UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: EPIDEMIOLOGIA E MÉTODOS DIAGNÓSTICOS

Manoela Rodrigues

CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES COM FOCO EM DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANÁLISE DE SOBREVIDA EM CINCO ANOS EM HOSPITAL ONCOLÓGICO DO RS

Porto Alegre
2017

Manoela Rodrigues

CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES COM FOCO EM DEPRESSÃO E SINTOMAS DEPRESSIVOS E ANÁLISE DE SOBREVIDA EM CINCO ANOS EM HOSPITAL ONCOLÓGICO DO RS

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre como requisito para a obtenção do grau de Mestre.

Orientadora: Profª Drª Daniela Centenaro Levandowski
Co-orientadora: Profª Drª Eliane Goldberg Rabin

Porto Alegre
2017

Catalogação na Publicação

Rodrigues, Manoela
CÂNCER DE MAMA: REVISÃO DE LITERATURA SOBRE INTERVENÇÕES COM FOCO EM DEPRESSÃO E SINTOMAS DE PRESSIVOS E ANÁLISE D EOSBREVIDA EM CINCO ANOS EM HOSPITAL ONCOLÓGICO DO RS / Manoela Rodrigues. -- 2017.
77 f. : il., graf., tab. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) -- Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, 2017.

Orientador(a): Daniela Centenaro Levandowski ; coorientador(a): Eliane Goldberg Rabin.

1. Oncologia. 2. Depressão. 3. Câncer de mama. I. Título.

Sistema de Geração de Ficha Catalográfica da UFCSPA com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES **6**
LISTA DE TABELAS **7**
LISTA DE ABREVIATURAS **8**
RESUMO GERAL DA DISSERTAÇÃO **9**
ABSTRACT **10**
APRESENTAÇÃO **11**
1. INTRODUÇÃO **12**
2. OBJETIVO GERAL **16**
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS 16
REFERÊNCIAS **17**
CAPÍTULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA **19**
RESUMO 20
INTRODUÇÃO 21
MÉTODO 23
RESULTADOS E DISCUSSÃO 24
CONSIDERAÇÕES FINAIS 35
REFERÊNCIAS 38
CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO **43**
RESUMO 44
INTRODUÇÃO 45
MATERIAIS E MÉTODOS 47
DELINEAMENTO 47
POPULAÇÃO E AMOSTRA 47
CRITÉRIOS DE INCLUSÃO 47
CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO 47
COLETA DE DADOS 47
ANÁLISE DE DADOS 47
ASPÉCTOS ÉTICOS 48
RESULTADOS 48
DISCUSSÃO 54
CONSIDERAÇÕES FINAIS 58

REFERÊNCIAS 60
CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO 62
ANEXO A – FICHA DE REGISTRO DO TUMOR 64
ANEXO B –FIC HA DE SEGUIMENTO 66
ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO CEP UFCSPA 67
ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* 70

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

CAPÍTULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

FLUXOGRAMA 1 ETAPAS METODOLÓGICAS DE SELEÇÃO DOS ARTIGOS 23
GRÁFICO 1 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS ANALISADOS CONFORME ANO DE PUBLICAÇÃO 30
GRÁFICO 2 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS CONFORME AS INTERVENÇÕES REALIZADAS, AGRUPADAS POR EXEITO TEMÁTICO (%) 31
GRÁFICO 3 DISTRIBUIÇÃO DOS ESTUDOS CONFORME OS ASPÉCTOS AVALIADOS, PARA ALÉM DA DEPRESSÃO OU SINTOMATOLOGIA DEPRESSIVA 34

CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO

FIGURA 1 ESTRATIFICAÇÃO DOS CASOS DE CÂNCER DE MAMA POR ANO DO DIAGNÓSTICO 50
FIGURA 2 OCORRÊNCIA DE ÓBISTOS ESTRATIFICADA POR ESTADIAMENTO CLÍNICO PARA OS CINCO PRIMEIROS ANOS APÓS O DIAGNÓSTICO 51
FIGURA 3 CURVA DE SOBREVIDA DE KAPLAN-MEIER 52
FIGURA 4 SOBREVIDA EM MESES ESTRATIFICADA PARA O HISTÓRICO DE USO DE TABACO 53
FIGURA 5 SOBREVIDA EM MESES ESTRATIFICADA PARA O HISTÓRICO DE USO DE ÁLCOOL 53
FIGURA 6 SOBREVIDA EM MESES ESTRATIFICADA POR ESTADIAMENTO CLÍNICO 54

LISTA DE TABELAS

CAPÍTULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

TABELA 1 CARACTRIZAÇÃO DOS ESTUDOS REVISADOS, CONSIDERANDO O TOME, OBJETIVOS, MÉTODO E PRINCIPAIS RESULTADOS 23

CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO

TABELA 1 CARACTRIZAÇÃO SOCIODEMIGRÁFICA E DE SAÚDE DAS PARTICIPANTES 48
TABELA 2 CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR E TRATAMENTO 50
TABELA 3 TEMPO MÉDIO DE SOBREVIDA EM MESES ESTRATIFICADO POR ESTADIAMENTO CLÍNICO 51
TABELA 4 TEMPO ENTRE DIAGNÓSTICO E INÍCIO DO TATAMENTO PARA CA DE MAMA 54

LISTA DE ABREVIATURAS

CA MAMA	Câncer de mama
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
HSR	Hospital Santa Rita
IARC	International Agency for Research on Cancer
INCA	Instituto Nacional do Câncer
ISCMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
NEEDS	Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde
OMS	Organização Mundial de Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidências
RHC	Registro Hospitalar do Câncer
RS	Rio Grande do Sul
SIM	Sistema de Informação sobre Mortalidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Tumor, Nódulos e Metástases
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre
UICC	União Internacional Contra o Câncer

RESUMO GERAL DA DISSERTAÇÃO

Esta dissertação apresenta dois artigos, com os seguintes objetivos: artigo 1 - analisar a taxa de sobrevida global em cinco anos de mulheres com câncer de mama, atendidas em hospital oncológico de referência do RS, e artigo 2 – revisar na literatura as intervenções para o tratamento de depressão e sintomas depressivo em pacientes com câncer de mama. Foi realizada inicialmente uma revisão da literatura sobre intervenções para depressão e sintomas depressivos em mulheres com câncer de mama, com foco em estudos publicados nos últimos cinco anos, utilizando-se como descritores *breast cancer and depression* em consulta à base de dados Pubmed. Esta revisão identificou dezesseis estudos sobre esta temática, que foram divididos em três eixos temáticos: Intervenções de relaxamento, de cunho informativo e psicoterápicas. Intervenções de relaxamento se mostraram mais frequentes e efetivas para essa finalidade. A partir desta revisão, foi possível avaliar o impacto da depressão e dos sintomas depressivos nestas pacientes e refletir sobre a importância de aprimorar conhecimentos referentes a esta patologia. O artigo configurou-se como uma ferramenta importante para a prática assistencial junto a essas pacientes Após esta etapa, foi realizada uma pesquisa documental, de cunho epidemiológico, usando os dados da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA). Foram consideradas todas as mulheres diagnosticadas com câncer de mama entre os anos de 2007 e 2011. A partir da identificação dos casos, realizou-se um levantamento de dados sociodemográficos e de informação de sobrevida e estadiamento clínico. Foram identificados 2729 casos de câncer de mama atendidos nesta instituição no período avaliado. Destes, 933 (34%) apresentavam informação de sobrevida disponível. Tais casos foram analisados e estratificados em relação à sobrevida por ano nos cinco primeiros anos após o diagnóstico, bem como correlacionados com estadiamento. A sobrevida geral destas mulheres, em 5 anos, foi de 88,74%, consistente com a literatura. Entretanto, quando estratificada por estadiamento, a taxa de sobrevida apresentou-se superior à encontrada na literatura. Os dois estudos podem auxiliar profissionais da saúde e gestores na oferta de uma assistência de qualidade a mulheres acometidas por câncer de mama, bem como identificar estratégias específicas, considerando uma gestão participativa e ciente do perfil de paciente atendido e suas necessidades.

Palavras-chave: neoplasias de mama; mulher; oncologia; sobrevida; depressão; intervenção.

ABSTRACT

This study presents two articles, with the following objectives: article 1 - to analyze the overall survival rate at five years for women with breast cancer in a reference cancer hospital and article 2 - review the literature to characterize interventions that have been done for treatment of depression and depressive symptoms in this population. Initially was performed a literature review on interventions for depression and depressive symptoms in women with breast cancer focused on studies published in the last five years using as key words *breast cancer* and *depression* in Pubmed database. This review identified sixteen studies which were divided in three thematic axes: relaxation Interventions, psychotherapy and informative interventions. Relaxation interventions were more frequent and effective for this purpose. After this review it was possible assess the impact of depression and depressive symptoms in these patients and reflect on the importance of improve knowledge related to this pathology. The review was an important tool for care practice. After this, it was performed a documentary research using data of Instituto Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA).

It was considered every woman diagnosed with breast cancer between 2007 and 2011. A sociodemographic survey, survival information and clinical staging was conducted. 2729 breast cancer cases were attended at this institution for the period mentioned. 933 (34%) of these cases presented survival information available. These cases were analysed for 5 years survival and correlated with staging of câncer and others importants informations.

The overall survival in 5 years was 88.74%, this data is according with literature. However, when stratified by staging, overall survival in 5 years was superior compared with literature. Both studies can assist health professionals and managers in quality care improvement for women with breast cancer as well as identify specific strategies to meet the needs of these patients.

Keywords: breast neoplasms; woman; oncology; Survival; depression; intervention.

APRESENTAÇÃO

O Câncer de mama (CA mama) é uma patologia que acomete muitas mulheres, sendo suas taxas de incidência na região sudeste de 64.54 casos/100mil mulheres, região sul 64.3/100mil mulheres, região centro-oeste 37,68/100mil mulheres, região nordeste 30,11/100mil mulheres e região norte 16,62/100mil mulheres. Ao trabalhar em um hospital oncológico, é possível perceber o impacto desta doença na vida destas pacientes. Esta percepção me despertou o interesse em conhecer melhor sobre o CA mama e buscar aprimoramento do conhecimento e, consequentemente, da qualidade na assistência para estas pacientes, no intuito de ofertar a melhor qualidade de vida possível.

Concomitantemente a este interesse, me inseri no Núcleo de Estudos em Desenvolvimento e Saúde (NEEDS) da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), durante a realização do Mestrado. Este grupo conta com profissionais e estudantes de diversas áreas - como Psicologia, Fonoaudiologia e Enfermagem – que se reúnem no intuito de promover o desenvolvimento profissional através de pesquisas e compartilhamento de conhecimento. Esta experiência, além de colaborar muito para meu crescimento pessoal e profissional, reforçou a importância de promover pesquisas na temática do desenvolvimento humano e da saúde. Também, contar com um grupo multidisciplinar foi de extrema importância para optar por uma pesquisa que abranja e possa instrumentalizar diversos profissionais na área da saúde.

Com esta visão, optei por pesquisar, durante o Mestrado em Ciências da Saúde, sobre aspectos relacionados à depressão e sintomas depressivos em mulheres com CA mama e a sobrevida destas mulheres, com base na constante revisão de literatura e busca ao sistema de dados do Hospital Santa Rita (HSR) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCMPA), local no qual atuo como enfermeira assistencial desde o ano de 2014. O resultado destas pesquisas serão apresentador nesta dissertação na forma de dois artigos: o primeiro deles, uma revisão da literatura com foco em intervenções para depressão e sintomas depressivos para mulheres com CA mama; o segundo, empírico, acerca da sobrevida em 5 anos - entre os anos de 2007 e 2011 - de mulheres com CA mama atendidas no HSR-ISCMPA. Antes dos artigos, consta uma Introdução sobre a temática do estudo e os objetivos gerais e específicos da Dissertação. Após, as Considerações Finais da Dissertação.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama (CA mama) é o tipo de câncer mais incidente na população feminina brasileira e mundial. Por isso, no Brasil, o controle deste câncer foi afirmado como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica, em 2005, e no Pacto pela Saúde, em 2006 (INCA, 2011). As taxas de incidência deste câncer variam de acodo com a região, sendo na região sudeste de 64.54 casos/100mil mulheres, região sul 64.3/100mil mulheres, região centro-oeste 37,68/100mil mulheres, região nordeste 30,11/100mil mulheres e região norte 16,62/100mil mulheres e tendo uma prevalência (INCA, 2015).

Este câncer é multifatorial; os fatores de risco mais comuns incluem os fatores genéticos, hormonais, exposição à radiação ionizante, nuliparidade, além da ingestão de bebidas alcoólicas e tabagismo (McTIERNAM, 2003).

Em geral, os fatores hereditários e relacionados ao ciclo reprodutivo não são modificáveis, porém, aqueles fatores como excesso de peso, consumo de álcool e terapia de reposição hormonal são passíveis de modificações (INCA, 2015).

Uma vez diagnosticada a neoplasia, é importante conhecer a velocidade de crescimento do tumor e sua disseminação, para a determinação do prognóstico. Ainda assim, o tempo de sobrevida pode variar amplamente, não sendo possível estabelecer um prognóstico individualizado e preciso. A propagação direta do CA mama ocorre pela infiltração de células do tumor ao longo dos ductos. A propagação pela via linfática e o acometimento dos linfonodos regionais têm forte relação com a sobrevida das pacientes e a abordagem terapêutica a ser adotada. Os linfonodos mais atingidos comumente são os axilares, já que 95% da drenagem linfática da mama flui nesta direção (MENKE et al., 2007).

Com a finalidade de padronizar as condutas adotadas no tratamento do CA mama, foram desenvolvidos critérios de estadiamento baseados na classificação dos tumores malignos - Tumor, Nódulo e Metástases (TNM) - de acordo com a União Internacional Contra o Câncer (UICC). Para estabelecer este critério, que agrupa os casos de CA mama em estágios 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC e IV, deve-se levar em consideração as características do tumor primário, dos linfonodos e das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, bem como a presença ou ausência de metástases à distância. Este sistema de classificação conta a sua 7ª versão como a mais atualizada (UICC, 2009).

Os tratamentos para o CA mama incluem tratamento local, como a cirurgia radical ou conservadora ou a radioterapia, e tratamentos sistêmicos, como quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia (SENKUS et al., 2015).

Habitualmente, a abordagem terapêutica no tratamento da neoplasia de mama em estádios I e II consiste em cirurgia, podendo ser complementada com radioterapia após o procedimento. O tratamento sistêmico, neste caso, é avaliado de acordo com o risco de recorrência da doença. Para o estádio III, o tratamento sistêmico, quimioterapia na maioria das vezes, é a modalidade terapêutica inicial. No estádio IV, a modalidade sistêmica é a principal escolha, sendo fundamental buscar uma decisão terapêutica que busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o prolongamento da sobrevida (INCA, 2015).

Cabe destacar que o câncer e seu tratamento afetam diretamente a vida da paciente, visto seus efeitos adversos e também as mudanças necessárias nos hábitos de vida destas pacientes em tratamento para a neoplasia (FERREIA et al., 2015[a]). Desse modo, o CA mama pode afetar tanto a saúde física quanto psíquica das mulheres (PANOBIANDO et al., 2014), desencadeando reações emocionais como medo, insônia, ansiedade e depressão, com prejuízo à sua qualidade de vida (SIMEÃO et al., 2013).

Entre estes problemas, é importante destacar a depressão. Sua ocorrência em pacientes em tratamento oncológico é superior do que o esperado para a população em geral. Em torno de 25% a 35% de mulheres com CA mama irão desenvolver ansiedade ou depressão durante o curso da doença (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012). Apesar destes dados, existe ainda grande dificuldade em identificar estes sintomas nessas pacientes (FERREIRIA et al., 2015[b]), fato este que demonstra a grande necessidade de desenvolvimento de estudos capazes de auxiliar os profissionais no atendimento a estas pacientes.

Entre as intervenções para a detecção precoce do CA mama, encontram-se ações de rastreamento e ações de diagnóstico precoce. Independentemente das particularidades do contexto, as ações de detecção precoce do câncer de mama devem ser baseadas nas melhores evidências disponíveis, para que produzam os resultados esperados, resultando no menor dano possível à saúde da população. Diretrizes baseadas em evidências científicas têm sido o instrumento recomendado em todo o mundo para alcançar esses objetivos (INCA, 2015).

A Prática Baseada em Evidências (PBE) é uma ferramenta que possibilita a utilização de resultados de pesquisa na assistência à saúde, reforçando a importância da pesquisa para a prática clínica. Deve-se buscar evidências científicas consistentes e atualizadas, com a finalidade de implementá-las na assistência de forma qualificada (SOARES, 2015).

Para Pearson *et al*. (2010), os cuidados de saúde baseados em evidência resultam de um processo contínuo, que é originado de interrogações, preocupações ou interesses, a partir da identificação de necessidades globais de cuidados de saúde. Neste cenário, podem-se citar os sistemas de informações em saúde como mecanismos de coleta, processamento, análise e transmissão das informações necessárias para planejar, organizar, operar e avaliar os serviços de saúde, trazendo melhoria na racionalidade organizacional e no planejamento de ações (MELO;ENDERS, 2013).

Um sistema de informação é um conjunto de componentes relacionados entre si que coletam, manipulam e disseminam dados e informações (STAIR;REYNOLDS, 2006), com a finalidade de facilitar o planejamento, o controle, a coordenação, a análise e o processo decisório (LAUDON;LAUDON, 1999).

Neste contexto, temos o registro de câncer de base hospitalar, que coletam dados de todos os pacientes atendidos no hospital com diagnóstico confirmado de câncer. No que tange aos estudos que levaram em conta registros hospitalares, podemos identificar alguns exemplos do quanto este tipo de suporte tem se mostrado importante em diferentes países e com diferentes finalidades. Foi possível identificar estudos que utilizaram esta tecnologia para avaliar a sobrevida e prevalência de mulheres com CA mama em um hospital em Madri (RUIZDELGADO;PÉREZ; PABLOS, 2012), no Brasil (EDESIO et al., 2011) e até mesmo na comparação entre diferentes características desta neoplasia em diferentes países (SIVASUBRAMANIAM et al., 2015). O uso de banco de dados também foi utilizado para traçar um perfil epidemiológico de pacientes com CA mama atendidas em um hospital alemão e definir indicações para a realização de mamografia destas pacientes (FUHS;BARTOLOMAUS;HEIDINGER, 2014). Por fim, também foi identificado um estudo que utilizou este recurso na análise de custos de tratamento do CA mama, como foco, portanto, em avaliações econômicas (HALL et al., 2015).

Neste contexto, o presente estudo utilizou o registro de câncer de base hospitalar de uma instituição de saúde referência no atendimento a pacientes oncológicos do Estado do Rio Grande do Sul para produzir evidências referentes à sobrevida, mortalidade, tratamento e dados sociodemográficos em relação ao CA mama. No Brasil, diversos estudos já utilizaram sistemas de informação para verificar a implementação de recomendações para detecção precoce do CA mama (SILVA, 2014), fatores associados à mortalidade por CA mama (MELO et al., 2013), avaliar o tempo decorrido entre diagnóstico e início do tratamento (SOUZA et al., 2015), entre outros. Ao realizar uma breve consulta a bases de dados acerca

de estudos de sobrevida no Brasil que utilizaram sistemas de informação, foram localizados estudos em diversas regiões, como Santa Catarina (HOFELMANN;ANJOS; AYALA, 2014), Goiás (PERES et al., 2015), Minas Gerais (GUERRA et al., 2015) e Rio Grande do Sul (MOREAS et al., 2006). Porém, o único estudo identificado no Rio Grande do Sul foi realizado no ano de 2006 e, tendo em vista o aumento nas taxas de sobrevida e os avanços no tratamento e diagnóstico observados nos últimos anos, faz-se necessário e relevante um estudo que realize esta avaliação em um centro de referência para o tratamento desta patologia. Da mesma forma, diante do exposto, o presente estudo buscou revisar a literatura para identificar intervenções que tem sido implementadas para o tratamento da depressão ou de sintomas depressivos de mulheres com CA mama.

2. OBJETIVO GERAL

Analisar a sobrevida em 5 anos de mulheres com CA mama, bem como caracterizar as intervenções têm sido realizadas para tratar depressão e sintomas depressivos nesta população.

Para alcançar esses objetivos, foram elaborados dois artigos:

Artigo 1: Intervenções para depressão e sintomatologia depressiva em pacientes com de câncer de mama: Revisão narrativa da literatura

Artigo 2: A sobrevida em mulheres com câncer de mama em um hospital de referência oncológica do Sul do Brasil: Um estudo de coorte retrospectivo entre os anos de 2007 e 2011

2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Artigo 1: Intervenções para depressão e sintomatologia depressiva em pacientes com de câncer de mama: Revisão narrativa da literatura

Objetivos:

- Identificar as intervenções realizadas para pacientes com CA mama com foco na depressão e nos sintomas depressivos.
- Identificar a eficácia destas intervenções.

Artigo 2: A sobrevida em mulheres com CA mama em um hospital de referência oncológica do Sul do Brasil: Um estudo de coorte retrospectivo entre os anos 2007 – 2011

Objetivos:

- Identificar a taxa de sobrevida global dessas pacientes em cinco anos.
- Identificar fatores de risco (uso de álcool e tabaco) para CA mama aos quais estas mulheres foram expostas.
- Caracterizar o perfil sociodemográfico das pacientes.
- Identificar o tipo de tratamento recebido inicialmente.
- Identificar o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento.

REFERÊNCIAS

EDESIO, M; et al. Prevalência do câncer de mama na cidade de Goiânia, Goiás, Brasil, no período de 1988 a 2002. **São Paulo Medical Journal.** v.129, n. 5, 2011. p. 309-314.

FERREIRA, A.S[b].; et al. Câncer de mama: estimativa da prevalência de ansiedade e depressão em pacientes em tratamento ambulatorial. **Arquivos de Ciências da Saúde.** v.19, n.3, 2015. p. 185-189.

FERREIRA, V.A[a].; et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer ginecológico e mamário submetidas à quimioterapia. **Revista Rene.** v.16, n.2, 2015. p. 266-274.

FUHS, A.; BARTHOLOMÄUS, S.; HEIDINGER, O. Evaluation of the Impact of the Mammography Screening Program on Breast Cancer Mortality: Feasibility Study on Linking Several Data Sources in North Rhine-Westphalia. **Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz.** v.57, n.1. 2014. p.60-67.

GUERRA, M.R.; et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 31, n. 8, 2015. p.1673-1684.

HALL, P.S.; et al. Costs of cancer care for use in economic evaluation: a UK analysis of patient-level routine health system data. **British Journal of Cancer.** v.112, n.5, 2015. p.948-956.

HÖFELMANN, D.A.; ANJOS, J.C.; AYALA, A.L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v.19, n.6, 2014. p. 1813-1824.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Diretrizes para Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil,** 2015. Disponível em: http://ww.inca.gov.br. Acesso em: 16.nov.2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Rastreamento Organizado do Câncer de Mama**, 2011. Disponível em: http://ww.inca.gov.br. Acesso em: 21.abr.2016.

LAUDON, K. C.; LAUDON, J. P. **Sistemas de informação com Internet.** Rio de Janeiro, 1999.

MELO, E.C.A.; ENDERS, B.C. Construção de sistemas de informação para o processo de enfermagem: uma revisão integrativa. **Journal of Health Informatics**, v. 5, n. 1, 2013. p. 23-29.

MELO, W.A.; et al. Fatores associados na mortalidade por cancer de mama no noroeste paranaense. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde.** Edicação especial, 2013. p.1809-1816.

MENEZES, N. N. T.; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: Um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estudos de Psicologia**. v.17, n.2, 2012. p. 233-240.

MENKE, C. H.; et al. **Rotinas em Mastologia.** 2ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

MOREAS, A.B.; et al. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v.22, n.10, 2006. p.2219-2228.

PANOBIANDO, M.S.; et al. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. **Revista Eletrônica de Enfermagem,** v.14, n.3, 2014. p. 523-540.

PEARSON, A.; et al. O modelo de cuidados de saúde baseados na evidência. **Instituto Joanna Briggs,**v.2, n. 12, 2010. p. 123-133.

PERES, V.C.; et al. Câncer de mama em mulheres: recidiva e sobrevida em cinco anos. **Texto & Contexto Enfermagem.** v.24, n.3, 2015. p.740-747.

RUIZDELGADO, C.F.; PÉREZ, M.P.; PABLOS, D.L. Análisis de la supervivencia del cáncer de mama durante el decenio 1999-2008 en un hospital público de madrid. **Revista Española de Salud Pública.** v.86, n.6, 2012. p.589 – 600.

SILVIA, G.A.; et al. Acesso à detecção precoce do câncer de mama no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir dos dados do Sistema de Informações em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** Rio de Janeiro. v.30, n.7, 2014. p.1537-1550.

SIMEÃO, S.F.A.P.; et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama**. Revista Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.3, 2013. p.779-788.

SIVASUBRAMANIAM, P.G.. et al. Breast Cancer Disparities: A Multicenter Comparison of Tumor Diagnosis, Characteristics, and Surgical Treatment in China and the U.S. **The Oncologist.** v. 20, 2015. p.1044 – 1050.

SOARES, M. I.; A pesquisa como fio condutor para o cuidado em enfermagem: Revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde,** v.6, n.1, 2015. p. 591-605.

SOUZA, B.; et al. Estudo do tempo entre o diagnóstico e início do tratamento do câncer de mama em idosas de um hospital de referência em São Paulo, Brasil. **Revista Ciência & Saúde Coletiva.** v.20, n.12, 2015. p.3805-3816.

STAIR, R. M.; REYNOLDS, G. W. **Princípios de sistemas de informação: uma abordagem gerencial**. Rio de Janeiro: Pioneira Thomson Learning, 2006.

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL. **TNM Classification of Malignant Tumours.** 2009. Disponível em: http://www.uicc.org/sites/main/files/private/TNM_Classification_of_Malignant_Tumours_Website_15%20MAy2011.pdf. Acesso em: 17.nov.2016.

CAPÍTULO 1: ARTIGO DE REVISÃO DE LITERATURA

(A ser submetido para a *Open Journal of Nursing* - QUALIS CAPES B2 – Área: Medicina 1)

Intervenções para depressão e sintomatologia depressiva em pacientes com de câncer de mama: Revisão narrativa da literatura[a]

.

Autores: Manoela Rodrigues[1], Karoline Barbisan Vieira[2], Eliane Goldberg Rabin[3] e Daniela Centenaro Levandowski[4].

[a] Este trabalho faz parte da Dissertação de Mestrado da primeira autora, orientado pela quarta autora e co-orientado pela terceira autora, apresentada ao programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde UFCSPA

[1] Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciência das Saúde de Porto Alegre – manoelar@ufcspa.edu.br

[2] Acadêmica do Curso de Psicologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – karolinebv@ufcspa.edu.br

[3] Enfermeira, Professora, Departamento de Enfermagem, Residência em Oncologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – elianer@ufcspa.edu.br

[4] Psicóloga, Professora, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e em Psicologia e Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – danielal@ufcspa.edu.br

Intervenções para depressão e sintomatologia depressiva em pacientes com câncer de mama: Revisão narrativa da literatura

Resumo

Introdução: Muitos estudos investigam a relação entre câncer de mama e depressão, porém poucos abordam intervenções para o tratamento desta sintomatologia nestas pacientes. **Objetivo:** Identificar as intervenções realizadas para pacientes com câncer de mama com foco na depressão e nos sintomas depressivos. **Método:** Trata-se de uma revisão narrativa da literatura, em que se utilizou os descritores *breast cancer and depression* para consulta à base de dados PubMed, considerando ensaios clínico no período 2011 a 2016. **Resultados:** Dentre os 3002 registros encontrados, foram selecionados 16 estudos quantitativos, apresentados em três eixos temáticos: Intervenções de relaxamento (n=8); Intervenções de cunho informativo (n=2) e Intervenções psicoterápicas (n=6). Intervenções de relaxamento e psicoterápicas demonstraram-se superiores quando comparadas aos grupos controles nos estudos avaliados. Devido ao número reduzido de estudos sobre intervenções informativas, não foi possível avaliar sua eficácia. **Considerações Finais:** Destaca-se a importância de mais publicações sobre esta temática, devido à sua relevância para a prática clínica.

Descritores: Câncer de mama; oncologia; depressão; intervenção; revisão narrativa.

Introdução

Segundo o Instituto Nacional do Câncer[1], desconsiderando o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o tipo mais comum na população feminina em diversas regiões do Brasil, sendo também o tipo de câncer que mais acomete mulheres em todo o mundo. Com os diversos avanços tecnológicos obtidos ao longo dos últimos anos, tanto no que se refere ao diagnóstico quanto ao tratamento desta patologia, houve uma contribuição significativa para o aumento da sobrevida de mulheres acometidas por esta doença e, consequentemente, aumento da ênfase na busca da qualidade de vida e fatores que possam impactá-la[2].

O diagnóstico de câncer de mama é um momento muito impactante na vida de uma mulher, podendo levar a um grave sofrimento e o aparecimento de agravos psicológicos importantes, como depressão[3]. A depressão é um problema psicológico comum em pacientes com câncer, um estudo publicado em 2015 apontou uma incidência de 21,6% de sintomas depressivos em mulheres com câncer de mama[4].

Contudo, é importante destacar a diferença entre sintomas depressivos e depressão. Depressão é um diagnóstico presente no Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais[5], caracterizado pela presença de cinco ou mais sintomas depressivos, com permanência de pelo menos duas semanas, acarretando mudanças no funcionamento prévio do paciente. Os sintomas depressivos descritos neste manual são: humor deprimido, acentuada diminuição do prazer em todas ou quase todas as atividades na maior parte do dia, perda ou ganho de peso acentuado e/ou aumento ou diminuição do apetite, insônia ou hipersonia, agitação ou retardo psicomotor, fadiga ou perda de energia, sentimento de inutilidade, diminuição de concentração e pensamento de morte recorrente, com ideação suicida[5].

Os sintomas depressivos, embora comuns em pessoas com doença clínica, muitas vezes podem ser confundidos com sintomas decorrentes do próprio tratamento ou mesmo de uma adaptação normal frente a uma doença crônica que ameaça a vida. Desse modo, frequentemente estes sintomas são subestimados por profissionais da área da saúde[6]. No que se refere especificamente a mulheres com câncer de mama, uma revisão sistemática publicada em 2015, que avaliou sintomas depressivos e ansiedade após o tratamento para o câncer, demonstrou que a prevalência de sintomas depressivos pode variar de 9,4% a 66,1%, sugerindo um aumento do risco para o desenvolvimento de depressão nesta população[7]. Em um estudo realizado no sul do Brasil, Rabin e colaboradores[8] apontaram como principais

preditores da qualidade de vida de mulheres com câncer de mama a intensidade dos sintomas depressivos e a realização da mastectomia.

Ainda no que se refere a esse tipo de câncer, estudos indicam que a presença de depressão no momento do diagnóstico está relacionada a uma maior mortalidade, principalmente em pacientes diagnosticadas nos estágios de I a III.[9-10]. Esse achado pode ser explicado pelo fato de que indivíduos com câncer que desenvolveram depressão apresentam risco três vezes maior de não adesão ao tratamento, quando comparados a pacientes oncológicos não deprimidos[10]. Contudo, a depressão em pacientes oncológicos está associada a diversos fatores que não apenas a dor, tratamento[11] e a piora clínica[12], tais perda de apetite, fadiga[13] e dificuldades de enfrentar um tratamento longo e muitas vezes doloroso[14].

Neste contexto, é importante destacar a relevância de intervenções que possam atenuar esses sintomas (ou mesmo esse quadro clínico) nesta população. Grande parte dos pacientes com depressão ou que apresentam sintomas depressivos não respondem à terapia medicamentosa isoladamente, destacando a necessidade de associação de outros métodos, com a finalidade de aumentar a eficácia do tratamento[15].

Desse modo, percebe-se como o paciente oncológico necessita de um atendimento pautado em uma visão holística e multidisciplinar, que proporcione uma abordagem profissional humanizada, com a possibilidade de considerar os aspectos biológicos, psicológicos, sociais e espirituais, pois o cuidado à saúde transcende o simples ato de assistir centrado no fazer, nas técnicas ou nos procedimentos. Mais do que isso, o cuidado ao paciente oncológico deve reconhecer os pacientes e seus familiares como seres humanos singulares, que atravessam um difícil momento de suas vidas[16].

São inegáveis os benefícios do atendimento multidisciplinar ao paciente oncológico, tanto para os profissionais, que conseguem desempenhar suas atividades com maior segurança, quanto para os pacientes, que passam a contar com um atendimento mais completo e qualificado[17]. Particularmente, o enfermeiro tem um papel fundamental no tratamento dessa patologia e é um profissional capacitado para dispensar um cuidado integralizado, uma vez que se trata de quem lida diretamente com o paciente. Entretanto, para que isto seja possível, é necessário um aporte teórico e técnico capaz de auxiliar no desenvolvimento de atividades direcionadas especificamente para o tratamento da depressão ou mesmo dos sintomas depressivos, já que essa problemática é competência dos profissionais da saúde mental.

Embora muitos estudos versem sobre a relação entre câncer de mama e depressão, faz-se necessário revisar a literatura disponível, a fim de identificar as intervenções que já estão sendo realizadas para tratar esta sintomatologia e/ou este quadro clínico nesta população específica. Pensa-se que um estudo dessa natureza é útil para os profissionais da enfermagem repensarem e qualificarem as suas práticas junto a esse público. Diante disso, o presente estudo teve como objetivo revisar de forma sistemática a literatura, no período 2011-2016, sobre intervenções realizadas para pacientes com câncer de mama com foco na depressão e nos sintomas depressivos, considerando a sua eficácia.

Método

Nesta revisão narrativa foram adotados os procedimentos do *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews* (PRISMA), sem metanálise. Utilizando estas diretrizes, primeiramente foi elaborada a questão de pesquisa do estudo: Que intervenções têm sido realizadas com foco na depressão e em sintomas depressivos na população de mulheres com câncer de mama nos últimos cinco anos, e se mostrado eficazes?

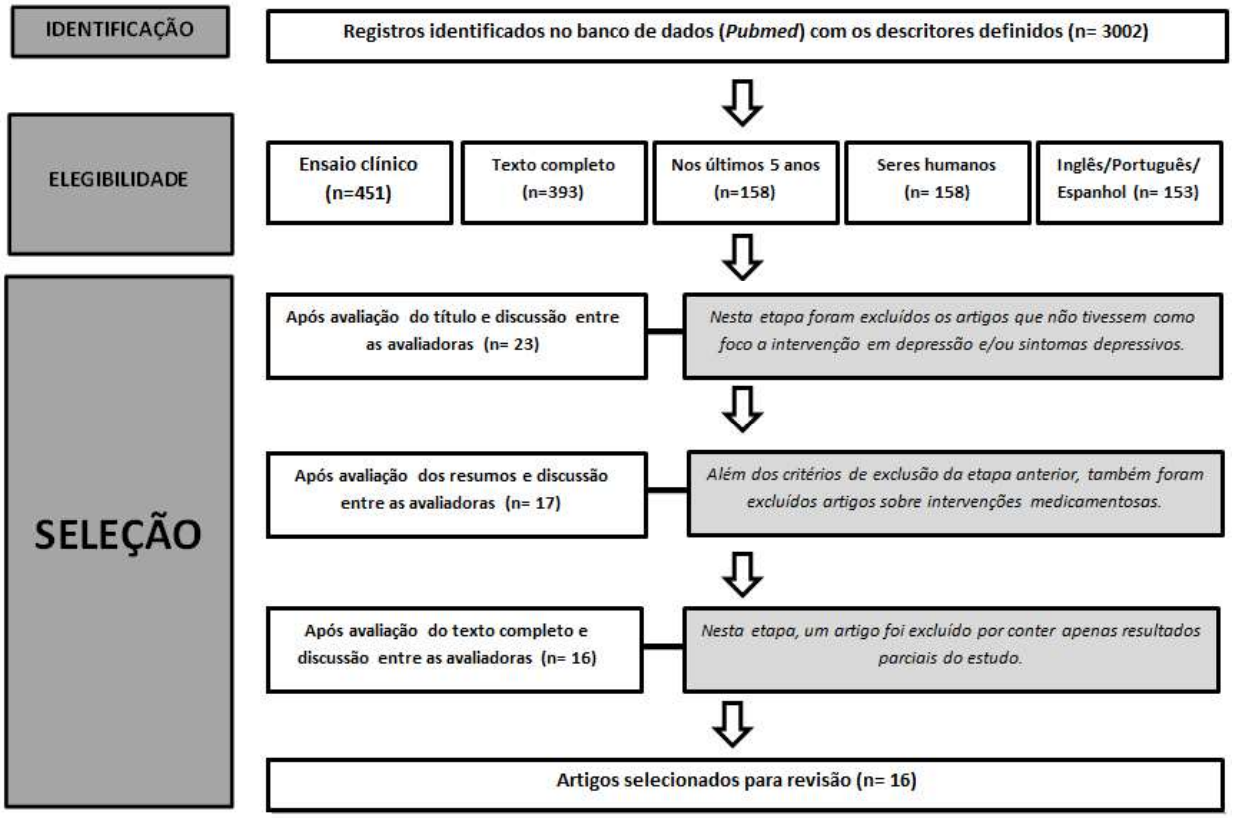
Para responder a esta questão, foram definidos como descritores da base de dados MeSH *breast cancer and depression*. Duas das autoras, de forma cegada, acessaram a base de dados PubMed simultaneamente em março de 2016 e inseriram os descritores pré-definidos, utilizando os seguintes filtros: ensaio clínico, textos completos, artigos publicados nos últimos 5 anos, seres humanos e textos disponíveis em português, inglês ou espanhol. Cada filtro foi sendo aplicado de acordo com a ordem apresentada pela própria base de dados Pubmed. À medida que os filtros foram inseridos, apenas os artigos que se encaixavam no perfil permaneciam entre os resultados encontrados.

Logo após esta busca e inserção de todos os filtros descritos acima, foi realizada, ainda de forma cegada pelas duas autoras, a seleção dos artigos por títulos. Após essa primeira triagem, foram lidos os resumos dos artigos pré-selecionados. Todos os resumos foram analisados independentemente pelas duas avaliadoras e, em caso de divergências, foram submetidos a uma discussão e à avaliação de um terceiro juiz, alcançando-se a seleção final dos artigos. Nessa etapa, foram excluídos os artigos cujas intervenções fossem medicamentosas.

Os artigos selecionados foram, então, lidos na íntegra por ambas as autoras, a fim de verificar a pertinência da sua inclusão. Destaca-se que, nessa etapa, mais um estudo foi excluído, pois disponibilizava apenas resultados parciais, o que se considerou que poderia

comprometer a análise. Os artigos lidos e analisados (n=16) foram então agrupados por tema, com base no tipo de intervenção realizada. O processo de busca e seleção dos artigos para análise pode ser visualizado no fluxograma abaixo (Fluxograma 1).

Fluxograma 1 – Etapas metodológicas de seleção dos artigos



Resultados e Discussão

Os dezesseis artigos selecionados encontram-se detalhados na Tabela 1, que contém as informações relevantes para a análise.

Tabela 1 – Caracterização dos estudos revisados, considerando o tema, objetivos, método e principais resultados

EIXO TEMÁTICO	TÍTULO AUTORES[x]	OBJETIVOS	MÉTODO	PRINCIPAIS RESULTADOS
	The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients[18].	Investigar o efeito do ioga na qualidade de vida e depressão em pacientes idosas com CA de mama.	Participantes: 20 pacientes entre 65 e 70 anos em tratamento para CA mama sendo 10 em programa de ioga e 10 no grupo de exercício físico clássicos. A	Verificou-se que escores de qualidade de vida após o programa de ioga e exercício de todas as pacientes foram melhores do que escores obtidos antes da ioga e programa de exercícios.

			qualidade de vida de ambos os grupos foi avaliada antes e depois da intervenção utilizando o "Nottingham Health Profile (NPH)".	
INTERVENÇÕES DE RELAXAMENTO	A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay[19].	Examinar os efeitos da musicoterapia e do treinamento progressivo de relaxamento muscular na depressão, ansiedade e internação hospitalar em mulheres chinesas com CA de mama após mastectomia radical.	Participantes: 170 pacientes entre 25 e 75 anos com CA de mama após mastectomia radical, alocadas aleatoriamente entre grupo controle (cuidados rotineiros de enfermagem) e grupo intervenção (além destes cuidados, terapia musical e treino de relaxamento muscular progressivo). Foram utilizados o "Zung Self-Rating Depression Scale" e o "State Anxiety Inventory" para avaliar os níveis de depressão e ansiedade, respectivamente.	As pacientes do grupo intervenção (cuidados de enfermagem, terapia musical e treino de relaxamento muscular) apresentaram melhoras significativas na depressão e ansiedade, além de menor tempo de internação.
	Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast cancer[20].	Investigar os efeitos da meditação na ansiedade, depressão, fadiga e qualidade de vida em mulheres com CA de mama em tratamento de radioterapia.	Participantes: 102 mulheres com 20 anos ou mais, após cirurgia conservadora, foram distribuídas aleatoriamente em grupo controle (radioterapia) e grupo intervenção (além de radioterapia, 12 sessões de meditação durante 6 semanas). Foi utilizado para avaliar o efeito da meditação nestes grupos o "Hospital Anxiety and Depression Scale" (HADS).	Em relação ao grupo controle, as pacientes que receberam terapia de meditação apresentaram melhoras nos níveis de ansiedade, fadiga e qualidade de vida global.
	The effect of yoga exercise on improving depression, anxiety,	Examinar a efetividade de um programa de exercícios de ioga em	Participantes: 60 mulheres com CA de mama não	A intervenção apresentou resultados positivos em relação à redução da

	and fatigue in women with breast cancer: a randomized controlled trial[21].	promover a saúde psicológica e física de mulheres com CA de mama, depressão, ansiedade e fadiga, submetidas à quimioterapia.	metastático foram alocadas randomicamente em grupo experimental (atividades de ioga 2 vezes por semanas durante 8 semanas) ou grupo controle (apenas cuidados de saúde padrão para o tratamento do CA).	fadiga e à interferência desta no cotidiano das pacientes. Porém, não apresentou melhoras significativas nos níveis de depressão.
	Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy[22].	Avaliar a efetividade da terapia musical na depressão e na duração da internação hospitalar em mulheres com CA de mama após mastectomia radical.	Participantes: 120 mulheres entre 25 e 65 anos alocadas randomicamente em grupo controle (cuidados padrão de saúde) ou grupo intervenção (terapia musical, além dos cuidados de saúde). Foram utilizados os instrumentos "General Questionnaire" e "Zung Self-Rating Depression Scale" para avaliar os sintomas depressivos.	A musicoterapia teve efeitos positivos, pois tanto os escores de depressão quanto a internação foram menores no grupo experimental, em comparação com o grupo controle.
	Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients[23].	Investigar o impacto de um programa de exercício físico na recuperação e bem-estar psicológico de pacientes com CA de mama não metastático.	Participantes: 58 mulheres com CA não metastático, alocadas randomicamente no grupo controle (tratamento padrão para o CA) ou grupo intervenção (além do tratamento padrão para o CA, realizou atividades de relaxamento, caminhadas e ginástica 2 vezes por semana durante 10 semanas), para o qual foi desenvolvido um programa de exercícios físicos. Foram utilizados instrumentos "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)" na avaliação de ansiedade e	Pacientes do grupo experimental melhoraram significativamente seus níveis de ansiedade, depressão e auto-imagem.

			depressão, "European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire-C30 (EORTC-QLQ-C30)" para avaliar a qualidade de vida e o questionário "Body Image Questionnaire (BIQ)" para avaliar a auto-imagem corporal.	
	Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomized controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer[24].	Testar a eficácia do mindfullness em ansiedade e depressão, entre mulheres com CA de mama.	Participantes: 336 mulheres entre 18 e 75 anos que foram operadas para CA mama, alocadas para um grupo estruturado de 8 semanas de mindfullness baseado em programa de redução de estresse ou no grupo controle (apenas cuidados básicos de saúde). Foi utilizado o "Symptom Checklist-90r" para avaliar os níveis de ansiedade e o "Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D)" para os níveis de depressão.	As participantes que apresentaram níveis mais elevados de ansiedade e depressão no começo da atividade apresentaram redução significativamente maior em comparação ao grupo intervenção. Não houve diferenças entre as participantes menos afetadas.
	Depression, mood, stress, and Th1/Th2 immune balance in primary breast cancer patients undergoing classical massage therapy[25].	Investigar os efeitos da massagem em depressão, humor, estresse percebido e a relação TH1/TH2 em mulheres com CA de mama.	Participantes: 34 mulheres diagnosticadas com câncer de mama, sem restrição de idade, randomicamente alocadas para o grupo experimental (massagem 2 vezes por semana) e grupo controle (cuidados padrão de saúde). Foram utilizados os instrumentos	Houve significativa redução imediatamente após a massagem no grupo experimental nos parâmetros depressão e ansiedade, quando comparado com o grupo controle.

			"Patient Health Questionnaire (PHQ)", "Berlin Mood Questionnaire (BSF)" e "Perceived Stress Questionnaire (PSQ)".	
INTERVENÇÕES PSICOTERÁPICAS	Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: a brief report of effects on 5-year depressive symptoms[26].	Testar a relação entre intervenções cognitivo-comportamentais em grupo para gerenciamento de estresse e níveis de sintomatologia depressiva.	Participantes: 240 mulheres com CA de mama recrutadas 2-10 semanas pós-cirurgia e aleatoriamente selecionadas para um grupo de intervenção de gestão do estresse cognitivo comportamental, ou um grupo controle de psico-educação. Foi utilizado o "Center for Epidemiological Studies- Depression Scale (CES-D)" para avaliar escalar de depressão.	O grupo de intervenção apresentou melhora significativa, com redução de sintomas depressivos, quando comparados ao grupo controle.
	Behavioral activation for depressed breast cancer patients: the impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction[27].	Investigar a relação entre aumento das atividades estruturadas e a redução da depressão em mulheres com CA mama.	Participantes: 240 pacientes com CA de mama, tratadas com atividades estruturadas para a depressão (10 semanas de atividades cognitivo-comportamentais voltadas para o gerenciamento do estresse), isto é, grupo intervenção, ou no grupo controle (atividade psico-educacional de um dia para gerenciamento do estresse). Foi utilizado o "Center for Epidemiologic Studies-Depression Scale (CES-D)" para avaliação dos níveis de depressão.	A adesão das pacientes às atividades estruturadas mostrou-se causalmente associada com a redução da depressão, enquanto que a quantidade de atividades concluídas pareceu ser menos relevante para conceituar um resultado positivo do tratamento.

	Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial[28].	Determinar a eficácia de psicoterapia psicodinâmica a curto prazo em pacientes com CA mama não metastático diagnosticadas com depressão.	Participantes: 157 pacientes com CA de mama entre 18 e 69 anos foram randomizadas para STPP individuais (grupo intervenção) ou tratamento usual (radioterapia, quimioterapia e/ou hormonioterapia), isto é, grupo controle. Foi utilizado o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) para avaliação dos níveis de depressão.	A STPP foi o mais forte preditor de remissão nos níveis de depressão pós-tratamento, apresentando um índice superior em relação ao grupo controle.
	A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for chinese breast cancer patients with major depression[29].	Avaliar os efeitos da terapia cognitivo comportamental grupal no tratamento de depressão maior em mulheres chinesas com CA mama.	Participantes: 62 pacientes com CA de mama e depressão maior, alocadas para o grupo terapia cognitivo-comportamental (grupo intervenção) ou para o grupo controle, que permaneceu em uma lista de espera para receber esta terapia, recebendo os cuidados padrão para o tratamento de CA de mama. Foram utilizados o "Hamilton Depression Rating Scale", "Self-Rating Anxiety Scale, Functional Assessment of Cancer Therapy – Breast" e "Self-Esteem Scale (SES) " para avaliar a depressão, ansiedade e auto-estima, respectivamente.	Nenhuma diferença significativa foi encontrada na melhora da ansiedade. Pacientes que receberam a intervenção apresentaram redução significativa na depressão, além de ter apresentado melhoria significativa na qualidade de vida e auto-estima.
	Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial[30].	Investigar os potenciais benefícios da terapia comportamental entre pacientes com diagnóstico de depressão.	Participantes: 80 mulheres com idade média de 55,4 anos diagnosticadas com CA mama e depressão maior, que aderiram ao tratamento de 8	Em ambos os tratamentos, houve excelente satisfação do paciente com o tratamento. 3/4 das pacientes no grupo de intervenção apresentaram melhora clinicamente significativa da depressão

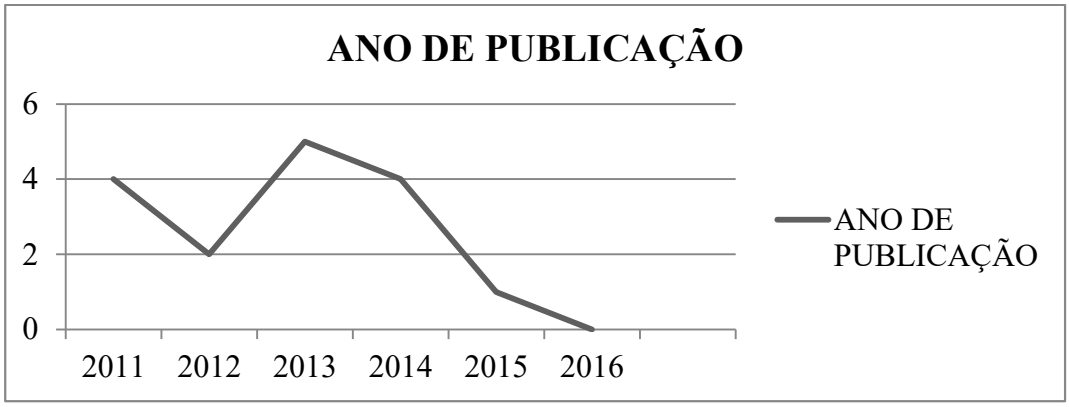
			sessões de ativação comportamental para depressão (grupo intervenção) ou à terapia de resolução de problemas (grupo controle).	em relação ao grupo controle
	A randomized controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: results on anxiety and depression[31].	Avaliar se uma intervenção de suporte psicossocial influencia na ansiedade e depressão durante o primeiro ano após o diagnóstico de CA mama.	Participantes: 382 pacientes recém-diagnosticadas com CA mama entre abril de 2002 e novembro de 2007, igualmente estratificadas para o grupo de intervenção (intervenção de apoio) ou grupo controle (rotinas de acompanhamento padrão). Foi utilizado o "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)" na avaliação de ansiedade e depressão.	O grupo experimental teve a ansiedade reduzida ao longo do tempo, mas a intervenção não demonstrou ter tido efeitos na depressão.
INTERVENÇÕES DE CUNHO INFORMATIVO	A telephonic-based trial to reduce depressive symptoms among Latina breast cancer survivors[32].	Investigar o efeito de uma intervenção psico-educacional via telefone nos sintomas depressivos entre pacientes com CA mama.	Participantes: 199 mulheres de pelo menos 18 anos foram aleatoriamente designadas para a condição de intervenção (intervenção psico-educativa de profissionais) ou grupo controle (cuidados padrão de saúde). Foi utilizado o "Center do Epidemiological Studies Depression Scale" e Functional Assesment of Cancer Therapy (FACT)-Breast, para avaliação da depressão.	Os resultados de ensaios gerais demonstraram uma diminuição estatisticamente significativa nos sintomas depressivos entre as pacientes na condição de intervenção, comparadas com pacientes do grupo controle.
	Effects of online support group format (moderated vs peer-led) on depressive symptoms and extent of participation in women with breast	Avaliar os efeitos de diferentes formatos de grupos de apoio online para sintomas depressivos em mulheres com CA mama.	Participantes: 50 mulheres com pelo menos 21 anos, diagnosticadas com CA mama, foram alocadas para grupos de suporte	Não houve diferença significativa nos sintomas depressivos entre os grupos.

	cancer[33].	online moderado ou em pares. Foi utilizado o "Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS)" para a avaliação dos sintomas depressivos.	

[18] Yagli NV e Ulger O; [19] Zhou K et al.; [20] Kim YH et al.; [21] Taso CJ et al.; [22] Zhou KN etal.; [23] Mehnert A et al.; [24] Würtzen H et al.; [25] Krohn M et al.; [26] Stagl JM et al.; [27] Ryba MM et al.; [28] Beutel ME et al.; [29] Qiu J et al.; [30] Hopko DR et al.; [31] Björneklett HG et al.; [32] Ashing K e Rosales M; [33] Klemm P.

Em relação ao ano de publicação, foram encontrados estudos publicados no período considerado, com exceção do ano de 2016 (até o momento de realização da busca), conforme apresentado no Gráfico 1.

Gráfico 1 – Distribuição dos estudos analisados conforme o ano de publicação



A maior concentração de publicações foi encontrada no ano de 2013 (n=5), seguidos pelos anos de 2011 (n=4) e 2014 (n=4). Nos demais anos, observa-se uma variabilidade no número de publicações. Durante todo o ano de 2015, apenas um artigo foi publicado referente ao assunto pesquisado. Além disso, não foram localizados estudos em 2016. Esses achados podem ser explicados pelo período de coleta dos dados, uma vez que foram incluídos apenas estudos publicados até março de 2016. Assim, deve-se levar em consideração a possibilidade de que estudos realizados neste período ainda estejam em fase de avaliação para publicação ou mesmo no prelo.

Ainda assim, faz-se necessário ampliar o número de estudos sobre esta temática, visto que, além de ser um problema crônico em pacientes oncológicos, a depressão também se configura como um quadro psicopatológico que pode afetar de forma significativa o

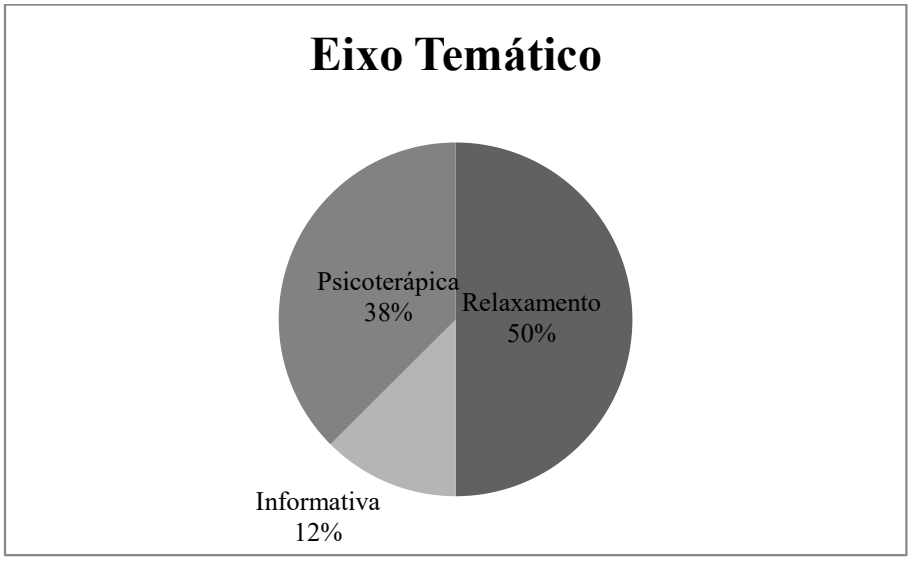
prognóstico de uma variedade considerável de condições clínicas[13,34]. Desse modo, é necessário que os profissionais da saúde estejam cada vez mais instrumentalizados para atender este perfil de paciente.

Em relação aos países de realização dos estudos, Estados Unidos (EUA) e China lideraram, seguidos por Alemanha, Turquia, Coréia do Sul, Dinamarca e Suécia, com uma publicação em cada um destes países.

Dos estudos selecionados, 75% (n=12) foram publicados por EUA, China e Alemanha. Chama a atenção a ausência de estudos realizados no Brasil ou mesmo na América Latina, demonstrando uma concentração da produção científica recente em poucos locais, em geral em países desenvolvidos. É preciso que novos estudos sejam realizados em diferentes contextos, considerando que diferenças socioculturais podem influenciar no tipo de intervenção a ser proposto e na eficácia das mesmas. Essa maior diversidade permitirá com que profissionais de diferentes países possam qualificar a sua prática, a partir do aproveitamento de dados publicados de maneira mais direcionada à população-alvo com a qual trabalham.

Conforme apresentado na Tabela 1, os 16 artigos analisados foram agrupados conforme o tipo de intervenção realizada em três eixos temáticos: intervenções de relaxamento (n=8), intervenções informativas (n=2) e intervenções psicoterápicas (n=6), o que está detalhado no Gráfico 2.

Gráfico 2 – Distribuição dos estudos conforme as intervenções realizadas, agrupadas por eixos temáticos (%)



Observando-se os dados obtidos, percebe-se que 50% dos estudos revisados (n=8) abordavam intervenções enquadradas na categoria "relaxamento", denotando maior prevalência destas intervenções neste cenário. As intervenções de relaxamento aqui consideradas foram: ioga[18,21], exercício físico[23], musicoterapia[19,22], massagem[25], relaxamento muscular[19], meditação[20] e mindfulness[24]. Seis dos estudos publicados nestas categorias demonstraram efeito positivo destas intervenções sobre a depressão[18,20,22,23,25] em pacientes com câncer de mama, com exceção do estudo publicado por Taso e colaboradores[21],que demonstrou efeito positivo do ioga sobre a fadiga, mas não identificou uma melhora significativa em relação à depressão e à ansiedade. Também foi exceção o estudo de Wurtzen e colaboradores[24],no qual apenas aquelas pacientes afetadas por níveis mais elevados de depressão se beneficiaram das atividades, enquanto, para aquelas menos afetadas, não houve uma mudança significativa nestes níveis.

Nesse sentido, esses achados concordam com estudos recentes, que indicam que diversas modalidades de exercícios físicos, como os exercícios aeróbicos e de resistência, bem como atividades de ioga, além de seguros e bem tolerados, podem reduzir efeitos adversos no tratamento do câncer de mama e produzir melhorias significativas na qualidade de vida destas pacientes[35-38].

Particularmente, um estudo publicado em 2014[39] indicou a musicoterapia como um recurso relevante na área de Enfermagem, apontando o enfermeiro como um facilitador neste processo, expandindo sua atuação através da implantação de intervenções musicais nos serviços de saúde. Outras atividades de relaxamento, como a massagem e a meditação, por exemplo, também são mencionadas como possuindo um efeito positivo sobre os sintomas dos diversos tipos de câncer, contribuindo ainda para relaxar e aliviar incômodos advindos do tratamento oncológico[40]. Referente ao mindfullness, um estudo publicado na China em 2016[41] apontou esta técnica como uma importante ferramenta no tratamento para redução de ansiedade, medo e depressão em mulheres em tratamento para o câncer de mama.

De maneira geral, o uso adequado de variadas estratégias de relaxamento está diretamente relacionado com a habilidade do enfermeiro e demais profissionais da área da saúde de observar e identificar o estado de estresse do paciente. Nesse sentido, questões como dor e ameaça à vida devem ser consideradas como situações que promovem intenso estresse[42], para as quais intervenções de relaxamento podem ser efetivas.

No eixo temático "intervenções de cunho informativo", verifica-se que um dos estudos demonstrou um efeito positivo de uma intervenção psico-educacional via telefone para

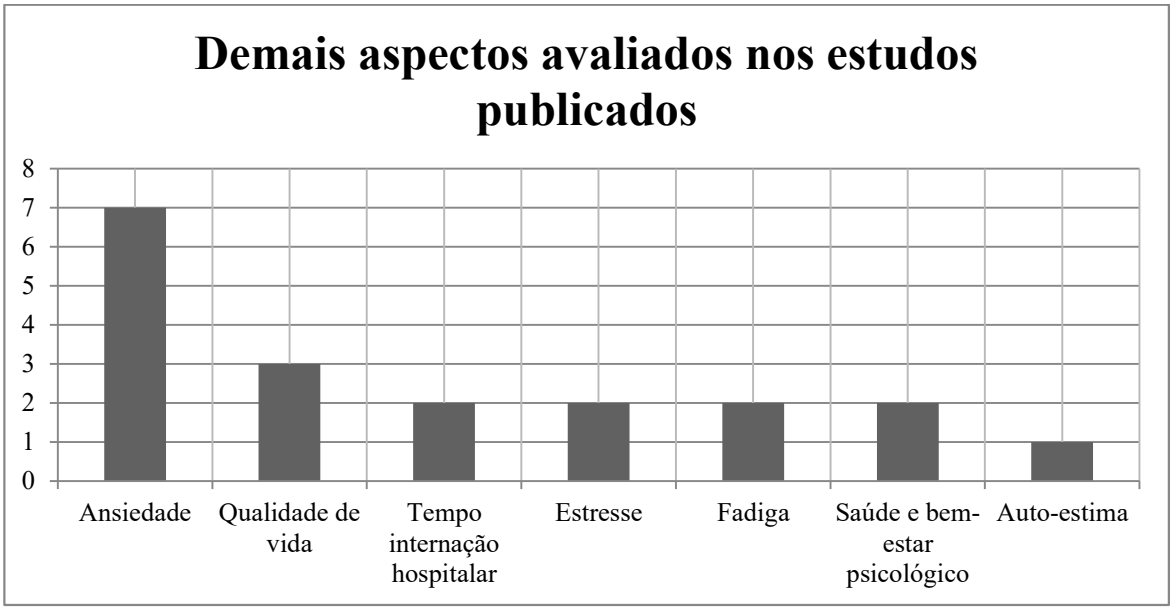
mulheres, 2 a 10 semanas após a cirurgia para o câncer de mama. A intervenção teve a finalidade de dar suporte a estas mulheres no gerenciamento do estresse[32]. Ao contrário, o estudo que apresentou um suporte online individual ou em pares não demonstrou um impacto dessas atividades sobre os sintomas depressivos[33]. Embora os achados sejam interessantes, trata-se de um número muito pequeno de estudos para que se possa analisar de forma fidedigna a eficácia ou não deste tipo de intervenção. De qualquer modo, é importante salientar a importância da psico-educação na oncologia, pois se trata de uma das categorias de intervenções que tem ocupado um papel importante neste cenário, auxiliando no enfrentamento à doença, no manejo de diversos sintomas, na resolução de problemas e em outros aspectos relevantes do tratamento do paciente oncológico[43]. Nessa direção, estudos tem comprovado que a psico-educação ajuda o paciente no momento em que aumenta seu conhecimento sobre a doença e seu tratamento, facilitando a adesão e a satisfação com o tratamento, favorecendo habilidades adaptativas de enfrentamento, melhorando a qualidade de vida, minimizando sentimentos negativos e aumentando a impressão de auto-eficácia [44-46].

Quanto às intervenções aqui classificadas como "psicoterápicas", referidas por 06 artigos, destaca-se que todos os estudos apresentaram uma relação positiva entre as atividades realizadas e a melhoria nos níveis de depressão e sintomas depressivos das pacientes com câncer de mama. O único estudo que contrariou esse achado foi publicado por Björneklett e colaboradores[31]. Conforme esses autores, o grupo experimental teve redução nos níveis de ansiedade ao longo do tempo, após ser submetido a uma intervenção de suporte psicossocial. Porém, ao analisar o impacto desta intervenção na depressão, não se observou um efeito significativo. Os demais estudos desse eixo temático abordaram o impacto de intervenções individuais e grupais na abordagem cognitivo-comportamental, para gerenciamento do estresse, depressão, sintomas depressivos e ansiedade[26,27,29,31]; na abordagem psicodinâmica, oferecendo suporte, através de criação de vínculo entre o profissional e estas pacientes; e de intervenções interpretativas, com a finalidade de modificar padrões que estejam contribuindo para situações como o aparecimento ou agravamento de sintomas depressivos[28]. Assim, de modo geral, os achados dos estudos revisados concordam com a literatura, que indica a psicoterapia como uma ferramenta efetiva para a assistência de pacientes com câncer de mama, pelo importante papel no tratamento do mal-estar psicológico destas pacientes, atuando na redução dos níveis de ansiedade, estresse e depressão[47-48].

Quanto aos objetivos dos artigos analisados, de maneira geral, percebe-se que, além de focar na depressão e em sintomas depressivos, os estudos também consideraram outros

aspectos relacionados ao câncer de mama, como a qualidade de vida e o bem-estar físico e psicológico, a auto-estima, a ansiedade, o estresse, a fadiga e o tempo de internação hospitalar. O Gráfico 3, a seguir, apresenta quais aspectos, além da depressão e dos sintomas depressivos, foram abordados nos estudos encontrados.

Gráfico 3 – Distribuição dos estudos conforme os aspectos avaliados, para além da depressão ou sintomatologia depressiva



Esse achado permite compreender que os pesquisadores, nos artigos analisados, não se restringiram a avaliar apenas os efeitos das intervenções sobre os sintomas depressivos e a depressão (ou mesmo em direcionar suas intervenções apenas para isso), considerando também outros aspectos relacionados. Nesse sentido, demonstram a complexidade da avaliação de comorbidades que afetam as pacientes oncológicas, o que exige cuidado para a correta identificação dos sintomas e a proposição de uma abordagem terapêutica adequada. Desse modo, verifica-se a necessidade de pesquisar de forma ampliada e detalhada a relação entre depressão e outros aspectos emocionais e clínicos, sendo esta uma temática de extrema relevância para a prática assistencial.

Considerações Finais

O presente estudo teve como objetivo revisar sistematicamente a literatura, a fim de identificar as intervenções realizadas para pacientes com câncer de mama com foco na

depressão e em sintomas depressivos, com base na sua eficácia. Percebeu-se uma maior prevalência de estudos que retrataram intervenções de relaxamento nos últimos cinco anos, demonstrando uma eficácia satisfatória destas atividades. Houve também uma prevalência importante de estudos sobre diferentes atividades de cunho psicoterápico, que também se mostraram eficazes. Porém, em relação às intervenções informativas, devido ao número reduzido de estudos encontrados, não foi possível estabelecer uma conclusão acerca de sua eficácia.

Considerando a reduzida quantidade de estudos recentes sobre esta temática, constata-se a necessidade de ampliar o número de publicações, para promover maior instrumentalização e embasamento teórico e técnico para profissionais que planejam desenvolver atividades direcionadas ao controle ou minimização de sintomas depressivos e de depressão em pacientes oncológicos, porém deve-se levar em consideração que este estudo tratou-se de uma revisão narrativa da literatura, podendo este fato ser um limitante do estudo, sugere-se, portanto, estudos futuros que revisem a literatura de forma sistemática acerca desta temática. Além disso, mostra-se relevante realizar estudos de revisão da literatura que incluam estudos focados em outros sintomas manifestados por pacientes com câncer de mama, como ansiedade, estresse ou mesmo qualidade de vida e bem-estar.

Apesar das lacunas identificadas, o presente estudo configura-se como uma ferramenta importante para a prática assistencial às pacientes com câncer de mama acometidas por sintomas depressivos ou mesmo pela depressão, pois possibilitou informar não apenas que atividades vêm sendo desenvolvidas neste âmbito, mas também a eficácia destas. Dessa forma, permite que profissionais da Enfermagem que atuam no contexto brasileiro tenham acesso às evidências científicas internacionais mais recentes sobre o tema, promovendo uma prática embasada nas mesmas.

É importante salientar que, no âmbito da assistência, o enfermeiro atua como um profissional fundamental, facilitador e promotor destas atividades, pois é quem acompanha o paciente integralmente, estando, portanto, apto a identificar sintomas como os de depressão e desenvolver intervenções capazes de promover melhorias na saúde e no cuidado, excetuando-se aquelas de cunho psicoterápico. Mesmo com essa restrição, verifica-se uma ampla gama de possibilidades e recursos para intervenção com esse público para os profissionais da Enfermagem, com cunho informativo e de relaxamento. Assim, o presente estudo, ao abordar essa temática, contribui para o fortalecimento dos pilares de um atendimento humanizado, no

qual a paciente com câncer é vista não apenas a partir de sua doença, mas sim como um indivíduo que sofre, mas que também está inserido em um contexto passível de melhorias.

REFERÊNCIAS

1. Instituto Nacional do Câncer (INCA). Estimativa 2016 – Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, DF: O Ministério; 2016. Available from: http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf
2. Ishikawa NM, Derchain SFM, Thuler LCS. Fadiga em pacientes com câncer de mama em tratamento adjuvante. Revista Brasileira de Cancerologia. 2006 [cited: 2016 out 17]; 51(4): 33. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao1.pdf

3. Jorgensen L, Garne JP, Sogaard M, Laursen BS. The experience of distress in relation to surgical treatment and care for breast cancer: An interview study. European Journal of Oncology Nursing. 2015. [cited: 2016 out 17]; 19(6): 612-618. Available from: http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(15)00056-3/pdf

4. Carvalho SMF, Bezerra IMP, Freitas TH, Rodrigues RCS, Carvalho IOC, Brasil AQ, et al. Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama. Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano. 2015. [cited: 2016 out 21]; 25(1): 68-74. Available from: http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v25n1/pt_09.pdf

5. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico e Estatístico de Trantornos Mentais. 5ªed. Rio Grande do Sul: Artmed 2013.

6. Furlanetto LM, Brasil MA. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. Jornal Brasileiro de Psiquiatria. 2006. [cited: 2016 out 18]; 55(1): 08-19. Available from: http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n1/v55n1a02.pdf

7. Maass SW, Roorda C, Berendsen AJ, Verhaak PF, Buck GH. The prevalence of long-term symptoms of depression and anxiety after breast cancer treatment: A systematic review. The European Menopause Journal. 2015. [cited: 2016 out 18]; 82(1): 100-108. Available from: http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(15)00650-7/pdf

8. Rabin EG, Heldt E, Hirakata VN, Fleck MP. Quality of life predictors in breast câncer women European Journal of Oncology Nursing. 2008. [cited: 2016 ago 19]; 12(1): 53-57. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388907000841
9. Vodermaier A, Linden W, Mackenzie R, Greig D, Marshall C. Disease stage predicts post-diagnosis anxiety and depression only in some types of cancer.British Journal of Cancer. 2011. [cited: 2016 out 18]; 105(12):1214-1217. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3251893/pdf/bjc2011503a.pdf

10. Dimatteo MR, Lepper HS, Croghan TW. Depression is a risk factor for noncompliance with medical treatment: meta-analysis of the effects of anxiety and depression on patient adherence. Archives of Internal Medicine. 2000. [cited: 2016 set 27]; 160(14): 2101-2107. Available from: http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/160/2101

11. Milhomens RS, Barbósa A. Avaliação dos níveis de ansiedade e depressão e sua correlação com a intensidade de dor em doentes oncológicos com doença avançada e

progressiva. Lisboa. Tese [Mestrado Cuidados Paliativos] – Universidade de Lisboa. 2015. Available from: http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/23754/1/10917_Tese.pdf

12. Antonechen AC, Dóro MP. Qualidade de vida, vnsiedade e depressão em pacientes da hemato-onco com dor crônica. Saúde Santa Maria. 2016. [cited: 2016 set 27]; 41(1): 225-234. Available from: https://periodicos.ufsm.br/revistasaude/article/view/19001/pdf

13. Castro EK, Romeiro FB, Lima MB, Lawrenz P, Hass S. Percepção da doença, indicadores de ansiedade e depressão em mulheres com câncer. Psicologia, Saúde & Doenças. 2015. [cited: 2016 set 27]; 16(3): 359-372. Available from: http://www.scielo.mec.pt/pdf/psd/v16n3/v16n3a07.pdf

14. Monte LRS, Soares TR, Portela NLC, Pedrosa AO, Gomes RNS, Chaves ML. Avaliação dos níveis de depressão identificados em mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Revista Interdisciplinar. 2015. [cited: 2016 set 27]; 8(4): 64-70. Available from: http://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/download/684/pdf_263

15. Morear H, Deslandes A, Ferreira C, Pompeu FAMS, Robeiro P, Laks J. O exercício físico no tratamento da depressão em idosos: revisão sistemática. Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul. 2007. [cited: 2016 set 27]; 29(1): 70-79. Available from: http://www.scielo.br/pdf/rprs/v29n1/v29n1a14.pdf
16. Costa CA, Filho WDL, Soares NV. Assistência humanizada ao cliente oncológico: reflexões junto à equipe. Revista Brasileira de Enfermagem. 2003. [cited: 2016 set 27]; 29(1): 70-79. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v56n3/a19v56n3

17. Silva DS, Hahn GV. Processos de trabalho em oncologia e a equipe multidisciplinar. Caderno Pedagógico de Lajeado. 2012. [cited: 2016 out 18]; 9(2): 125-137. Available from: www.univates.br/revistas/index.php/cadped/article/view/861/850

18. Yagli NV, Ulger O. The effects of yoga on the quality of life and depression in elderly breast cancer patients. Complementary Therapies in Clinical Practice. 2015. [cited: 2016 out 18]; 21(1): 07-10. Available from: http://www.ctcpjournal.com/article/S1744-3881(15)00004-3/pdf

19. Zhou K, Li X, Li J, Liu M, Dang S, Wang D, et al. A clinical randomized controlled trial of music therapy and progressive muscle relaxation training in female breast cancer patients after radical mastectomy: Results on depression, anxiety and length of hospital stay. European Journal of Oncology Nursing, 2015. [cited: 2016 out 18]; 19(1): 54-59. Available from: http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1462388914001069

20. Kim YH, Kim HJ, Ahn SD, Seo YJ, Kim SH. Effects of meditation on anxiety, depression, fatigue, and quality of life of women undergoing radiation therapy for breast câncer. Complementary Therapies in Medicine. 2013. [cited: 2016 out 18]; 21(4): 379-387. Available from: http://www.complementarytherapiesinmedicine.com/article/S0965-2299(13)00098-8/pdf

21. Taso CJ, Lin HS, Lin WL, Chen SM, Huang WT, Chen SW. The effect of yoga exercise on improving depression, anxiety, and fatigue in women with breast cancer: a randomized controlled trial. The Journal of Nursing Research. 2014. [cited: 2016 out 18]; 22(3): 155-164. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25111109

22. Zhou KN, Li XM, Yan H, Dang SN, Wang DL. Effects of music therapy on depression and duration of hospital stay of breast cancer patients after radical mastectomy. Chinese Medical Journal. 2011. [cited: 2016 out 18]; 124(15): 2321-2327. Available from: http://124.205.33.103:81/ch/reader/create_pdf.aspx?file_no=20118155965080&flag=1&year_id=2011&quarter_id=15

23. Mehnert A, Veers S, Howaldt D, Braumann KM, Koch U, Schulz KH. Effects of a physical exercise rehabilitation group program on anxiety, depression, body image, and health-related quality of life among breast cancer patients. Onkologie. 2011. [cited: 2016 out 18]; 34(5): 248-253. Available from: http://www.karger.com/Article/Abstract/327813

24. Würtzen H, Dalton SO, Elsass P, Sumbundu AD, Steding-Jensen M, Karlsen RV et al. Mindfulness significantly reduces self-reported levels of anxiety and depression: results of a randomised controlled trial among 336 Danish women treated for stage I-III breast cancer. European Journal of Cancer. 2013. [cited: 2016 out 18]; 49(6): 1365-1373. Available from: http://www.ejcancer.com/article/S0959-8049(12)00892-1/pdf

25. Krohn M, Listing M, Tjahjono G, Reisshauer A, Peters E, Klapp BF, et al. Depression, mood, stress, and Th1/Th2 immune balance in primary breast cancer patients undergoing classical massage therapy. Supportive Care in Cancer. 2011. [cited: 2016 out 18]; 19(9): 1303-1311. Available from: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs00520-010-0946-2

26. Stagl JM, Antoni MH, Lechner SC, Bouchard LC, Blomberg BB, Glück S, et al. Randomized controlled trial of cognitive behavioral stress management in breast cancer: a brief report of effects on 5-year depressive symptoms. Health Psychology. 2015. [cited: 2016 out 18]; 34(2): 176-180. Available from: http://psycnet.apa.org/journals/hea/34/2/176/

27. Ryba MM, Lejuez CW, Hopko DR. Behavioral activation for depressed breast cancer patients: the impact of therapeutic compliance and quantity of activities completed on symptom reduction. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2014. [cited: 2016 out 18]; 82(2): 325-335. Available from: http://psycnet.apa.org/journals/ccp/82/2/325/

28. Beutel ME, Weißflog G, Leuteritz K, Wiltink J, Haselbacher A, Ruckes C, et al. Efficacy of short-term psychodynamic psychotherapy (STPP) with depressed breast cancer patients: results of a randomized controlled multicenter trial. Annals of Oncology. 2014. [cited: 2016 out 18]; 25(2): 378-384. Available from: http://annonc.oxfordjournals.org/content/25/2/378.full.pdf+html

29. Qiu J, Chen W, Gao X, Xu Y, Tong H, Yang M, et al. A randomized controlled trial of group cognitive behavioral therapy for Chinese breast cancer patients with major depression. Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology. 2013. [cited: 2016 out

18]; 34(2): 60-67. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0167482X.2013.766791

30. Hopko DR, Armento ME, Robertson SM, Ryba MM, Carvalho JP, Colman LK, et al. Brief behavioral activation and problem-solving therapy for depressed breast cancer patients: randomized trial. Journal of Consulting and Clinical Psychology. 2011. [cited: 2016 out 18]; 79(6): 834-849. Available from: http://psycnet.apa.org/journals/ccp/79/6/834/

31. Björneklett HG, Lindemalm C, Rosenblad A, Ojutkangas ML, Letocha H, Strang P, et al. A randomised controlled trial of support group intervention after breast cancer treatment: results on anxiety and depression. Acta Oncologica. 2012. [cited: 2016 out 18]; 51(2): 198-207. Available from: http://www.tandfonline.com/doi/full/10.3109/0284186X.2011.610352

32. Ashing K, Rosales M. A telephonic-based trial to reduce depressive symptoms among Latina breast cancer survivors. Psycho-oncology. 2014. [cited: 2016 out 18]; 23(5): 507-515. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24217994

33. Klemm P. Effects of online support group format (moderated vs peer-led) on depressive symptoms and extent of participation in women with breast cancer. Computers, Informatics, Nursing. 2012. [cited: 2016 out 18]; 30(1): 9-18. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22240564

34. Bernars RM. Depression and anxiety in oncology: the psychiatrist's perspective. The Journal of Clinical Psychiatry. 2001. [cited: 2016 out 18]; 63(8): 58-61. Available from: http://www.psychiatrist.com/jcp/article/Pages/2001/v62s08/v62s0809.aspx

35. Fairman CM, Focht BC, Lucas AR, Lustberg MB. Efects of exercise interventions during diferent treatments in breast cancer. The Jounal of Community and Supportive Oncology. 2016. [cited: 2016 out 18]; 14(5): 200-209. Available from: http://www.mdedge.com/jcso/article/109099/breast-cancer/effects-exercise-interventions-during-different-treatments-breast

36. Jones LW, Courneya KS, Mackey JR, Muss HB, Pituskin EN, Scott JM, et al. Cardiopulmonary function and age-related decline across the breast cancer survivorship continuum. Journal of Clinical Oncology. 2012. [cited: 2016 out 18]; 30(20)2530-2537. Available from: http://jco.ascopubs.org/content/30/20/2530.long

37. Battaglini CL, Mills RC, Phillips BL, Lee JT, Story CE, Nascimento MG. Twenty-five years of research on the effects of exercise training in breast cancer survivors: A systematic review of the literature. World Journal of Clinical Oncology. 2014. [cited: 2016 out 18]; 5(2)177-190. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4014791/pdf/WJCO-5-177.pdf

38. Speck RM, Courneya KS, Mâsse LC, Duval S, Schmitz KH. An update of controlled physical activity trials in cancer survivors: a systematic review and meta-analysis. Journal of Cancer Survivorship. 2010. [cited: 2016 out 18]; 4(2)87-100. Available from: http://link.springer.com/article/10.1007%2Fs11764-009-0110-5

39. Silva GJ, Fonseca MS, Rodrigues AB, Oliveira PP, Brasil DRM, Moreira MMC. Utilização de experiências musicais como terapia para sintomas de náusea e vômito em quimioterapia. Revista Brasileira de Enfermagem. 2014. [cited: 2016 out 18]; 67(4)630-636. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reben/v67n4/0034-7167-reben-67-04-0630.pdf

40. Siegel P, Barros NF. O que é a Oncologia Integrativa? Caderno de Saúde Coletiva do rio de Janeiro. 2013. [cited: 2016 out 18]; 21(3)348-354. Available from: http://www.scielo.br/pdf/cadsc/v21n3/v21n3a18.pdf

41. Zhang J, Xu R, Wang R, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: A systematic review and meta-analysis. Complementary Therapies in Medicine. 2016. [cited: 2016 out 18]; 26(1)1-10. Available from: http://www.complementarytherapiesinmedicine.com/article/S0965-2299(16)30021-8/pdf

42. Albuqueste MCS, Cavalcanti MSL. Relaxamento: uma estratégia no contexto da assistência de enfermagem. Revista Brasileira de Enfermagem. 1998. [cited: 2016 out 18]; 51(1)35-52. Available from: http://www.reben.abennacional.org.br/exportar/2165/v51n1a04.pdf

43. Nacional Cancer Institute (NCI). PDQ supportive and palliative care editorial board. United States. 2008. Available from: http://www.cancer.gov/cancertopics/pdq/supportivecare/adjustment/HealthProfessional/page1

44. Cain EN, Kohorn EI, Quinlan DM, Latimer K, Schwartz PE. Psychosocial benefits of a cancer support group. Cancer. 1986. [cited: 2016 out 18]; 57(1)183--189. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(19860101)57:1%3C183::AID-CNCR2820570135%3E3.0.CO;2-3/pdf

45. American Psychiatric Association. Psychosocial interventions for cancer. Washington. 2001.

46. Trask PC, Paterson AG, Griffith K A, Riba MB, Schwartz JL. Cognitive-behavioral intervention for distress in patients with melanoma: comparison with standard medical care and impact on quality of life. Cancer. 2003. [cited: 2016 out 18]; 98(4)854-864. Available from: http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.11579/pdf

47. Langaro F, Pretto Z, Cirelli BG. Câncer e o sujeito em psicoterapia: horizontes de trabalho na perspectiva existencialista de Jean-Paul Sartre. Psicologia Clínica. 2012. [cited: 2016 out 18]; 24(2)127-146. Available from: http://www.scielo.br/pdf/pc/v24n2/v24n2a10.pdf

48. Venâncio JL. Importância da Atuação do Psicólogo no Tratamento de Mulheres com Câncer de Mama. Revista Brasileira de Cancerologia. 2004. [cited: 2016 out 18]; 50(1)55-63. Available from: http://www.inca.gov.br/rbc/n_50/v01/pdf/revisao3.pdf

CAPÍTULO 2: ARTIGO EMPÍRICO

(A ser submetido para a *Journal of Advanced Nursing* - QUALIS CAPES B2 – Área: Medicina 1)

A sobrevida em mulheres com câncer de mama em um hospital de referência oncológica do Sul do Brasil: Um estudo de coorte retrospectivo entre os anos de 2007 e 2011[1]

Autores:

Manoela RODRIGUES[2], Eliane Goldberg RABIN[3], Leila Maria de Abreu JAGGI[4], Diogo Ferreira DUCATTI[5] e Daniela Centenaro LEVANDOWSKI[6]

[1] Este trabalho faz parte da Dissertação de mestrado da primeira autora, orientada pelo terceira autora e co-orientada pela segunda autora.

[2] Enfermeira, Mestranda em Ciências da Saúde, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade Federal de Ciência das Saúde de Porto Alegre – manoelar@ufcspa.edu.br

[3] Enfermeira, Professora, Departamento de Enfermagem, Residência em Oncologia, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre – elianer@ufcspa.edu.br

[4] Enfermeira Gerente Hospitalar no Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – lajaggi@santacasa.tche.br

[5] Enfermeiro Líder das Unidades de Internação no Hospital Santa Rita do Complexo Hospitalar Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre – diogo.ducatti@santacasa.tche.br

[6] Psicóloga, Professora, Departamento de Psicologia, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde e em Psicologia e Saúde, Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Bolsista Produtividade do CNPq – danielal@ufcspa.edu.br

RESUMO

Objetivo: Avaliar a taxa de sobrevida global em cinco anos de mulheres com câncer de mama (CA mama) atendidas em um hospital de referência oncológica. **Background:** O CA mama é a principal causa de morte feminina no mundo, sendo a quinta causa de morte mundial por câncer em geral. **Desenho:** Estudo documental de coorte retrospectivo. **Métodos:** Foi realizada uma busca no sistema de informação deste hospital e rastreados todos os casos de diagnóstico de CA mama entre os anos de 2007 e 2011. Foram considerados os desfechos: morte, sobrevida global em cinco anos ou perda de seguimento para os casos em que não foi possível identificar se a paciente estava viva ou não. Este estudo foi aprovado pelos Comitês de Ética em Pesquisa da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre e da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (Parecer nº 1.799.780). **Resultados:** Foram identificados 2.729 casos, dos quais 35% (n= 953) tinham dados de sobrevida disponíveis. O tempo médio de sobrevida destas pacientes foi de 56,28 meses, sendo a taxa de sobrevida global de 88,4%. Os casos seguiram um perfil sociodemográfico já descrito na literatura, bem como perfil do tumor. Também foi observado um aumento no diagnóstico de CA mama em estádio mais precoce. **Conclusões:** A taxa de sobrevida global encontrada nesta coorte está de acordo com a literatura e se alinha ao aumento na taxa de sobrevida brasileira ao longo dos últimos anos, estando relacionada ao diagnóstico precoce da neoplasia.

Palavras-chave: neoplasias de mama; mulher; oncologia; sobrevida; enfermagem.

INTRODUÇÃO

Segundo a *International Agency for Research on Cancer* (IARC, 2016), o câncer de mama (CA mama) está entre os mais comumente diagnosticados na América do Sul, sendo que mesmo os países desta região com um melhor desenvolvimento econômico, como Brasil e Argentina, tiveram altos índices deste tumor no ano de 2016. Considerando o panorama mundial, este câncer tornou-se a principal causa de morte feminina (UICC, 2015). Estima-se que houve 1,67 milhões de novos casos de CA mama no ano de 2012 a nível mundial, representando 25% de todos os casos de câncer para aquele ano. Em relação à mortalidade, o CA mama representa a quinta causa de morte mundial por câncer em geral, enquanto que nas regiões menos desenvolvidas, ele é a principal causa de morte oncológica (IARC, 2014).

Dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015) do Brasil refletem este mesmo cenário a nível nacional, pois, no país, estima-se que, do total de diagnósticos oncológicos, 25% sejam correspondentes ao de CA mama. Segundo o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM), houve, para o ano de 2013, 14.388 óbitos por câncer de mama e a estimativa, para o ano de 2016, era de 57.960 novos casos deste tipo de câncer (INCA, 2015).

O CA mama é considerado uma doença heterogênea do ponto de vista clínico e morfológico. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), existem mais de vinte subtipos (LAKHANI, 2012), sendo o carcinoma ductal invasivo o mais comum, representando cerca de 80% de todos os tipos de neoplasia mamária (INCA, 2015). Além disso, o CA mama, de maneira geral, não possui uma causa única; fatores biológicos (ex: idade), endócrinos (ex: estímulo de estrogênio), comportamentais (ex: ingestão de bebidas alcoólicas, sedentarismo e tabagismo) e genéticos (ex: presença de mutação em determinados genes transmitidos na família, especialmente o BRCA1 e BRCA2) estão relacionados ao aumento do risco de desenvolvimento desta doença (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016).

Com a finalidade de padronizar as condutas adotadas no tratamento do CA mama, foram desenvolvidos critérios de estadiamento baseados na classificação dos tumores malignos - Tumor, Nódulo e Metástases (TNM) - de acordo com a União Internacional Contra o Câncer (UICC). Para estabelecer este critério, que agrupa os casos de CA mama em estágios 0, I, IIA, IIB, IIIA, IIIB, IIIC e IV, deve-se levar em consideração as características do tumor primário, dos linfonodos e das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza, bem como a presença ou ausência de metástases à distância (UICC, 2009). Estudos com pacientes

atendidos pelo INCA demonstram que a sobrevida em cinco anos para pacientes diagnosticadas com CA mama é de 80% para o estágio *in situ* - IIA, 70% para o estágio IIB, 50% para estadiamento IIIA, 35% para IIIB e de apenas 5% para o estadiamento V.

Os tratamentos para o CA mama podem variar, porém, de maneira geral, as modalidades de tratamento são divididas em: tratamento local – cirurgia e radioterapia – e tratamento sistêmico – quimioterapia, hormonioterapia e terapia-alvo (AMERICAN CANCER SOCIETY, 2016). Independentemente da modalidade de tratamento, na maioria dos países desenvolvidos, a sobrevida para o CA mama em cinco anos está aumentando, tendo se observado um aumento de aproximadamente 85% entre os anos de 2005 e 2009. Na América do Sul, a sobrevida em cinco anos também tem aumentado, particularmente para o Brasil, onde esta taxa aumentou de 78% para o período de 1995 a 1999 para 87% para o período de 2005 a 2009 (ALLEMANI et al., 2015).

É provável que o aumento da sobrevida esteja associado à detecção precoce e aos avanços no tratamento desta patologia (HOFELMAN, ANJOS & AYLA, 2014). As atuais estratégias de detecção precoce para o câncer são o diagnóstico precoce e o rastreamento. A primeira estratégia contribui para a redução do estágio na detecção do câncer, enquanto a segunda estratégia tem como principal benefício a melhora do prognóstico da doença, tratamento mais efetivo e com menor morbidade (OMS, 2007).

Conforme o exposto, estes dados demonstram a importância de pesquisar sobre o CA mama, uma vez que, em virtude do aumento da taxa de sobrevida, cada vez mais temos pessoas convivendo com esta doença, e o profissional da saúde deve estar adequadamente instrumentalizado para atender a esta população de maneira integral e qualificada, a fim de promover sua qualidade de vida. Nesse sentido, é importante ressaltar que o conhecimento de dados epidemiológicos de uma doença e fatores associados à sobrevida habilitam os profissionais para o desenvolvimento de intervenções e dessa assistência integralizada. Tendo isto em vista, este estudo teve como objetivo identificar a taxa de sobrevida global de mulheres com CA mama entre os anos de 2007 e 2011 em uma instituição de referência oncológica no estado do Rio Grande do Sul, bem como examinar a exposição dessas pacientes a alguns fatores de risco (uso de álcool e tabaco) para CA mama, identificar o primeiro tratamento recebido para o tratamento do câncer, apresentar as características sociodemográficas destas mulheres e do tumor e associar algumas destas medidas à sobrevida.

MATERIAIS E MÉTODOS

DELINEAMENTO

Trata-se de um estudo de coorte retrospectivo, sendo este um modelo de estudo do tipo analítico e longitudinal. O estudo de coorte retrospectivo, também conhecido como "coorte histórica", é caracterizado pelo seguimento de uma amostra com a finalidade de verificar incidência ou situações clínicas de uma doença (FRANÇA, 2006), neste caso, a sobrevida em 5 anos de mulheres com CA mama. Cabe destacar que se trata de estudo documental, baseado em consultas a prontuários físicos e online e demais dados de registro do hospital em questão.

POPULAÇÃO E AMOSTRA

Foram analisados dados de 2.729 mulheres com diagnóstico de CA mama, atendidas no Hospital Santa Rita (HSR) da Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre (ISCPMA) entre os anos de 2007 e 2011. O HSR é um hospital de referência na área oncológica no estado do Rio Grande do Sul e no Brasil, recebendo pacientes de diversas cidades e estados brasileiros.

O período proposto para análise possibilitou que todos os casos avaliados pudessem apresentar um desfecho – morte ou sobrevida em cinco anos. Além disso, a previsão de possíveis perdas de seguimento devido a incompletudes de dados no sistema fez considerar que a análise de um período de cinco anos (de 2007 a 2011) possibilitaria, ainda assim, um número adequado de casos.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Todos os casos de CA mama identificados no sistema de informação do hospital em questão entre os anos de 2007 e 2011.

CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO

Casos que se referiam a CA mama em homens, bem como os casos localizados em duplicidade no sistema.

COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu com base nos dados disponíveis no sistema de informação do Registro Hospitalar do Câncer (RHC) do HSR. Estes dados são preenchidos manualmente na primeira consulta da paciente no hospital, em uma ficha de registro do tumor (ANEXO A)

e na ficha de seguimento para as consultas subsequentes (ANEXO B). Posteriormente, tais dados são digitados - por uma funcionária do hospital treinada especificamente para esta função - em uma planilha no Excel® no qual ficam armazenados.

Foram solicitadas ao RHC as seguintes informações: Sexo; Data de nascimento; Idade na data da primeira consulta; Procedência; Data do primeiro diagnóstico do tumor; TNM; Estadiamento clínico do tumor; Primeiro tratamento recebido no hospital; Data do óbito (se aplicável); Historia familiar de câncer; Historia de consumo de bebida alcoólica e Historia de consumo de tabaco.

Para as informações que não constavam neste banco de dados, foi feita uma tentativa de resgate nos prontuários eletrônicos e nos prontuários em papel, que foram utilizados até o ano de 2012 na instituição.

Os seguintes desfechos foram considerados para este estudo: morte, sobrevida global em cinco anos e perda de seguimento para os casos em que não foi possível extrair esta informação. Não foi realizada nenhuma tentativa de contato com estas mulheres com a finalidade de obter dados de sobrevida ou morte; contou-se, na análise, apenas com os dados já disponíveis nos prontuários.

ANÁLISE DE DADOS

Foram realizadas análises descritivas das variáveis do estudo. Para as análises das variáveis de sobrevida foi utilizada a análise de Kaplan-Meier e, para a comparação entre as curvas e avaliar o efeito das co-variáveis na sobrevida, o teste de long-rank. O nível se significância estatístico foi de 0,05. Todas estas análises foram realizadas com o programa estatístico SPSS® versão 23.0.

ASPECTOS ÉTICOS

O estudo seguiu os preceitos da Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), respeitando a confidencialidade dos sujeitos. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da ISCMPA e UFCSPA, obtendo aprovação em ambos os comitês (Parecer nº 1.799.780). Esses aprovaram a dispensa da aplicação do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por se tratar de um estudo que empregou apenas informações de prontuários médicos, sistemas de informação institucionais e/ou demais fontes de dados e informações clínicas disponíveis na instituição, sem utilização de material biológico ou de qualquer contato com as pacientes. Todos os dados

foram manejados e analisados de forma anônima, sem identificação nominal das participantes de pesquisa. Os resultados decorrentes do estudo são apresentados de forma agregada, não permitindo a identificação individual das pacientes. Ainda, se trata de um estudo não intervencionista e sem alterações/influências na rotina/tratamento das participantes de pesquisa e, consequentemente, sem riscos ou prejuízos ao bem-estar das mesmas.

RESULTADOS

A partir da busca aos registros do hospital, foram encontrados 2.729 casos de CA mama. Segue a caracterização sociodemográfica e de saúde destas pacientes na Tabela 1. Quanto à caracterização sociodemográfica, as mulheres tinham idade média de 55,86 anos ±12,28, cor branca em sua maioria (73,98%) e eram procedentes de outras cidades do estado do Rio Grande do Sul que não a capital Porto Alegre (56,94%). Dos casos informados, 31,22% relataram historia de casos de câncer na família. A maioria das pacientes com informações disponíveis de uso de tabaco e álcool negaram historia de uso de ambas as substâncias.

Tabela 1 – Caracterização sociodemográfica e de saúde das participantes

Variável	**n (%)**
Faixa etária (em anos)[1]	
Menos de 30 anos	25 (0,91)
30 a 39 anos	192 (7,03)
40 a 49 anos	698 (25,57)
50 a 59 anos	795 (29,13)
60 a 69 anos	623 (22,82)
70 a 79 anos	315 (11,54)
80 anos ou mais	81 (2,96)
Raça / Cor da pele[2]	
Branca	2019 (94,52)
Preta	75 (3,51)
Amarelo	4 (0,18)
Parda	36 (1,68)
Indígena	2 (0,09)
Procedência	

Porto Alegre (capital)	1175 (43,05%)
Demais cidades do Rio Grande do Sul	1554 (56,94%)
Historia familiar de câncer[3]	
Sim	852 (59,91)
Não	570 (40,08)
Historia de consumo de tabaco[4]	
Sim	514 (34,80)
Não	963 (65,19)
Historia de consumo de álcool[5]	
Sim	88 (8,30)
Não	971 (91,69)

[1] Idade informada na data da primeira consulta

[2] Dados ignorados: 593 [3] Dados ignorados: 1307 [4] Dados ignorados: 1252 [5] Dados ignorados: 1670

Nas Figura 1 e na Tabela 2 apresenta-se a estratificação dos casos conforme o ano do diagnóstico (Figura 1) e a caracterização do tumor e tratamento (Tabela 2). A maioria dos diagnósticos ocorreram no ano de 2007 (25,65%), seguidos pelos anos de 2011 (23,01%) e 2010 (22,71%). Em relação ao estadiamento clínico, a maioria destas pacientes foram diagnosticadas em estágio I da doença, o que caracteriza um diagnóstico precoce. A abordagem terapêutica inicial para a maioria dos casos foi a radioterapia (53,71%).

Figura 1 – Estratificação dos casos de câncer de mama por ano do diagnóstico

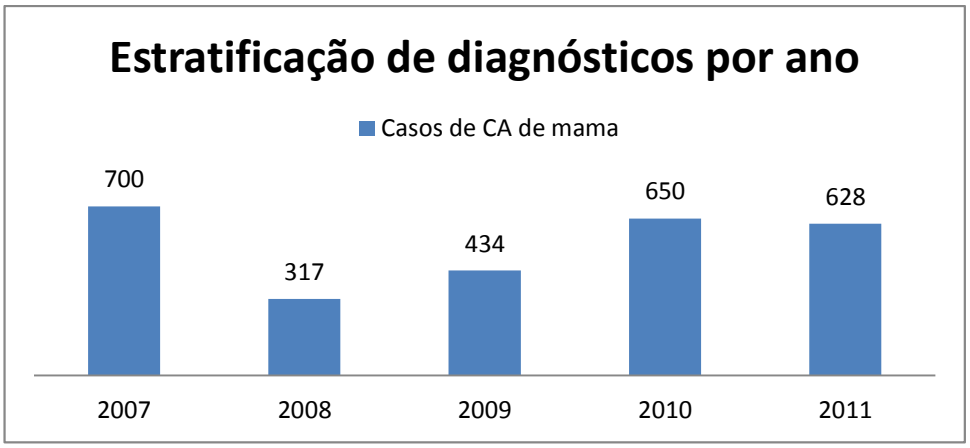


Tabela 2 – Caracterização do tumor e tratamento

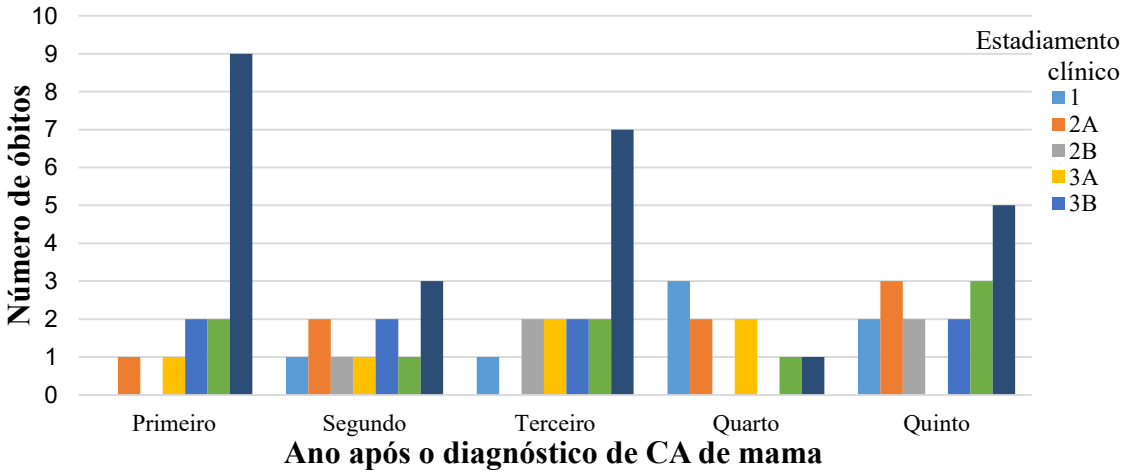
Variável	n (%)
Estadiamento Clínico no Tumor[1]	
0 *(In Situ)*	34 (1,62)
I	677 (32,26)
IIa	479 (22,83)
IIb	277 (13,20)
IIIa	203 (9,67)
IIIb	146 (6,95)
IIIc	88 (4,19)
IV	194 (9,24)
Primeiro tratamento recebido[2]	
Cirúrgico	829 (32,39)
Radioterápico	1466 (57,28)
Hormonal	14 (0,54)
Quimioterápico	250 (9,76)

[1] Dados ingnorados: 631 [2] Dados ignorados: 170

Do total da amostra (n= 2729), 34,22% (n=933) tinham os dados de sobrevida disponíveis em meio eletrônico ou em prontuário em papel, ou seja, apresentaram desfecho clínico em seus registros. Destes casos, 710 (26,01%) possuíam também dados referentes ao estadiamento clínico da doença. Na Figura 2 é possível observar os dados sobre os óbitos estratificados por estadiamento clínico destas 710 pacientes. Observa-se que uma pequena

parcela (n=68; 9,57%) destas mulheres apresentaram o desfecho óbito durante o seguimento de 5 anos, o que indica um alto índice de sobrevida.

Figura 2 – Ocorrência de óbitos estratificada por estadiamento clínico para os cinco primeiros anos após o diagnóstico



Na Tabela 3 encontram-se as informações referentes ao tempo de sobrevida dessas pacientes em meses, de acordo com o estadiamento clínico.

Tabela 3- Tempo médio de sobrevida em meses estratificado por estadiamento clínico (n=710)

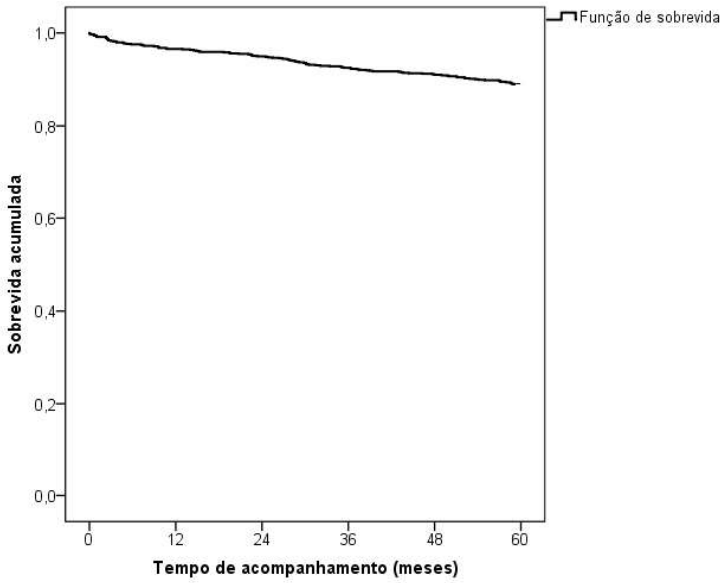
Estadiamento	Tempo médio de sobrevida em meses (IC95%)[1]	Desvio Padrão (±dp)
0 *(In Situ)*	60 (60,00-60,00)	0
I	59,42 (58,92-59,92)	0,25
IIa	58,56 (57,32-59,81)	0,634
IIb	58,88 (57,73-60,03)	0,587
IIIa	57,31 (55,05-59,58)	1,158
IIIb	53,02 (48,02-58,02)	2,552
IIIc	52,23 (46,73-57,74)	2,809
IV	45,65 (40,21-51,09)	2,775

IC95%: Intervalo de Confiança de 95% [1] Teste de Long Rank p<0,05

Em relação à sobrevida, segue abaixo, na Figura 3, a curva de Kaplan-Meier referente à sobrevida acumulada para o seguimento de 5 anos, expresso nesta figura em meses. A média

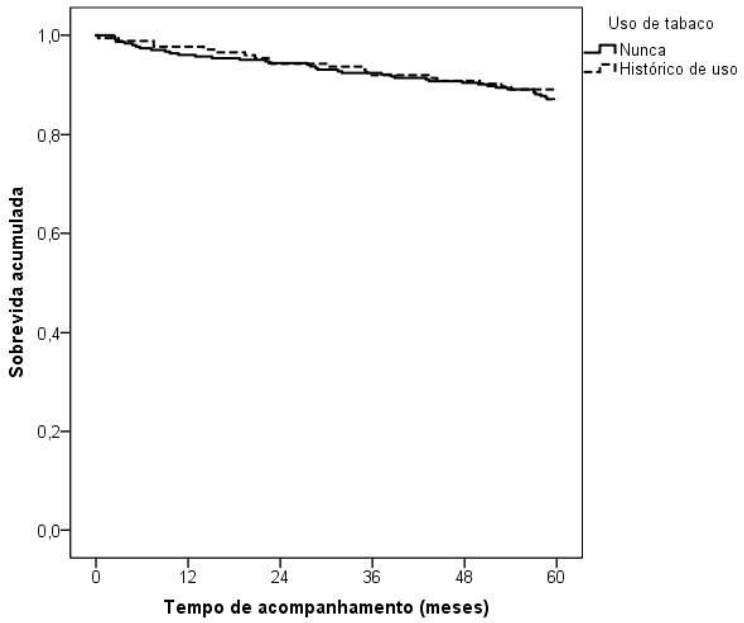
de sobrevida estimada para a população que apresentou desfecho clínico registrado em prontuário (n=933) foi de 56,28 meses, com uma taxa de sobrevida em cinco anos de 88,74%.

Figura 3 – Curva de sobrevida de Kaplan-Meier (n=933)



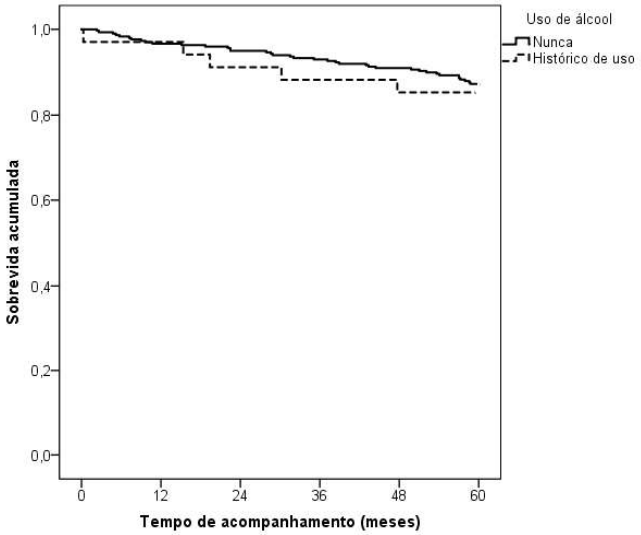
Considerando o grau de significância (p) de 0,05, observou-se que o uso de tabaco (Figura 4) e álcool (Figura 5) não apresentou significância estatística quando relacionado ao tempo de sobrevida.

Figura 4 – Sobrevida em meses estratificada para o histórico de uso de tabaco (n=1477)[a]



[a] p=0,478

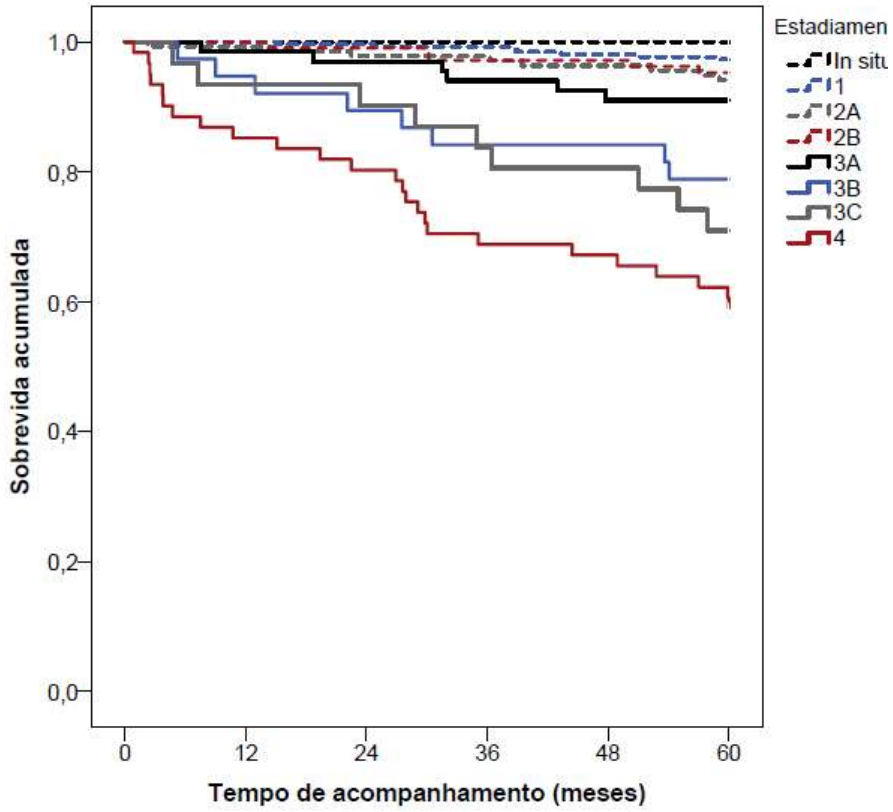
Figura 5 – Sobrevida em meses estratificada para o histórico de uso de álcool (n=1059)[a]



[a] p=0,747

Na Figura 6 encontra-se a taxa de sobrevida em meses por estadiamento expressa pela Curva de Kaplan-Meier. É possível observar que o diagnóstico mais precoce está relacionado a uma maior taxa de sobrevida.

Figura 6 – Sobrevida em meses estratificada por estadiamento clínico (n=710)



Na Tabela 4 é possível identificar o tempo entre o diagnóstico e início do primeiro tratamento para CA mama. A grande maioria iniciou tratamento em até 3 meses a partir do diagnóstico da doença, sendo que o tempo médio em meses foi de 4,3(dp±5,16).

Tabela 4- Tempo entre diagnóstico e início do tratamento para CA mama[1]

Tempo entre diagnóstico e início do tratamento[2]	n (%)
0 - 2	1263 (49,64)
3 – 5	518 (20,36)
6 – 8	316 (12,42)
9 – 11	290 (11,39)
12 ou mais	157 (6,71)

[1]tempo em meses

[2] Dados ignorados: 185

DISCUSSÃO

O presente estudo objetivou identificar a taxa de sobrevida global de mulheres com CA mama entre os anos de 2007 e 2011, assim como identificar alguns dos fatores de risco para CA mama aos quais estas mulheres foram expostas. Ainda, caracterizar o tumor e o perfil sociodemográfico das pacientes, identificar o tipo de tratamento recebido inicialmente e o tempo decorrido entre o diagnóstico e o início do tratamento.

Em relação à caracterização sociodemográfica, a idade média da amostra foi de 55 anos (±12) e a maioria das mulheres (29,13%) foi diagnosticada com idades entre 50 e 59 anos, seguida pela faixa etária de 40 a 49 (25,57%) e 60 a 69 (22,82%), respectivamente. Este dado está de acordo com o encontrado por e colaboradores, que indicou uma média de idade no momento do diagnóstico de CA mama de 54 anos (MEDEIROS et al., 2016). Esse achado reforça a importância da mamografia de rastreamento especialmente para mulheres entre 50 e 69 anos, já que esta estratégia de detecção precoce traz como benefício a redução das taxas de mortalidade por CA mama, uma vez evidenciado o impacto do rastreamento na mortalidade por neoplasia (INCA, 2015; OMS, 2008). A maior parte da amostra era da raça branca (73,98%), estando esta informação também de acordo com a literatura, que indica que a predominância dessa raça no diagnóstico de CA mama (ROSA;RADUNZ, 2012; SCHNEIDER;d'ORSI, 2009).

Já quanto aos dados de saúde, aqui considerados como possíveis fatores de risco para CA mama aos quais essas pacientes foram expostas, maioria destas mulheres negou o uso de tabaco ou álcool (Tabela 1). Nenhuma destas duas variáveis apresentou grau de significância quando relacionadas à sobrevida. Neste aspecto, seria possivelmente necessário um número maior de pacientes com este informação registrada, com o intuito de obter dados que expressem de fato uma informação significativa.

O primeiro tratamento que se apresentou mais frequente nesta amostra foi o de abordagem radioterápica (53,71%), achado que difere da literatura, pois se identifica a quimioterapia como principal abordagem inicial para o tratamento do CA mama (RODRIGUES;FERREIRA, 2010; MEDEIROS et al., 2016). Neste sentido, dois fatores podem explicar esse achado. Primeiramente, o local da coleta de dados dessas informações foi um hospital de referência para tratamento oncológico, que dispõe de tecnologia avançada no tratamento radioterápico. Portanto, muitos dos pacientes são encaminhados ao local justamente pela disponibilidade deste serviço, fato que poder ter contribuído para os índices aumentados de abordagem inicial radioterápica na amostra avaliada. Nesse sentido, o fato de

mais de metade da amostra (56,94%) ser proveniente de outras cidades do estado do RS que não a capital Porto Alegre, sugere que grande parte dos pacientes foram referenciados para este centro de tratamento oncológico. Outro fato importante que deve ser levado em consideração é que, para este estudo, foi considerado somente o tipo de tratamento inicial realizado, independentemente se este foi realizado de forma isolada ou em combinação com outros tratamentos, como cirurgia adjuvante, por exemplo.

De forma relacionada, em relação ao estadiamento, a maior parte das pacientes (27,7%) foi diagnosticada em estadiamento II (IIa e IIb), dado também expresso pelo INCA (2016), que aponta que maior parte dos diagnósticos de câncer de mama ocorrem no estadiamento clínico II. As recomendações para detecção precoce do câncer de mama no Brasil, atualizadas em 2015, propõem o diagnóstico precoce concomitante ao rastreamento de mulheres na faixa etária de 50 a 69 anos (INCA, 2015). Aliado a isso, a crescente incorporação de novas tecnologias no diagnóstico do câncer tem possibilitado um diagnóstico em estágios menos avançados da doença, o que pode explicar esses achados.

É consenso que, quanto mais avançado o câncer, menor é a taxa de sobrevida do paciente (AYALA, 2012; ABREU, 2002; PEDERSEN, 2004). Neste estudo este padrão se repete, havendo uma redução do tempo de sobrevida ao passo que o estadiamento do tumor no momento do diagnóstico aumenta. Esses achados refletem a importância do diagnóstico precoce para um melhor prognóstico dessa neoplasia e menor morbidade associada ao tratamento (INCA, 2015).

No momento em que se estratifica a taxa de sobrevida em cinco anos por estadiamento, observa-se que a sobrevida neste estudo foi superior aos dados nacionais divulgados pelo INCA em um estudo de coorte entre os anos de 1992 – 1996. Porém, deve-se levar em consideração o período em que esta coorte foi realizada e os avanços obtidos desde então em termos de diagnóstico e tratamento para CA mama, fato que pode justificar este aumento na taxa de sobrevida encontrado no presente estudo.

De fato, as taxas de sobrevida encontradas neste estudo se assemelham a outras encontradas em estudos mais recentemente realizados no Brasil (MEDEIROS et al., 2016) e na Inglaterra (CANCER RESEARCH UK,2006), exceto referente ao estadiamento IV, no qual o estudo brasileiro apresentou uma taxa de sobrevida em cinco anos de 21,6% e o estudo inglês de 15%, enquanto que, no presente estudo, esta taxa foi de 59%. A sobrevida em cinco anos da coorte investigada no presente estudo, composta de 933 mulheres que apresentaram esse desfecho, foi de 88,74%. Esse resultado também é muito semelhante ao publicado em um

estudo apresentado por Allemani e colaboradores (2015), que avaliou mais de 23,3 milhões de pessoas em 67 países diferentes e apontou que o Brasil teve uma taxa de sobrevida em cinco anos para o câncer de mama de 87,4% entre os anos de 2005 a 2009, índice esse próximo das taxas referentes aos Estados Unidos que, para o mesmo período, foram de 88,6% (ALLEMANI et al., 2015). Por outro lado, a taxa de sobrevida identificada neste estudo foi superior ao de uma coorte brasileira entre os anos de 1980 a 2000 (87,7%) (MORAES et al., 2006) e também superior às taxas encontradas em outra coorte brasileira que contou com 745 pacientes entre os anos 1998 a 2000, as quais apresentaram uma sobrevida de 81,8% (GUERRA et al., 2015). Como já mencionado, tanto o local de realização do estudo como os avanços na detecção precoce e no tratamento do CA mama ocorridos nos últimos anos podem explicar essas diferenças.

Os indicadores para o tratamento do câncer de mama incluem o tempo para iniciar o tratamento primário (MUJAR et al., 2013), observou-se neste estudo que o tempo entre diagnóstico e início do tratamento de grande parte destas pacientes - 46,28% - foi de até 2 meses após o diagnóstico, seguindo o que a Lei Nº 12.732, de novembro de 2012, garante ao paciente oncológico, ou seja, garantindo o direito ao início do tratamento em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmação diagnóstica. Sabe-se que esperar mais de 60 dias para iniciar o tratamento pode estar associado a um risco significativo de aumentar a mortalidade por CA mama em estágios mais avançados (McLAUGHLIN, 2012).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Semelhante ao observado em outros estudos com perfil semelhante de pacientes (em termos sociodemográficos e clínicos) identificou-se um aumento no diagnóstico de CA mama em estádio mais precoce, o que colaborou para o aumento das taxas de sobrevida na coorte investigada. Assim, em comparação a outros estudos, este apresentou taxas de sobrevida superiores por estadiamento clínico em cinco anos. Estes dados nos mostraram que estes casos estão sendo adequadamente diagnosticados ou mesmo encaminhados para esta instituição de referência em tempo de iniciar o tratamento ainda no estádio inicial da doença, fato que foi reforçado ao analisar que grande parte destas pacientes iniciou o tratamento em até 2 meses após o diagnóstico.

A avaliação epidemiológica realizada neste estudo torna-se uma ferramenta importante para o planejamento estratégico de instituições de tratamento oncológico, uma vez que colabora para a produção de indicadores capazes de auxiliar na tomada de decisões com base

no perfil clínico do paciente e informações específicas da doença. Ao conhecer, por exemplo, a idade média em que estas mulheres foram diagnosticadas e qual estadiamento se tem encontrado no momento do diagnostico da doença, é possível que os profissionais se planejem no desenvolvimento de programas de tratamento e assistência mais específicos para este perfil.

Este estudo analisou todos os casos de CA mama atendidos em um hospital de referência durante 5 anos, possibilitando uma avaliação ampla desse perfil de paciente. Ainda assim, sugere-se o desenvolvimento de estudos de casos analíticos nesta temática, para possibilitar o rastreamento de informações completas do paciente, de seu diagnóstico e do tratamento, como o tipo histológico da doença, grau de escolaridade, detalhes sobre o histórico familiar de câncer, resposta ao tratamento proposto, entre outros.

Apesar de algumas limitações quanto à completude de informações no sistema, este estudo atingiu os objetivos propostos e mostrou-se representativo em relação à população feminina diagnosticada com CA mama no Brasil.

REFERÊNCIAS

ABREU, E.D.; KOIFMAN, S. Fatores Prognósticos no Câncer de Mama Feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia.** V.48, n.1, 2002. p.113-131.

ALLEMANI, C.; et al. Global surveillance of cancer survival 1995–2009: analysis of individual data for 25 676 887 patients from 279 population-based registries in 67 countries (CONCORD-2). **The Lancet.** v. 385, n. 9972. 2015. p.977-1010.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Breast Cancer Risk and Prevetion.** 2016. Disponível em: https://www.cancer.org. Acesso em: 23.out.2016.

AYALA, A.L.M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Revista Brasileira de Enfermagem.** v. 65, n. 4, 2012. p.566-570.

BRASIL. Presidência da República. Lei N°12.732, de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de pacientes com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início. Diário Oficial da União 2012.

BREAST CANCER AWARENESS**. Union for international cancer control.** Washington, 2015. Disponível em: http://www.uicc.org. Acesso em: 17.nov.2016.

BREAST CANCER: SURVIVAL. **Cancer research UK.** Inglaterra, 2006. Disponível em: http://www.cancerresearchuk.org/about-cancer/breast-cancer/survival. Acesso em: 18.dez.2016.

CANCER CONTROL: KNOWLEDGE INTO ACTION. **Organização Mundial de Saúde**. Lyon, 2007. Disponível em: http://www.who.int/cancer/modules/Prevention%20Module.pdf. Acesso em: 17.nov.2016.

CANCER NA AMÉRICA CENTRAL E DO SUL: UMA ANÁLISE ABRANGENTE. **International Agency for Research on Cancer**. Lyon, 2016. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/media-centre/pr/2016/pdfs/pr248_PT.pdf. Acesso em: 17.nov.2016.

FRANÇA. Bonita. Organização Mundial da Saúde. **Basic Epidemiology.** 2. ed. Lyon, 2006. 230 p.

GUERRA, M.R.; et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em Saúde. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 31, n. 8, 2015. p.1673-1684.

HÖFELMANN, D.A.; ANJOS, J.C.; AYALA, A.L. Sobrevida em dez anos e fatores Prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Revista Ciência e Saúde Coletiva.** v.19, n.6, 2014. p. 1813-1824.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativa 2016: Incidência de Câncer no Brasil.** 2015. Disponível em: http://ww.inca.gov.br. Acesso em: 21.abr.2016.

INTERNATIONAL AGENCY FOR REASEACH ON CANCER. **Cancer Facts Sheets: Breast Cancer,** 2014. Disponível em: http://gco.iarc.fr/today/fact-sheets-cancers?cancer=15&type=1&sex=2. Acesso em: 23.out.2016.

LAKHANI S.; et al. 4ª edição. Lyon: IARC Press. WHO Classification of Tumours of the Breast, 2012.

MCLAUGHLIN, J. M. et al. Effect on Survival of Longer Intervals Between Confirmed Diagnosis and Treatment Initiation Among Low-Income Women With Breast Cancer. **Journal Of Clinical Oncology.** v. 30, n. 36,2012. p.4493-4500.

MEDEIROS, J.M.; et al. Perfil epidemiológico e estudo de sobrevida dos pacientes com câncer de mama atendidos no Hospital Erasto Gaertner em Curitiba, PR. **Revista Brasileira de Mastologia.** v. 26, n. 3, 2016. p.107-112.

MORAES, A.B.; et al. Estudo da sobrevida de pacientes com câncer de mama atendidas no hospital da Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública do Rio de Janeiro.** v. 22, n. 10, 2006. p.2219-2228.

MUJAR, M.; Et al. Delays in time to primary treatment after a diagnosis of breast cancer: Does it impact survival?. **Preventive Medicine.** v. 56, n. 3-4. 2013. p.222-224.

PEDERSEN, L.; et al. The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. **The Breast.** v. 13, n. 3, 2004. p.188-193

RODRIGUES, J.S.M.; FERREIRA, M.N.L.A. Caracterização do Perfil Epidemiológico do Câncer em uma Cidade do Interior Paulista: Conhecer para Intervir. **Revista Brasileira de Cancerologia.** v. 4, n. 56, 2010. p.431-441.

ROSA, L.M.; RADUNZ, V.. Taxa de Sobrevida na Mulher com Câncer de Mama: Estudo de Revisão. **Texto & Contexto Enfermagem.** v.21, n.4, 2012. p.980-989.

SCHNEIDER, I.J.C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública.** v. 25, n. 6, 2009. p.1285-1296.

UNION FOR INTERNATIONAL CANCER CONTROL. **TNM Classification of Malignant Tumours.** 2009. Disponível em: http://www.uicc.org/sites/main/files/private/TNM_Classification_of_Malignant_Tumours_Website_15%20MAy2011.pdf. Acesso em: 17.nov.2016

WORLD CANCER REPORT 2008. **Organização Mundial de Saúde**. Lyon, 2008. Disponível em: http://www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/2008/wcr_2008.pdf. Acesso em: 17.nov.2016.

CONSIDERAÇÕES FINAIS DA DISSERTAÇÃO

Este estudo teve como objetivos analisar a sobrevida em 5 anos de mulheres com CA mama diagnosticadas entre o ano de 2007 e 2011 em um hospital oncológico no Rio Grande do Sul, bem como identificar as intervenções que vem sendo realizas para pacientes com este diagnóstico que apresentam depressão ou sintomas depressivos.

Para identificar estas intervenções, foi realizada uma revisão narrativa da literatura que mostrou uma maior prevalência de estudos que retrataram intervenções de relaxamento nos últimos cinco anos, demonstrando uma eficácia satisfatória destas atividades. Estudos sobre diferentes atividades de cunho psicoterápico também se mostraram eficazes na abordagem destas pacientes com depressão ou sintomas depressivos. Entretanto, já em relação às intervenções informativas, não foi possível estabelecer uma conclusão sobre sua eficácia devido ao número reduzido de estudos encontrados. A literatura acerca deste assunto ainda é escassa; assim, é importante destacar a relevância desta revisão, que compilou os estudos já publicados e reuniu o conhecimento a partir destas informações.

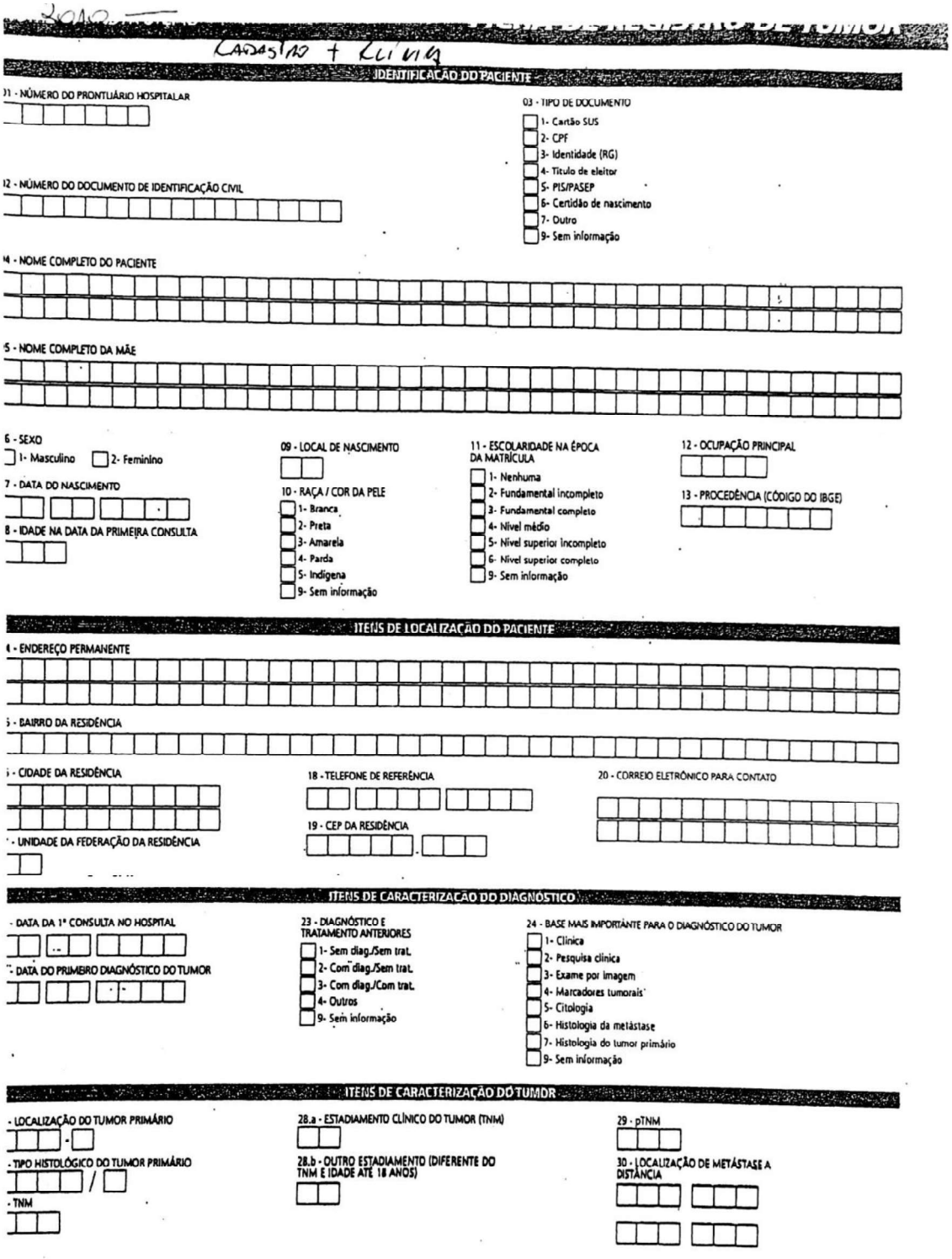
Depois de realizada esta revisão, foi feita uma pesquisa em um banco de dados de um hospital oncológico de referência no Rio Grande do Sul com a finalidade de avaliar a sobrevida em 5 anos de mulheres com CA mama e identificar o perfil sociodemográfico destas pacientes, bem como dados referentes a caracterização do tumor, diagnóstico e tratamento. A pesquisa feita para o período de 2007 a 2011 identificou o total de 2729 casos, dentre os quais foi possível identificar o desfecho sobrevida ou óbito em 933. A sobrevida em 5 anos destas 933 pacientes mostrou-se superior ao que se tem registrado na literatura, embora o perfil sociodemográfico e a caracterização do tumor tenham se assemelhado ao que os estudos revisados mostraram até o momento. O conhecimento do perfil destes pacientes e as informações relativas ao diagnóstico e tratamento podem colaborar no planejamento de ações de assistência e gestão de instituições de tratamento oncológico, pois, uma vez identificado o perfil destas pacientes e informações sobre a doença, é possível desenvolver atividades assistenciais focadas de maneira mais específica para esta população, promovendo a qualidade de vida e otimizando os resultados em nível assistencial e gerencial.

A combinação dos estudos realizados – de revisão e empírico – mostra-se como relevante, pois ambos se configuram como uma ferramenta de conhecimento que permite ajudar o profissional a oferecer uma assistência de melhor qualidade para essas pacientes, em conjunto com uma gestão participativa e ciente do perfil de paciente atendido na instituição e

de suas necessidades. Entretanto, esta pesquisa apresentou como limitação a falta de completude de algumas informações no banco de dados, impossibilitando a análise de um número maior de casos. Entende-se que esse pode ser um aspecto de melhoria para a gestão do referido hospital, uma vez demonstrado a necessidade de melhorar a qualidade de alguns registros.

Outra sugestão para futuros estudos seria o desenvolvimento de um estudo com este mesmo desenho metodológico, porém, de casos analíticos. Embora com redução considerável do tamanho amostral, forneceria informações completas de cada paciente e possibilitaria um número maior de análises para verificar outras relações entre as variáveis investigadas. Desse modo, considera-se importante a continuidade de estudos sobre esse tipo de neoplasia em outras instituições, com a finalidade de produzir dados epidemiológicos de qualidade, que permitirão melhor organizar os procedimentos assistenciais e até mesmo as políticas públicas de saúde.

ANEXO A – FICHA DE REGISTRO DO TUMOR



2010 —

CADASTRO + Living

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

01 - NÚMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

03 - TIPO DE DOCUMENTO
- 1- Cartão SUS
- 2- CPF
- 3- Identidade (RG)
- 4- Título de eleitor
- 5- PIS/PASEP
- 6- Certidão de nascimento
- 7- Outro
- 9- Sem informação

02 - NÚMERO DO DOCUMENTO DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL

04 - NOME COMPLETO DO PACIENTE

05 - NOME COMPLETO DA MÃE

06 - SEXO
1- Masculino 2- Feminino

07 - DATA DO NASCIMENTO

08 - IDADE NA DATA DA PRIMEIRA CONSULTA

09 - LOCAL DE NASCIMENTO

10 - RAÇA / COR DA PELE
- 1- Branca
- 2- Preta
- 3- Amarela
- 4- Parda
- 5- Indígena
- 9- Sem informação

11 - ESCOLARIDADE NA ÉPOCA DA MATRÍCULA
- 1- Nenhuma
- 2- Fundamental incompleto
- 3- Fundamental completo
- 4- Nível médio
- 5- Nível superior incompleto
- 6- Nível superior completo
- 9- Sem informação

12 - OCUPAÇÃO PRINCIPAL

13 - PROCEDÊNCIA (CÓDIGO DO IBGE)

ITENS DE LOCALIZAÇÃO DO PACIENTE

14 - ENDEREÇO PERMANENTE

15 - BAIRRO DA RESIDÊNCIA

16 - CIDADE DA RESIDÊNCIA

17 - UNIDADE DA FEDERAÇÃO DA RESIDÊNCIA

18 - TELEFONE DE REFERÊNCIA

19 - CEP DA RESIDÊNCIA

20 - CORREIO ELETRÔNICO PARA CONTATO

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - DATA DA 1ª CONSULTA NO HOSPITAL

22 - DATA DO PRIMEIRO DIAGNÓSTICO DO TUMOR

23 - DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO ANTERIORES
- 1- Sem diag./Sem trat.
- 2- Com diag./Sem trat.
- 3- Com diag./Com trat.
- 4- Outros
- 9- Sem informação

24 - BASE MAIS IMPORTANTE PARA O DIAGNÓSTICO DO TUMOR
- 1- Clínica
- 2- Pesquisa clínica
- 3- Exame por imagem
- 4- Marcadores tumorais
- 5- Citologia
- 6- Histologia da metástase
- 7- Histologia do tumor primário
- 9- Sem informação

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO TUMOR

25 - LOCALIZAÇÃO DO TUMOR PRIMÁRIO

26 - TIPO HISTOLÓGICO DO TUMOR PRIMÁRIO

27 - TNM

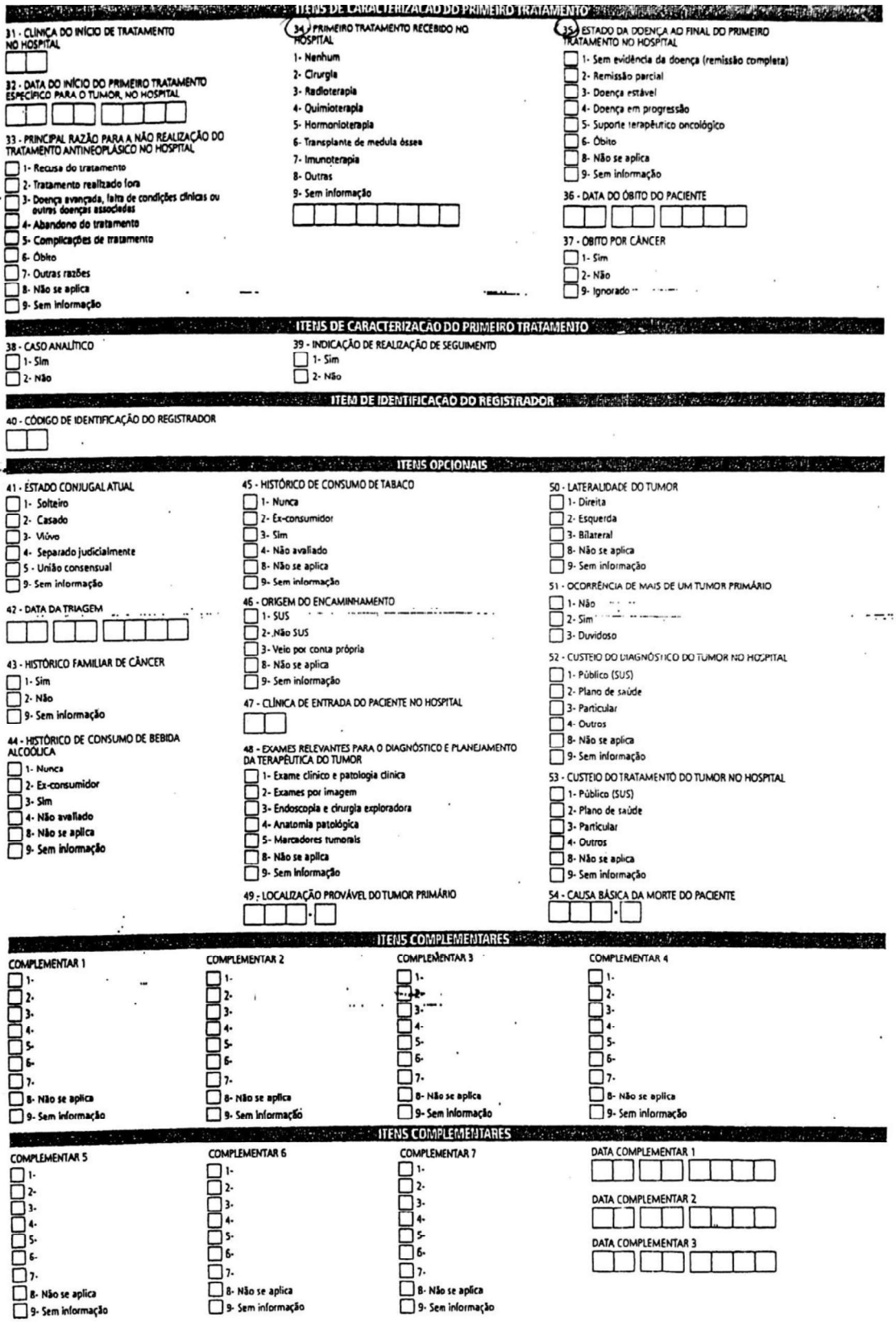
28.a - ESTADIAMENTO CLÍNICO DO TUMOR (TNM)

28.b - OUTRO ESTADIAMENTO (DIFERENTE DO TNM E IDADE ATÉ 18 ANOS)

29 - pTNM

30 - LOCALIZAÇÃO DE METÁSTASE A DISTÂNCIA

ANEXO A – FICHA DE REGISTRO DO TUMOR (continuação)



ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

31 - CLÍNICA DO INÍCIO DE TRATAMENTO NO HOSPITAL

32 - DATA DO INÍCIO DO PRIMEIRO TRATAMENTO ESPECÍFICO PARA O TUMOR, NO HOSPITAL

33 - PRINCIPAL RAZÃO PARA A NÃO REALIZAÇÃO DO TRATAMENTO ANTINEOPLÁSICO NO HOSPITAL
- 1- Recusa do tratamento
- 2- Tratamento realizado fora
- 3- Doença avançada, falta de condições clínicas ou outras doenças associadas
- 4- Abandono do tratamento
- 5- Complicações de tratamento
- 6- Óbito
- 7- Outras razões
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

34 - PRIMEIRO TRATAMENTO RECEBIDO NO HOSPITAL
- 1- Nenhum
- 2- Cirurgia
- 3- Radioterapia
- 4- Quimioterapia
- 5- Hormonioterapia
- 6- Transplante de medula óssea
- 7- Imunoterapia
- 8- Outras
- 9- Sem informação

35 - ESTADO DA DOENÇA AO FINAL DO PRIMEIRO TRATAMENTO NO HOSPITAL
- 1- Sem evidência da doença (remissão completa)
- 2- Remissão parcial
- 3- Doença estável
- 4- Doença em progressão
- 5- Suporte terapêutico oncológico
- 6- Óbito
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

36 - DATA DO ÓBITO DO PACIENTE

37 - ÓBITO POR CÂNCER
- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Ignorado

ITENS DE CARACTERIZAÇÃO DO PRIMEIRO TRATAMENTO

38 - CASO ANALÍTICO
- 1- Sim
- 2- Não

39 - INDICAÇÃO DE REALIZAÇÃO DE SEGUIMENTO
- 1- Sim
- 2- Não

ITEM DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

40 - CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO REGISTRADOR

ITENS OPCIONAIS

41 - ESTADO CONJUGAL ATUAL
- 1- Solteiro
- 2- Casado
- 3- Viúvo
- 4- Separado judicialmente
- 5 - União consensual
- 9- Sem informação

42 - DATA DA TRIAGEM

43 - HISTÓRICO FAMILIAR DE CÂNCER
- 1- Sim
- 2- Não
- 9- Sem informação

44 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE BEBIDA ALCOÓLICA
- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

45 - HISTÓRICO DE CONSUMO DE TABACO
- 1- Nunca
- 2- Ex-consumidor
- 3- Sim
- 4- Não avaliado
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

46 - ORIGEM DO ENCAMINHAMENTO
- 1- SUS
- 2- Não SUS
- 3- Veio por conta própria
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

47 - CLÍNICA DE ENTRADA DO PACIENTE NO HOSPITAL

48 - EXAMES RELEVANTES PARA O DIAGNÓSTICO E PLANEJAMENTO DA TERAPÊUTICA DO TUMOR
- 1- Exame clínico e patologia clínica
- 2- Exames por imagem
- 3- Endoscopia e cirurgia exploradora
- 4- Anatomia patológica
- 5- Marcadores tumorais
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

49 - LOCALIZAÇÃO PROVÁVEL DO TUMOR PRIMÁRIO

50 - LATERALIDADE DO TUMOR
- 1- Direita
- 2- Esquerda
- 3- Bilateral
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

51 - OCORRÊNCIA DE MAIS DE UM TUMOR PRIMÁRIO
- 1- Não
- 2- Sim
- 3- Duvidoso

52 - CUSTEIO DO DIAGNÓSTICO DO TUMOR NO HOSPITAL
- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

53 - CUSTEIO DO TRATAMENTO DO TUMOR NO HOSPITAL
- 1- Público (SUS)
- 2- Plano de saúde
- 3- Particular
- 4- Outros
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

54 - CAUSA BÁSICA DA MORTE DO PACIENTE

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 1
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 2
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 3
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 4
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

ITENS COMPLEMENTARES

COMPLEMENTAR 5
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 6
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

COMPLEMENTAR 7
- 1-
- 2-
- 3-
- 4-
- 5-
- 6-
- 7-
- 8- Não se aplica
- 9- Sem informação

DATA COMPLEMENTAR 1

DATA COMPLEMENTAR 2

DATA COMPLEMENTAR 3

ANEXO B – FICHA DE SEGUMENTO

01 • NUMERO DO PRONTUÁRIO HOSPITALAR

Seguimento

02 • NOME COMPLETO DO PACIENTE

INFORMAÇÕES SOBRE A DOENÇA, O DOENTE, O TRATAMENTO E O ÓBITO DO PACIENTE

Nº do Tumor

Data do 1º diagnóstico

Localização do Tumor Primário

Tipo Histológico /

FONTE DA INFORMAÇÃO
1 Prontuário de saúde
2. Sistema de mortalidade
3. Carta, telegrama ou correio eletrônico
4. Telefone
5. Visita domiciliar
6. Saúde da família (ESF/PSF- Estratégia/ programa de saúde da família)
7. Outros
9. Sem informação

ESTADO DA DOENÇA
1. Vivo, sem câncer
2. Vivo, com câncer
3. Vivo, SOE
4. Óbito, sem câncer
5. Óbito, com câncer
6. Óbito, SOE
9. Sem informação

QUALIDADE DA SOBREVIDA
1. Assintomatico ou com sintomas mínimos
2. Sintomático, comparecendo às consultas
3. Permanece no leito pelo menos metade do dia
4. Permanece no leito mais da metade do dia
5. Acamado, necessitando de cuidados constantes
6. Agônico
8. Não se aplica (óbito)
9. Sem informação

TRATAMENTO
1. Nenhum
2. Cirurgia
3. Radioterapia
4. Quimioterapia
5. Hormonioterapia
6. Transplante de medula
7. Imunoterapia
8. Outros
9. Sem informação

TIPO DE RECIDIVA
1. Local
2. Regional
8. Não se aplica
9. Sem informação

Seguimento	Data Identificação Evento	Data Última Informação	Fonte da Informação	Estado da Doença	Qualidade de Sobrevida	Tratamento Subsequente	Recidiva	Novas Metástases a Distância	Data Recidiva/Metástase	Código Registrador
1º Ano										
Obs.										
2º Ano										
Obs.										
3º Ano										
Obs.										
4º Ano										
Obs.										
5º Ano										
Obs.										
.7º Ano										
Obs.										
10º Ano										
Obs.										
15º Ano										
Obs.										
20º Ano										
Obs.										

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO CEP UFCSPA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: A sobrevida de mulheres com câncer de mama em um hospital de referência oncológica no Rio Grande do Sul: Um estudo de coorte retrospectivo entre os anos de 2005-2015

Pesquisador: DANIELA CENTENARO LEVANDOWSKI

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 57396416.4.0000.5345

Instituição Proponente: Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.729.017

Apresentação do Projeto:

Estudo de coorte histórica em prontuários do Hospital Santa Rita sobre a sobrevida de mulheres com Ca de Mama.

Objetivo da Pesquisa:

Claros e concisos

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Adequado para a metodologia

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa importante e projeto bem elaborado do ponto de vista metodológico.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de anuência do Serviço está adequado nesta segunda versão.

Recomendações:

1- Adequação do cronograma - O cronograma foi adequado.

2- Adequar tamanho amostral (número de prontuários potencialmente a ser examinado). - O tamnho amostral foi adeuqado conforme solicitado.

3- Critérios de exclusão podem ser melhorados (pensar em variáveis/situações de confusão que

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO UFCSPA (continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Continuação do Parecer: 1.729.017

queiram excluir. Atentar para não ser o oposto dos critérios de inclusão). - OK, critérios foram corrigidos.

4- Incluir valor da significância estatística e nome do Programa estatístico que vai ser utilizado.-OK - Foi corrigido.

5- No item sobre colheita de dados, incluir a instituição onde será realizado.-OK! Foi incluído.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências. Todos os quesitos solicitados foram devidamente adequados.

Considerações Finais a critério do CEP:

Aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_734634.pdf	19/08/2016 18:56:22		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJ_AGO.doc	19/08/2016 18:55:45	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	TERMO_ANUENCIA_RESP_INS_RK.pdf	19/08/2016 18:52:23	Manoela Rodrigues	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	justificativa_ausendia_dn.pdf	19/08/2016 18:50:32	Manoela Rodrigues	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	22/06/2016 16:06:08	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	DECLARACAO_AUTORIZACAO_CHEFIA.pdf	16/06/2016 10:31:57	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	INSCRICAO_PROJ_STCASA.pdf	16/06/2016 10:28:43	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	RELAT_SEMESTRAL.pdf	16/06/2016 10:28:18	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	UTILIZ_PRONTU.pdf	16/06/2016 10:27:24	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	DECLARACAO_ISENCAO_ONUS.docx	16/06/2016 09:02:00	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	DECLARACAO_USO_DOS_DADOS.docx	16/06/2016 09:01:23	Manoela Rodrigues	Aceito
Outros	CONFIDENCIALIDADE_SUJEITO.docx	16/06/2016 08:59:59	Manoela Rodrigues	Aceito
Declaração de	USO_DE_DADOS_MATERIAIS.docx	16/06/2016	Manoela Rodrigues	Aceito

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

ANEXO C – PARECER DE APROVAÇÃO UFCSPA (continuação)

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CIÊNCIAS DA SAÚDE DE PORTO ALEGRE

Plataforma Brasil

Continuação do Parecer: 1.729.017

Manuseio Material Biológico / Biorepositório / Biobanco	USO_DE_DADOS_MATERIAIS.docx	08:59:01	Manoela Rodrigues	Aceito

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 15 de Setembro de 2016

Assinado por:
Julia Fernanda Semmelmann Pereira Lima
(Coordenador)

Endereço: Rua Sarmento Leite ,245
Bairro: Sarmento **CEP:** 90.050-170
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3303-8804 **E-mail:** cep@ufcspa.edu.br

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*

Detailed Guidelines and Paper Types

Last updated: November 2016

Every manuscript submitted should be structured and written in accordance with *JAN* requirements and guidelines. This is to ensure completeness of content and clear structure. Manuscripts that do not comply with *JAN*'s essential requirements will be immediately returned.

Contents: 1. International Relevance, 2. English language, 3. Currency of data, 4. Length, 5. More than one paper, 6. Supplementary web-based information, 7. Promoting your paper 8. Title Page, 9. Authorship, 10. Structure and format, 11. References, 12. Figures and tables,
13. Preparation of electronic figures for publication, 14. Permissions, 15. Colour charges, 16. Statistical guidelines, 17. Publication ethics, 18. Conflict of interest, 19. Funding, 20. Summary Statements

International Relevance

Manuscripts submitted should be relevant to the Aims & Scope of *JAN* and written in a way that makes the relevance of content clear for *JAN*'s international readership. Points to consider are:

• whether a reader in a region or country very different from your own will be able to make sense of everything in your manuscript
• whether you have clearly outlined the relevance of your manuscript to the subject field internationally and also its transferability into other care settings, cultures or nursing specialities
• if your manuscript explores focussed cultural or other specific issues, have you clearly placed the discussions within an international context?

Editor-in-Chief Roger Watson and Editor Mark Hayter have written an editorial about making papers relevant to an international audience.

English language

A high standard of written English language is important for easy understanding internationally. Authors who are not fluent English language writers are strongly recommended to ensure that their manuscript is copy-edited by a native English speaker prior to submission. Wiley offers an English Language editing serivce, details of which can be found at www.wileyeditingservices.com. Please note that using the service does not guarantee that your paper will be accepted.

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* (continuação)

The European Association of Science Editors (EASE) provides Guidelines for Authors and Translators of Scientific Articles to be Published in English, which are available in more than 20 languages. However, please ensure that you follow *JAN*'s own guidelines for specific requirements such as formatting, title, and author contributions.

Currency of data

The period of data collection should be specified in an empirical research report, both in the abstract and in the body of the manuscript, in the form of a statement such as 'the data were collected during 2015' or 'data were collected over a 18 months in 2014-2015'. Timely publication of results is regarded as good research practice. Therefore data must be no more than five years old by the time you are ready to submit your manuscript. In the case of new analysis of older data sets, the contemporary relevance of the data should be clearly (and explicitly) explained in the text of the manuscript and commented on briefly in the abstract. A review article should include, both in the text and the abstract, the inclusive dates of the literature searched and normally the search should have been completed no longer than three years before you submit the manuscript. Manuscripts in the form of a protocol should mention in the text and the abstract the date (month and year) of ethical approval, and must be submitted in sufficient time to allow publication before the study is reported.

Length

Manuscripts must not exceed 5,000 words. The word count includes quotations, but excludes the abstract, keywords, summary statement, references, figures and tables. Lengthy or supplementary material may be published online in addition to the published article. Manuscripts shorter than 5,000 words are welcome. In exceptional circumstances authors of Review manuscripts and Empirical Research - Qualitative manuscripts can request to exceed the 5,000 word limit. Please see detailed guidelines for more information.

More than one manuscript

If more than one manuscript from the same study is being prepared for JAN they should be submitted as separate manuscripts. When more than one manuscript is prepared from the same study there should be minimal duplication and no ‘cut and paste’ of material across the manuscripts. It might be appropriate, for example, to describe the research methods fully in one manuscript and give a summary of these in a second manuscript, with reference to the fuller description in the first manuscript. However done, there must always be direct referencing to any other article/s from the same study that has/have been published (or are in press). We may ask you to provide copies of other such articles to check overlap. Note that

the rules that apply to plagiarism are equally applicable to one's own work. Authors also should be aware that JAN does not support the practice of publishing small sections of a study

in several separate articles when a well-crafted single article would suffice. If more than one article is produced from the same study, each must address, in-depth, different aspects of the study, or reporting that study in distinctly different ways for different readerships; 'salami slicing' is discouraged. Mixed methods studies that are reported in one article may be particularly rich and meaningful when triangulation of qualitative and quantitative data is evident and findings from both types of data amplify and clarify the study topic.
The *JAN* Editors have written an editorial you may find helpful, titled 'How many papers can be published from one study?'.

Anonymising manuscripts

JAN operates a double-blind peer review process. Please ensure that no identifying author or institution names are mentioned in your manuscript. If you are explicitly referencing your own previous work (i.e. 'in our earlier study…'), please omit or black out the author names, to be reinstated post-acceptance.

Supplementary web-based information

Note that Supplementary Information can be put online alongside a published article: for example, in the form of additional tables or other types of data or further details about methods and measures.

Title Page

Your title page should include the following information:
• Full title (maximum 25 words)
• Running head
• Author details: names (please put last names in CAPITALS), job titles and affiliations (maximum of 3 per author), qualifications (maximum of 3 per author, including RN/RM where appropriate)
• Contact details for the corresponding author (including Twitter username if you would like this published)
• Acknowledgements (if applicable)
• Conflict of Interest statement
• Funding Statement

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* (continuação)

Authorship

All authors must have agreed on the final version of the paper and must meet at least one of the following criteria (based on those recommended by the ICMJE):
1) substantial contributions to conception and design, acquisition of data, or analysis and interpretation of data
2) drafting the article or revising it critically for important intellectual content.
The JAN Editors have written this editorial about authorship which you may find useful.

Structure and format

To ensure completeness of content there is a recommended structure and format for different types of manuscript. We also ask that you include all information required by the reporting guidelines relevant to your study. Please consult the EQUATOR Network for details.
Please click below on the type of manuscript you are planning to submit, and follow the guidance provided.

JAN also welcomes other types of paper that do not fit into the below categories. If you are unsure whether your paper is suitable, please send a structured abstract to the editorial office in the first instance (jan@wiley.com).

Evidence Synthesis:

- Systematic review or other type of review
- Guidelines and consensus statements
- Discussion Article

Research Papers:

Original Research:
- Empirical Research - Quantitative
- Empirical Research - Qualitative
- Empirical Research - Mixed methods
- Clinical trial
- Pilot Study

Protocols:
- Protocols for a research study or systematic review

Research Methodology:
- Instrument Development
- Discussion Paper - Methodology
- Empirical Research - Methodology

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING*

(continuação)

Commentaries (formerly *JAN* Forum)**:**

- *JAN* interactive

Editorials

Unsolicited editorials may be submitted directly via ScholarOne Manuscripts or you may discuss a potential editorial with the Editor-in-Chief (email: jan@wiley.com). Generally, editorials are between 500-1000 words.

Case Reports

JAN does not accept case reports for publication. Authors of case reports are encouraged to submit to the Wiley Open Access journal, Clinical Case Reports, which aims to directly improve health outcomes by identifying and disseminating examples of best clinical practice.

Concept Analysis

The editorial team has decided that *JAN* will no longer publish concept analysis articles. We will only consider properly conducted systematic review manuscripts following the PRISMA guidance under the heading of Evidence Synthesis.

Authors may wish to consider submitting their concept analysis manuscript to *Nursing Open*.

Manuscript Preparation

Please note the following points when preparing your manuscript:

- Manuscripts should be double-spaced and in a standard font such as Times New Roman.
- There is no need to indicate where in the text tables or figures should be placed.
- Italics should be used for '*et al.*' and may be used for sub-headings, but should not be used for emphasis or in quotations.

References

References follow the **Harvard** style, i.e. parenthetical in the text and listed in alphabetical order of first authors' names in the reference list.

The editor and publisher recommend that citation of online published papers and other material should be done via a DOI (digital object identifier), which all reputable online published material should have – see www.doi.org for more information. If an author cites anything which does not have a DOI they run the risk of the cited material not being traceable.

References within the text should cite the authors' names followed by the date of publication, in chronological date order, e.g. (Lewis 1975, Barnett 1992, Chalmers 1994). Where there are more than two authors, the first author's name followed by '*et al*.' will suffice, e.g. (Barder *et al*. 1994), but all authors should be cited in the reference list. '*et al*.' should be presented in italics followed by a full stop only. Page numbers should be given in the text for all quotations, e.g. (Chalmers 1994, p. 7). All references should be cited from primary sources.
Where more than one reference is being cited in the same pair of brackets the reference should be separated by a comma; authors and dates should not be separated by a comma, thus (Smith 1970, Jones 1980). Where there are two authors being cited in brackets - but not in the main text - then they should be joined by an '&', thus (Smith & Jones 1975).

Articles
When an article is cited, the reference list should include authors' surnames and initials, date of publication, title of paper, name of journal in full (not abbreviated), volume and issue number, and first and last page numbers. Example: Hayter M., Noyes J., Perry L., Pickler R., Roe B. & Watson R. (2013) Who writes, whose rights, and who's right? Issues in authorship. *Journal of Advanced Nursing* **69**(12), 2599–2601.
Books
When a book is cited, the title should be stated, followed by the publisher and town/county/state (and country if necessary) of publication. Example: Smith G.D. & Watson R. (2004)*Gastroenterology for Nurses*. Blackwell Science, Oxford.
Where the reference relates to a chapter in an edited book, details of author and editors should be given as well as publisher, place of publication, and first and last page numbers. Example: Chalmers K.I. (1994) Searching for health needs: the work of health visiting. In *Research and its Application* (Smith J.P. ed.), Blackwell Science, Oxford, pp. 143-165.
The edition (where appropriate) of all books should be identified, e.g. 2nd edn. References stated as being 'in press' must have been accepted for publication and a letter of proof from the relevant journal must accompany the final accepted manuscript. Please provide access details for online references where possible: Example: Lynaugh J.E. (1997) *The International Council of Nurses is Almost 100 years old*. University of Pennsylvania, PA. Available at: http://www.nursing.upenn.edu/history/Chronicle/F97/icn.htm (accessed 12 December 2002).
The reference list should be prepared on a separate sheet and be in alphabetical order and chronological order by first authors' surnames.
We encourage you to refer to existing literature published in *JAN* where relevant.

Figures and tables

Include a citation in the text for each figure and table. Detailed information on our digital illustration standards is available here.
Abbreviations used in figures and tables should be defined in a footnote.

Approval for reproduction/modification of any material (including figures and tables) published elsewhere should be obtained by the authors/copyright holders before submission of the manuscript. Contributors are responsible for any copyright fee involved.

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* *(*continuação)

Preparation of electronic figures for publication:

Although low quality images are adequate for review purposes, print publication requires high quality images to prevent the final product being blurred or fuzzy. Please submit the data for figures in black and white or submit a Colour Work Agreement Form (see Colour Charges below).
For scanned images, the scanning resolution (at final image size) should be as follows to ensure good reproduction: line art: >600 dpi; halftones (including gel photographs): >300 dpi; figures containing both halftone and line images: >600 dpi.

Always include a citation in the text for each figure and table. Artwork should be submitted online in electronic form. Detailed information on our digital illustration standards is available here.

Permissions: If all or parts of previously published illustrations are used, permission must be obtained from the copyright holder concerned. It is the author's responsibility to obtain these in writing and provide copies to the Publisher.

Colour charges: It is the policy of JAN for authors to pay the full cost for the reproduction of their colour artwork. Therefore, please note that if there is colour artwork in your manuscript when it is accepted for publication, Wiley requires you to complete and return a Colour Work Agreement Form before your article can be published. Any article received by Wiley with colour work will not be published until the form has been returned.

Statistical guidelines

Details on how to present statistical information in your manuscript can be found here.
JAN's statistical editor Irene Hueter has written an editorial you may find helpful: 'The real odds: is success predicted by the 5 per cent chance failure rule in statistics?'

Publication ethics

For information about publication ethics, please see Wiley's Best Practice Guidelines on Publishing Ethics.
If you have any questions that are not answered by the information provided, please email the Editorial Office at jan@wiley.com.

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* *(*continuação)

Conflict of interest

Authors are required to disclose any possible conflict of interest when submitting a manuscript. These can include financial conflicts of interest e.g. patent ownership, stock ownership, consultancies, speaker's fee. All conflict of interest (or information specifying the absence of conflict of interest) should be included at the end of the article under 'Conflicts of Interest'. This information will be included in the published article.
If the author does not have any conflict of interest the following statement should be included: 'No conflict of interest has been declared by the author(s).'

Editors of *JAN* are encouraged to publish in *JAN*. To avoid conflicts of interest, editors do not process their own manuscripts. If a member of the editorial team is submitting to *JAN*, then the ScholarOne system prevents them from viewing any details related to their manuscript and also prevents the manuscript from being allocated to them for review, regardless of their place in the authorship of the manuscript. If the Editor-in-Chief is submitting a manuscript then the manuscript allocated to one of the editors for processing. Editors are also urged to be aware of other potential conflicts of interest such as processing manuscripts by collaborators and colleagues. Such situations are unavoidable but editors are expected to exercise discretion and fairness regardless of any proximity to submitting authors..

Funding

JAN requires authors to specify any sources of funding (institutional, private and corporate financial support) for the work reported in their manuscript. This information, in the form of the name of the funding organization/s and the grant number should be included at the end of the article under the heading 'Funding', and provided at the time of submitting the manuscript. If there was no funding, the following wording should be used: 'This research received no specific grant from any funding agency in the public, commercial, or not-for-profit sectors.' Any suppliers of materials should be named and their location (town, state/county, country) included if appropriate. This information will be included in the published article. The funder must be acknowledged in protocol manuscripts, and the funder letter and amount of funding must be uploaded with the manuscript..

Summary Statements

All manuscripts must include a Summary Statement. Please refer to the Summary Statement guidelines.

ANEXO D – NORMAS DA REVISTA *JOURNAL OF ADVANCED NURSING* *(*continuação)

Promoting your article

Impact Statement

We ask all authors to prepare a short statement (approximately 100 words), using bullet points if necessary, on any impact you see your article having in terms of patients, clinical practice, or wider social and economic issues. This will be seen by editors and reviewers and may be used for promotional purposes.

JAN interactive

Authors are encouraged to write 100-250 words about their accepted article to be posted on the journal blog, *JAN interactive*. If you are interested in doing this, please contact the editorial office after acceptance.

Audio and video presentations

Authors are welcome to make short presentations about their article once accepted. Please notify the Editorial Office at jan@wiley.com if you are interested in creating a presentation. Guidelines for preparing your presentation can be found here. Editor-in-Chief Roger Watson's blog post about videos and podcasts can be found here.

Search engine optimisation

By optimising your article for search engines, you will greatly increase the chance of someone finding it. This in turn will make it more likely to be viewed and/or cited in another work. Please see the Tips Sheet for optimising the discoverability of your article and promoting it post-publication, and this Wiley Exchanges blog post for advice on choosing keywords for your article.