parte desse conjunto de atribuições, sempre tendo uma abordagem permeada por ações educativas que visam o fortalecimento da adesão do paciente ao tratamento bem como minimizem os impactos que o mesmo causa, fortalecendo as medidas de autocuidado e melhorando a qualidade de vida (COSTA *et al.*, 2019; SEABRA *et al.*, 2019).

A educação em saúde possibilita mudanças de comportamento em relação à saúde e o enfermeiro é o principal disseminador desse processo pedagógico, estando em tempo integral ao lado do paciente e atuando diretamente na promoção, prevenção e reabilitação dos indivíduos e coletividade.

4 MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo quantitativo, descritivo, exploratório e transversal. A utilização do método quantitativo traduz, em números, opiniões e informações para classificá-las e analisá-las e requer o uso de recursos e de técnicas estatísticas. Os estudos descritivos descrevem e documentam os aspectos de uma determinada situação, sem a preocupação de realização de alguma intervenção. A pesquisa exploratória investiga o fenômeno e a maneira pela qual ele se manifesta e está relacionado. Os delineamentos transversais são aqueles nos quais a coleta de dados ocorre em um ponto delimitado do tempo (POLIT; HUNGLER, 2011).

Optou-se por essa abordagem metodológica pois, para a avaliação do autocuidado numa visão mais ampla das mulheres nesse cenário, a abordagem quantitativa é adequada, considerando suas características e a possibilidade de avaliar fatores diversos que possam estar atrelados a essa temática.

4.2 Local do estudo

O cenário da pesquisa foi o ambulatório de oncologia do Hospital das Clínicas (HC)/Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH)/Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), localizado em Recife/PE. A instituição é referência na capital e no Estado de Pernambuco como um todo, oferecendo atendimento especializado de mastologia e oncologia. O hospital se classifica como uma Unidade de Assistência de Alta Complexidade (UNACON) do estado de Pernambuco. Entende-se por UNACON os centros hospitalares que possuam as condições técnicas, instalações físicas, equipamentos e recursos humanos adequados à prestação de assistência especializada de alta complexidade para o diagnóstico definitivo e tratamento dos cânceres mais prevalentes no Brasil (BRASIL, 2005).

O HC/EBSERH/UFPE possui cerca de 413 leitos e realiza atendimentos em mais de 40 especialidades, incluindo a oncologia. No período entre janeiro de 2021 e novembro de 2022 a instituição realizou cerca de 67.199 exames por imagem, 17.336 cirurgias, 868.705 exames laboratoriais e cerca de 17.121 diagnósticos por anatomia patológica e citopatologia e 10.682 consultas médicas em atendimento especializado (oncologia). Em relação aos tratamentos realizados na central de quimioterapia, entre janeiro de 2021 e novembro de 2022 foram

realizados 14.197 tratamentos entre quimioterapia e hormonioterapia para os mais diversos tipos de câncer.

O serviço ambulatorial foi responsável por cerca de 318 atendimentos de mulheres com câncer de mama entre os anos de 2014 a 2020, tendo sido observado um aumento dos atendimentos a partir de 2016 devido ao incremento do quadro de mastologistas. Porém observou-se que em 2020 houve redução no número de casos notificados e atendidos, atribuindo-se esse fato ao período pandêmico da COVID 19. Nos anos de 2021 até novembro de 2022 deram entrada no serviço cerca de 75 mulheres para tratamento de câncer de mama no serviço. O ambulatório de oncologia conta com uma equipe de 11 oncologistas sendo 01 geriatra, 8 enfermeiras sendo 6 da assistência, 01 gerente e 01 da navegação, 12 técnicas de enfermagem, além de contar com atendimento psicológico e social e assim como a central de quimioterapia funciona de segunda a sexta das 08 às 18 horas.

Por ser um hospital escola vinculado à UFPE, a instituição sedia diversos projetos de pesquisa e extensão que são realizados de forma articulada com a assistência e desenvolve políticas de integração junto aos cursos de graduação e pós-graduação, sempre objetivando propiciar condições adequadas para o processo de ensino e aprendizagem, contribuindo para a formação acadêmica, social e profissional dos estudantes da UFPE e de instituições de ensino conveniadas. Atualmente desenvolve cerca de 35 tipos de extensão entre ligas, projetos e cursos de extensão desenvolvidos nos diversos setores da instituição, bem como as diversas atividades de pesquisa em andamento e já concluídas.

A seleção desse cenário para realização da pesquisa se deu por ser uma instituição de referência no estado para tratamento de câncer, que recebe pacientes de diversas localidades, e está vinculada a UFPE, fato que nos instiga a conhecer melhor a realidade da instituição e trabalhar nos nós encontrados como forma de melhoria do serviço e da assistência prestada às pacientes, bem como subsidiar estratégias de promoção do autocuidado e melhoria da qualidade de vida por ela assistida.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por mulheres cadastradas no ambulatório de oncologia do Hospital das Clínicas (HC)/EBSERH da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE) que se encontravam em tratamento ambulatorial para câncer de mama cadastradas no referido serviço. A escolha da realização da pesquisa com mulheres com câncer de mama se deu pelo crescente número de diagnósticos da doença a cada ano e por ser um dos cânceres

que mais acomete a população feminina, sendo a primeira causa de morte de mulheres em todas as regiões do país.

Inicialmente foi realizado contato com o serviço através da coordenação da oncologia, e apresentada a proposta do estudo bem como conhecer a rotina do serviço. Em seguida, foi feito contato com o setor responsável pelo registro hospitalar da instituição e setor responsável pela estatística para um breve diagnóstico de área, a fim de identificar e quantificar as pacientes. Na ocasião foi disponibilizada uma planilha contendo nomes e prontuários das 80 pacientes que estavam em tratamento naquele momento. Na sequência, foi realizada uma análise das informações disponibilizadas através de busca nos sistemas de assistência do serviço, utilizando o número do prontuário e nome da paciente onde foi analisado as informações dos últimos atendimentos, tendo em vista verificar se todas as pacientes ainda estavam realizando tratamento. Ao realizar a análise mais acurada dessas informações, observou-se que os dados estavam desatualizados, algumas pacientes já haviam concluído o tratamento enquanto outras que estavam se tratando naquele período não constavam na planilha. Após identificação dessa discordância foi atualizado o quantitativo de mulheres que estavam em tratamento para câncer de mama naquele período, sendo um total de 65. Na ocasião, atentou-se ao cuidado de anonimizar as mulheres para uma nova planilha, onde não constava nome, endereço e número do prontuário.

A inclusão das participantes para a pesquisa se deu pelos seguintes critérios: mulheres com diagnóstico clínico de câncer de mama em tratamento com idade entre 30 a 69, cadastradas no serviço de referência do ambulatório de oncologia do HC/EBSERH/UFPE. O critério de idade se deu devido ao aumento do número de casos da doença nessa faixa etária, em especial a partir dos 40 anos. Foram excluídas pacientes com deficiência auditiva devido ao não domínio da Língua Brasileira de Sinais (LIBRAS) pela pesquisadora, gestantes e pacientes com ostomias pois pela própria condição da gestação e da ostomia as demandas desses indivíduos requerem uma avaliação específica, e, pacientes que não adquiriram uma pontuação mínima necessária no Mini Exame do Estado Mental (MEEM) (ANEXO B).

O MEEM é um instrumento desenvolvido nos Estados Unidos da América (EUA) a partir da necessidade de uma avaliação padronizada, simplificada, reduzida e rápida no contexto clínico. O objetivo de sua utilização nesta pesquisa foi avaliar o estado mental, mais especificamente sintomas de demência para participação ou não no estudo (BRUCKI *et al.*, 2003).

Atualmente é o teste de rastreio cognitivo para adultos e idosos mais utilizado no mundo. É composto por duas seções onde a primeira refere-se a avaliação de orientação, memória e atenção e totaliza 21 pontos e a segunda mede a capacidade de nomeação, de obediência a um comando verbal e a um escrito, de redação livre de uma sentença e de cópia de um desenho complexo (polígonos), perfazendo nove pontos. O escore total é de 30 pontos baseados em itens dicotômicos (BRUCKI *et al.*, 2003).

A utilização do MEEM neste estudo, não se deu com o objetivo de analisar as alterações cognitivas causadas pelo tratamento quimioterápico e sim como uma forma de triagem para identificar mulheres com comprometimento cognitivo importante ao ponto de não conseguirem produzir informações fidedignas durante a entrevista, gerando assim vieses.

Dessas 65 pacientes, três se recusaram a participar do estudo. Os motivos de recusa relatados por elas foram: não se sentirem confortáveis em fornecer informações pessoais (duas mulheres), por não ter tempo disponível para responder aos formulários (uma mulher). Ademais, duas não atingiram pontuação mínima no MEEM. Nesse sentido, após triagem dos critérios de inclusão e exclusão, 60 mulheres participaram do estudo.

4.4 Variáveis do estudo

4.4.1 Variáveis dependentes

Autocuidado e *déficit* de autocuidado de mulheres com câncer de mama

4.4.2 Variáveis independentes

Sociodemográficas (idade, sexo, raça, escolaridade, estado conjugal, religião, arranjo familiar, profissão, renda); Tipo da doença neoplásica e tratamento associado; Condições de realização do autocuidado pela paciente; Condições emocionais (saúde autopercebida e morbidade referida, dor, frequência em tratamento médico, locomoção, com as atividades diárias, com as relações sociais, com o desempenho profissional e tratamento de saúde); Comportamentos relacionados a saúde.

4.5 Instrumento de coleta de dados

Para coleta dos dados foram utilizados dois instrumentos. O primeiro instrumento foi de caracterização sociodemográfica, hábitos de vida e dados clínicos, elaborado pela pesquisadora e composto por 19 perguntas que continha questões como idade, sexo, religião, situação de moradia, ocupação, renda, escolaridade, tempo do diagnóstico e tratamento que está sendo realizado, bem como efeitos do tratamento (APENDICE A).

O segundo instrumento foi o Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos: CADEM (ANEXO A). Esse instrumento foi elaborado através de uma escala americana chamada CADET, originalmente utilizada por enfermeiras geriátricas e tem como objetivo avaliar o autocuidado e *déficit* do autocuidado de pacientes adultos. Formado por um acrônimo de cinco letras no qual cada letra representa uma função ("*communication, ambulation, daily living, excretion and transfer*") (RAMEIZL, 1983), teve como objetivo integrar o processo de enfermagem e favorecer a coleta e registro dos dados.

Na versão adaptada, o acrônimo significa C-comunicação, A- atividades diárias, D-deambulação, E-eliminação e M-mobilidade. O CADEM por analogia é um instrumento tipo escala *likert*, onde são avaliadas cinco funções (comunicação, atividades diárias, deambulação, eliminação, mobilidade), cada uma das funções recebe uma pontuação de 1 a 5 e a soma total dos pontos define a capacidade do paciente para desenvolver o autocuidado.

Ele pode ser classificado em quatro níveis. Cada nível corresponde a uma pontuação que está relacionada ao maior ou menor potencial de desenvolver o autocuidado: nível I (5 pontos): Independente para o autocuidado; nível II (6-10): hábil para o autocuidado, porém necessita de apoio ou pequena ajuda; nível III (11-17): necessita de ajuda moderada a grande para alcançar o autocuidado; nível IV (18-25): totalmente dependente de ajuda (DIAS, 1996).

O conteúdo do instrumento CADEM adaptado por Dias em 1996 foi validado em 2017. Após a apresentação do instrumento ao comitê de juízes, com seis especialistas, fez-se o refinamento do mesmo, dando origem ao instrumento CADEM por Nogueira-Souza. Os juízes apresentaram concordância com um IVC de 0,935 bastante satisfatório, e remeteram sugestões de possíveis alterações. As alterações foram avaliadas e adicionadas ao novo instrumento. Todos os juízes recomendaram o instrumento para a prática assistencial (NOGUEIRA, 2017).

4.6 Coleta de dados

A coleta se deu entre os meses de agosto a outubro de 2022. Semanalmente a pesquisadora analisou a agenda do ambulatório de oncologia e identificou os dias e horários

em que as pacientes estavam agendadas. Para essa atividade contou-se com o apoio das enfermeiras do setor, pois elas tinham acesso a agenda. Feito isso, a pesquisadora foi, na maioria das vezes, no turno da manhã - horário de maior demanda - e algumas vezes no turno da tarde. As mulheres foram abordadas pela pesquisadora nos momentos em que estavam aguardando atendimento, de forma a não interferir ou prejudicar as atividades do setor. No primeiro momento foi explicado o objetivo da pesquisa e realizado o convite para participação na mesma, sendo ofertado o esclarecimento de todas as dúvidas relacionadas a pesquisa, bem como a orientação sobre o registro da assinatura no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) após realização da apresentação e leitura do mesmo, assegurando seu caráter confidencial, voluntário e anônimo, deixando claro que ela pode recusar-se a responder ou desistir da pesquisa a qualquer momento e disponibilizando o contato da pesquisadora para eventual necessidade (APENDICE B). O TCLE também foi assinado pela pesquisadora com rubrica em todas as páginas.

A coleta de dados foi realizada individualmente com as participantes, sem a presença de nenhum espectador, exceto quando foi solicitado pela participante. Ocorreu mediante aplicação do formulário composto por questões fechadas, organizadas por blocos temáticos, onde foram abordadas questões referentes aos dados socioeconômicos, culturais e informações de saúde. Nesse momento, após o término do primeiro formulário, foi aplicado o CADEM trazendo-se breve descrição do mesmo. A entrevista teve uma duração média de 50 minutos.

Buscou-se realizar a coleta de dados em consultório do ambulatório que estivesse disponível no momento da entrevista para não comprometer os atendimentos do setor, de preferência em um horário que antecedeu o tratamento ou a consulta. Ademais, tentou-se proporcionar um ambiente tranquilo, calmo e privativo para as pacientes durante a aplicação dos instrumentos. No entanto, devido às questões de estrutura física e demanda de atendimentos no setor, a maioria das entrevistas foi conduzida dentro da sala de quimioterapia, no espaço em que a paciente recebe o quimioterápico. Para minimizar a exposição, foram fechadas as cortinas que separam cada poltrona de forma que ficasse apenas a pesquisadora e a paciente e a entrevista se dessem de maneira respeitosa, garantindo privacidade à participante. Os formulários preenchidos foram colocados em pastas e guardados pela pesquisadora.

4.7 Análise dos dados

Ao final da coleta, foi construído um formulário para fins de inserção dos dados no *Google Forms* e em seguida para fins de organização, exportado para o *Excel* (versão 365). Posteriormente, para fins de análise, os dados foram importados para o programa de análise dos dados *Statistical Package for Social Science* (SPSS).

A análise descritiva e bivariada dos dados foi realizada por medidas de frequência e de tendência central. Foram realizadas estatísticas descritivas por meio de frequências relativa e absoluta, porcentagens e medidas de tendência central, para as variáveis relacionadas à caracterização sociodemográfica e informações de saúde. Foi utilizada análise bivariada para verificar a associação entre as variáveis através da aplicação do teste *Qui-quadrado de Pearson* para a independência de variáveis qualitativas ou o Teste de *Fisher-Freeman-Halton*. Para avaliar a relação entre as variáveis dependente (autocuidado) e independentes (caracterização sociodemográfica, informações de saúde e do tratamento realizado, bem como sintomas). O nível de significância utilizado para a análise dos testes estatísticos foi de 0,05.

5 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa foi submetido para avaliação pelo **Comitê de Ética em Pesquisa** (CEP) do **HC-UFPE** através do encaminhamento à Plataforma Brasil, para análise e posterior consentimento para a realização do estudo. A coleta de dados foi iniciada somente após aprovação do CEP, CAAE nº 59091422.8.0000.8807 e Parecer nº 5.466.953. Foram seguidas todas as regulamentações de estudos envolvendo seres humanos propostos pela Resolução nº 466 de 2012 (BRASIL, 2012). Aos participantes da pesquisa, foi entregue o TCLE, em duas vias, sendo uma da participante e a outra da pesquisadora e foram apresentados os objetivos da pesquisa, e explicado sobre a garantia do anonimato e a possibilidade de desistência, caso o participante julgue necessário, em qualquer momento do estudo sem qualquer penalidade. Após aceite, a participante foi convidada a assinar o termo concordando com sua participação na pesquisa, juntamente com a assinatura da pesquisadora.

Seguindo as recomendações do CEP em relação a realização de pesquisa no contexto da pandemia do Covid-19 e tendo em vista o caráter presencial da coleta de dados com as participantes, este estudo adotou todos os meios necessários à prevenção da disseminação do vírus. Para isso, todos os envolvidos utilizaram máscaras em tempo integral. Nos casos em que a participante não tinha, foi disponibilizado pela pesquisadora. Foi realizada higienização das mãos antes e após o manuseio dos formulários, higienização das canetas e respeito às normas de distanciamento mínimo de 1,5 metros.

Este estudo apresenta riscos para as participantes pois poderão sentir-se constrangidas pela abordagem realizada, por determinados conteúdos abordados, sentir sua privacidade invadida, responder a questões sensíveis que lhes remetam a situações estressoras e/ou de sofrimento, bem como ter seu tempo comprometido pela entrevista. Pode haver ainda risco em relação a quebra de sigilo e confidencialidade das informações.

Como forma de minimizá-los, fez-se necessário oferecer local adequado e privativo para realização da coleta e abordar os questionamentos de forma clara e com parcimônia com vistas a não constranger o entrevistado. Os resultados encontrados subsidiarão estratégias para melhoria da qualidade de vida e autocuidado desse grupo, bem como para o aperfeiçoamento dos profissionais que trabalham com essas pacientes, além de subsidiar conhecimento acerca da temática para profissionais, estudantes, pacientes e familiares.

Os formulários ficarão guardados na residência da pesquisadora responsável no endereço Rua do Futuro Nº 800 Ed. São Nicolau Graças Recife -PE, sem o acesso de terceiros

e só serão manuseados pela pesquisadora e a equipe de pesquisa durante tabulação e análise dos dados. Os formulários serão arquivados durante cinco anos após a pesquisa. A pesquisa tem caráter confidencial e anônimo e as informações serão utilizadas estritamente para fins de caráter científico, e não haverá cobrança, tendo em vista o caráter voluntário da mesma. Havendo necessidades de gastos, esses serão de total responsabilidade da pesquisadora.

Pretende-se que as informações obtidas a partir desse estudo possam subsidiar posteriormente a realização de ações e serviços voltados para esse público, que possibilitem melhoria do autocuidado durante o tratamento oncológico e possam dar suporte, aprimorando e qualificando a práxis da equipe de enfermagem, em especial, quando direcionada a esse público.

6 RESULTADOS

Participaram do estudo 60 mulheres em tratamento para câncer de mama. A partir das características sociodemográficas pode-se identificar que a média de idade foi 54 anos, sendo a idade mínima de 33 (3,4%) e máxima de 69 anos (1,7%) com predominância daquelas na faixa etária entre 50 a 59 anos (43,4%), residentes na Região Metropolitana do Recife (RMR) (38,3%), que se autodeclararam pardas (55%), referiram praticar o protestantismo e catolicismo (43,3%), ambas com a mesma porcentagem, e eram casadas (40%). Sobre o nível de escolaridade, o ensino fundamental incompleto foi identificado como maior nível de escolaridade (30%). Em relação ao arranjo domiciliar, grande parte morava com outras pessoas (90,1%) sendo cônjuge ou filhos (86,7%), eram aposentadas ou não tinham renda própria (27,7%) e das que tinha renda própria a maioria referiu receber até um salário-mínimo (65%). A renda média familiar foi de até 1 salário-mínimo (51,7%). Informações mais detalhadas estão descritas na tabela 1.

Tabela 1- Caracterização Sociodemográfica das mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022.

Variável	N(60)	%
Idade		
30-49 anos	17	28,3
50-59 anos	26	43,4
60-69 anos	17	28,3
Raça		
Branca	14	23,3
Preta	13	21,7
Parda	33	55
Religião		
Católica	26	43,3
Evangélica	26	43,3
Religiões de Matriz Africana	2	3,3
Espírita	3	5
Outros	3	5
Estado civil		
Solteira	20	33,3
Casada	24	40
Separada	1	1,7
Divorciada	8	13,3
Viúva	7	11,7

Variável	N(60)	Conclusão
		%
Escolaridade		
Não Alfabetizada	2	3,3
Fundamental Incompleto	18	30
Fundamental Completo	8	13,3
Ensino médio incompleto	3	5,0
Ensino médio completo	17	28,3
Ensino superior incompleto	6	10
Ensino superior completo	5	8,3
Pós-graduada	1	1,7
Local de Moradia		
Recife	15	25
Região Metropolitana	23	38,3
Agreste	9	15
Sertão	1	1,7
Outros	12	20
Arranjo domiciliar		
Mora sozinha	7	11,9
Mora com outras pessoas	53	90,1
Com quem mora		
Parentes	52	88,4
Amigos	1	1,7
Ocupação		
Empregada	10	16,7
Aposentada	13	21,7
Trabalhador informal	9	15
Agricultora	2	3,3
Pensionista	2	3,3
Não tem renda própria	13	21,7
Auxílio do governo	11	18,3
Renda familiar		
Nenhuma renda	1	1,7
Até 1 salário-mínimo	31	51,7
De 1 a 3 salários-mínimos	22	36,7
De 3 a 6 salários-mínimos	6	10
Renda da participante		
Nenhuma renda	15	25
Até 1 salário-mínimo	39	65
De 1 a 3 salários-mínimos	5	8,3
De 3 a 6 salários-mínimos	1	1,7

Fonte: dados da pesquisa, 2022.

Em relação a prática de atividade física houve uma predominância daquelas que não praticam nenhum tipo de atividade (66,7%), e entre as que praticam (33,3%) a caminhada foi citada pela maioria (28,2%) com uma frequência de 1 a 3 vezes na semana (15%). Sobre o tempo em meses em que foi diagnosticada com câncer de mama, observou-se que grande parte recebeu o diagnóstico até um ano (75%) com predominância de 10 a 12 meses (30%). Em relação ao tratamento que estava sendo realizado no momento da entrevista, a quimioterapia predominou (48,4%) sendo o primeiro tratamento para 30% das mulheres entrevistadas, com o mesmo percentual pelas demais. Cerca de 13,3% relataram estar realizando outras modalidades terapêuticas, dentre elas a imunoterapia (8,3%) e terapia hormonal (5%). Também foi observado que 11,7% disseram estar utilizando mais de uma terapêutica ao mesmo tempo, com predominância da terapia hormonal (8,3%). A tabela 2 apresenta mais detalhes sobre essas variáveis.

Tabela 2 - Prática de atividade física, tempo de diagnóstico e tratamento de mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022.

		Continua
Variável	N(60)	%(100)
Prática de atividade física		
Sim	20	33,3%
Não	40	66,7%
Tipo de atividade física		
Caminhada	17	28,2%
Corrida	1	1,7%
Aeróbico	1	1,7%
Outros (dança)	1	1,7%
Frequência		
1 a 3 vezes por semana	9	15%
4 a 6 vezes por semana	6	10%
Todos os dias	5	8,3%
Tempo do diagnóstico		
Menos de 1 mês	0	0
1 a 3 meses	7	11,7%
4 a 6 meses	13	21,7%
7 a 9 meses	7	11,7%
10 a 12 meses	18	30%
Mais de 12 meses	15	25%
Variável	N(60)	%(100)

		Conclusão
Tratamento utilizado no momento da entrevista		
Quimioterapia	29	48,4%
Cirurgia	5	8,3%
Radioterapia	10	16,7%
Hormonioterapia	8	13,3%
Outros	8	13,3%
É o primeiro tratamento		
Sim	18	30%
Não	42	70%
Qual foi o primeiro tratamento		
Quimioterapia	21	35%
Cirurgia	17	28,3%
Radioterapia	3	5%
Hormonioterapia	1	1,7%

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Com relação a avaliação do autocuidado pelo instrumento CADEM que avalia o grau de dependência ao desenvolver algumas atividades como comunicação, atividades diárias, deambulação, eliminações e mobilidade, cada variável recebe uma pontuação de 1 a 5 sendo a menor pontuação relacionada a independência do indivíduo para realização do autocuidado e à medida que essa pontuação aumenta, a capacidade de autocuidado diminui gerando assim um déficit. De acordo com os dados analisados, observou-se que em relação à comunicação a maioria das entrevistadas (91,7%) comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente, pontuando 1. Quando avaliada a capacidade para desenvolver atividades diárias de autocuidado predominou aquelas que podem realizá-las sozinha (70%), em relação a capacidade para locomover-se ou deambulação (80%) não apresenta dificuldades e deambula sozinha sem precisar de ajuda ou uso de aparatos. Na avaliação das eliminações, (96,7%) têm continência urinária e fecal e conseguem ir ao banheiro sem ajuda de outros. Em relação a mobilidade ou capacidade para manter o tônus muscular teve uma predominância (68,3%) das pacientes que podem deitar-se, mudar de decúbito na cama, levantar-se e sentar na cadeira de forma independente, conforme dados descritos na tabela 3.

Tabela 3 - Autocuidado de mulheres em tratamento para câncer de mama segundo CADEM. Recife-PE, Brasil, 2022.

Variável	Pontuação	Atividade	Continua	
			N(60)	%
Comunicação - capacidade de enviar e receber mensagens	1	Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece a ordens de relativa complexidade	55	91,7
	2	Comunica-se verbalmente, mas confuso.	5	8,3
Atividades diárias - Capacidade para realizar atividades para manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequada	1	Pode banhar-se, escovar os dentes, ir ao banho, alimentar-se e ingerir líquidos sozinha	42	70
	2	Tem capacidade para realizar tais atividades, mas precisa de ajuda	16	26,7
	3	Necessita de alguma ajuda devido fraqueza, idade ou aparatos terapêuticos para ir ao banheiro, alimentar-se e vestir-se	2	3,3
Deambulação - capacidade para locomover-se de um local para outro	1	Deambula sozinho sem apresentar problemas	48	80
	2	Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos e necessidade de observação ou algum auxílio	9	15
	3	Necessita de apoio mecânico para deambular (muleta, andador ou outros)	3	5
Eliminações - capacidade para urinar ou defecar voluntariamente em lugar apropriado	1	Continência urinária e fecal. Consegue ir ao banheiro	58	96,7
	4	Apresenta perdas ocasionais de fezes e/ou urina	2	3,3

Variável	P ntuação	Atividade	N	%
Mobilidade - Capacidade para manter o tônus muscular e posicionamento corporal adequado	1	Pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se e se sentar na cadeira de forma independente	41	68,3
	2	Apesar da dificuldade para movimentar-se consegue mover-se sozinho pois usa o lado ou partes não comprometidas do corpo para compensar a perda funcional	18	30
	3	Necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-se e sentar-se	1	1,7

Fonte: Dados de pesquisa, 2022.

A soma final dos pontos de cada variável permite classificar a capacidade de AC da paciente em quatro níveis, onde uma pontuação menor está relacionada a uma menor dependência e quanto maior a pontuação maior o grau de dependência para realização do autocuidado. O nível I compreende uma pontuação de 5 pontos e classifica a paciente como independente para o autocuidado, o nível II, pontua de 6-10 e o indivíduo é classificado como hábil para AC, porém necessita de apoio e pequena ajuda, já o nível III pontua de 11-17 classifica como uma necessidade de ajuda moderada a grande para alcançar o autocuidado. Por fim, o nível IV tem uma pontuação entre 18-25 e nesse caso o indivíduo é totalmente dependente de outros para realizar o seu cuidado. Foi observado que metade das mulheres em tratamento para câncer de mama no HC/ENSERH/UFPE são independentes para AC - nível I- (50%), no entanto, as pacientes que necessitam de apoio ou pequena ajuda - nível II- também se destacam e representam 45% das entrevistadas. A necessidade de ajuda moderada a grande - nível III- foi atribuída a 5% da amostra. Não houve classificação de pacientes em totalmente dependentes de ajuda nessa amostra, conforme dados descritos na tabela 4.

Tabela 4 - Classificação do autocuidado e *déficit* do autocuidado de mulheres em tratamento para câncer de mama segundo o CADEM. Recife-PE, Brasil, 2022.

Nível de capacidade para autocuidado	Variável	Total de pontos	Continua	
			N(60)	% (100)
I	Independente para autocuidado	5	30	50

Nível de Capacidade Para autocuidado	Variável	Total de pontos	Conclusão	
			N(60)	%(100)
II	Hábil, porém necessita de apoio e pequena ajuda	6-10	27	45
III	Necessita de ajuda moderada a grande	11-17	3	5
IV	Totalmente dependente de ajuda	18-25	00	00

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Para a análise de associação entre a variável dependente (autocuidado) e as variáveis independentes sociodemográficas foi aplicada a análise bivariada com a utilização dos testes estatísticos (*Qui-quadrado* e exato de *Fisher*).

Ao analisar os dados da tabela 5 observamos que quando associado o local de moradia com o déficit de autocuidado, mulheres que moram na RMR (n=12) classificadas como nível II apresentaram-se hábil para autocuidado, porém com necessidade de apoio ou pequena ajuda, bem como uma parcela menor (n=2) foi classificada como nível III necessita de ajuda moderada a grande para alcançar o autocuidado. As mulheres que se autodeclararam pardas (n=15) tiveram necessidade de apoio ou pequena ajuda (nível II) enquanto as mulheres que se declararam pretas (n=2) necessitam de ajuda moderada a grande (nível III). Quanto à associação com o grau de escolaridade, mulheres com ensino fundamental incompleto (n=9) foram classificadas no nível II como dependentes de apoio ou pequena ajuda e de ajuda moderada a grande (n=2) classificadas em nível III. Mulheres solteiras (n=13) apresentaram necessidade de apoio ou pequena ajuda (nível II) e as casadas (n=2), ajuda moderada a grande (nível III). Dentre as mulheres que referem morar em companhia de alguém, (n=22) necessitam de apoio ou pequena ajuda e (n=3) ajuda moderada a grande. Em relação à ocupação, mulheres empregadas (n=7) precisam de apoio ou pequena ajuda (nível II), enquanto aquelas aposentadas (n=1), que não têm renda própria (n=1) e possuem outras rendas (n=1) de ajuda moderada a grande (nível III). Aquelas com renda familiar até 01 SM (n=13) quando associada ao autocuidado apresentou necessidade de apoio ou pequena ajuda (nível II) e ajuda moderada a grande (n=3) (nível III), quanto a renda da participante observou-se que aquelas com renda de até 01 salário-mínimo necessitam de apoio ou pequena ajuda (n=18) bem como ajuda moderada a grande (n=2).

Evidencia-se que, ao realizar a análise bivariada, a variável dependente déficit de autocuidado revelou associação estatística significativa com a variável independente religião ($p=0,02/$ v de *cramer* 0,359), onde mulheres que se denominaram católicas apresentaram

certo *déficit* de autocuidado quando comparada às demais religiões. A tabela 5 traz informações mais detalhadas.

Tabela 5 - *Déficit* do autocuidado e o perfil sociodemográfico de mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022.

Variáveis sociodemográficas	<i>Déficit</i> de autocuidado			p-valor */v de <i>cramer</i> ***
	Nível I	Nível II	Nível III	
Local de moradia				
Recife	8	7	0	0,292
RMR	9	12	2	
Agreste	6	3	0	
Sertão	0	0	1	
Outros	7	5	0	
Raça				
Branca	6	8	0	0,416
Preta	7	4	2	
Parda	17	15	1	
Religião				
Católica	8	17	1	0,02*/0,359***
Outras	22	10	2	
Grau de escolaridade				
Não alfabetizado	1	1	0	0,385
Fundamental incompleto	7	9	2	
Fundamental completo	6	2	0	
Ensino médio incompleto	2	1	0	
Ensino médio completo	11	6	0	
Ensino superior incompleto	1	5	0	
Ensino superior completo	2	2	1	
Pós-graduação	0	1	0	
Estado civil				
Solteira	6	13	1	0,422
Casada	14	8	2	
Casada	1	0	0	
Separada	5	3	0	
Divorciada	4	3	0	
Viúva				
Arranjo Domiciliar				
Mora Sozinho	3	5	0	0,591
Mora acompanhado	27	22	3	

				Conclusão
Com quem mora	27	22	3	0,299
Parentes	0	1	0	
Amigos				
Ocupação				
Empregada	3	7	0	
Aposentada	6	6	1	
Trabalho informal	4	5	0	0,723
Agricultor	1	1	0	
Pensionista	1	1	0	
Não tem renda própria	8	4	1	
Outros	7	3	1	
Renda familiar				
Nenhuma	0	1	0	
Até 1 SM	15	13	3	
De 1 a 3 SM	13	9	0	0,436
De 3 a 6 SM	2	4	0	
Renda da participante				
Nenhuma	10	4	1	
Até 1 SM	19	18	2	0,316
De 1 a 3 SM	1	4	0	
De 3 a 6 SM	0	1	0	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

*Teste exato de *Fisher* **Significativo a 5% *** v de *Cramer* apresentado quando p-valor significativo a 5%

Quando realizada a análise bivariada através do Teste Exato de *Fisher* entre a terapêutica que estava sendo utilizada pela paciente no período da coleta e o *déficit* de autocuidado observou-se que das 29 pacientes que estavam realizando quimioterapia, 13 apresentaram algum *déficit* de autocuidado (nível II) necessitando de apoio ou pequena ajuda e (n=1) apresentaram necessidade de ajuda moderada a grande (nível III). Quando analisadas as pacientes em pós-operatório (n=5), (n=4) apresentou algum *déficit* de autocuidado, sendo (n=3) nível II- necessidade de apoio ou pequena ajuda e (n=1) classificada como nível III – necessidade de ajuda moderada a grande. Pacientes em radioterapia (n=10) necessitaram de apoio ou pequena ajuda (n=3) – nível II. Aquelas que receberam hormonioterapia (n=8), apresentaram necessidade de apoio ou pequena ajuda (n=5) – nível II.

A relação entre essas variáveis através da análise bivariada não revelou associações estatísticas significativas ($p=0,504$), conforme mostra a tabela 6. No entanto, percebe-se através da análise descritiva que as pacientes em quimioterapia apresentaram maior *déficit* (n=14), sendo (n=13) nível II e (n=1) nível III, quando comparada as demais terapêuticas.

Tabela 6 - Análise de associação entre o *déficit* do autocuidado e a terapêutica utilizada por mulheres em tratamento para câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022.

Tratamento utilizado	<i>Déficit</i> de autocuidado			p-valor
	Nível I	Nível II	Nível III	
Quimioterapia	15	13	1	0,504
Cirurgia	1	3	1	
Radioterapia	7	3	0	
Hormonioterapia	3	5	0	
Outros	4	3	1	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

Na tabela 7 observamos a análise entre as queixas/sistemas afetados pelos tratamentos realizados e o *déficit* de autocuidado. Observa-se associação estatística significativa entre o autocuidado e os sintomas gastrointestinais ($p=0,005$) com importante força de associação (V de Cramer 0,453), autocuidado e queixas dermatológicas ($p=0,03/$ v Cramer =0,385) e autocuidado e queixas relacionadas ao sistema musculoesquelético ($p=0,024/$ v Cramer = 0,379). Das 27 participantes que referiram algum sintoma gastrointestinal, 20 tinha algum *déficit* de autocuidado ($n=19$)(nível II) e ($n=1$) (nível III), no entanto, quando analisadas as queixas dermatológicas, observou-se o inverso: das 21 pacientes que referiam queixas, apenas ($n=7$) apresentaram necessidade de apoio ou pequena ajuda, enquanto das 30 que não tinham queixas relacionadas a pele, 21 delas apresentaram algum *déficit* de autocuidado, sendo necessidade de apoio ou pequena ajuda ($n=18$) e necessidade de ajuda moderada a grande ($n=3$).

Pacientes com queixas no sistema musculoesquelético ($n=19$) apresentaram maior *déficit* de autocuidado em relação as que não relataram tais queixas ($n=32$) e nessa análise foi identificada associação estatística significativa com importante força de associação ($p=0,024/$ v Cramer = 0,379). As demais variáveis associadas como não apresentaram significância quando realizado o teste exato de Fisher, conforme dados da tabela 7.

Tabela 7 - *Déficit* do autocuidado e os efeitos colaterais decorrentes do tratamento de mulheres com câncer de mama. Recife-PE, Brasil, 2022.

Queixas/sistemas afetados	Tem a queixa		Déficit de autocuidado			p-valor */ v de cramer***
			Nível I	Nível II	Nível III	
	SIM	NÃO				
Sistema gastrointestinal	X		7	19	1	0,005*/ 0,453***
		X	16	6	2	
Pele	X		14	7	0	0,03*/ 0,385***
		X	9	18	3	
Sistema musculoesquelético	X		4	13	2	0,024*/ 0,379***
		X	19	12	1	
Sistema Nervoso	X		2	4	0	0,674*
		X	21	21	3	
Sistema Linfático	X		1	5	0	0,257*
		X	22	20	3	
Dificuldade de realizar atividades devido cirurgia recente	X		0	3	1	0,072*
		X	23	22	2	
Outros	X		12	12	1	0,776*
		X	11	13	2	

Fonte: Dados da pesquisa, 2022.

7 DISCUSSÕES

7.1 Perfil sociodemográfico

Nos últimos anos observou-se um aumento expressivo na quantidade de mulheres diagnosticadas com câncer de mama e associado a isso é perceptível que a faixa etária mais acometida é a partir dos 50 anos de idade, sendo esse considerado o fator de risco mais importante para o desenvolvimento da doença. Essa informação corrobora os dados encontrados neste estudo, onde a idade média das mulheres foi de 54 anos e a faixa etária mais acometida foi a partir dos 50 anos de idade. Predominaram mulheres de cor de pele parda, casadas e com ensino fundamental incompleto, dados semelhantes aos encontrados em estudo realizado em Belo Horizonte com mulheres com câncer de mama, bem como em

estudo realizado em um hospital de referência do município de João Pessoa, Paraíba, que objetivava traçar o perfil dessas mulheres (CABRAL *et al.*, 2019; CAVALCANTI; BATISTA; ASSIS, 2021).

A análise bivariada entre cor da pele ($p=0,378$), estado civil ($p=0,435$), escolaridade ($p=0,375$) e autocuidado não demonstrou associação estatística significativa neste estudo. No entanto, sabe-se que a baixa escolaridade está diretamente ligada à falta de conhecimento sobre os fatores de risco para o câncer, bem como sobre os possíveis efeitos do tratamento e dos cuidados relacionados a eles, cabendo aos profissionais de saúde facilitar o acesso às informações e ações preventivas (VASSILIEVITCH *et al.*, 2020).

Estudo realizado no Hospital de la Santa Creu i Sant Pau em Barcelona (Espanha) com mulheres diagnosticadas com câncer de mama, demonstrou que 76% das participantes do estudo residiam com sua unidade familiar, implicando em maior confiança e segurança no que se refere ao enfrentamento da doença, bem como melhoria da qualidade de vida (MASIÀ *et al.*, 2019), dado semelhante ao encontrado nesta pesquisa onde a grande maioria das participantes moravam com parentes. Porém, ao realizar a análise de associações com o autocuidado não houve significância ($p=0,297$).

Um outro aspecto que vem se mostrando positivo no enfrentamento da doença é a religião. Ela é vista em alguns estudos como estratégia de enfrentamento do adoecimento e das repercussões do tratamento, através da fé em Deus como fonte de força, coragem e amor e da utilização da oração para encarar os momentos árduos da doença. Além disso, a participação em rituais religiosos promove menor desgaste e maior alívio em meio às tensões que aparecem no percurso do tratamento (RIBEIRO; CAMPOS; ANJOS, 2019; BORGES; ANJOS; CAMPOS, 2021). Neste estudo não foi avaliado o impacto da religião e religiosidade no tratamento, porém a partir dos dados obtidos foi visto que grande parcela das pacientes entrevistadas praticava alguma religião.

Além disso, a análise bivariada entre religião e autocuidado, evidenciou associação estatística significativa ($p=0,02$). No entanto, os dados apontam que pacientes que praticam o catolicismo apresentaram *déficit* de autocuidado quando comparados aos que são adeptos de outras religiões. Não foi encontrado na literatura estudo que corrobora esse achado, porém em outros estudos a religiosidade aparece como fator protetor de fortalecimento ao enfrentamento das adversidades, independente de qual seja a religião, bem como ocasiona efeitos favoráveis diretos ou indiretos sobre a saúde do indivíduo refletindo na melhoria da qualidade de vida e na capacidade de autocuidado (BORGES; ANJOS; CAMPOS, 2021; RIBEIRO *et al.*, 2022).

Em estudo realizado por Correia e colaboradores (2018), com mulheres submetidas a tratamento neoplásico, foi demonstrado que 80,43% afirmaram ter até um salário mínimo e 19,57% mais de um, o que se assemelha ao resultado obtido nesta pesquisa. Quando realizada análise de associação com o *déficit* do autocuidado, não houve associação estatística significativa ($p=0,316$).

Uma pesquisa realizada com mulheres em tratamento para câncer de mama em uma unidade ambulatorial que compõe uma UNACON do estado de Pernambuco identificou que quase metade (46,7%) dessas mulheres possuem renda familiar de um salário mínimo (SANTOS; SANTOS; OLIVEIRA, 2020), resultado parecido com o encontrado neste estudo em que a renda familiar das participantes também foi de até 1 salário mínimo e as mulheres em sua maioria eram aposentadas ou não tinham renda própria. Em contravérsia a esses achados, um estudo realizado a partir do Inquérito de Saúde da Mulher em Uberaba-MG (ISA Mulher Uberaba-MG) demonstrou uma associação significativa da presença do risco de câncer ($p=0,022$), havendo maior ocorrência entre as mulheres com renda per capita $\geq 2,5$ salários mínimos (BRUNELLO *et al.*, 2021). Na análise bivariada não houve associação significativa entre renda familiar e *déficit* de autocuidado ($p=0,436$).

Embora o aumento da incidência de câncer atinja países de todos os níveis, de acordo com o Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), a magnitude relativa desse aumento provavelmente será maior nos países de médio e baixo IDH (SUNG *et al.*, 2021). Alguns estudos apontam um aumento nas taxas de incidência de câncer de mama nos países de baixo e médio desenvolvimento, como os da América do Sul, da África e da Ásia e um dos fatores que pode estar relacionado a esse aumento são as mudanças no comportamento e no estilo de vida, ligadas principalmente à população urbana (MIGOWSKI *et al.*, 2018; SUNG *et al.*, 2021), informação semelhante a encontrada neste estudo onde a maior parte das mulheres residente na zona urbana.

7.2 Estilo de vida e terapêuticas utilizadas

Dentre as mudanças no estilo de vida, a atividade física tem se mostrado bastante promissora na prevenção e na redução dos riscos de desenvolver Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), entre elas o câncer (PATEL *et al.*, 2019). Dados desta pesquisa, no entanto, apontam que mais da metade das mulheres entrevistadas não praticam nenhum tipo de atividade física e dentre as que afirmaram praticar a caminhada foi o tipo de atividade mais utilizado com uma frequência de 1 a 3 vezes por semana. Estudo realizado na República

Tcheca com 130.000 mulheres de ascendência europeia, aponta que a prática da atividade física é fundamental para diminuição do câncer de mama com uma redução estimada em 40%, por outro lado o sedentarismo aumenta em 104% o risco para evolução e desenvolvimento da doença (VETROVSKY *et al.*, 2022).

A promoção de um estilo de vida saudável como não fumar, não ingerir bebidas alcoólicas, praticar atividade física regularmente e manter o peso corporal saudável poderia evitar aproximadamente 27% (114.497 casos) de todos os casos de câncer e 34% (63.371 mortes) de todas as mortes por câncer (REZENDE *et al.*, 2019). Algumas evidências sugerem que além de reduzir o risco de desenvolver alguns cânceres, a atividade física pode auxiliar os sobreviventes a se recuperarem dos tratamentos, aumentar a sobrevida e diminuir o risco de recidiva em alguns grupos (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 2018; ROCK *et al.*, 2020; THE LANCET, 2021).

Somado a isso, mudanças no estilo de vida bem como o conhecimento do próprio corpo são fatores importantes para prevenção e identificação precoce das neoplasias. Hábitos de vida saudáveis podem trazer inúmeros benefícios, inclusive os já citados para prevenção da doença. Alguns exercícios físicos como caminhada e corrida, por exemplo, tem custo zero e são acessíveis para todos (GOMES; LOPES; ALVIN, 2021). Há ainda programas de atividade física disponíveis nos serviços públicos de saúde como a academia das cidades, que facilita o acesso da população a essas práticas.

Além dos benefícios citados acima da prática de atividade física, outros fatores podem influenciar positivamente a saúde da mulher mesmo já diante de um diagnóstico. Quando já diagnosticada com a doença, um fator que tem bastante importância no prognóstico é o diagnóstico precoce e consequentemente o tratamento em tempo oportuno. No que se refere ao tempo de diagnóstico das participantes deste estudo, observou-se que grande parte foi diagnosticada há menos de 01 ano, porém não foi avaliado nesta amostra se o início do tratamento foi realizado em até 60 dias após o diagnóstico, conforme preconizado pela lei 12.732/2012 que está em vigor desde 2013 e garante que os pacientes sejam tratados em tempo oportuno (BRASIL, 2012).

Estudo realizado em 2016 com 273.521 pacientes receptores estrogênio-positivo concluiu que a cada mês adicional no atraso do tratamento reduziu o resultado da quimioterapia em 11,1% (LEITE; RUHNKE; VALEJO, 2021). Outro estudo, realizado por Sobral e colaboradores, desenvolvido com dados oriundos do PAINEL-Oncologia, apontou que o câncer de mama apareceu em número absoluto como não tratado antes dos 60 dias (SOBRAL *et al.*, 2022). Observa-se que os estudos que avaliam o tempo para início do

tratamento apontam que ainda há um longo caminho para que todos os pacientes tenham acesso ao tratamento em tempo oportuno e possam desfrutar de um aumento na sobrevivência e uma melhor qualidade de vida.

Dentro das possibilidades terapêuticas para a doença, a cirurgia, quimioterapia e radioterapia são as mais utilizadas por fornecerem uma resposta positiva no combate da neoplasia e por serem terapias que se complementam na maioria dos casos. A cirurgia aparece como o principal tratamento oncológico, no entanto a quimioterapia é o tratamento mais utilizado e pode ser realizada como primeiro tratamento (neoadjuvante) ou adjuvante - realizado após a cirurgia (AGUIAR; FREITAS; FREITAS, 2022). Corroborando essas informações, os dados encontrados nesta pesquisa sobre o tratamento que estava sendo realizado pelas pacientes no momento da entrevista, mostram que a quimioterapia foi o mais citado, além de ter sido o primeiro tratamento utilizado por 35% das mulheres (QT neoadjuvante), a radioterapia aparece com o segundo tratamento utilizado naquele momento e a cirurgia se mostrou como o segundo tratamento realizado pelas mulheres.

É necessário estar atento ao tipo de tratamento que a paciente irá realizar e traçar estratégias que possam contribuir para o melhor manejo dos sintomas, implicando no melhor desenvolvimento do autocuidado

7.3 Autocuidado/*Déficit* de autocuidado

O autocuidado e *déficit* de autocuidado da população incluída neste estudo foi avaliado a partir de 5 aspectos: comunicação, atividades diárias, deambulação, eliminações e mobilidade. A partir dos dados encontrados, foi possível identificar que a capacidade para realização plena do autocuidado foi identificada em 50% das mulheres entrevistadas, ou seja, metade do grupo em estudo não apresentou *déficit* de autocuidado. Essa parcela de mulheres consegue desempenhar ou realizar atividades em seu benefício para manter a vida, saúde e bem-estar (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001), de forma independente, sem necessidade da ajuda de outros. Alguns estudos sinalizam que o autocuidado em pacientes com câncer de mama promove a saúde física e o bem-estar e pode ajudar no controle das emoções, bem como contribuir para minimizar as emoções negativas (RADINA; ARMER; STEWART, 2014; MARKOVITZ *et al.*, 2015; ZHANG; KWEKKEBOOM; PETRINE, 2015).

Dois dos requisitos de autocuidado propostos por Orem foram contemplados nessa parcela da população que não apresenta *déficit* de autocuidado. Os requisitos universais ou

atividades de vida diárias aparecem como as atividades exercidas pelo indivíduo como a ingestão de alimentos, eliminações e manutenção do equilíbrio, por exemplo. Os requisitos de desenvolvimento de autocuidado estão relacionados às mudanças que ocorrem no indivíduo, como por exemplo as modificações no corpo decorrentes do tratamento (GEORGE; THORELL, 2000; OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; VICTOR; LOPES; ARAUJO, 2010).

A outra parcela da população estudada apresentou algum *déficit* de autocuidado, e necessitam de apoio ou pequena ajuda para realizar o autocuidado e necessitam de ajuda moderada a grande. Os domínios mais afetados, quando avaliados individualmente, foram aqueles relacionados à mobilidade e atividades diárias relacionados principalmente aos requisitos universais propostos pela autora.

Para Orem, Taylor e Renpenning (2001), o *déficit* acontece quando há uma demanda maior do que a capacidade do indivíduo para realizar o autocuidado. Nesse sentido, pode haver a necessidade de ajuda no processo de cuidado, de forma a orientar/ conduzir o indivíduo ou até mesmo de realizar o cuidado para o outro. Esse processo pode ser dinâmico, e em alguns casos essa necessidade pode não ser contínua, de forma que o indivíduo possa restabelecer sua autonomia para aquela determinada atividade (ABDOLLAHI *et al.*, 2022).

Estudo realizado em um hospital universitário do continente asiático com mulheres com câncer de mama apontou uma relação negativa entre o nível de alfabetização em saúde e o autocuidado, de modo que quanto menor o conhecimento maior a dependência do outro ou o *déficit* do autocuidado (AHMADZADEH; ABDEKHODA; BEJANI, 2021).

Mesmo nos casos em que há um *déficit* passageiro, a enfermagem ou cuidador informal, como um familiar, por exemplo, são citados pela autora como fonte de apoio ao desenvolvimento de habilidade e apoio físico e psicológico. É importante destacar que a prática educativa é uma realidade cada vez mais consolidada para a enfermagem, pioneira na educação em saúde, e o enfermeiro é um agente facilitador do processo do cuidar. Através da educação em saúde o profissional da enfermagem é capaz de fornecer subsídios para que o paciente desenvolva suas habilidades de autocuidado, trabalhando tanto na promoção, prevenção ou reabilitação da saúde do indivíduo (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001; RIBEIRO *et al.*, 2018; SEABRA *et al.*, 2019).

Barandeh *et al.* (2017), acreditam que já nos primeiros contatos com a paciente com câncer de mama os profissionais de saúde devem realizar orientações sobre os possíveis efeitos e incapacidades que podem ser advindos do tratamento, bem como maneiras de minimizá-los, de forma a reduzir o impacto desses acontecimentos posteriormente.

7.4 Déficit de autocuidado x terapêutica utilizada/efeitos adversos

É sabido que, mesmo diante dos seus inúmeros benefícios no combate à doença, as formas de tratamento utilizadas podem trazer alguns pontos predominantemente negativos e interferir em aspectos psicológicos, relações interpessoais, levar ao acometimento de alguns sistemas e influenciar na condição física, por exemplo, levando ao aparecimento de sintomas como fadiga, mal estar, náusea, que podem interferir na qualidade de vida e na capacidade para realizar atividades de vida diária e atividades relacionadas ao seu autocuidado (WAKIUCHI *et al.*, 2019; SILVEIRA *et al.*, 2021).

Os achados do presente estudo demonstraram que em relação aos sintomas gastrointestinais, quem apresenta os sintomas tem algum *déficit* de autocuidado. Estudo de *coorte* realizado com pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico, identificou que sintomas como fadiga, dispneia, náuseas, perda de apetite, diarreia são comuns a esses pacientes e podem afetar a qualidade de vida dos pacientes interferindo em domínios diversos (SILVEIRA *et al.*, 2021). Similarmente, estudo realizado com pacientes com câncer de mama submetidas a quimioterapia identificou efeitos adversos decorrentes do tratamento capazes de repercutir de diferentes formas na vida desses pacientes com graus de interferência baixo a moderado, inclusive nas atividades ligadas ao autocuidado (RIBEIRO; SANTANA; FIGUEIREDO, 2021).

No tocante aos sintomas dermatológicos, principalmente associados a radioterapia, observou-se uma associação significativa entre queixas dermatológicas e autocuidado, dado que diverge de estudo realizado com mulheres com câncer de mama em tratamento radioterápico, onde inferiu-se que apesar das queixas dermatológicas, as mulheres eram independentes ao exercerem o autocuidado e suas atividades diárias. Porém enfatiza a importância dos cuidados de enfermagem no tocante a prevenção e tratamento dessas afecções da pele (DIAS *et al.*, 2020). Uma outra pesquisa, no entanto, identificou que pacientes submetidas à radioterapia referem algumas limitações decorrentes dos efeitos da radiação que acarretam a redução da capacidade de autocuidado e realização de atividades cotidianas (NASCIMENTO *et al.*, 2022)

Estudo realizado com mulheres mastectomizadas, associou a cirurgia com a diminuição na realização das atividades de rotina dessas mulheres, informação semelhante a encontrada nesta pesquisa onde, as mulheres que tinham realizado cirurgia recente referiam dificuldade em realizar algumas atividades e apresentaram algum *déficit* de autocuidado

(BURANELLO *et al.*, 2021). Um outro estudo que avaliou o autocuidado como suporte para cuidado clínico de enfermagem a pacientes mastectomizadas aponta que durante o pós-operatório a paciente apresenta alguma dependência para realizar seu autocuidado e atividades diárias no geral. Nesse cenário é importante fortalecer o acesso a informações que possibilitem a realização do autocuidado (SILVA *et al.*, 2020).

Nesse contexto, Orem explica que o autocuidado no desvio de saúde acontece quando o indivíduo necessita de algum suporte devido doença ou procedimento terapêutico transitório ou permanente. Mas destaca a importância de o indivíduo aprender a conviver com a condição de doença, ser envolvido no cuidado quando for o caso e desenvolver as habilidades necessárias para o desenvolvimento do autocuidado (OREM; TAYLOR; RENPENNING, 2001).

Queixas relacionadas ao sistema musculoesquelético são muito frequentes, e a fadiga é uma das mais relatadas pelos pacientes oncológicos. Ela está relacionada a inflamações, podendo ser influenciada pelo tratamento e por outros fatores como a idade. Sabe-se que durante o tratamento para o câncer, ocorre uma deterioração da capacidade física do indivíduo, havendo, na maioria dos casos, necessidade de adaptação nos níveis e intensidade das atividades diárias (OLIVEIRA *et al.*, 2021).

Estudos apontam que a fadiga é reportada por cerca de 50 na 90% dos pacientes em tratamento oncológico durante o curso da doença ou do seu tratamento, fator de bastante impacto na qualidade de vida e na diminuição da capacidade funcional dos pacientes, incluindo atividades relacionadas ao seu autocuidado (AVELAR *et al.*, 2019), refutando achados deste estudo.

Nesse contexto, Orem destaca a necessidade de envolvimento do paciente no seu cuidado, para viabilizar que indivíduos e redes de apoio tenham responsabilidade e autonomia em relação ao autocuidado visando a melhoria do bem-estar e qualidade de vida. A ação de autocuidado deve ser estimulada como forma do indivíduo ter autonomia para desenvolver suas atividades de vida diária. Não foram identificadas neste estudo mulheres totalmente dependentes de outros para realização do autocuidado, não havendo uso de sistemas totalmente compensatório proposto pela autora. No entanto, o sistema de apoio educação, deve ser o mais utilizado, pois se propõe a apoiar o desenvolvimento e estimular a autonomia do paciente (GEORGE; THORELL, 2000; OREM, TAYLOR; RENPENNING, 2001; RADINA; ARMER; STEWART, 2014).

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer é uma doença que gera impacto importante nos diversos segmentos da vida da paciente, podendo ocasionar alterações no estilo de vida e funcionalidade da mesma. Associado a doença observa-se a influência de outros fatores que podem contribuir para alterações importantes no desenrolar de atividades cotidianas normais, desde aquelas relacionadas às características sociodemográficas até efeitos do próprio tratamento utilizado.

A análise do autocuidado de mulheres com câncer de mama a Luz da Teoria de Dorothea Orem perpassa pelo reconhecimento desses e de outros fatores e requer atenção e cuidado para identificação desses nós. Nesse sentido, reconhecer o autocuidado dessas pacientes e identificar os fatores que estão associados ao déficit de autocuidado é ponto de partida para criação e implementação de medidas que possam proporcionar autonomia e integralidade do cuidado desse grupo, bem como para o fortalecimento das ações positivas já realizadas pelos mesmos.

Compreende-se que a teoria de Orem, é capaz de dar suporte a prática clínica focada no indivíduo, considerando-o capaz de aprender e nos ensinar novas maneiras de autocuidado, sendo de grande relevância para contribuição na assistência direcionada a essas pacientes. Entende-se que a assistência eficaz da enfermagem deve ser fundamentada em concepções científicas e teorias que possibilitem a valorização do indivíduo bem como o cuidado integral do mesmo, levando em consideração sua natureza biopsicossocial e espiritual.

No entanto, apreende-se a partir deste estudo que mesmo sendo realizado em um Hospital Universitário foi observado um percentual importante de pacientes que tinham algum *déficit* de autocuidado. Nesse sentido, é importante identificar os fatores associados ao *déficit* do autocuidado para dirigir ações promotoras, inserindo o indivíduo no centro desse cuidado e dando-lhe o papel de protagonista. A enfermagem pode contribuir na manutenção do autocuidado por meio da educação em saúde através de ações que beneficiem e capacitem as pacientes.

Observou-se ainda a necessidade de criação e fortalecimento de fluxos internos, de maneira que esses possam nortear a jornada da paciente dentro do serviço desde sua admissão até a conclusão do tratamento, bem como contribuirá para o registro de informações relativas a esse grupo que possam gerar estatísticas e mais conhecimento sobre seu perfil e suas reais necessidades.

O presente estudo poderá contribuir com o compartilhamento de saberes a respeito do autocuidado e *déficit* de autocuidado das pacientes com câncer de mama, bem como identificar os fatores influenciadores, com vistas a aprimorar a assistência prestada a essa população e ao fortalecimento e desenvolvimento de estratégias de educação em saúde voltadas a melhorias desse *déficit*.

Sugere-se a realização de novos estudos que possam avaliar os recursos utilizados pela equipe de enfermagem direcionados à educação em saúde, bem como os recursos utilizados pelas pacientes para realização do autocuidado.

REFERÊNCIAS

- ABDOLLAHI, A. et al. Self-care behaviors mediates the relationship between resilience and quality of life in breast cancer patients. **BMC Psychiatry**, v. 22, n. 825, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12888-022-04470-5>. Acesso em: 07 jan. 2023.
- ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (ed.). **Textbook of cancer epidemiology**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.
- AGUIAR, R. C. S.; FREITAS, E. C. B. F.; FREITAS, M. T. S. Impacto das principais formas de tratamento na qualidade de vida de pacientes com câncer de mama. **RSB**, [S. l.], v. 11, n. 8, e8011830450, 2022. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30450>. Acesso em: 13 Jan. 2023
- AHMADZADEH, I.; ABDEKHODA, M.; BEJANI, M. IMPROVING Self-Care Management in Patients with Breast Cancer through Health Literacy Promotion. **Ethiop J Health Sci**, v. 31, n. 1, p. 85-90, 2021. Disponível em: <http://doi.org/10.4314/ejhs.v31i1.10>. Acesso em: 06 jan. 2023.
- ALVES, M. N. T. et al. Metodologias pedagógicas ativas na educação em saúde. **Id on Line Rev Psic**, v. 10, n. 33, suppl. 2, p. 339-346, 2017. Disponível em: <https://idonline.emnuvens.com.br/id/article/view/659/927>. Acesso em: 28 set 2022.
- AMARAL, T. L. M. et al. Padrões alimentares e doenças crônicas em inquérito com adultos na Amazônia. **DEMETRA**, v. 17, e63148, 2022. Disponível em: <https://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/demetra/article/view/63148>. Acesso em: 30 mai. 2023.
- ANDRADE, A. L. P. et al. Influência do Tratamento Quimioterápico no Comportamento Alimentar e Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos. **Rev Bras Cancerol**, [S.I.], v. 65, n. 2, e-08093, 2019. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/93>. Acesso em: 30 mai. 2023.
- ANOTHASINTAWEE, T. et al. Risk factors of breast cancer: a systematic review and meta-analysis. **Asia-Pacific Journal of Public Health**, [S.I.], v. 25, n. 5, p. 368-387, mai. 2013. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1010539513488795>. Acesso em: 22 out. 2021.
- ARAUJO, F. M. S. A. et al. Impacto da terapia de vibração de corpo inteiro na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Rev Med Saude Brasilia**, [S.I.], v. 7, n. 1, p. 146-154, 2018. Disponível em: <https://portalrevistas.ucb.br/index.php/rmsbr/article/view/9340#:~:text=Nesse%20sentido%20C%20a%20atividade%20f%C3%ADsica.reabilita%C3%A7%C3%A3o%20precoce%20a%20esses%20pacientes>. Acesso em: 22 out. 2021.
- AVELAR, J. M. P. et al. Fadiga em pacientes com câncer de cabeça e pescoço em tratamento radioterápico: estudo prospectivo. *Rev Lat Am Enfermagem*, v. 27, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2813-3168>. Acesso em: 29 jan. 2023.

AZEVEDO, G. M. R.; SILVA, E. C.; SOUZA, A. P. B. As diferentes formas que os tratamentos radioterápicos auxiliam as mulheres com câncer de mama que poderão ser submetidas à cirurgia conservadora. **Rev Saúde Ciênc online**, [S.I.], v. 7, n. 2, p. 103-113, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.35572/rsc.v7i2.99>. Acesso em: 21 jan. 2023.

BARANDEH, M. et al. EFFECT OF SELF-CARE ON QUALITY OF LIFE IN WOMEN WITH BREAST CANCER UNDERGOING CHEMOTHERAPY. **Nursing Midwifery J**, [S.I.], v. 15, n. 3, p. 199–207, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.35572/rsc.v7i2.99>. Acesso em: 30 mai. 2023.

BATISTA, F. M. R. et al. Tratamento quimioterápico e qualidade de vida de paciente oncológico. **REMS**, [S.I.], v. 2, n. 3, 02. Disponível em: <https://doi.org/10.51161/rem/1530>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BORGES, M. G.; ANJOS, A. C. Y.; CAMPOS, C. S. Espiritualidade e religiosidade como estratégias de enfrentamento do câncer de mama: Revisão integrativa da literatura. **Braz J Hea Rev**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 1002–1021, 2021. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/23040>. Acesso em: 20 jan. 2023.

BURANELLO, M. C. et al. Histórico familiar para câncer de mama em mulheres: estudo populacional em Uberaba (MG) utilizando o Family History Screen-7. **Saúde Debate**, [S.I.], v. 45, n. 130, jul./set., 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113009>. Acesso em: 05 janeiro 2023.

BRANDÃO, M. A. G.; BARROS, A. L. B. L.; PRIMO, C. C.; BISPO, G. S.; LOPES, R. O. P. Nursing theories in the conceptual expansion of nursing practices. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v. 72, n. 2, p. 577-581, 2019. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0395>. Acesso em: 27 fev. 2023.

BRAY, F. et al. Global cancer statistics 2018: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, [S.I.], v. 68, n. 6, p. 394-424, nov. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21492>. Acesso em: 18 nov. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 741/GM, de 19 de dezembro de 2005. **Definem as Unidades de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia, os Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (CACON) e os Centros de Referência de Alta Complexidade em Oncologia e suas aptidões e qualidades e inclui outras providências**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 23 dez. 2005. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2005/prt0741_19_12_2005.html#:~:text=5%C2%BA%20Estabelecer%20que%20as%20Unidades,informatizado%2C%20se%20inexistente%20no%20hospital. Acesso em: 17 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Lei nº 12.732, de 22 de novembro de 2012. **Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 23 de novembro de 2012, Seção 1, p. 1. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2012/lei/112732.html. Acesso em: 17 out. 2021.

_____. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. **Dispõe sobre diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jun. 2013. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 874/ GM, de 16 de maio de 2013. **Institui a Política Nacional para a Prevenção e Controle do Câncer na Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 17 maio 2013a, Seção 1, p.129-132.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 140, de 27 de fevereiro de 2014. **Redefine os critérios e parâmetros para organização, planejamento, monitoramento, controle e avaliação dos estabelecimentos de saúde habilitados na atenção especializada em oncologia e define as condições estruturais, de funcionamento e de recursos humanos para a habilitação destes estabelecimentos no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS)**. Diário Oficial [da] União, Brasília, DF, 02 abril 2014, seção 1, p. 60-66.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle. Coordenação Geral de Sistemas de Informação. **MANUAL DE BASES TÉCNICAS DA ONCOLOGIA – SIA/SUS - SISTEMA DE INFORMAÇÕES AMBULATORIAIS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019a. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/manual-oncologia-25a-edicao.pdf>. Acesso em: 17 out. 2021.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção da Saúde. **Saúde Brasil 2018 uma análise de situação de saúde e das doenças e agravos crônicos: desafios e perspectivas**. Brasília: Ministério da Saúde, 2019b.

BRUCKI, S. M. D. et al. Sugestões para o uso do miniexame do estado mental no Brasil. **Arq Neuro-psiquiatr**, [S. l.], v. 61, n. 3B, p. 777–781, 2003. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>. Acesso em: 30 mai. 2023.

CABASAG, C. J. et al. Shifting incidence and survival of epithelial ovarian cancer (1995-2014): A SurvMark-2 study. **Int J Cancer**, [S. l.], v. 152, n. 9, p. 1763-1777, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/ijc.34403>. Acesso em: 30 mai. 2023.

CABRAL, A. L. L. V. et al. Vulnerabilidade social e câncer de mama: diferenciais no intervalo entre o diagnóstico e o tratamento em mulheres de diferentes perfis sociodemográficos. **Ciênc Saúde Colet**, [S. l.], v. 24, n. 2, p. 613-622, fev. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018242.31672016>. Acesso em: 30 mai. 2023.

CASTRO, F. A.; VASCONCELOS, F. L. Impacto do autoexame das mamas no diagnóstico de câncer de mama em países de média e baixa renda: uma revisão de literatura. **Braz J Health Review**, Curitiba, v. 4, n. 1, p. 2973-2996 jan./feb., 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.34119/bjhrv4n1-238>. Acesso em: 19 nov. 2022.

CAMPOS, L. et al. Aspectos relevantes do hipofracionamento na radioterapia de mama e próstata. **Res Soc Development**, [S. l.], v. 10, n. 5, e24910514904, 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.14904>. Acesso em: 21 jan. 2023.

CONCEIÇÃO, D. S. et al. A Educação em Saúde como Instrumento de Mudança Social. **Braz J Develop**, [S. l.], v. 6, n. 8, p. 59412–59416, 2020. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/15195>. Acesso em: 20 jan. 2023.

CAVALCANTE, J. A. G.; BATISTA, L. M.; ASSIS, T. S. Câncer de mama: perfil epidemiológico e clínico em um hospital de referência na Paraíba. **SANARE**, [S. l.], v. 20, n. 1, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.36925/sanare.v20i1.1546>. Acesso em: 12 fev. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. Resolução nº 585, de 11 de julho de 2018. **Atualiza, no âmbito do Sistema Cofen/Conselhos Regionais de Enfermagem, os procedimentos para Registro de Títulos de Pós-Graduação Lato e Stricto Sensu concedido a Enfermeiros e aprova a lista das especialidades**. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 08 de agosto de 2018, seção 1, p. 137.

COSTA, A. G. et al. Conhecimento dos Profissionais de Enfermagem sobre Segurança do Paciente Oncológico em Quimioterapia. **Rev Bras Cancerol**, [S. l.], v. 65, n. 1, e–04274, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2019v65n1.274>. Acesso em: 20 jan. 2023.

DIAS, D. C. Instrumento para avaliação da capacidade de autocuidado de pacientes adultos – CADEM. **Ver Bras Enferm**, Brasília, v. 49, n. 3, p. 315-332, jul./set., 1996. DOI 10.1590/S0034-71671996000300002. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671996000300002>. Acesso em: 18 nov. 2021.

DIAS, R. P. et al. Radiodermatite em mulheres com câncer de mama: efeito de orientações e monitoramento pelo enfermeiro. **Braz. J. Develop**, [S. l.], v. 6, n. 3, p. 12918–12932, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.34117/bjdv6n3-234>. Acesso em: 16 jan. 2023.

DUARTE, R. M. A.; FORTES, R. C. Atuação do enfermeiro como agente educador de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico: uma revisão integrativa. **Braz J Develop**, [S. l.], v. 8, n. 1, p. 4332-4350 jan. 2022. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/indexers>. Acesso em: 20 jan. 2023.

FOLSTEIN M, FOLSTEIN S, MCHUGH PR. "Mini-mentalstate". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. **J Psychiatr Res**. 1975 Nov;12(3):189- 98. doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6. PMID: 1202204. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6) Acesso em: 18 nov. 2021

GEORGE, J. B.; THORELL, A. M. V. **Teorias de enfermagem: fundamentos para a prática profissional**. 4.ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 2000.

GOMES, A. P.; LOPES, G. H. B.; ALVIN, H. G. O. A importância da orientação da equipe multidisciplinar, sobre manter hábitos de vida saudáveis. **Revista JRG**, São Paulo, v. 4, n. 9, p. 27–37, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.5281/zenodo.5083422>. Acesso em: 30 mai. 2023.

GRADIM, C. V. C. et al. Aleitamento materno como fator de proteção para o câncer de mama. **Rev Rene**, [S.I.], v. 12, n. 2, p. 358-364, abr./jun. 2011. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0104-070720180005420016>. Acesso em: 18 nov. 2021.

HARTWEG, D. L. **Dorothea Orem: Self-care Deficit Theory**. London: SAGE Publications, 1991.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA - INCA. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizes_deteccao_precoce_cancer_mama_brasil.pdf. Acesso em: 18 nov. 2021.

_____. **Estimativa 2020: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2019. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files/media/document/estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>. Acesso em: 10 ago. 2021.

_____. **Câncer de mama: vamos falar sobre isso?**. Rio de Janeiro: INCA, 2021. Disponível em: https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document/cartilha-mama-6-edicao-2021_1.pdf. Acesso em: 10 ago. 2021.

_____. **Estimativa 2023: incidência do Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/inca/pt-br/assuntos/cancer/numeros/estimativa> Acesso em: 25 nov 2022.

KAKUDJI, B. K. et al. Epidemiological, clinical and diagnostic profile of breast cancer patients treated at Potchefstroom regional hospital, South Africa, 2012-2018: an open-cohort study. **Pan African Med J**, [S.I.], v. 36, n. 9, p. 1-11, mai. 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.11604/pamj.2020.36.9.211180>. Acesso em: 10 ago. 2021.

LEITE, G. C.; RUHNKE, B. F.; VALEJO, F. A. M. Correlação entre tempo de diagnóstico, tratamento e sobrevida em pacientes com câncer de mama: uma revisão de literatura. **Colloq Vitae**, [S. l.], v. 13, n. 1, p. 12-16, 2021. Disponível em: <https://revistas.unoeste.br/index.php/cv/article/view/3436>. Acesso em: 13 jan. 2023.

MACHADO, M. H.; XIMENES NETO, F. R. G. Gestão da educação e do trabalho em saúde no SUS: trinta anos de avanços e desafios. **Ciênc Saúde Colet**, [S. l.], v. 23, n. 6, jun. 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.06682018>. Acesso em: 03 jan. 2023.

MAJEWSKI, J. M.; LOPES, A. D. F.; DAVOGLIO, T. Qualidade de vida em mulheres submetidas a mastectomia comparadas aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc Saúde Coletiva**, [S.I.], v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-81232012000300017>. Acesso em: 30 ago 2022.

MARKOVITZ, S. E. et al. Resilience as a predictor for emotional response to the diagnosis and surgery in breast cancer patients. *Psycho-oncology*, v. 24, p. 1639–1645, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1002/pon.3834>. Acesso em: 12 jan. 2023.

MASIÀ, J. et al. Socio-economic impact on women diagnosed and treated for breast cancer: a cross-sectional study. *Clin Transl Oncol*, [S.I.], v. 21, p. 1736–1745, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s12094-019-02185-w>. Acesso em: 02 jan. 2023.

MELO, M. C. S. C. et al. O Enfermeiro na Prevenção do cancer de colo de útero: o cotidiano da atenção primária. *Rev Bras Cancerol*, [S. l.], v. 58, n. 3, p. 389–398, 2012. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.590>. Acesso em: 23 jun. 2022.

MIGOWSKI, A. et al. Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil. II - New national recommendations, main evidence, and controversies. *Cad Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 34, n. 6, e00074817, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2012v58n3.590>. Acesso em: 23 jun. 2022.

MCEWEN, M. Visão geral da teoria de Enfermagem. In: MCEWEN, M.; WILLS, E. M. **Bases Teóricas para Enfermagem**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009. p. 48-73.

HERNÁNDEZ, Y. N. Conocimiento del paciente diabético sobre autocuidado. *Rev Cubana Enferm*, [S.l.], v. 35, n. 4, dic. 2019. Disponível em: <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/2917/524>. Acesso em: 23 jun. 2022.

NASCIMENTO, P. S. et al. Dificuldades enfrentadas por mulheres com câncer de mama: do diagnóstico ao tratamento. *Rev Interfaces*, [S. l.], v. 10, n. 2, p. 1336–1345, 2022. Disponível em: <https://interfaces.unileao.edu.br/index.php/revista-interfaces/article/view/1006>. Acesso em: 01 fev. 2023.

NOGUEIRA, C. S. F. **Instrumento Cadem adaptado: subsídio para o autocuidado de pacientes cirúrgicos por câncer de cabeça e pescoço pela enfermagem**. 2017. 131 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem Alfredo Pinto, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2017.

OREM, D. E.; TAYLOR, S. G.; RENPENNING, K. M. **Nursing: concepts of practice**. 6.ed. St. Louis: Mosby, 2001.

OLIVEIRA, P. P. et al. Processo de enfermagem para homens com câncer de laringe fundamentado no modelo de Neuman. *Enfermería*, [S.I.], n. 45, p. 208-226, 2017. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v16n45/pt_1695-6141-eg-16-45-00188.pdf. Acesso em: 30 mai. 2023.

OLIVEIRA, D. G. B. et al. Recuperando a qualidade de vida após o câncer feminino. *Rev Cient HSI*, v. 5, n. 1, p. 3-9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.35753/rchsi.v5i1.192>. Acesso em: 29 jan. 2023.

SANTOS, J. L. E.; SANTOS, Y. K. M.; OLIVEIRA, D. A. L. Diagnósticos de enfermagem prevalentes em pacientes com câncer de mama sob tratamento quimioterápico. *Rev Enfer Digit Cuid Promoção Saúde*, [S.I.], v. 5, n. 1, p. 34-39, jan./jun., 2020. Disponível em: <http://doi.org/10.5935/2446-5682.20200008>. Acesso em: 02 Janeiro 2023.

SILVA, E. S. P. et al. Teoria do autocuidado de orem como suporte para o cuidado clínico de enfermagem a mulher mastectomizada. **Braz J Develop**, [S. l.], v. 6, n. 6, p. 39740–39750, 2020. Disponível em:

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BRJD/article/view/12051>. Acesso em: 01 fev. 2023.

PATEL, A. V. et al. American College of Sports Medicine Roundtable Report on Physical Activity, Sedentary Behavior, and Cancer Prevention and Control. **Med Sci Sports Exerc**, v. 51, n. 11, p. 2391-2402, nov. 2019. Disponível em:

<https://doi.org/10.1249/MSS.0000000000002117>. Acesso em: 30 mai. 2023.

PEREIRA, N. M. L. et al. Manejo e Prevenção de Reações Adversas da Quimioterapia Antineoplásica com Platinas em Pacientes com Cânceres Esofágico e Gástrico: Revisão Sistemática da Literatura. **Rev Bras Cancerol**, [S.I.], v. 67, n. 4, e-091347, 2021. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/index.php/revista/article/view/1347>. Acesso em: 30 mai. 2023.

PERRANDO, M. S. et al. O cuidado de familiares ao idoso em tratamento quimioterápico ambulatorial: fatores e atitudes. **Rev enferm UFPE online**, Recife, v. 10, n. 9, p. 3265-75, set. 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.5205/reuol.9571-83638-1-SM1009201611>. Acesso em: 25 jan. 2023.

POLIT, D. F.; HUNGLER, B. P. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 7.ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

PUKANCSIK, D et al. Objective decision making between conventional and oncoplastic breast-conserving surgery or mastectomy: Anaesthetic and functional prospective cohort study. **Eur J Surg Oncol**, [S.I.], v. 43, n. 2, p. 303-10, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.ejso.2016.11.010>. Acesso em: 21 jan. 2023.

QUEIRÓS, P.; VIDINHA, T.; ANTÓNIO FILHO. Self-care: orem's theoretical contribution to the nursing discipline and profession. **Rev Enferm Referência**, [S.I.], v. 4, n. 3, p. 157-164, dez. 2014. Disponível em: <https://pdfs.semanticscholar.org/6df6/ccfd87b37d17e9f0928e879a6975a483bb62.pdf>. Acesso em: 30 mai. 2023.

RADINA, M. E.; ARMER, J. M.; STEWART, B. R. Making Self-Care a Priority for Women At Risk of Breast Cancer–Related Lymphedema. **J Fam Enfermeiras**, v. 20, n. 2, p. 226 – 249, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1074840714520716>. Acesso em: 24 nov. 2022.

RAIMONDO, M. L. et al. Produção científica brasileira fundamentada na Teoria de Enfermagem de Orem: revisão integrativa. **Rev bras enferm**, Brasília, v. 65, n. 3, p. 529-534, 2012. <https://doi.org/10.1590/S0034-71672012000300020>. Acesso em: 30 mai. 2023.

RAMEIZL, P. CADET, a self-care assessment tool. **Geriatr Nurs**, [S.I.], v. 4, n. 6, p. 377-378, nov./dez. 1983. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/s0197-4572\(83\)80169-4](https://doi.org/10.1016/s0197-4572(83)80169-4). Acesso em: 10 ago. 2021.

REMOR, A. et al. A teoria do auto-cuidado e sua aplicabilidade no sistema de alojamento conjunto. **Rev Bras Enferm**, [S.I.], v. 39, n. 2-3, p. 6-11, set. 1986. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0034-71671986000300002>. Acesso em: 30 mai. 2023.

REZENDE, L. F. M. et al. Proportion of cancer cases and deaths attribute able to life style risk factors in Brazil. **Cancer Epidemiol**, v. 59, p. 148-157, abr. 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.canep.2019.01.021>. Acesso em: 28 jan. 2023.

RIBEIRO, K. G. et al. Educação e saúde em uma região em situação de vulnerabilidade social: avanços e desafios para as políticas públicas. **Interface (Botucatu)**, [S.I.], v. 22, suppl. 1, 1387-1398, 2018. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1807-57622017.0419>. Acesso em: 28 set. 2022.

RIBEIRO, G. S.; CAMPOS, C. S.; ANJOS, A. C. Y. Espiritualidade e religião como recursos para o enfrentamento do câncer de mama. **J res: fundam care online**, [S. l.], v. 11, n. 4, p. 849–856, 2019. Disponível em: <http://seer.unirio.br/cuidadofundamental/article/view/6667>. Acesso em: 01 fev. 2023.

RIBEIROM. A.; SANTANAM. E.; FIGUEIREDOA. R. Prejuízos da neuropatia periférica induzida por quimioterapia no cotidiano de pacientes com câncer de mama. **REAS**, v. 13, n. 3, e6512, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.25248/reas.e6512.2021>. Acesso em: 07 jan. 2023.

RIBEIRO, W. A. et al. Influência da religiosidade e espiritualidade para o cuidado e autocuidado de pessoas com estomia intestinal. **Rev Enf Bras**, [S.I.], v. 21, n. 4, p. 462-481, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.33233/eb.v21i4.5166>. Acesso em: 05 jan. 2023

ROCK, C. L. et al. American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. **CA Cancer J Clin**, v. 70, n. 4, p. 245-271, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21591>. Acesso em: 30 mai. 2023.

SANTOS, S. C. et al. Saúde do idoso: reflexões acerca da integralidade do cuidado. **Rev Bras Promo Saúde**, Fortaleza, v. 29, p. 118–127, dez. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.5020/18061230.2016.sup.p118>. Acesso em: 10 ago. 2021.

SANTOS, B.; RAMOS, A.; FONSECA, C. Training to practice: Importance of Self-Care Theory in Nursing Process for improving care. **J Aging Innovation**, [S.I.], v. 6, n. 1, p. 51-54, abr. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>. Acesso em: 03 jan. 2023.

SANTOS, D. V.; GAIDZINSKI, R. R. Dimensioning of nursing staff in out patient chemotherapy: application of the Workload Indicators of Staffing Need. **Rev Esc Enferm USP**, [S.I.], v. 53, e03456, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018003803456>. Acesso em: 27 jan. 2023.

SEABRA, C. A. M. et al. Health educations as a strategy for the promotion of the health of the elderly: an integrative review. **Rev Bras Geriatr Gerontol**, [S.I.], v. 22, n. 4, e190022, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1981-22562019022.190022>. Acesso em: 04 jan. 2023.

SILVEIRA, F. M. et al. Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. **Acta Paul Enferm**, [S.I.], v. 34, eAPE00583, 2021. Disponível em: <https://doi.org/1037689/acta-ape/2021AO00583>. Acesso em: 21 jan. 2023.

SOBRAL, G. S. et al. Análise do Tempo para Início do Tratamento Oncológico no Brasil: Fatores Demográficos e Relacionados à Neoplasia. **Rev Bras Cancerol**, [S. l.], v. 68, n. 3, e-122354, 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.32635/2176-9745.RBC.2022v68n3.2354>. Acesso em: 13 fev. 2023.

SUNG, H. et al. Global cancer statistics 2020: GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries. **CA Cancer J Clin**, Hoboken, v. 71, n. 3, p. 209-249, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3322/caac.21660>. Acesso em: 30 mai. 2023.

SCHAURICH, D.; CROSSETTI, M. G. O. Produção do conhecimento sobre teorias de enfermagem: análise de periódicos da área, 1998-2007. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 182-188, mar. 2010. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1414-81452010000100027>. Acesso em: 27 fev. 2023.

TEIXEIRA, L. A.; ARAÚJO NETO, L. A. Câncer de mama no Brasil: medicina e saúde pública no século XX. **Saúde Soc**, [S.I.], v. 29, n. 3, e180753, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020180753>. Acesso em: 30 mai. 2023.

TOMEY, A. M.; ALLIGOOD, M. R. **Teóricas de enfermagem e a sua obra**. 5.ed. Loures, Portugal: Lusociência, 2002.

THE LANCET. A sporting chance: physical activity as part of everyday life. **Lancet**, v. 398, n. 10298, p. 365, jul. 2021. Disponível em: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(21\)01652-4](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(21)01652-4). Acesso em: 30 mai. 2023.

VASSILIEVITCH, A. C. et al. Perfil Sociodemográfico e Qualidade de Vida de Mulheres com Câncer de Mama Após Tratamento com Quimioterapia. **RG&PP**, [S.I.], v. 10, n. 1, p. 139-155, 2020. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/rgpp/article/view/175028/170629>. Acesso em: 29 ago. 2022.

VETROVSKY, T. et al. Do physical activity interventions combining self-monitoring with other components provide an additional benefit compared with self-monitoring alone? A systematic review and meta-analysis. **BR J Sports Med**, [S.I.], v. 56, p. 1366-1374, 2022. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1136/bjsports-2021-105198>. Acesso em: 05 janeiro 2023.

VICTOR, A. F.; LOPES, M. V. O.; ARAUJO, T. L. Teoria do déficit de autocuidado: análise da sua importância e aplicabilidade na Prática enfermagem. **Esc Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 611-616, set. 2010. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1414-81452010000300025>. Acesso em: 30 mai. 2023.

WAKIUCHI, J. et al. A quimioterapia sob a ótica da pessoa com câncer: uma análise estrutural. **Texto contexto - enferm**, Florianópolis, v. 28, e20180025, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2018-0025>. Acesso em: 14 jan. 2023.

WORLD CANCER RESEARCH FUND. AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. **Continuous Update Project Expert Report 2018**. Physical activity and the risk of cancer. 2018. Disponível em: <http://www.dietandcancerreport.org/>. Acesso em: 30 mai. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Health topics. **Breast cancer**: prevention and control. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://www.who.int/cancer/detection/breastcancer/en/>. Acesso em: 27 nov. 2022.

_____. Casa. Comunicado de imprensa. **O Câncer de mama agora é a forma mais comum de câncer**: OMS está tomando medidas. 2021. Disponível em: <https://www.who.int/pt/news/item/03-02-2021-breast-cancer-now-most-common-form-of-cancer-who-taking-action>. Acesso em: 07 nov. 2021.

ZHANG, Y.; KWEKKEBOOM, K.; PETRINI, M. Uncertainty, Self-efficacy, and Self-care Behavior in Patients With Breast Cancer Undergoing Chemotherapy in China. **Cancer Nursing**, v. 38, n. 3, p E19-E26, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NCC.000000000000165>. Acesso em: 12 jan. 2023.

**APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DE PACIENTES EM
TRATAMENTO PARA CÂNCER DE MAMA**



UNIVERSIDADE FEDERAL DE PERNAMBUCO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO DAS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA
CÂNCER DE MAMA

Pesquisadora: Maria do Socorro de Oliveira Costa

FICHA DE INFORMAÇÕES SOBRE A PARTICIPANTE Nº _____

DATA: ____________ HORA: _____

Identificação da participante: _____

Data de nascimento: ____________ Idade (em anos completo): _____

1 PROCEDÊNCIA:

Recife () RMR () Agreste () Sertão () Outros ()

2 RAÇA:

1 Branca () 2 Preta () 3 Parda () 4 Amarela () 5 Indígena () 6 Outra ()

3 RELIGIÃO:

1 Católica () 2 Evangélica () 3 Religiões de matriz africana (umbanda, candomblé) ()

2 Espirita () 5 Outras ()

4 GRAU DE ESCOLARIDADE:

1 Não alfabetizado ()

2 Ensino Fundamental Incompleto ()

3 Ensino fundamental completo ()

4 Ensino médio incompleto ()

5 Ensino médio completo ()

6 Ensino superior incompleto ()

7 Ensino superior completo ()

8 Pós graduada ()

5 ESTADO CIVIL

1 Solteira ()

2 Casada ()

3 Separada ()

4 Divorciada ()

5 Viúva ()

6 ARRANJO DOMICILIAR

1 Mora Sozinha ()

2 Mora com _____ pessoas

7 COM QUEM MORA

1 Parentes ()

2 Amigos ()

3 Cônjuge ()

4 Outro ()

8 OCUPAÇÃO

1 Empregado ()

2 Aposentado ()

3 Trabalho informal ()

4 Agricultor ()

5 Pensionista ()

6 Não tem renda própria ()

7 Outros ()

9 RENDA FAMILIAR

1 Nenhuma renda ()

2 Até 01 salário mínimo (até R\$ 1.212,00) ()

3 De 01 a 03 salários mínimos (R\$ 1.212 até 3.636) ()

- 4 De 03 a 06 salários mínimos (R\$ 3.636 até 7.272) ()
5 De 06 a 09 salários mínimos (R\$ 7.272 até 10.908) ()
6 Acima de 10 salários mínimos (R\$ 12.120 ou mais) ()

10 RENDA DA PARTICIPANTE (numeração igual a anterior) _____

11 PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA 1 Sim () 2 Não ()

12 TIPO

- 1 Caminhada ()
2 Corrida ()
3 Aeróbico ()
4 Outros ()

13 FREQUÊNCIA

- 1 1 a 3 vezes por semana ()
2 4 a 6 vezes por semana ()
3 Todos os dias ()

14 HÁ QUANTO TEMPO FOI DIAGNOSTICADA COM CÂNCER DE MAMA (em meses):

- 1 < 01 mês ()
2 01 a 03 meses ()
3 04 a 06 meses ()
4 07 a 09 meses ()
5 10 a 12 meses ()
6 > 12 meses ()

15 QUAL O TIPO DE TRATAMENTO QUE ESTÁ SENDO UTILIZADO?

- 1 Quimioterapia ()
2 Cirurgia ()
3 Radioterapia ()
4 Hormonioterapia ()
5 Outros () _____

16 É O PRIMEIRO TRATAMENTO UTILIZADO?

1 Sim () 2 Não ()

17 QUAL O PRIMEIRO TRATAMENTO REALIZADO ?

1 Quimioterapia ()

2 Cirurgia ()

3 Radioterapia ()

4 Hormonioterapia ()

5 Outros () _____

18 ESTÁ TENDO REAÇÕES RELACIONADAS AO TRATAMENTO?

1 Sim () 2 Não ()

19 Se sim, quais?

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE
PERNAMBUCO CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
(Res 466/12 - CNS)
(PARA MAIORES DE 18 ANOS)

Convidamos a Sra. para participar como voluntária da pesquisa intitulada Avaliação da do Autocuidado de mulheres com câncer de mama à Luz da Teoria de Dorothea Orem, que está sob a responsabilidade da pesquisadora Maria do Socorro de Oliveira Costa, com endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Departamento de Enfermagem – Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 – (81) 2126-8566, e-mail maria.msoc@gmail.com. Esta pesquisa está sob a orientação da Profa. Dra. Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos, telefone: (81) 2126-8566, e-mail emr.vasconcelos@gmail.com

Todas as suas dúvidas podem ser esclarecidas com a responsável por esta pesquisa. Apenas quando todos os esclarecimentos foram dados e você concorde com a realização do estudo, pedimos que rubriche as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias. Uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável. Você estará livre para decidir participar ou recusar-se. Caso não aceite participar, não haverá nenhum problema, desistir é um direito seu, bem como será possível retirar o consentimento em qualquer fase da pesquisa, também sem nenhuma penalidade.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA

O objetivo desta pesquisa é avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial à luz da Teoria de Dorothea Orem, a qual será realizada através de entrevista individual com as mulheres que estão em tratamento para câncer de mama e são acompanhadas no ambulatório de oncologia do Hospital das Clínicas- HC da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE). Os riscos poderão existir se você se sentir constrangida pela abordagem realizada, por determinados conteúdos abordados, sentir sua privacidade invadida ao responder a questões sensíveis que lhes remetam a situações estressoras e/ou de sofrimento, bem como ter seu tempo comprometido pela entrevista. Pode haver ainda risco

em relação a quebra de sigilo e confidencialidade das informações. Como forma de minimizá-los, a coleta dos dados será realizada em local privativo, inclusive, desistir da pesquisa a qualquer momento sem que isso lhe acarrete prejuízos. Como benefícios, os resultados encontrados subsidiarão estratégias para melhoria do autocuidado desse grupo, bem como para o aperfeiçoamento dos profissionais que trabalham com essas pacientes.

O sigilo dessa pesquisa é assegurado e todas as informações nela contidas são confidenciais, sendo divulgadas apenas para fins científicos sem identificação de participantes, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação. Os dados coletados serão armazenados em pastas e guardados sob responsabilidade da pesquisadora no endereço Av. Prof. Moraes Rego, 1235, Departamento de Enfermagem – Cidade Universitária, Recife - PE - CEP: 50670-901 pelo período mínimo de 5 anos.

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária, mas fica também garantida a indenização em casos de danos, comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa, conforme decisão judicial ou extrajudicial. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação). A participante poderá solicitar o conteúdo desta pesquisa quando julgar necessário.

Em caso de dúvidas relacionadas aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos do HC-EBSERH/UFPE no endereço: **(Avenida Prof. Moraes Rego, 1235, Cidade Universitária, Recife-PE, CEP: 50670-901, Tel.: (81) 2126.3743 – e- mail: cep.hcpe@ebserh.gov.br).**

Maria do Socorro de Oliveira Costa

Prof^a Dr^a Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos

CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIA

Eu, _____, CPF _____, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecida as minhas dúvidas com a pesquisadora responsável, concordo em participar do estudo Avaliação do Autocuidado de mulheres com câncer de mama à Luz da Teoria de Dorothea Orem em tratamento ambulatorial como voluntário (a). Fui devidamente informada e esclarecida pela pesquisadora sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: _____

Assinatura do participante: _____

Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa e o aceite do voluntário em participar. (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

Testemunha 1: _____

Testemunha 2: _____

ANEXO A – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO - CADEM

Instrumento para coleta de dados

CADEM, onde cada letra corresponde a uma função. As funções avaliadas pelo CADEM são: **C** - comunicação;

A - atividades diárias;

D - deambulação;

E - eliminações;

M - mobilização.

Nome do paciente: _____ Idade: _____ Enfermeiro: _____

Diagnóstico: _____

Data: _____

	PONTOS	COMENTÁRIOS
C (comunicação)		
A (atividades diárias)		
D (deambulação)		
E (eliminações)		
M (mobilidade)		
Total Pontos		

C	A	D	E	M
<p><u>COMUNICAÇÃO:</u></p> <p>Capacidade de enviar e receber mensagens, pontuada como:</p> <p>1- Comunica-se verbalmente de forma compreensível e coerente. Obedece a ordens de relativa complexidade e é capaz de abstrações.</p> <p>2- Não se comunica verbalmente devido a algum aparato (tubo endotraqueal, etc) ou déficit (laringectomia, ou outro), porém comunica-se por gestos(movimentos com a cabeça, mão, mímica facial, etc).</p>	<p><u>ATIVIDADES DIÁRIAS:</u></p> <p>Capacidade para realizar atividades para manutenção da higiene corporal, alimentação e hidratação adequada.</p> <p>1- Pode banhar-se, escovar os dentes, ir ao banheiro, alimentar-se e ingerir líquidos sozinho.</p> <p>2- Tem capacidade para banhar-se, vestir-se, ir ao banheiro e alimentar-se, mas precisa de ajuda, como por exemplo, para colocar o sapato, cortar carne ou escovar os dentes. Ou necessita de ajuda em função de algum curativo ou procedimento terapêutico.</p>	<p><u>DEAMBULAÇÃO:</u></p> <p>Capacidade para locomover-se de um local para outro.</p> <p>1- Deambula sozinho sem apresentar problemas.</p> <p>2- Deambula sozinho, mas apresenta restrição dos movimentos(devido à artrite, envelhecimento, seqüela de AVC, etc), e necessita observação, ou algum auxílio devido à aparatos terapêuticos como soros, etc.</p>	<p><u>ELIMINAÇÕES:</u></p> <p>Capacidade para urinar ou defecar voluntariamente em lugar apropriado, ou continência urinária e fecal.</p> <p>1- Continência urinária e fecal, consegue ir ao banheiro.</p> <p>2- Continência urinária e fecal, faz uso de comadre e/ou papagaio.</p>	<p><u>MOBILIDADE:</u></p> <p>Capacidade para manter o tônus muscular e posicionamento corporal adequado.</p> <p>1- Pode deitar-se, mudar o decúbito na cama, levantar-se e sentar na cadeira de forma independente.</p> <p>2- Apesar da dificuldade para movimentar-se consegue mover-se sozinho pois usa o lado ou partes não comprometidas do corpo para compensar a perda funcional.</p>

<p>3- Comunica-se verbalmente, mas confuso.</p> <p>4-Comunica-se verbalmente de forma pouco compreensível (disartria), às vezes incompreensíveis, ou incoerentes. Demonstra não compreender perguntas ou solicitações.</p>	<p>3- Necessita de alguma ajuda (devido à fraqueza, idade ou aparatos terapêuticos) para ir ao banheiro, alimentar-se, vestir-se.</p> <p>4- Necessita ser transportado para o chuveiro, auxílio para lavar-se, vestir-se e alimentar-se.</p>	<p>3- Necessita de apoio mecânico para deambular. Usa aparatos: muleta, andador ou outros.</p> <p>4- Paciente com restrição no leito devido à patologia (IAM, TVP, etc). Ou necessita ser conduzido em cadeira de rodas, maca ou outro aparato.</p>	<p>3- Usa dispositivos: SVD, uripen, colostomia, etc.</p> <p>4- Apresenta perdas ocasionais de fezes e/ou urina.</p>	<p>3- Necessita de ajuda parcial para deitar-se, levantar-se e sentar-se na cadeira. Colchão especial é aconselhável.</p> <p>4- Necessita de ajuda.(Hemiparesia, sequelas neurológicas, queda do estado geral, etc). Quando colocado fora do leito não mantém o equilíbrio e necessita de apoio e observação. Ou, devido à confusão mental, ou agitação psicomotora, necessita de restrição mecânica que lhe restringe a mobilidade, necessitando trocas frequentes. Colchão especial é recomendável, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.</p>
<p>5- Nenhuma comunicação verbal, não reage a estímulos verbais.</p>	<p>5- Não tem condições de banho no chuveiro e necessita de auxílio para ser banhado no leito. Não deglute e necessita de sonda para alimentação. Ou necessita ser alimentado na boca, pausadamente.</p>	<p>5- Não deambula.</p>	<p>5- Apresenta perdas frequentes ou incontinência urinária e fecal.</p>	<p>5- Necessita de ajuda total para movimentar-se. Colchão especial é extremamente importante para diminuir a pressão, assim como rolos de apoio e almofadas de proteção.</p>

(*) Particularidades, como por exemplo, paciente só fala japonês, ou tem déficit auditivo, visual ou outros, devem ser anotadas no espaço para comentários.	(*) Particularidades devem ser anotadas no espaço para comentários.	(*) Particularidades como defeitos congênitos, coto, paraplegia, hemiplegia e outros devem ser anotadas no espaço para comentários.	(*) Em casos em que o paciente está com SVD, o que lhe confere 3 pontos, mas devido ao seu estado geral, inconsciência, confusão, etc, apresenta perda ocasional de fezes(4 pontos) ou incontinência fecal(5 pontos), é necessário fazer uma média, e considerar 4 pontos. Estas e outras particularidades devem ser anotadas no espaço para comentários.	(*) Particularidades devem ser anotadas no espaço para comentários.
---	---	---	--	---

A soma dos pontos permite classificar a capacidade de AC do paciente em 4 níveis:

NÍVEL CAPACIDADE PARA O AC	TOTAL PONTOS	DEFINIÇÃO
I	5	Independente para o AC
II	6 - 10	Hábil para o AC, porém necessita de apoio e pequena ajuda
III	11- 17	Necessita de ajuda moderada, a grande para alcançar o AC
IV	18- 25	Totalmente dependente de ajuda

ANEXO B – INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO ESTADO MENTAL – (MEEM)

MINI EXAME DO ESTADO MENTAL

Orientação Temporal Espacial – questão 2.a até 2.j pontuando 1 para cada resposta correta, máximo de 10 pontos.

Registros – questão 3.1 até 3.d pontuação máxima de 3 pontos.

Atenção e cálculo – questão 4.1 até 4.f pontuação máxima 5 pontos.

Lembrança ou memória de evocação – 5.a até 5.d pontuação máxima 3 pontos.

Linguagem – questão 5 até questão 10, pontuação máxima 9 pontos.

Identificação do cliente

Nome: _____

Data de nascimento/idade: _____ Sexo: _____

Escolaridade: Analfabeto () 0 à 3 anos () 4 à 8 anos () mais de 8 anos ()

Avaliação em: ____/____/____ Avaliador: _____.

Pontuações máximas	Pontuações máximas
<p>Orientação Temporal Espacial</p> <p>1. Qual é o (a) Dia da semana? _____ 1 Dia do mês? _____ 1 Mês? _____ 1 Ano? _____ 1 Hora aproximada? _____ 1</p> <p>2. Onde estamos?</p> <p>Local? _____ 1 Instituição (casa, rua)? _____ 1 Bairro? _____ 1 Cidade? _____ 1 Estado? _____ 1</p>	<p>Linguagem</p> <p>5. Aponte para um lápis e um relógio. Faça o paciente dizer o nome desses objetos conforme você os aponta _____ 2</p> <p>6. Faça o paciente. Repetir “nem aqui, nem ali, nem lá”. _____ 1</p> <p>7. Faça o paciente seguir o comando de 3 estágios. “Pegue o papel com a mão direita. Dobre o papel ao meio. Coloque o papel na mesa”. _____ 3</p>
<p>Registros</p> <p>1. Mencione 3 palavras levando 1 segundo para cada uma. Peça ao paciente para repetir as 3 palavras que você mencionou. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. -Vaso, carro, tijolo _____ 3</p>	<p>8. Faça o paciente ler e obedecer ao seguinte: FECHE OS OLHOS. _____ 1</p> <p>09. Faça o paciente escrever uma frase de sua própria autoria. (A frase deve conter um sujeito e um objeto e fazer sentido). (Ignore erros de ortografia ao marcar o ponto) _____ 1</p>
<p>3. Atenção e cálculo</p> <p>Sete seriado (100-7=93-7=86-7=79-7=72-7=65). Estabeleça um ponto para cada resposta correta. Interrompa a cada cinco respostas. Ou soletrar a palavra MUNDO de trás para frente. _____ 5</p>	<p>10. Copie o desenho abaixo. Estabeleça um ponto se todos os lados e ângulos forem preservados e se os lados da interseção formarem um quadrilátero. _____ 1</p> <div style="text-align: center;">  </div>
<p>4. Lembranças (memória de evocação)</p> <p>Pergunte o nome das 3 palavras aprendidas na questão 2. Estabeleça um ponto para cada resposta correta. _____ 3</p>	

ANEXO C – CARTA DE ANUÊNCIA CHEFIA DO SETOR



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DA UFPE
FILIAL DA EMPRESA BRASILEIRA
DE SERVIÇOS HOSPITALARES

EBSERH

CARTA DE ANUÊNCIA COM AUTORIZAÇÃO PARA USO DE DADOS

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos a pesquisadora **Maria do Socorro de Oliveira Costa**, a desenvolver o seu projeto de pesquisa **Avaliação ao Autocuidado de mulheres com câncer de mama à luz da Teoria de Dorothe Orem**, que está sob a orientação da **Profª Dra Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos**, cujo objetivo é **Avaliar o Autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial à Luz da Teoria de Dorothea Orem**, nesta Instituição, no **AMBULATÓRIO DE ONCOLOGIA**, bem como cederemos o acesso aos dados de prontuários/de base de dados de pesquisa para serem utilizados na referida pesquisa e acesso às pacientes que serão entrevistadas.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos das Resoluções do Conselho Nacional de Saúde e suas complementares, comprometendo-se o/a mesmo/a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

Uma vez que a resolução do Conselho Nacional de Saúde No 466/2012 no seu artigo V, item V.6, determina que "o pesquisador, patrocinador e as instituições e/ou organizações envolvidas nas diferentes fases da pesquisa devem proporcionar assistência imediata, bem como responsabilizarem-se pela assistência integral aos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa" declaro que recebi cópia do projeto e estou de acordo com sua execução no serviço/departamento/ambulatório do qual sou responsável.

Antes de iniciar a coleta de dados o/a pesquisador/a deverá apresentar a esta Instituição/Setor/Serviço o Parecer Consubstanciado devidamente aprovado, emitido por Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, credenciado ao Sistema CEP/CONEP.

Leise em *26* / *05* / *2022*

Dra. Izabelle Caldas
Oncologista
UFPE

Nome/assinatura e carimbo do responsável pelo serviço/departamento/ambulatório onde será realizada a pesquisa

Núcleo de Apoio à Pesquisa – HC/UFPE Tel: (81) 2126.3500
Av. Prof. Moraes Rego, s/n - Cidade Universitária – Recife/PE CEP: 50670-420
nap.hcufpe@gmail.com

ANEXO D – CARTA DE ANUÊNCIA REDE DE PESQUISA

23/05/22, 11:31

SEI/SEDE - 21676576 - Carta - SEI



Carta - SEI nº 117/2022/SGPITS/GEP/HC-UFPE-EBSERH

Recife, data da assinatura eletrônica.

CARTA DE ANUÊNCIA

1. Informo para os devidos fins e efeitos legais, objetivando atender as exigências para a obtenção de parecer do Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos, e como representante legal da Instituição, estar ciente do projeto de pesquisa: "AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM", sob a responsabilidade do Pesquisador Principal MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA.
2. Declaro ainda conhecer e cumprir as orientações e determinações fixadas na Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde e demais legislações complementares.
3. No caso do não cumprimento, por parte do pesquisador, das determinações éticas e legais, a Gerência de Ensino e Pesquisa tem a liberdade de retirar a anuência a qualquer momento da pesquisa sem penalização alguma.
4. Considerando que esta instituição tem condição para o desenvolvimento deste projeto, autorizo a sua execução nos termos propostos mediante a plena aprovação do CEP competente.

(assinada eletronicamente)

Gerente de Ensino e Pesquisa

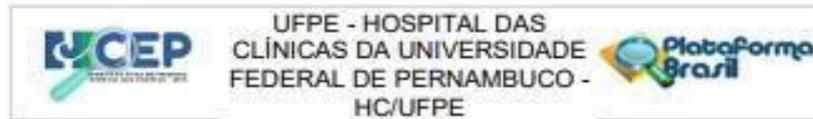


Documento assinado eletronicamente por Raquel Kelner Silveira, Chefe de Setor, em 23/05/2022, às 10:56, conforme horário oficial de Brasília, com fundamento no art. 6º, § 1º, do Decreto nº 8.539, de 8 de outubro de 2015.



A autenticidade deste documento pode ser conferida no site https://sei.ebserh.gov.br/sei/controlador_externo.php?acao=documento_conferir&id_orgao_acesso_externo=0 informando o código verificador 21676576 e o código CRC ADCE83C8.

ANEXO E – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AVALIAÇÃO DO AUTOCUIDADO DE MULHERES COM CÂNCER DE MAMA À LUZ DA TEORIA DE DOROTHEA OREM

Pesquisador: MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 59091422.8.0000.8807

Instituição Proponente: DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM/CCS/UFPE

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.486.953

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto de pesquisa da mestranda Maria do Socorro de Oliveira Costa sob orientação da Profª Drª Eliane Maria Ribeiro de Vasconcelos do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal de Pernambuco. Será realizado um estudo do tipo transversal. A coleta dos dados acontecerá no ambulatório de oncologia do Hospital das Clínicas no período de agosto a outubro de 2022. A amostra será constituída por mulheres em tratamento ambulatorial para câncer de mama, com idade entre 30 a 69 anos. A coleta de dados será realizada através da aplicação de três questionários (mini exame do estado mental, dados sociodemográficos e avaliação do autocuidado).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo geral

Avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial à luz da Teoria de Dorothea Orem.

Objetivos específicos

Avaliar as estratégias de autocuidado adotadas pelas mulheres em tratamento de câncer de

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 2º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 2125-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ufpe.br



UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Continuação do Projeto: 5.488.963

mama do Hospital das Clínicas;

Identificar o déficit de autocuidado nas pacientes com câncer de mama que estão sendo acompanhadas no Hospital das Clínicas;

Relacionar os aspectos sociodemográficos com o déficit de autocuidado nas mulheres em tratamento para câncer de mama;

Associar a relação da terapêutica utilizada com o déficit de autocuidado das mulheres com câncer de mama em tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

A pesquisadora relata que o estudo apresenta riscos de constrangimento pela abordagem realizada e por determinados conteúdos abordados. É descrito que as participantes podem sentir sua privacidade invadida ao responder a questões sensíveis que lhes remetam a situações estressoras e/ou de sofrimento, bem como ter seu tempo comprometido pela entrevista. Pode haver ainda risco em relação a quebra de sigilo e confidencialidade das informações. No entanto, a pesquisadora descreve que para minimizar os riscos será oferecido um local adequado e privativo para realização da coleta e será ofertado informações sobre o estudo junto a leitura do TCLE garantindo a voluntária que ela pode recusar-se a responder ou desistir da pesquisa a qualquer momento e, será disponibilizado o contato da pesquisadora para eventual necessidade. O projeto relata que os resultados encontrados subsidiarão estratégias para melhoria da qualidade de vida e autocuidado da população estudada, bem como para o aperfeiçoamento dos profissionais que trabalham com esses pacientes, além de subsidiar conhecimento acerca da temática para profissionais, estudantes e pacientes.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Trata-se de um estudo transversal que se propõe a avaliar o autocuidado de mulheres com câncer de mama em tratamento ambulatorial. O câncer de mama é um problema de saúde pública mundial que vem crescendo exponencialmente nos últimos anos e, tanto a doença em si quanto a terapêutica utilizada podem afetar a funcionalidade da mulher, dificultando assim o seu autocuidado e afetando a sua qualidade de vida. Assim, a compreensão dos fatores que interferem nesse processo pode facilitar o desenvolvimento de medidas promotoras de saúde e fornecer subsídios para formulação de estratégias que possam contribuir para a melhoria do autocuidado de mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Sendo assim, o projeto apresenta um estudo

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 50.670-901
UF: PE **Município:** RECIFE
Telefone: (81) 2126-3743 **E-mail:** cep.hcpe@ufpe.br



UFPE - HOSPITAL DAS
CLÍNICAS DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DE PERNAMBUCO -
HC/UFPE



Contratação do Pesquisador: 5.488.052

clínicamente relevante que pode auxiliar na melhoria da qualidade de vida desta população.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Vide Pendências e Lista de Inadequações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Aprovado

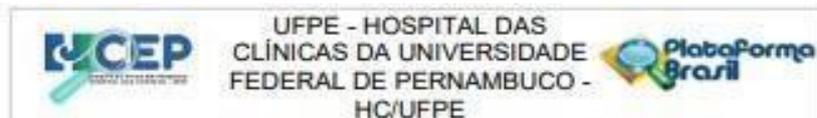
Considerações Finais a critério do CEP:

Projeto Aprovado, sem pendências éticas.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1949700.pdf	27/05/2022 21:40:01		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_COMPLETO.pdf	27/05/2022 21:35:42	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_CEP_COMPLETO.docx	27/05/2022 21:35:17	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	27/05/2022 21:29:06	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Declaração de coordenação	ANUENCIA_SETOR_ONCOLOGIA.pdf	27/05/2022 21:26:20	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Declaração de Pesquisadores	TERMO_COMPROMISSO_CONFIDENCIALIDADE.pdf	27/05/2022 21:23:10	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO.pdf	27/05/2022 21:21:20	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
TCE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TERMO_CONSENTIMENTO_LIVRE_E_SCLARECIDO.docx	27/05/2022 21:20:53	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	INSTRUMENTO_AVALIACAO_ESTADO_MENTAL.pdf	23/05/2022 21:02:51	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
Bairro: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
UF: PE Município: RECIFE
Telefone: (81) 2126-3743 E-mail: cep.hcpe@ufpe.br



Continuação do Parecer: 5.466.662

Outros	INSTRUMENTO_AVALIACAO_AUTOCUIDADO.pdf	23/05/2022 21:02:18	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	QUESTIONARIO_SOCIODEMOGRAFICO.pdf	23/05/2022 21:01:18	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	DECLARACAO_VINCULO.pdf	23/05/2022 20:34:19	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_ORIENTADORA.pdf	23/05/2022 20:30:43	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	CURRICULO_LATTES_MARIA.pdf	23/05/2022 20:30:06	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito
Outros	CARTA_DE_ANUENCIA.pdf	23/05/2022 20:26:39	MARIA DO SOCORRO DE OLIVEIRA COSTA	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RECIFE, 13 de Junho de 2022

Assinado por:
Ana Caetano
(Coordenador(a))

Endereço: Av. Professor Moraes Rego, 1235, Bloco C, 3º andar do prédio principal, Ala Norte, 1ª sala à esquerda do
 Balço: Cidade Universitária CEP: 50.670-901
 UF: PE Município: RECIFE
 Telefone: (81) 3126-3743 E-mail: cnp.hcpe@ufpe.br