



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O CANCRO DE MAMA NA
TERCEIRA FASE, NO BAIRRO DA PAZ, PROVÍNCIA DE LUANDA NO
TERCEIRO TRIMESTRE DE 2024.**

Autora: Macaia Fonseca Nunes

Orientador: Adolfo Dala Catuti, MSc.

Icolo e Bengo, 2025

DEPARTAMENTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
LICENCIATURA EM ENFERMAGEM

**CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O CANCRO DE MAMA NA
TERCEIRA FASE, NO BAIRRO DA PAZ, PROVÍNCIA DE LUANDA NO
TERCEIRO TRIMESTRE DE 2024.**

Trabalho de Fim de Curso apresentado ao Instituto Superior de Angola, como requisito, para a obtenção do título de Licenciatura em Enfermagem, sob orientação do professor, Adolfo Dala Catuti, MSc.

Autor: Macaia Fonseca Nunes

Orientador: Adolfo Dala Catuti, MSc.

Icolo e Bengo, 2025



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

FOLHA DE APROVAÇÃO

**CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O CANCRO DE MAMA NA
TERCEIRA FASE, NO BAIRRO DA PAZ, PROVÍNCIA DE LUANDA NO
TERCEIRO TRIMESTRE DE 2024.**

O JÚRI

Presidente _____

1º Vogal _____

2º Vogal _____

Secretário _____

Classificação: _____

Data _____ / _____ / _____

DEDICATÓRIA

Pedro Luís Vasco e Anita Cussessa Manuel, pelos ensinamentos e por sempre acreditarem no potencial da vossa querida filha.

AGRADECIMENTOS

A Deus, por ter me dado força para chegar até aqui, me ajudando a superar cada obstáculo que surgia com muita sabedoria e por nunca permitir passar pela minha cabeça a vontade de desistir.

A minha família, especialmente aos pais: Pedro Luís Vasco e Anita Cussessa Manuel, ao senhor Lopes Luís dos Santos, ao meus avós e tios, por todo esforço que fizeram para que eu concluísse meus estudos da melhor maneira possível e por sempre estarem presente me apoiando e me incentivando em tudo. Sem dúvidas tudo que conquistei e sou até hoje devo a eles.

Ao meu orientador Adolfo Dala Catuti, pelo apoio que me concedeu no preparo deste trabalho e pelos seus estímulos e conselhos profissionais, que me auxiliaram a enfrentar os desafios e acreditar na conclusão do mesmo.

A Instituto Superior de Angola (ISA) por esses 4 anos.

Aos intervenientes que colaboraram na minha pesquisa de campo como os pedagogos:

Aos meus colegas e amigos, e em especial as pequenas ponêis e ao Jahulu Pedro Chivala mãe aqueles que sempre estiveram presentes em todos os momentos ao decorrer desse estudo.

EPÍGRAFE

“O principal exame para o Diagnostico do cancro da mama é a mamografia”
(Vieira,2017)

RESUMO

Mama na terceira fase, no bairro da paz, província de luanda no terceiro trimestre de 2024.”. A metodologia aplicada neste trabalho foi a pesquisa descritiva, quanto a modelo de abordagem utilizamos a pesquisa quali-quantitativa, neste O Presente trabalho tem como tema “conhecimento das mulheres sobre o cancro de trabalho usamos a seguinte hipótese: as mulheres, no bairro da paz, possuem baixo conhecimento sobre os sinais e sintomas iniciais do cancro de mama. As campanhas de sensibilização e informação adequadas contribui para o baixo nível de conhecimento sobre o cancro de mama entre as mulheres dessa comunidade. A maioria das mulheres, no bairro da paz, não realizam autoexames regulares devido ao desconhecimento sobre a sua importância na deteção precoce do cancro da mama.

Objetivo geral desta monografia: avaliar o nível de conhecimento das mulheres, no bairro da paz, província de luanda, sobre o cancro da mama na terceira fase, no IIIº trimestre de 2024. Objectivos específicos: identificar o grau de entendimento das mulheres sobre os sinais e sintomas iniciais do cancro da mama. Analisar a influência do nível de escolaridade no conhecimento das mulheres sobre o cancro da mama. Verificar a frequência com que as mulheres realizam autoexames de mama e a compreensão sobre sua importância. Na nossa população, extraímos uma amostra de cinquenta (50) mulheres. Concluimos que a falta de conhecimento das mulheres está na base da detecção tardia da doença. Sugerimos que A comissão de moradores do bairro da paz promova palestras sobre cancro da mama na comunidade.

Palavras chaves: **conhecimento, mulheres, cancro da mama.**

ABSTRACT

The present work has as its theme “women's knowledge about breast cancer in the third stage, in the neighborhood of Paz, province of Luanda in the third quarter of 2024.”. The methodology applied in this work was descriptive research, as for the approach model we used quali -quantitative research, in this work we used the following hypothesis: The women, in the neighborhood of peace, have little knowledge about the initial signs and symptoms of breast cancer. Adequate awareness and information campaigns contribute to the low level of knowledge about breast cancer among women in this community. The majority of women in the neighborhood of peace do not carry out regular self-examinations due to lack of knowledge about their importance in the early detection of breast cancer. General objective of this monograph: evaluate the level of knowledge of women, in the neighborhood of Paz, Luanda province, about breast cancer in the third stage, in the third quarter of 2024. Objectives specific: identify the degree of understanding women have about the initial signs and symptoms of breast cancer. Analyze the influence of educational level on women's knowledge about breast cancer. Check how often women perform breast self-examinations and their understanding of their importance. In our population, we drew a sample of fifty (50) women. We conclude that women's lack of knowledge is the basis for the late detection of the disease. We suggest that the commission and residents of the neighborhood of peace promote lectures on breast cancer in the community.

Key words: **knowledge, women, breast cancer.**

LISTA DE ABREVIATURA

CM.....Cancro da mama

IACC..... Instituto Angolano do controlo ao Câncer

CG.....clinica girassol

CSE.....Clinica Sagrada Esperança

INCA.....Instituto Nacional do Câncer José Alancar Gomes da Silva

CDI.....Carcinoma invasivos ductais

CLI.....Carcinoma invasivo lobular

IV.....intravenosa

ÍNDICE DE TABELAS

Tabela nº 1- População e Amostra.....	34
Tabela nº 2- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	36
Tabela nº 3- Distribuição da amostra segundo nível Acadêmico.....	37
Tabela nº 4- Conhecimento sobre o cancro da mama.....	38
Tabela nº5- Conhecimento sobre os principais sinais e sintomas do cancro da mama.....	39
Tabela nº 6- Principais sinais ou sintomas associados ao cancro da mama.....	40
Tabela nº 7- Frequência na realização do auto exame da mama.....	41
Tabela nº8- Impacto do auto exame da detecção precoce do cancro da mama.....	42
Tabela nº9- Participação em campanha de consciencialização sobre o cancro da mama.....	43
Tabela nº10- Disponibilidade de informação nas comunidades sobre o cancro da mama.....	44
Tabela nº 11- Proposta de melhorias sobre a consciencialização.....	45

ÍNDICE DE GRÁFICO

Gráfico nº 1- População e Amostra.....	34
Gráfico nº 2- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.....	36
Gráfico nº 3- Distribuição da amostra segundo nível Acadêmico.....	37
Gráfico nº 4- Conhecimento sobre o cancro da mama.....	38
Gráfico nº5- Conhecimento sobre os principais sinais e sintomas do cancro da mama.....	39
Gráfico nº 6- Principais sinais ou sintomas associados ao cancro da mama.....	40
Gráfico nº 7- Frequência na realização do auto exame da mama.....	41
Gráfico nº8- Impacto do auto exame da detecção precoce do cancro da mama.....	42
Gráfico nº9- Participação em campanha de consciencialização sobre o cancro da mama.....	43
Gráfico nº10- Disponibilidade de informação nas comunidades sobre o cancro da mama.....	44
Gráfico nº 11- Proposta de melhorias sobre a consciencialização.....	45

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	1
Hipóteses.....	3
Objetivos de estudo.....	3
Delimitação e limitação.....	3
Justificativa.....	4
Estrutura do trabalho.....	4
CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	6
1.2. Definição de termos e conceitos.....	6
1.3. Anatomia e fisiologia da mama.....	7
1.4. Cancro da mama.....	8
1.4.1. Epidemiologia.....	9
1.4.2. Fisiopatologia.....	10
1.4.3. A formação do cancro da mama.....	12
1.4.4. Cancro: tipos de crescimento celular.....	13
1.4.5 Cancro da mama em Angola.....	14
1.4.6. Factores associados ao cancro da mama.....	14
1.5. Quadro clínico.....	16
1.6. Diagnóstico do cancro da mama.....	17
1.6.1. Rastreio.....	18
1.7. Tipos de estágios.....	21
1.8. Tratamento.....	22
1.8.1. Tratamento sistêmico do cancro de mama.....	25
1.9. Métodos de prevenção.....	27
1.10. Cuidados de enfermagem.....	29
CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA.....	31
2.1. Tipo de Pesquisa.....	31

2.2. Variável.....	31
2.3. Modelo de Abordagem.....	32
2.4. Nível de Estruturação de Método.....	32
2.4.1 Nível Teórico.....	32
2.5. Técnicas de Recolha de Dados.....	33
2.6. Instrumentos e Procedimentos.....	33
2.7. População e Amostra.....	33
2.8 Dificuldades encontradas.....	35
CAPITULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS.....	36
DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	46
CONCLUSÕES.....	48
SUGESTÕES.....	49
REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS.....	50
APENICES	
ANEXOS	

INTRODUÇÃO

As doenças oncológicas representam, a nível mundial, um problema de saúde pública, com elevados índices de mortalidade e morbilidade. O trabalho tem como tema: “Conhecimento das mulheres sobre o cancro da mama na terceira fase”.

O cancro da mama é uma questão de grande interesse para saúde da mulher e para saúde pública. É uma neoplasia maligna mais prevalente na mulher em África e, embora a incidência desta patologia seja inferior no continente, quando comparada com países desenvolvidos, as taxas de mortalidade são mais elevadas na população africana.

Vale destacar que o estilo de vida das mulheres tende a aumentar os factores de risco da doença, como a nuliparidade, intervenção hormonal, obesidade, tabagismo e consumo de álcool em excesso. Além disso, o histórico familiar de cancro também é um importante factor de risco, bem como a idade, que é o principal, no qual a faixa etária de maior incidência é a partir de 40 anos. (Rodrigues, 2015)

Em Angola, estima-se que este seja o segundo cancro mais frequente na mulher, o país não dispõe de um registo oncológico de base populacional pelo que os dados oficiais disponíveis decorrem de registos de base hospitalar efectuados por instituições de saúde de nível terciário nas províncias de Luanda e do Huambo, nomeadamente o Instituto Angolano de Controlo do Câncer (IACC), a Clínica Girassol (CG), a Clínica Sagrada Esperança (CSE) e o Hospital do Huambo. Esta metodologia não permite, no entanto, conhecer a realidade nosológica da doença em Angola (Lopes, 2015)

O cancro é uma das principais causas de morte no mundo. Os factores de risco para o seu desenvolvimento dependem do meio ambiente e do estilo de vida. A carcinogénese é um processo no qual a célula normal, quando exposta um carcinogénico se torna neoplásica (Ramírez, 2017).

O cancro da mama é uma neoplasia do tecido mamário e é mundialmente o mais comum e também a principal causa de morte entre as mulheres. Esse carcinoma se caracteriza pelo crescimento anormal, de modo rápido e desordenado de células da mama, que se multiplicam e formam o tumor.

Uma vez que a doença é descoberta em fase inicial, tem um bom prognóstico e aumenta as chances de cura.

O cancro da mama também pode acometer, entretanto é raro. O Ministério da Saúde tem identificado poucos casos da *doença*.

Os factores genéticos e ambientais estão relacionados à presença de mutações em determinados genes transmitidos na família, especialmente BRCA1 E BRCA2. Mulheres com histórico de casos de cancro da mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem; de cancro de ovário ou de cancro da mama em homem, podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar, 2018)

De acordo com Lopes (2014) as modalidades de tratamento do cancro da mama podem ser divididas em: estágios I, II, III e IV. Pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local.

Muitas mulheres no bairro da paz, província de Luanda, não possuem informações adequadas sobre o cancro da mama, especialmente em relação à prevenção, identificação de sintomas iniciais e acesso ao tratamento. Esse desconhecimento levar a diagnósticos tardios, resultando em um estágio III e uns tratamentos mais complexos e com menores chances de cura. Assim, é crucial compreender o nível de conhecimento dessas mulheres para identificar lacunas e propor intervenções que melhorem a consciencialização e o manejo do cancro da mama na comunidade.

Tendo em conta os factos apresentados, levantou-se a seguinte pergunta: qual é o nível de conhecimento das mulheres, do bairro da paz, província de Luanda, sobre o cancro da mama na terceira fase?

Hipóteses

De acordo com Gil (2008, p. 56), a hipótese pode ser dividida em básica que seria a resposta mais provável sobre o problema; secundárias, que surgem como afirmativas complementares ao longo do estudo.

- **H1:** as mulheres, no bairro da paz, possuem baixo conhecimento sobre os sinais e sintomas iniciais do cancro de mama;
- **H2:** as campanhas de sensibilização e informação adequadas contribuem para o baixo nível de conhecimento sobre o cancro da mama entre as mulheres dessa comunidade;
- **H3:** a maioria das mulheres, no bairro da paz, não realizam autoexames regulares devido ao desconhecimento sobre a sua importância na deteção precoce do cancro da mama.

Objectivos de estudo

Geral

- ❖ Avaliar o nível de conhecimento das mulheres, no bairro da paz, província de Luanda, sobre o cancro da mama na terceira fase.

Específicos

- ❖ Identificar o grau de conhecimento das mulheres sobre os sinais e sintomas iniciais do cancro da mama;
- ❖ Analisar a influência do nível de escolaridade no conhecimento das mulheres sobre o cancro da mama;
- ❖ Verificar a frequência com que as mulheres realizam autoexames de mama e a compreensão sobre sua importância.

Delimitação e limitação

Delimitação

- ❖ Espacial: a pesquisa foi conduzida exclusivamente no bairro da paz, província de Luanda.
- ❖ Temporal: o estudo foi realizado durante o terceiro trimestre de 2024.

Limitação

- ❖ A pesquisa se concentrou apenas a mulheres na qual temos: (25) adolescentes; (20) adultas; e (5) idosas.

Justificativa

O cancro da mama é uma das principais causas de mortalidade entre as mulheres, especialmente em comunidades onde o acesso à informação e aos serviços de saúde é limitado. No bairro da paz, província de Luanda, a ausência de conhecimento adequado sobre essa doença pode levar a diagnósticos tardios e a desfechos desfavoráveis.

Do ponto de vista pessoal, esta pesquisa permite compreender melhor as lacunas de entre as mulheres da comunidade, possibilitando o desenvolvimento de estratégias eficazes de educação em saúde que possam ser aplicadas para melhorar a consciencialização e as práticas de prevenção na comunidade.

Do ponto de vista acadêmico, o estudo contribui para a literatura científica sobre o impacto da educação e sensibilização em saúde nas comunidades angolanas, especialmente em relação ao cancro da mama, uma área que carece de estudos aprofundados no contexto local.

Do ponto de vista social, esta pesquisa visa promover o bem-estar das mulheres no bairro da paz identificando e sugerindo meios de melhorar o conhecimento sobre o cancro de mama fortalecendo assim a consciencialização e encorajando para práticas de prevenção; deste modo espera-se reduzir a incidência de diagnósticos tardios, melhorar os índices de cura e, consequentemente, salvar vidas.

Estrutura do trabalho

Este trabalho está organizado em três capítulos:

- No capítulo I. Fundamentação Teórica- onde abordou-se as definições de termos e conceitos de autores que sustentam a temática em estudo;
- No capítulo II. Metodologia de pesquisa- onde abordou-se os métodos, técnicas que usou-se para a elaboração da pesquisa;

- No capítulo III. Discussão e resultados- conclusões, sugestões e referências Bibliográficas.

CAPÍTULO I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1. Definição de termos e conceitos

a) Conhecimento

Conhecimento é a capacidade, adquirida por uma pessoa, de interpretar seu meio ambiente. O conhecimento lhe permite atribuir significados consistentes aos conjuntos de dados que ela percebe nele, usando modelos mentais que representam sua forma de ver esse meio-ambiente (Hashimoto, 2019).

O conhecimento é o resultado do processo de aquisição de entendimento sobre algo, seja um objecto, uma prática, um conceito teórico, etc. A definição do que é o conhecimento é variável de acordo com as diferentes correntes que ocorreram ao longo da história do pensamento no campo da epistemologia, ou seja, o estudo filosófico sobre os fundamentos do saber. (Alvares, 2012).

Conhecimento é a capacidade, adquirida por uma pessoa, de interpretar e atribuir significados consistentes às percepções que ela tem do seu meio ambiente (Gomez 2015, p.20).

Conhecimento é a capacidade que o individuo adquire sobre algo, seja teórico ou prático para os fundamentos do saber a respeito do seu meio ambiente (Autora, 2024).

b) Mulheres

Segundo Kearns (2022) é um ser humano adulto do género ou sexo feminino, animal bípede da ordem do primata pertencente à espécie homo sapiens;

Segundo Ferreira (2015) uma mulher é simplesmente uma fêmea humana adulta;

Segundo Dias (2015) é uma pessoa do sexo feminino;

Mulher é a forma adulta do género feminino da espécie humana (Autora, 2024)

c) Cancro da mama

Segundo o Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) (2021, p.28) o câncer de mama, ou carcinoma mamário, é uma doença heterogênea,

que engloba tumores biologicamente diferentes, com variadas manifestações clínicas e morfológicas.

O cancro da mama é o tumor maligno mais frequente nas mulheres em todo o mundo (Vieira, 2016, p.59).

O cancro da mama consiste em uma doença causada pela multiplicação desordenada de células anormais do tecido mamário, resultando em uma massa com risco potencial de invasão e comprometimento de outros órgãos à distância. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, 2019)

O Cancro da mama é uma doença neoplásica que consiste no crescimento desordenado e na multiplicação de células no tecido mamário (Autora, 2024).

1.2. Anatomia e fisiologia da mama.

Segundo Bernardes, (2013) as mamas femininas são estruturas glandulares pares situados na parede anterior e superior do tórax, que derivam de glândulas sudoríparas modificadas (sem cápsula nem bainha especial). Tem origem em dois espessamentos salientes longitudinais da ectoderme da parede torácica anterior, denominados cristas mamárias primitivos.

A glândula mamária é considerada uma parte do sistema reprodutor, e a lactação pode ser considerada como a fase final da reprodução. Assim, pode-se dizer que, para a maioria dos mamíferos, uma falha em aleitar, tal como a falha de ovular, é também uma falha em reproduzir.

Segundo Moraes (2016) glândulas mamárias estão presentes em ambos os sexos. Na mulher, ao nascer, estão presentes apenas os ductos lactíferos principais. Na puberdade e adolescência, a hipófise determina a liberação de hormônios para estimular a maturação dos folículos ovarianos.

Entende-se que as glândulas mamárias são órgão muito importante do sistema reprodutor, e tem a função de produzir leite um alimento importante nos primeiros dias de vida para o ser humano ou para os mamíferos.

Segundo Bernardes (2013) mama é formada pelo:

- Tecido glandular epitelial, a glândula propriamente dita ou parênquima;
- Tecido celular adiposo;

- Tecido fibroso (estroma) que atravessa e rodeia o tecido glandular;

Tecido glandular é o tipo túbulo-alveolar, constituído por 12-20 lobos, formados por lóbulos e estes por ácinos. Cada lóbulo é drenado por um canal excretor próprio, o canal lactífero;

O tecido celular adiposo subcutâneo reveste a glândula completamente, podendo descrever-se duas partes: anterior, superficial situada entre a glândula e a pele e a parte posterior ou profunda;

O tecido conjuntivo fibroso estende-se desde a bolsa serosa retro mamária até à derme, por entre os lobos e os canais lactíferos. E é bem desenvolvido na parte superior da mama, ajudando a sustentar os seus lobos, pelo que se denomina de ligamento suspensor da mama.

1.3. Cancro da mama

A palavra cancro vem do grego *karkínos*, que quer dizer caranguejo, e foi utilizada pela primeira vez por Hipócrates, o pai da medicina, que viveu entre 460 e 377 a.c. Cancro não é uma doença nova ela foi descoberta no antigo Egipto por volta de 1600 a.c, o facto de ter sido detectado em múmias egípcias comprova que ele já comprometia o homem há mais de 3 mil anos antes de Cristo.

Actualmente, cancro é o nome geralmente dado a um conjunto de mais de 100 doenças, que têm em comum o crescimento desordenado de células, que tendem a invadir tecidos e órgãos vizinhos (INCA, 2011).

O cancro é uma doença de base molecular que se origina por meio de mutações genéticas que resultam na transformação de células saudáveis em células cancerosas, apresentando características como insensibilidade a sinais inibidores do crescimento, bloqueio da apoptose, potencial replicativo ilimitado, angiogénese sustentada, invasão tecidual e metástase (Vineis, et al 2010).

O cancro da mama ocorre quando há uma proliferação exacerbada das células, ou seja, uma multiplicação rápida e desordenada celular que pode ocorrer por factores ambientais e genéticos. Além disso, o estrogénio tem grande actuação no crescimento das células da mama, o que resulta em um potencial aumento de modificações genéticas, sendo assim, qualquer factor que aumente os níveis de estrogénio,

consequentemente, aumenta o risco de desenvolvimento do cancro (Oliveira, et,al 2020).

O cancro da mama é um grupo heterogêneo de doenças, com comportamentos distintos. A heterogeneidade deste cancro pode ser observada pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes diferenças nas respostas terapêutica.

1..1. Epidemiologia

Em todo o mundo, o cancro de mama é uma importante patologia por ser o mais frequentemente diagnosticado em mulheres, tanto em países em desenvolvimento quanto em países desenvolvidos, e ocupa o segundo lugar entre as causas de morte em mulheres (Mascarenhas, 2022).

É um grave problema de saúde pública em todo o mundo, pela sua alta incidência, morbidade, mortalidade e pelo seu elevado custo no tratamento. (Gurgel, 2011).

Aproximadamente 2,3 milhões de casos novos foram estimados para o ano de 2020 em todo o mundo, representando cerca de 24,5% de todos os tipos de neoplasias diagnosticadas nas mulheres. No Brasil, segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), foram estimados 66.280 novos casos de cancro de mama em 2021, com um risco estimado de 61,61 casos a cada 100 mil habitantes. Em relação à mortalidade o cancro de mama ocupa o primeiro lugar entre as mulheres no Brasil, com taxa de mortalidade ajustada por idade no ano de 2019, de 14,23/100 mil (INCA 2022).

Estes dados refletem que ainda há muito a ser feito pelos profissionais de saúde no que tange à promoção da saúde e a prevenção deste agravo na população. Desta forma ressalta-se a importância da criação de estratégias e programas que visem à redução do número de casos do agravo citado, despertando nas mulheres o interesse para o autocuidado, prevenção primaria através da mudança de hábitos de vida e para a realização dos exames de rastreamento do cancro de mama por meio da efectivação das actividades educativas (Mendes, et al., 2017).

O espectro de anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama inclui hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo. Dentre esses últimos, o carcinoma ductal *in filtrante* é o tipo histológico mais comum e compreende entre 80 e 90% do total de casos (Protocolo de Atenção à Saúde, 2023).

1.3.2. Fisiopatologia

Segundo a American Cancer Society (2021) tumor é uma massa que se desenvolve, formada por um agrupamento de células. Alguns tumores são cancerosos, o que significa que contêm células cancerosas, mas muitos tumores não são cancro.

A fisiopatologia dos tumores da mama se resume em uma hiperproliferação ductal, que pode desenvolver tumores benignos ou até mesmo carcinomas metastáticos após a estimulação constante de vários factores carcinogênicos (Mascarenhas, 2022).

Existem duas teorias hipotéticas para o início e desenvolvimento do cancro de mama, sendo elas: a teoria das células tronco do cancro e a teoria estocástica.

A primeira teoria evidencia que todos os subtipos de tumor são derivados das mesmas células-tronco ou células progenitoras, em que a partir de mutações epigenéticas adquiridas levarão a diferentes fenótipos tumorais. Já a teoria estocástica aborda que cada subtipo de tumor é iniciado a partir de uma única célula, e as mutações aleatórias podem se acumular em qualquer célula da mama e transformar a célula normal em uma tumoral (Mascarenhas, 2022).

De acordo com Santos et al (2018), os tumores podem ser classificados como benignos e malignos, existindo características importantes que os diferenciam:

Tumor benigno – é definido como sendo um cisto, que se desenvolve lentamente a partir de células defeituosas, restrito por uma espécie de cápsula. O seu crescimento caracteriza-se por ser de forma expansiva, não invadindo outros tecidos, como, por exemplo, os quistos mamários. O tumor benigno não apresenta qualquer risco de vida, pode ser removido por meio de cirurgia e não volta a aparecer.

Tumor maligno (cancro) – corresponde a um crescimento desordenado de células cancerígenas que se multiplicam e formam uma massa tumoral denominada de cancro. Durante esse processo, as células podem adquirir a capacidade de se

infiltrar nos vasos linfáticos ou sanguíneos e são transportadas pelo corpo, podendo, posteriormente, reproduzir-se em outros órgãos e formar, assim, um novo tumor. Tal processo invasor é denominado de metástase. Apesar de ser uma doença tratável, muitas vezes o cancro pode ser mortal.

Pode também ser diagnosticado em homens, porém com uma estimativa baixa, cerca de 1% do total de casos. O gênero (mulher), idade, herança genética, raça e etnia (branca) são fatores de risco para cancro da mama que não se pode alterar (american cancer society, 2015) citado por (Castro, 2017).

Os tipos de cancro da mama mais prevalente são: carcinomas invasivos ductais (cdi) com variação de 50-75% e, lobulares invasivo (cli) com variação de 5-15% em relação a todas as neoplasias invasivas da mama. Em oposição, ao carcinoma medular, carcinoma mucinoso, carcinoma papilífero, carcinoma inflamatório que são tipos mais raros desse cancro (Gonçalves, 2012)

Outrossim, outros aspectos avaliados nesses tipos de tumor a respeito do prognóstico são: os anatômicos (extensão do tumor, subtipos histológicos e comprometimento de linfonodos); patologia (velocidade do ciclo celular, avanço histológico e necrose tumoral); a resposta endócrina (receptores hormonais de estrogênio e progesterona); factores de crescimento tumoral (oncogenes e genes supressor estumerais); e factores de metástases específicos para os diferentes órgãos (Gonçalves, 2012).

A maioria dos cancros de mama acomete as células dos ductos das mamas, por isso, o cancro da mama, mais comum se chama carcinoma ductal. Ele pode ser *in situ*, quando não passa das primeiras camadas de célula destes ductos, ou invasor, quando invade os tecidos em volta.

Os cancros que começam nos lóbulos da mama são chamados de carcinomas lobulares e são menos comuns que o primeiro. Este tipo de cancro muito frequentemente acomete as duas mamas. O carcinoma inflamatório de mama é um cancro mais raro e normalmente se apresenta de forma agressiva, comprometendo toda a mama, deixando-a vermelha, inchada e quente (Lopes, 2014).

O cancro de mama é, provavelmente, o mais temido pelas mulheres, devido à alta frequência e, sobretudo pelos efeitos psicológicos que afetam a percepção da sexualidade e autoimagem (Arruba, et, al, 2015)

Para Santos, et al. (2019) observa-se fragilidade no conhecimento das mulheres sobre as medidas preventivas do câncer de mama, tal facto tem uma grande pertinência pois um bom conhecimento tem repercussões positivas na prevenção, na mudança do estilo de vida e até mesmo na detecção precoce da doença.

Entende-se, enquanto consagrado na literatura, que medidas de propagação do conhecimento através da educação e saúde e suas tecnologias e das iniciativas de acções de prevenção primária levam a mulher a empoderamento acerca da sua situação de saúde e estilo de vida, diminuindo os factores de risco que são associados ao câncer (Mascarenhas, 2022).

1.3.3. A formação do cancro da mama

O processo de formação do cancro é chamado de carcinogénese ou oncogénese, geralmente, lento, podendo levar alguns anos para proliferação de uma célula, dando origem a um tumor palpável. Esse processo apresenta algumas fases:

- A primeira de iniciação, cujos genes sofrem factores cancerígenos;
- A segunda é a promoção que consiste na ação de agentes copromotores na célula alterada;
- E a última fase é a progressão definida pela multiplicação descontrolada e irreversível da célula.

Uma célula normal pode sofrer uma mutação genética, ou seja, alterações no DNA dos genes. As células cujo material genético foi alterado passam a receber instruções erradas para as suas actividades. Independentemente da exposição a agentes cancerígenos ou carcinogéneos, as células sofrem processos de mutação espontânea que não alteram o seu desenvolvimento normal.

As alterações podem ocorrer em genes especiais, denominados proto oncogenes, que, a princípio, são inativos em células normais. Quando ativados, os protos oncogenes transformam-se em oncogenes, responsáveis pela malignização

(cancerização) das células normais. Essas células diferentes são denominadas cancerosas. (INCA, 2011).

1.3.4. Cancro: tipos de crescimento celular

O crescimento das células cancerosas é diferente do crescimento das células normais. As células cancerosas, em vez de morrerem, continuam crescendo incontrolavelmente, formando outras novas células anormais. Diversos organismos vivos podem apresentar, em algum momento da vida, anormalidade no crescimento celular – as células se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável, espalhando-se para outras regiões do corpo – acarretando transtornos funcionais. O cancro é um desses transtornos (INCA, 2011).

A proliferação celular pode ser controlada ou não controlada. No crescimento controlado, tem-se um aumento localizado e autolimitado do número de células de tecidos normais que formam o organismo, causado por estímulos fisiológicos ou patológicos. Nele, as células são normais ou com pequenas alterações na sua forma e função, podendo ser iguais ou diferentes do tecido onde se instalam. O efeito é reversível após o término dos estímulos que o provocaram. A hiperplasia, a metaplasia e a displasia são exemplos desse tipo de crescimento celular (INCA, 2011).

No crescimento não controlado, tem-se uma massa anormal de tecido, cujo crescimento é quase autônomo, persistindo dessa maneira excessiva após o término dos estímulos que o provocaram. As neoplasias (câncer *in situ* e câncer invasivo) correspondem a essa forma não controlada de crescimento celular e, na prática, são chamados de tumores (INCA, 2011).

Segundo Bernardo (2022) BRCA1 E BRCA2 são genes que produzem proteínas que auxiliam na reparação do DNA danificado.

O gene BRCA1, identificado no braço longo do cromossomo 17 (17q12-q21) é composto por 24 exons e codifica uma proteína nuclear de 1.863 aminoácidos que participa da regulação do ciclo celular das células epiteliais da glândula mamária. Este gene, herdado de maneira autossômica dominante, tem papel na regulação da expressão gênica interagindo com inúmeros outros genes (BRCA1, BRCA2, CHK1 e

RAD51) actuando como supressor tumoral importante na transcrição do DNA, estando, portanto envolvido na manutenção da integridade dos genes.

O gene BRCA2 encontra-se no cromossomo 13 (13q12-q13) e codifica uma proteína de 3.418 aminoácidos. Assim como o BRCA1 apresenta papel na regulação da transcrição. As células com BRCA1 BRCA2 e funcionantes entram em apoptose após os pontos de checagem (checkpoints), mas células com BRCA1 e 2 defeituosas não interrompem o ciclo celular, não estimulam o ciclo de reparo e apoptose, determinando instabilidade genômica e favorecendo a tumorigênese.

1.3.5 Cancro da mama em Angola

Não existem dados epidemiológicos nacionais acerca do cancro da mama. O globocan estimava para o ano 2012 que fossem diagnosticados 1.328 casos de cancro da mama no género feminino e que 646 mulheres faleceriam por esta doença. A taxa de incidência do cancro da mama ajustada à idade seria de 23,5/100.000 habitantes e a taxa de mortalidade específica de 11,7/100.000 habitantes (lopes,2015)

Em 2015 a mesma instituição estimava que o número de novos casos de cancro da mama fosse de 1.467 e o número de óbitos de 714. O relatório anual do centro nacional de oncologia de 1990, que continha os primeiros dados credíveis sobre doenças oncológicas em Angola foi publicado pelo professor Carlos Lopes e aglomerava os dados referentes a um período de quatro anos de 1987 a 1990. Nesse relatório o cancro da mama representava o segundo tumor em ordem de frequência 126 casos registados (Lopes 2015)

1.3.6. Factores associados ao cancro da mama

Suas causas podem ser divididas em: factores virais, factores químicos, factores físicos e factores hereditários, considerando que pessoas com predisposição genética têm maiores chances de desenvolver a doença. Para o cancro da mama em si, os factores são desconhecidos, porém têm grande relação com a hereditariedade, e factores ambientais (Borges, 2022)

As causas do cancro da mama são consideradas multifactoriais e estão relacionadas com factores endócrinos, hereditários: ser do sexo feminino, envelhecimento, histórico clínico familiar e nuliparidade, além de hábitos não saudáveis como o consumo de álcool e gorduras em excesso e falta de actividade

física, entre outros. A doença, além de ser complexa, tem um impacto físico, psicológico, social e na autoestima (Mendes, 2015).

Os factores genéticos e hereditários estão relacionados à presença de mutações em determinados genes transmitidos na família, especialmente BRCA1 e BRCA2. Mulheres com histórico de casos de cancro de mama em familiares consanguíneos, sobretudo em idade jovem; de cancro de ovário ou de cancro de mama em homem, podem ter predisposição genética e são consideradas de risco elevado para a doença. (Instituto Nacional de Câncer José Alencar, 2018).

Principais factores de risco para o cancro da mama:

- ❖ Sexo e o envelhecimento – o principal factor de risco da doença é ser do sexo feminino, sendo raro nos homens, com percentagem de apenas 1%. O cancro da mama raramente atinge mulheres antes dos 35 anos. A incidência aumenta conforme a mulher vai envelhecendo, principalmente a partir dos 60 anos de idade (Batiston, et al., 2011);
- ❖ História pessoal de cancro da mama – mulheres que têm um histórico clínico de cancro da mama possuem um maior risco de reincidência da doença, seja na mesma mama ou na outra (Batiston, et al., 2011);
- ❖ . Mulheres com história familiar de parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com diagnóstico de cancro de mama, abaixo dos 50 anos de idade ou com diagnóstico de cancro de mama bilateral ou cancro de ovário, em qualquer faixa etária (Assis et al., 2016).
- ❖ Raça - a incidência é maior em mulheres brancas (caucasianas) comparativamente às asiáticas, latinas e afro-americanas (Batiston, et al., 2011).
- ❖ Alterações genéticas – alguns cancros têm a sua origem relacionada com alterações genéticas num dos três grupos de genes, aceleradores, travões e desestabilizadores. Quando os aceleradores sofrem alterações genéticas (oncogénicos) passam a ser considerados patogénicos, pois contribuem para a produção acelerada das células.
- ❖ História menstrual longa – a exposição prolongada à hormona estrogénio está relacionada com o aumento da incidência do cancro da mama. Em vários eventos da vida da mulher esse aumento pode intensificar-se, por exemplo, a

menarca precoce, antes dos 12 anos, e a menopausa tardia, depois dos 50 anos. Além disso, mulheres que nunca tiveram filhos e não amamentaram, também possuem um ligeiro risco para o cancro da mama (Santos, et al 2017).

- ❖ Estilo de vida – existem evidências de que mulheres que possuem um estilo de vida mais sedentário, sem a prática de actividade física e que consomem bebidas alcoólicas ao longo da sua vida podem aumentar o risco de desenvolver o cancro da mama (Assis, et al, 2016).
- ❖ Obesidade após a menopausa – de acordo com alguns estudos, as mulheres obesas após o período da menopausa, apresentam um maior risco para o cancro da mama, isso porque alguns estrogénios são produzidos no tecido adiposo. Logo, as mulheres obesas apresentam uma maior quantidade da referida hormona no organismo e uma maior probabilidade de desenvolver o cancro da mama (Mendes, 2015).

Os genes travões possuem a função de travarem a produção exagerada das células, mantendo o equilíbrio no organismo. Quando sofrem alterações anormais no ADN (antioncogenes), perdem a função de equilibrar a multiplicação celular e como consequência as divisões celulares passam a acontecer de forma desgovernada (Santos, et al., 2017).

Aproximadamente 10% dos casos de cancro da mama estão associados a mutações na linhagem germinativa, especificamente, nos genes BRCA1 e BRCA2, genes responsáveis por impedir o aparecimento de tumores e manter o equilíbrio das células, corrigindo erros existentes na formação das mesmas. Quando sofrem alguma mutação genética deixam de ter um papel de reparação, o que facilita o desenvolvimento do cancro (Santos, et a., 2017).

1.4. Quadro clínico

A maior parte do cancro de mama é descoberta pelas próprias mulheres. Alterações suspeitas também podem ser avaliadas pelo exame clínico das mamas, que é a observação e palpação das mamas por médico (INC 2023)

No cancro de mama, os principais sinais e sintomas encontrados nas mulheres são:

- ❖ Caroço (nódulo) endurecido, fixo e geralmente indolor. É a principal manifestação da doença, estando presente em mais de 90% dos casos;
- ❖ Alterações no bico do peito (mamilo);
- ❖ Pequenos nódulos na região em baixo dos braços (axilas) ou no pescoço;
- ❖ Saída espontânea de líquido de um dos mamilos;
- ❖ Pele da mama avermelhada, retraída ou parecida com casca de laranja, pode ocorrer retração do mamilo e aréola, hiperemia cutânea e em casos avançados podem ocorrer metástase com alterações da visão, convulsões e dor. Conseguindo realizar o diagnóstico precoce, existe maior chance de sucesso no tratamento quando ainda se está na fase inicial da doença (Borges, 2022).

Comummente, os sinais e sintomas mamários geram muita ansiedade e despertam nas mulheres o desejo de esclarecimento médico urgente para afastar a possibilidade de acometimento neoplásico da mama. Neste âmbito, os meios para detecção precoce do cancro de mama incluem o diagnóstico precoce que consiste em identificar lesões em fases iniciais em mulheres com algum sinal de cancro já citados e o rastreamento, que é a aplicação sistemática de um exame, em populações assintomáticas, para identificar mulheres com anormalidades sugestivas de cancro (Instituto Nacional do Câncer, 2011).

Entende-se que todas as mulheres, independentemente da idade, podem conhecer seu corpo para saber o que é e o que não é normal em suas mamas e evitar.

É importante orientar as mulheres sobre os sinais e sintomas do cancro. Em estudo realizado foi evidenciado a necessidade de intervenções direcionadas à assistência integral, ou seja, a implementação de estratégias eficazes que incentivem não somente a utilização correcta do autoexame, como também os demais métodos preventivos e, principalmente a consciencialização da população quanto a adoção de práticas direcionadas ao diagnóstico precoce em estágios iniciais, aumentando, assim, as chances de tratamento com sucesso (Arrubal, et al, 2015)

1.5. Diagnóstico do cancro da mama

O exame clínico associado aos exames de imagem, biopsias, exames de sangue, BRCA1 e BRCA2 e exame citopatológico são feitos para o diagnóstico do cancro de mama (Souza et al., 2021).

A recomendação do Ministério da Saúde, como da Organização Mundial da Saúde é o rastreio através da mamografia em mulheres de 50 a 69 anos, uma vez a cada dois anos (Do Brasil., 2018).

1.5.1. Rastreio

O rastreio é fundamental no diagnóstico precoce da doença. O principal objectivo do rastreio é identificar as fases iniciais do processo de desenvolvimento neoplásico, antes do surgimento de qualquer sintoma, idealmente, quando não pode ser apalpado e não se espalhou (American Cancer Society, 2021).

O diagnóstico precoce deteta as lesões pré-malignas e as lesões malignas iniciais que podem ser tratadas mais facilmente, com a remoção cirúrgica ou com destruição local como a cauterização (Mendes,2015).

Segundo Santos (2021), os principais métodos de rastreio do cancro da mama são o autoexame, a mamografia e o exame clínico.

Mamografia de rastreio – a mamografia de rastreio permite identificar lesões não palpáveis. O exame é realizado a partir de um aparelho que permite captar a imagem da mama em 2D.

O principal objectivo é detectar o cancro da mama num estágio inicial, antes de poder ser sentido pelo toque físico. Também é utilizada para avaliar lesões em estágios mais avançados, como microcalcificações, infiltrações de tecidos adjacentes, lesões multifocais, multicêntricas e bilaterais. (Assis, et al, 2016)

O autoexame da mama nas mulheres que menstruam recomenda-se que seja realizado na semana seguinte após a menstruação. Caso estejam na menopausa ou com ausência do fluxo menstrual a verificação da mama deve ser feita num dia fixo do mês. O objetivo desta averiguação é identificar um nódulo ou qualquer alteração anormal na mama, seja no formato ou na tonalidade.

O autoexame da mama deve ser feito em três posições diferentes: em frente ao espelho, em pé e deitada. Em frente ao espelho, ao levantar e descer o braço,

possibilita analisar a existência de alguma alteração nas mamas ou se as mesmas possuem alguma diferença uma para outra.

Em pé, é aconselhado realizar o autoexame durante o banho, com o corpo molhado e as mãos ensaboadas. Deve-se levantar o braço e colocar a mão atrás da cabeça e com o outro braço livre apalpar a mama do lado oposto e fazer movimentos circulares, repetindo o mesmo processo com a outra mama. Deitada, deve-se colocar a mão esquerda na nuca e com a mão direita apalpar a mama do lado esquerdo e repetir o mesmo com a mama direita (Santos, et al 2017).

É recomendável que as mulheres façam o exame a partir dos 40 anos, a cada 2 anos ou a todos os anos, dependendo do risco de cada mulher, avaliado por um médico. A partir dos 45 anos, as mulheres devem repetir a mamografia bianualmente (Assis, et al 2016)

De acordo com a American Cancer Society (2021) existem diversos exames que podem ser utilizados para detetar e diagnosticar o cancro da mama. Se, após a realização da mamografia de rastreio ou do exame clínico da mama, a mulher apresentar algum sintoma da doença, deverá ser submetida a outros testes para confirmar a presença de neoplasia mamária.

Segundo Santos (2021) os principais métodos de diagnóstico da doença são a mamografia e o exame clínico, além de outros como ultrassonografia, ressonância, exames de sangue, Raio-X, cintilografia, biópsia, exames citopatológico e histopatológico e exames de BRCA1 E BRCA2.

Mamografia de diagnóstico: é um exame de imagem utilizado para analisar a mama da mulher que apresenta algum sintoma ou quando alguma lesão é identificada na mamografia de rastreio. Esse exame tem a característica de ser mais minucioso que a mamografia de rastreio, pois consegue captar imagens mais detalhadas do tecido mamário.

A sua principal finalidade é a identificação de nódulos, microcalcificações ou alguma distorção nalguma parte dos tecidos mamários, que possam confirmar a presença de um tumor maligno ou ajudar os profissionais da saúde a decidir se serão necessários outros exames. Actualmente, a mamografia está mais desenvolvida e permite a captação de imagens em 3D. Assim, a mama pode ser visualizada em

diversas camadas o que possibilita a detecção de mais de 43% dos câncros comparativamente a 2D (Santos, et al 2017).

A mamografia é um exame não invasivo, que captura imagens dos seios feminino utilizando Raios-X e que permite identificar alterações nas mamas suspeitas de cancro antes do surgimento dos sintomas. Além disso vale salientar que o exame pode apresentar falsos positivos e falsos negativos, mas é a melhor opção de rastreamento disponível no momento. Sendo assim, uma importante recomendação é esclarecer as mulheres sobre os riscos e benefícios do rastreamento mamográfico (do nascimento et al., 2015).

Exame clínico da mama: o exame clínico da mama é uma técnica de rastreio muito comum, realizada por um profissional de saúde especializado que consiste na inspeção e apalpação dos seios. É feito com a mulher sentada virada para frente, com mãos na cabeça. Então, o especialista analisa a presença de quaisquer alterações na pele, pigmentação, abaulamentos ou retrações (Santos, 2021)

O exame clínico: é parte fundamental da propedêutica diagnóstica, e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, constituindo a base para a solicitação dos exames complementares. Neste contexto, os principais sintomas e sinais são: tumoração não dolorosa de limites irregulares, descarga papilar sanguinolenta, edema na pele da mama (“casca de laranja”), retração da papila mamária, prurido na papila mamária, erosão da papila mamária e linfonodos axilares aumentados de tamanho

Vale ressaltar que a identificação de massa palpável nas mamas, na grande maioria das vezes, não se relaciona com cancro. Entretanto, como em cerca de 10% dos casos há neoplasia associada, o diagnóstico diferencial deve ser feito (Vieira, 2012).

Ultrassonografia mamária: corresponde a um exame de imagem computadorizada do interior da mama com a função de averiguar certas alterações mamárias que dificilmente são captadas pela mamografia. Este exame possui a capacidade de diferenciar se a composição do cisto é líquida (normalmente não é cancro) ou é uma massa sólida.

A ultrassonografia é indicada para pacientes jovens com mamas densas. É importante na distinção entre lesões malignas e benignas, principalmente na caracterização entre lesões sólidas e císticas sólida (American Cncer Society, 2021).

A ressonância magnética:com contraste é indicada para pacientes com alto risco para cancro de mama. É recomendada a sua realização anualmente, juntamente com a mamografia, para paciente com diagnóstico de cancro, avaliação de focos secundários, parente de primeiro grau com alteração do gene *BRCA-1* ou *BRCA-2*, ou em casos inconclusivos com métodos diagnósticos tradicionais (Gaspari, et al, 2017).

Biópsia: quando os exames de imagem indicam suspeita de cancro na mama é preciso recorrer ao exame de biópsia para confirmar a presença de células cancerígenas. A biópsia é um exame invasivo, realizado com agulha, para retirar a tecido lesionado. A biópsia de aspiração com agulha fina é a mais utilizada para recolher amostras de tecido celular e/ou líquido nos tumores palpáveis (American Cancer Society, 2021).

Exame citopatológico: o estudo citológico de alterações mamárias é bastante útil para selecionar os casos suspeitos de malignidade. São eles: Punção aspirativa de tumores com agulha fina. Para realizar a punção aspirativa, introduz-se através da pele, no tumor, uma agulha de injeção de calibre fino. Citologia de descarga papilar - A saída de material à expressão das papilas, embora seja frequente e na maioria das vezes destituída de gravidade, deve ser avaliada por este método (Kowalski, et al, 2012).

O diagnóstico precoce do cancro de mama permite alto índice de cura, com manutenção da própria mama e tratamentos menos agressivos (Sartori, et, al, 2019)

Mesmo com todos esses métodos de diagnóstico, o principal desafio ainda está em se ter um diagnóstico precoce da doença, algo que só seria resolvido com um maior investimento na saúde pública, visando uma maior acessibilidade aos métodos de prevenção e maior informação das mulheres sobre o câncer de mama, pois a maioria dos casos é diagnosticado tardiamente dificultando as chances de sobrevivência das pacientes (Campos, 2023)

O diagnóstico precoce deteta as lesões pré-malignas e as lesões malignas iniciais que podem ser tratadas mais facilmente, com a remoção cirúrgica ou com destruição local como a cauterização (Mendes, 2015).

1.6. Tipos de estágios

Para a maioria dos tipos de cancro, são realizados exames para saber o tamanho, se cresceu e saiu do lugar onde começou e se já se espalhou para outras partes do corpo. Isto se chama estágio do cancro. A maioria dos cancros recebe o estágio 1, que significa que ele não se espalhou, e pode chegar até o estágio 4, que significa que já se espalhou para outras partes do corpo.

Existe também o estágio 0 que é quando as células danificadas ainda se encontram na camada celular em que começaram. As células no estágio 0 ainda não são caracterizadas como cancro, mas podem se tornar cancro porque estão danificadas. O estágio do cancro é importante porque ajuda o médico a saber qual será o melhor tratamento (American Cancer Society, 2021)

Segundo Beal (2023) no estágio I os cancros ainda são relativamente pequenos e não se disseminaram para os linfonodos ou têm apenas uma pequena área de cancro disseminada no linfonodo;

No estágio II o cancro já é maior que no estágio I, ou se disseminaram para alguns linfonodos próximos;

No estágio III o tumor é maior ou está crescendo nos tecidos próximos ou se disseminaram para vários linfonodos;

No estágio IV os tumores já se disseminaram para outros órgãos do corpo, como ossos, pulmões e fígado;

Estágio III

Esse é o estágio em que o cancro de mama é considerado avançado e, por isso, é também chamado de localmente avançado.

Isso significa que ele pode ter se espalhado para os linfonodos ou para o tecido mamário, mas ainda não invadiu tecido fora da mama, esses cancros são caracterizados por um tumor maior que se espalha para os gânglios linfáticos

Estágio III: pacientes com tumores maiores, porém ainda localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial, (American Cancer Society, 2021).

1.7. Tratamento

Segundo Campos (2023), o tratamento do cancro de mama é feito por estágio.

No estágio I o tratamento é feito geralmente envolvendo cirurgia para remover o tumor, seguida de radioterapia para destruir as células cancerígenas remanescentes;

No estágio II o tratamento para cancro de mama geralmente é uma combinação de cirurgia, radioterapia e quimioterapia, a opção cirurgia depende do tamanho e localização do tumor.

O tratamento para o cancro de mama em estágio III geralmente envolve uma combinação de quimioterapia, cirurgia e radioterapia; em alguns casos a terapia hormonal também pode ser usada para bloquear os efeitos do estrogênio, que podem estimular o crescimento de alguns cânceros da mama.

O tratamento para o cancro de mama deve ser realizado por uma equipa multidisciplinar visando o atendimento integral dos pacientes. As modalidades de tratamento incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia e hormonoterapia.

As decisões terapêuticas são baseadas em parte no estadiamento, mas o tamanho do tumor, o tipo e o grau histológicos, o *status* linfonodal, os níveis dos receptores de estrogênio e progesterona no tecido tumoral, o *status* menopausal e as condições clínicas gerais da paciente são também imprescindíveis na instituição do tratamento adequado (Sartori, et, al, 2019).

Segundo a American Cancer Society (2021) muitos tipos de cancro são tratáveis. Às vezes, mais de um tipo de tratamento é usado, dependendo do tipo e do estágio do cancro. A razão para isso é que o cancro diferente responde ao tratamento de forma diferente.

A cirurgia pode ser usada para remover parte ou a totalidade do cancro. É possível que a cirurgia seja o único tratamento necessário se o cancro estiver em um único lugar ou pode ser usada juntamente com outros tratamentos.

A radiação pode ser usada para matar ou retardar o crescimento das células cancerosas em uma parte do corpo. A maioria dos tratamentos de radiação funciona como tirar um Raio-X. Outras vezes, é administrado inserindo a fonte de radioatividade no tumor ou próximo a ele para transmitir a radiação.

Muitas vezes, são usados medicamentos para matar as células cancerosas ou retardar o seu crescimento. Algumas dessas medicações são dadas por via intravenosa com uma agulha (IV), outros são na forma de comprimidos a serem tomados e outros ainda podem ser dados de outras maneiras.

Cada medicamento funciona de forma diferente e às vezes dois ou mais são usados em conjunto para tratar o cancro. Porém, eles funcionam em todo o corpo e não apenas em um único lugar. Os tipos de medicamento usado para tratar cancro são quimioterapia, terapia-alvo, imunoterapia e hormonoterapia (American Cancer Society, 2021)

Percebe-se que a cirurgia é indicada para qualquer tipo de tumor na mama, independente do tamanho, pois remove muitas células cancerígenas, aumentando as chances de cura e facilitando o resto do tratamento. O tipo de cirurgia varia de acordo com o tamanho do tumor, sendo que a mastectomia radical, na qual a mama é retirada completamente, só é utilizada nos casos mais graves quando o cancro está muito espalhado. Nos outros casos, geralmente é apenas removida a parte da mama onde se encontra o tumor, sendo conhecida como mastectomia parcial.

Após a cirurgia, o médico poderá indicar ainda algumas sessões de radioterapia para eliminar células tumorais que podem não ter sido retiradas, especialmente nos casos de cancro de mama primários de alto risco ou cancro de mama avançado (Santos, et al 2018 pag 364).

Segundo Souza et al (2021) dentre as modalidades do tratamento cirúrgico, podem ser citadas: cirurgias radicais e cirurgias conservadoras nas cirurgias radicais encontramos:

- ❖ Mastectomia radical clássica - (cirurgia de halsted) - consiste na retirada da glândula mamária associada a retirada dos músculos peitorais e a linfadenectomia axilar completa, reservada nas décadas anteriores, basicamente aos casos de tumores avançados, fixos aos músculos peitorais.

Hoje essa forma de tratar mulheres, com cancro de mama, esta relegada ao abandono, graças ao advento da quimioterapia e da hormonoterapia, primarias ou neoadjuvantes, que possibilitam a redução de grandes massas tumorais.

- ❖ Mastectomia radical modificada - a preservação de um (patteydyson) ou ambos (madden- auchinclos) músculos peitorais, e a utilização de incisão transversa (incisão de stuart), melhoram muito o efeito cosmético. Seguramente, ainda é o procedimento cirúrgico mais usado na abordagem primária do cancro de mama. Mastectomia simples ou total- remoção exclusiva da glândula mamária, sem abordagem da cadeia linfática.

Cirurgias conservadoras

- ❖ Tumorectomia - consiste na ressecção total do tumor, sem preocupação de se estabelecer margem de segurança.
- ❖ Setorectomia- é a ressecção do sector que engloba o tumor, com margem de segurança de, pelo menos, 1 cm.
- ❖ Quadrantectomia - envolve a ressecção de qualquer sector mamário que alberga o tumor, com ampla margem de segurança, da pele suprajacente e da aponeurose do músculo grande peitoral subjacente. A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico.

1.7.1. Tratamento sistêmico do cancro de mama

A partir do momento em que se compreendeu que o cancro de mama não era uma doença loco regional, a quimioterapia e a hormonoterapia não só passaram a ter um papel significativo, como foram incorporadas às terapias, como a cirurgia e a radioterapia. O foco principal passou a ser, então, as micro-metastases e sua progressão à distância.

O tratamento com quimioterapia é feito com o uso combinado de vários medicamentos indicados pelo oncologista e é comum o surgimento de efeitos colaterais como náuseas, vômito, dor de cabeça, falta de apetite e queda de cabelos. Por isso, é importante o acompanhamento de um psicólogo para ajudar a enfrentar estas alterações. Podendo se sentir melhor depois de fazer quimioterapia e saiba o que fazer para diminuir os efeitos colaterais da quimioterapia. E importante também a família, parentes e amigos para que fique ao lado para enfrentamento das alterações que podem surgir (Santos, et al 2018, pag 363).

O tratamento do cancro de mama com radioterapia é indicado quando a quimioterapia não é suficiente para eliminar todas células cancerígenas. Neste tipo de tratamento o paciente é submetido a radiação directa na região da mama e axila e é comum a complementação com quimioterapia. Em casos extremos é feita a retirada da mama, para que as células metástase não venham a comprometer a outros órgãos, indiciando a morte em outros casos (Santos, et al 2018, pag 364).

A radioterapia representa uma arma importante no combate ao cancro por possuir grande capacidade de destruir células malignas remanescentes no leito tumoral. Considerada altamente eficaz, tem por finalidade aumentar a eficácia cirúrgica, no controle local e regional da doença.

A acção da radioterapia restrita à área tratada, constituindo-se um tratamento com carácter local e regional, os seus efeitos tóxicos também são localmente limitados. Assim não há risco de lesão de órgãos, fora do campo de irradiação os efeitos colaterais mais frequentes variam a sua intensidade, de acordo com as doses utilizadas e regiões tratadas: irritações e leves queimaduras, na pele, inflamações das mucosas, quedas de cabelo na área tratada, (souza et al,2021).

Segundo Costa, et el (2019) entende-se por quimioterapia neoadjuvante, quando a mesma antecede ao tratamento cirúrgico; nesse caso, a intenção é uma redução da massa tumoral, para realização da cirurgia, não só para proporcionar margens de segurança, como visando à obtenção de melhores resultados.

Quimioterapia neoadjuvante é aquela que precede a terapia primária visando a melhoria dos seus resultados, seja para aumentar o intervalo livre da doença, ou melhorar a sobrevida.

Os efeitos mais frequentes da quimioterapia são; alopecia, náuseas, vômitos e fadiga generalizada hormonoterapia

Entre as opções terapêuticas para o tratamento do cancro de mama, a radioterapia pode ser utilizada com finalidade pós-operatória/pós-quimioterápica (adjuvante) para destruir células remanescentes e reduzir recidiva loco regional, ou de forma pré-operatória (neoadjuvante) antecedendo à principal modalidade de tratamento, para reduzir tumor e facilitar o procedimento operatório.

Tal modalidade terapêutica provoca, frequentemente, toxicidade cutânea mais conhecida como radiodermatite. Essas dermatites são lesões definidas como um conjunto de reações cutâneas decorrentes da destruição de células basais da epiderme, provocadas por exposição à radiação ionizante necessária para eficácia da radioterapia.

A radiodermatite aguda inicia-se por volta da terceira semana de tratamento, podendo ocorrer tardiamente após 90 dias do início do tratamento, e apesar dos esforços para minimizar a dose total de radiação, cerca de 80-90% dos pacientes em tratamento radioterápico irão desenvolvê-las em algum grau, porém avalia-se que somente 10-15% em graus mais avançados. (Costa et al, 2019).

Entende-se que o tratamento de cada pessoa é baseado no tipo de cancro que ela tem e no estágio em que o cancro se encontra. A equipa de tratamento observa onde o cancro começou, o seu tamanho e se ele se espalhou, além de analisar todos os resultados dos exames. A idade da pessoa e outros problemas de saúde podem também afectar a escolha do tratamento. Depois de obter todas as informações que precisam, a equipa de tratamento consulta as directrizes dos especialistas para ver o que tem mais probabilidade de funcionar.

Depois de verificar que opções de tratamento estão disponíveis, o médico e a equipa de tratamento conversará sobre eles com a pessoa que tem cancro, juntos decidem qual tratamento é o melhor. A equipa de tratamento também estará disponível durante todo o tratamento para ajudar, responder perguntas, administrar os efeitos colaterais e monitorar o tratamento e ver se está funcionando (American Cancer Society, 2021)

1.8. Métodos de prevenção

Em geral a prevenção constitui-se no controlo do fundamento de risco e no estímulo aos factores protectores, exclusivamente aqueles mostrados e modificáveis. Pressupõe-se que por meio da alimentação, nutrição e actividade física podendo diminuir em até 28% a ameaça de uma mulher posteriormente a ter o cancro de mama. (Silva; Riul, 2011).

Uma dieta equilibrada evita o sobrepeso e aumenta a qualidade de vida. Alimentos industrializados, enlatados e conservados contêm agentes cancerígenos na sua composição e precisam ser evitados. (fundação do câncer, 2016).

O cigarro inclui cerca de 4.720 substâncias tóxicas, que causam uma série de doenças, entre elas, o cancro. O tabagismo é classificado a principal causa de morte evitável. (fundação do câncer, 2016).

De acordo com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), o alcoolismo causa entre 2% e 4% das mortes por cancro, tornando-se um dos factores de risco para o progresso de diversos tumores, envolvendo o de mama, essencialmente se o uso for combinado com o tabaco. (Copolilo,2016).

Além de estar atenta ao próprio corpo, também é indicado que mulheres de 50 a 69 anos façam uma mamografia de rastreamento (quando não há sinais nem sintomas) a cada dois anos. Esse exame pode ajudar a distinguir o cancro antes do surgimento dos sintomas. (Instituto Nacional de Câncer INCA 2018).

As alterações na mama podem ser identificadas já na palpação com a detecção de nódulos na região da mama ou na axila e pode ser observada na sua aparência onde é comparada com formato “casca de laranja”, vermelhidão, endurecimento, secreções, mudança na forma ou de tamanho, dores ou sensibilidades. Com essas identificações para um diagnóstico mais preciso e precoce é fundamental que a mulher procure uma unidade de saúde de atenção primaria realize uma consulta com o médico e se as suspeitas persistirem no exame físico é solicitado um exame de mamografia. (Costa et al., 2019).

Através da prevenção é possível evitar que hábitos comportamentais se aliem aos hábitos hereditários, impedindo a propagação da doença, utilizando de orientação sobre a importância de uma alimentação saudável e a prática regular de atividade física, o risco que traz o alcoolismo e o tabagismo, evitar exposição solar prolongada, entre outros.

A prevenção deveria ser realizada em todos os níveis de complexidade, desde a primária, com promoção de saúde, informação e campanhas, até à quaternária, em que se deveria visar a recuperação de sequelas, para que este indivíduo reabilitado

consiga retomar as suas actividades de vida diária em meio a sociedade (Borges, 2022).

Jerônimo et al., (2017) afirma que a prevenção é a principal arma para interferirmos no processo da carcinogênese e redução do aparecimento do tumor. O objectivo da prevenção primária é evitar a exposição aos factores de risco de cancro e aderir a um estilo de vida mais saudável, como não fumar, praticar actividade física, se alimentar de maneira saudável, manter um peso adequado ao longo da vida, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, amamentar, evitar a ingestão de hormônios falsos (anticoncepcionais e tratamentos de reposição hormonal) e evitar exposição a agentes físicos, químicos e biológicos relacionados ao trabalho.

Enquanto Rodrigues (2015) afirma objectivo da prevenção secundária é detectar e tratar doenças que causam câncer, como por exemplo o hpv ou neoplasias assintomáticas.

A mamografia, a ecografia mamária e o exame clínico nas mamas são os exames existentes para prevenção e/ou diagnóstico precoce do cancro da mama (feldmann, 2015), citado por (castro, 2017).

O conceito de autocuidado refere-se às ações que visam o bem-estar físico e emocional referente a comportamentos do cotidiano, realizados pelo próprio indivíduo para a manutenção da sua saúde, o autocuidado que o indivíduo tem da sua saúde é influenciado por percepções ou crenças individuais sobre a doença, que são dinâmicas, construídas e reconstruídas ao longo de sua vida (Kolak et al., 2017)

Para prevenir o cancro de mama antes dos 40 anos, principalmente em mulheres jovens, onde há um questionamento de haver uma mutação genética na família, os médicos recomendam que deve-se fazer além da mamografia, realizar a ultrassonografia, a ressonância magnética das mamas e quando tiver mais de um caso de cancro, em especial uma pessoa jovem abaixo de 40 anos de idade, deve ser realizado o estudo genético desta família Migowski et al., 2018).

1.9. Cuidados de enfermagem

O enfermeiro tem grande importância no processo de prevenção e detecção do cancro, com experiências de desenvolver estratégias de ensino direcionadas a prevenção. O conhecimento dos profissionais de saúde, em relação a esses factores e

sua relação com o cancro de mama, pode ser um factor determinante na prevenção e controlo no número de casos dessa doença (Carvalho et al, 2015).

Os enfermeiros gerenciam o cuidado à mulher com cancro da mama avançado em quimioterapia paliativa, empregando etapas do processo de enfermagem, especialmente no momento da consulta de enfermagem, que é guiada pelas necessidades desta mulher, considerando a integralidade do ser vivenciando esta fase da doença, assumindo, assim, alguns preceitos dos cuidados paliativos, e enfrentando problemas relacionais, conceituais e estruturais (Cirilo; 2016)

Os cuidados paliativos devem incluir as investigações necessárias para o melhor entendimento e manejo de complicações e sintomas estressantes tanto relacionados ao tratamento quanto à evolução da doença. Apesar da conotação negativa ou passiva do termo, a abordagem e o tratamento paliativo devem ser eminentemente activos, principalmente em pacientes portadores de cancro em fase avançada, onde algumas modalidades de tratamento cirúrgico e radioterápico são essenciais para alcance do controle de sintomas (Potter, 2014)

Compete, também ao enfermeiro as orientações dos cuidados como identificar efeitos colaterais e minimizar o rastreamento do cancro, deve ser realizado pelo profissional da saúde (enfermeiro) através das consultas de enfermagem, onde deve ser realizado primeiramente uma anamnese e um exame físico aprofundado e sempre orientando o paciente sobre a importância do autoexame que pode ser feito na própria residência e pela própria paciente (Cavalcante; 2017).

CAPÍTULO II: METODOLOGIA DE PESQUISA

2.1. Tipo de Pesquisa

Para o presente trabalho usou-se a pesquisa descritiva com abordagem mista (quali-quantitativa) para avaliar o nível de conhecimento das mulheres, do bairro da Paz, província de Luanda, sobre o cancro da mama na terceira fase, no terceiro trimestre de 2024.

Para Minayo (2012, p.114), “é um tipo de estudo que permite ao pesquisador a obtenção de uma melhor compreensão do comportamento de diversos factores e elementos que influenciam determinados fenómenos”.

Segundo Barbeta (2021, p. 54), “os estudos descritivos procuram especificar as propriedades importantes de pessoas, grupos, comunidades ou qualquer outro fenómeno que seja submetido a análise”.

A escolha do tipo de pesquisa descritiva nos permitiu na colecta de dados bem como a descrição das condições existentes, possibilitando assim a compreensão dos diversos factores e elementos que estão implícitos no fenómeno em estudo.

2.2. Variável

Para Severino (2013) uma variável é a característica dos elementos da amostra que nos interessa averiguar estatisticamente.

a) Variável independente

Para Freixo (2012, p.176) a variável independente é a variável que numa experiência especificamente manipulada pelo experimentador de modo que os seus possam ser observados na variável dependente.

- Nível de conhecimento das mulheres, do bairro da Paz, província de Luanda, sobre o cancro da mama na terceira fase, no terceiro trimestre de 2024.

b) Variável dependente

Severino (2013) a variável representa o fenómeno a ser explicado. Sendo assim as variáveis foram:

- Idade;
- Sexo;
- Nível de frequência;
- Quadro clínico;
- Conhecimento das complicações;

2.3. Modelo de Abordagem

Quanto à abordagem, usou-se a pesquisa quali – quantitativa:

“A pesquisa quali-quantitativa é aquela que utiliza simultaneamente elementos da pesquisa qualitativa e quantitativa, sendo que o seu objectivo principal é colectar dados de diferentes naturezas para a análise e interpretação dos resultados” (Bardin, 2016, p. 82).

Optou-se pela abordagem mista (qualitativa-quantitativa), pois a abordagem qualitativa permitiu-nos a recolha das informações proveniente dos nossos interlocutores, enquanto que a abordagem quantitativa nos permitiu a interpretação das informações dos intervenientes na investigação em dados numéricos.

2.4. Nível de Estruturação de Método

Um método científico pode ser definido como uma série de regras básicas, as quais devem ser executadas na geração de conhecimento que tem o intuito da ciência,

isto é, um método é usado para a pesquisa e comprovação de um determinado assunto (Almeida, 2017).

2.4.1 Nível Teórico

- a) Nível Analítico-Sintético:** Marconi e Lakatos (2017) defenderam que este método é a tentativa de evidenciar relações existentes entre o fenómeno estudado e outros factores. Essas relações podem ser estabelecidas em função das suas propriedades, relações através de causas e efeitos.
- b) Nível empírico:** envolve a observação e experimentação como ferramentas principais para a colecta de dados e construção do conhecimento, sendo a base para a verificação e validação de hipóteses por meio da experiência sensorial directa (Lakatos & Marconi, 2017, p. 86).
- c) Nível estatístico/matemático:** significa a redução de fenómenos sociológicos, políticos, económicos, entre outros, em termos quantitativos. A manipulação estatística permite comprovar as relações dos fenómenos entre si, e obter generalizações sobre sua natureza, ocorrência ou significado (Pereira, Shitsuka, Parreira & Shitsuka, 2018, p.29).

2.5. Técnicas de Recolha de Dados

Para avaliar o conhecimento das mulheres sobre o cancro da mama no bairro da Paz, foram utilizados questionários estruturados, entrevistas semiestruturadas, grupos focais e análise documental. Além disso foram consultados livros e artigos académicos relevantes para fundamentar o conhecimento teórico e os aspectos metodológicos da pesquisa.

Para Silva (2013, pag 38) é necessário observar basicamente por meio dos sentidos, visão, tacto, olfacto e paladar para um conhecimento claro e preciso de um objectivo de pesquisa.

Segundo Alves (2017, pag 50) inquérito é uma técnica de aquisição de informações de interesse sociólogo, mediante em questionário previamente elaborado através da qual se pode conhecer a opinião ou avaliação do sujeito seleccionada numa amostra sob um assunto dado.

Segundo Prodanov & Cristiano (2013. p, 277), o observador embora presente assuma o papel de espectador anónimo; para além de estar visivelmente presente participa activamente na situação que pretende observar.

Segundo Alves (2017, p. 50), inquérito é uma técnica usada para recolha de dados que o investigador pode optar através da realização de entrevistas ou da aplicação de questionário.

2.6. Instrumentos e Procedimentos

O instrumento de recolha de dados incluiu questionários impressos, roteiros de entrevistas semiestruturadas e guias de discussão para os grupos focais. Os questionários foram aplicados em locais estratégicos da comunidade, como centros de saúde e espaços comunitários, enquanto as entrevistas e grupos focais foram conduzidos em ambientes que garantam privacidade e conforto às participantes.

2.7. População e Amostra

Segundo Monteiro e Santos (2015), a população é um conjunto de indivíduos que ocupam um determinado espaço geográfico.

A população da pesquisa foi composta por 100 mulheres residentes no bairro da Paz, Província de Luanda, de forma a garantir um resultado robusto.

Na visão de Vranjac (2016, p.55), amostra é a parte da população ou do universo, selecionada de acordo com uma regra.

A nossa amostra foi composta por 50 mulheres selecionadas aleatoriamente a partir da população-alvo.

Na população, extraiu-se uma amostra de cinquenta (50) mulheres nas quais vinte cinco (25) adolescentes, vinte (20) adultas e cinco (5) idosas.

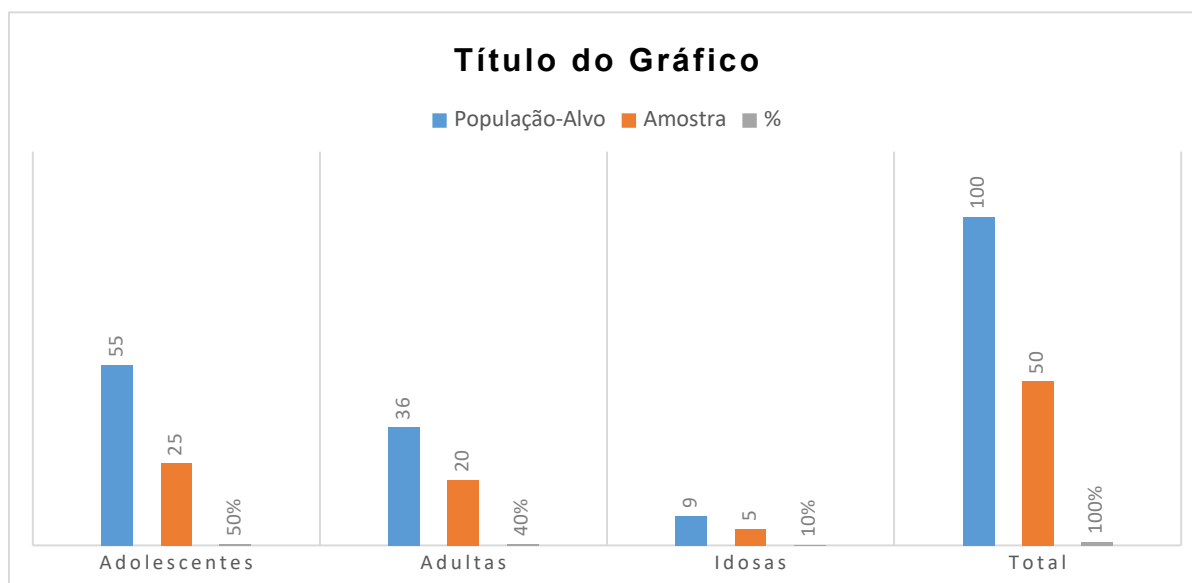
Tabela nº 1- População e Amostra

Inqueridos	População-Alvo	Amostra	%
Adolescentes	55	25	50%
Adultas	36	20	40%

Idosas	9	5	10%
Total	100	50	100%

Elaboração própria

Gráfico nº 1- População e Amostra



População alvo da nossa pesquisa foi constituída por 100 mulheres, na qual extraiu-se uma amostra de 50 mulheres onde 25 são adolescente, 20 adultas e 5 idosas.

2.8 Dificuldades encontradas

No percurso da nossa investigação nos deparamos com diversas situações que dificultaram a nossa pesquisa sendo as principais as seguintes:

- Dificuldades financeiras;
- Dificuldade de compreensão de uso das normas e técnicas;
- Dificuldades em termos de recolha e selecção do material para elaborar a fundamentação teórica;
- Dificuldades quanto a recolha de dados no campo de estudo.

CAPITULO III. DISCUSSÃO E RESULTADOS

Para se perceber as respostas das mulheres investigadas sobre conhecimento das mulheres sobre o cancro de mama na terceira fase, no bairro da Paz, província de Luanda no terceiro trimestre de 2024, demonstrou-se aqui por meio de tabelas e gráficos as respostas obtidas na pesquisa de campo.

3.1- Apresentação E interpretação dos resultados

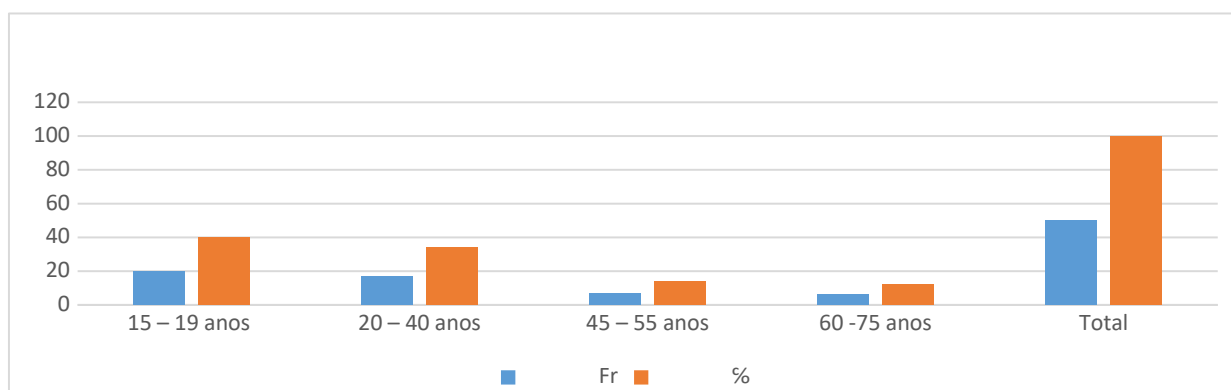
Tabela nº 2- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.

Faixa etária	Fr	%
15 – 19 anos	20	40
20 – 40 anos	17	34

45 – 55 anos	7	14
60 -75 anos	6	12
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 2- Distribuição da amostra segundo a faixa etária.



Fonte: **Elaboração própria**

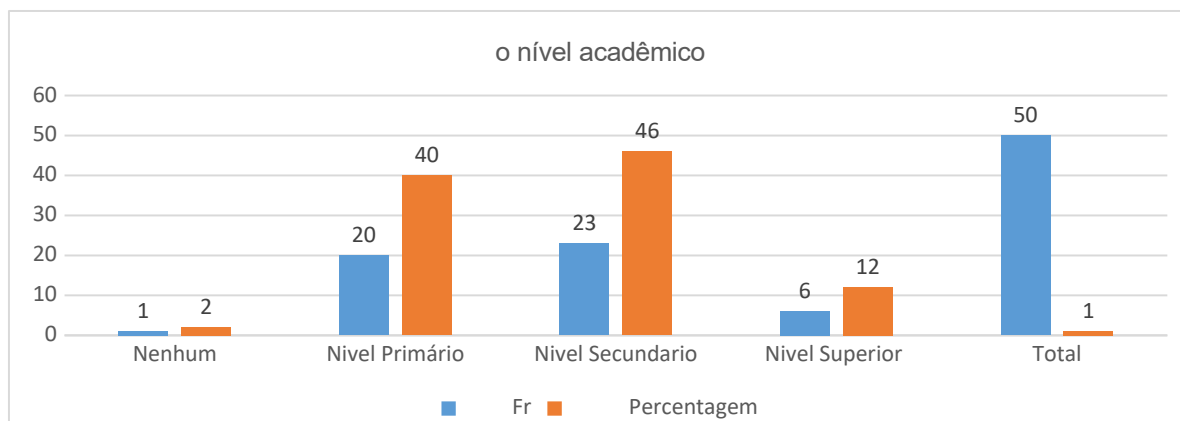
De acordo a tabela nº 2 e o seu gráfico nos cinquenta (50), mulheres inqueridas durante a pesquisa a maior percentagem foi das mulheres que tinham uma idade dos 15 a 19 anos, e a menor foi dos 60 a 75 anos de idade.

Tabela nº 3- Distribuição da amostra segundo o nível acadêmico.

Nível Acadêmico	Fr	Percentagem
Nenhum	1	2
Nível Primário	20	40
Nível Secundario	23	46
Nível Superior	6	12
Total	50	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 3- Distribuição da amostra Segundo o nível acadêmico.



Fonte: Elaboração própria

De acordo a tabela nº 3 e o seu gráfico do cinquenta (50) mulheres inqueridas durante a nossa pesquisa em relação ao nível de escolaridade a maior percentagem foi do nível secundário com 46%, nível e a menor percentagem foi dos iletrados com 2%.

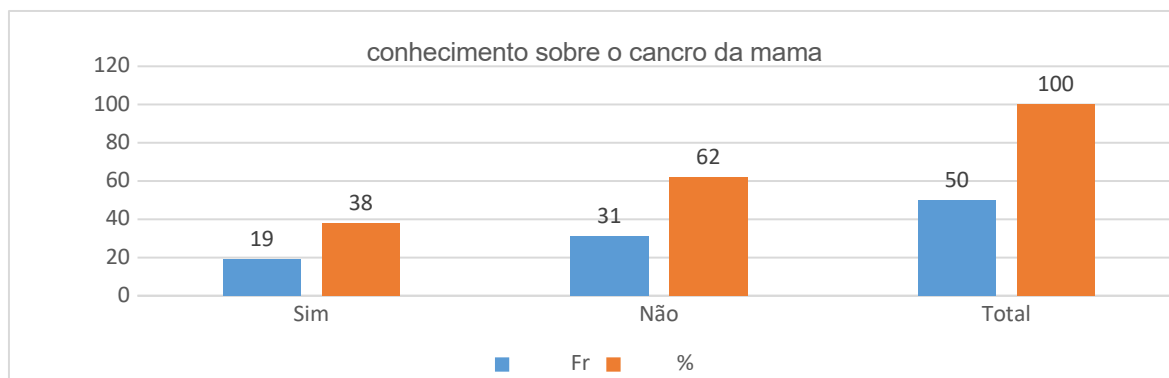
De acorda as minhas intervenientes no bairro da paz rua da comlobia a maioria tem o nível secundário feito.

Tabela nº 4- conhecimentos sobre o cancro da mama.

Descrição	Fr	%
Sim	19	38
Não	31	62
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 4- conhecimentos sobre o cancro da mama.



Fonte: Elaboração própria

Nesses resultados do 100% de mulheres inqueridas durante a nossa pesquisa a maior percentagem foi das mulheres que responderam “não” com 62% e a menor do “sim” 38%

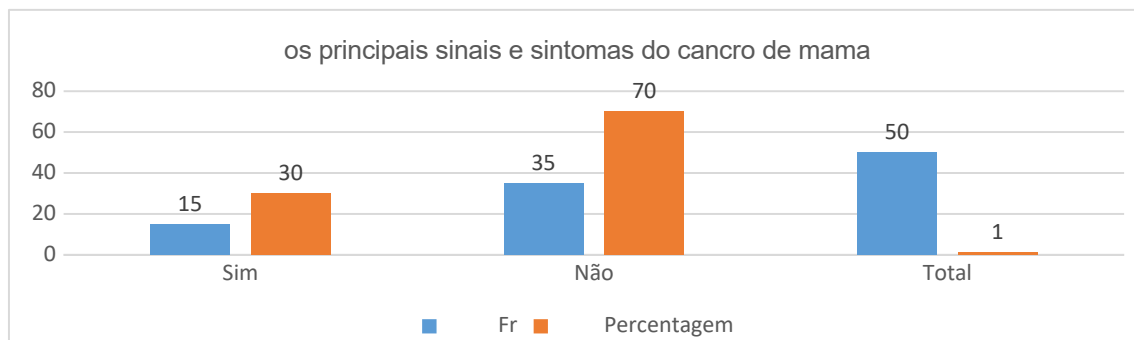
Na maioria das mulheres do bairro da paz província de Luanda não tem o conhecimento sobre o cancro da mama.

Tabela nº 5- Conhecimentos sobre os principais sinais e sintomas do cancro de mama.

Descrição	Fr	Percentagem
Sim	15	30
Não	35	70
Total	50	100 %

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 5- Conhecimentos sobre os principais sinais e sintomas do cancro de mama.



Fonte: Elaboração própria

A tabela nº5 e o seu gráfico, das cinquenta (50) mulheres inqueridas a maior percentagem foi do “não” com 70% e a menor do “sim” 30%.

Sengudo a tabela as mulheres do bairro paz não conhecem os principais sinais e sintomas do cancro da mama.

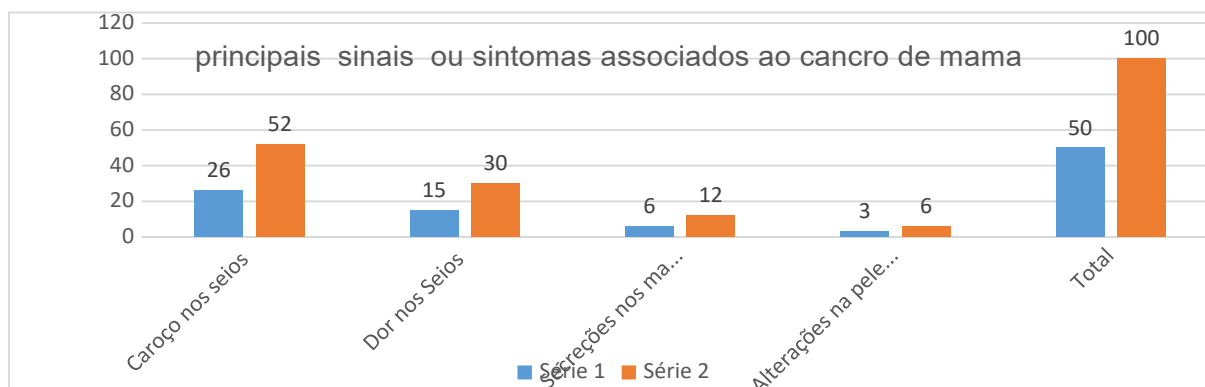
Tabela nº 6- principais sinais ou sintomas associados ao cancro de mama

Descrição	Fr	%
Carço nos seios	26	52
Dor nos Seios	15	30
Secreções nos mamilos	6	12

Alterações na pele do seio	3	6
Total	50	100

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 6- principais sinais ou sintomas associados ao cancro de mama



Fonte: Elaboração própria

Repara-se que os resultados da tabela nº6 e o seu respectivo gráfico, nos cinquenta (50) mulheres inqueridas, a maior percentagem foi do “não” com 70% e a menor do “sim” 30%.

As mulheres do bairro da província de Luanda na sua maioria associam o caroço no seus com principais sinais do cancro da mama

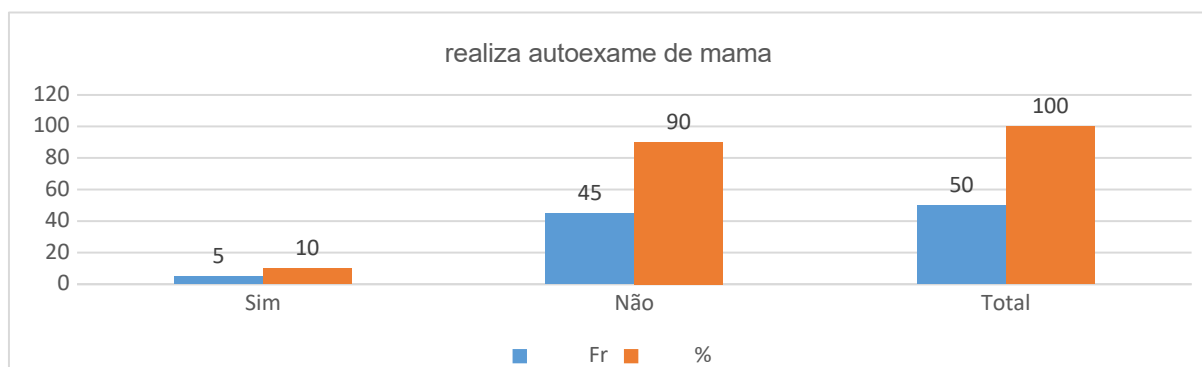
Tabela nº 7- Frequência na realização do autoexame de mama

Descrição	Fr	%
Sim	5	10

Não	45	90
Total	50	100

Fonte: elaboração própria

Gráfico nº 7- Frequência na realização do autoexame de mama



Fonte: elaboração própria

Para a tabela nº 7 e o seu gráfico das 50 mulheres inqueridas verificou-se que a maior percentagem foi de 90% das mulheres que realizam o autoexame e 10% não realizam o autoexame.

As mulheres do bairro da paz província de luanda, não realizam o autoexame da mama com muita frequência

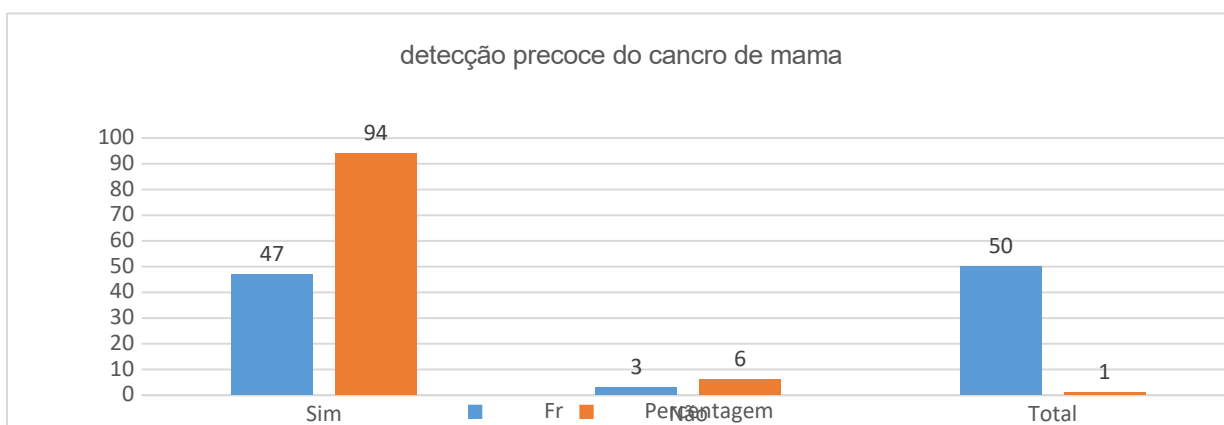
Tabela nº 8- Impacto do autoexame na detecção precoce do cancro de mama.

Descrição	Fr	Percentagem
Sim	47	94

Não	3	6
Total	50	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 8- Impacto do autoexame na detecção precoce do cancro de mama



Fonte: elaboração própria

Segundo a tabela nº 8 e o seu gráfico das 50 mulheres inquiridas na nossa pesquisa 94% responderam “sim” e 6% responderam “não”.

As mulheres do bairro da paz devem saber as estratégias de detecção precoce do cancro para evitar agravos da doença.

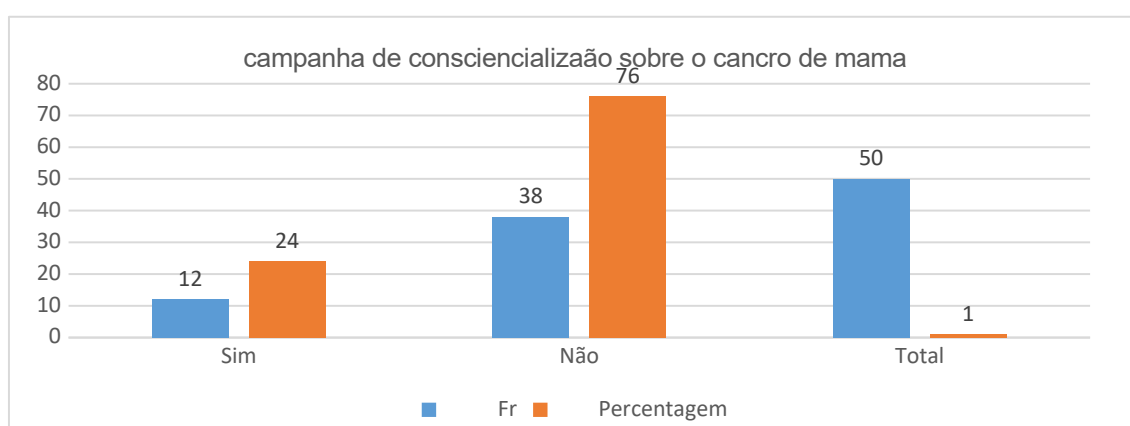
Tabela nº 9- Participação em campanha de consciencialização sobre o cancro de mama.

Descrição	Fr	Percentagem
-----------	----	-------------

Sim	12	24
Não	38	76
Total	50	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 9- Participação em campanha de consciencialização sobre o cancro de mama.



Fonte

: elaboração própria

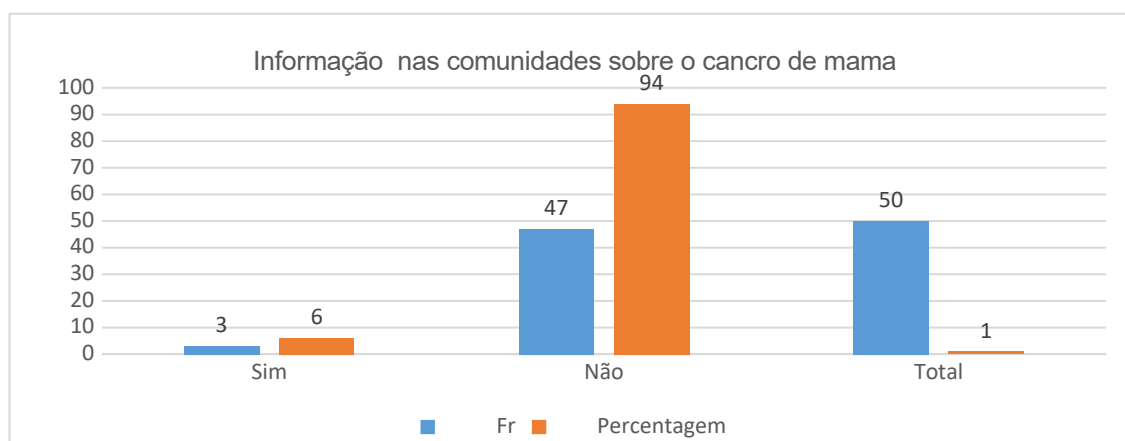
De acordo a tabela nº 9 e o seu gráfico das cinquenta (50), mulheres inqueridas durante a pesquisa a maior percentagem foi de 76%, e a menor foi de 24%.

Tabela nº 10- Disponibilidade de informação nas comunidades sobre o cancro de mama.

Descrição	Fr	Percentagem
Sim	3	6
Não	47	94
Total	50	100%

Fonte: elaboração própria

Gráfico nº 10- Disponibilidade de informação nas comunidades sobre o cancro de mama.



Fonte: elaboração própria

Para a tabela nº10 e o seu gráfico, nos cinquenta (50) mulheres inqueridas durante a pesquisa a maior percentagem foi das mulheres que responderam “sim” com 94% e a menor das mulheres que responderam “não” com 6%.

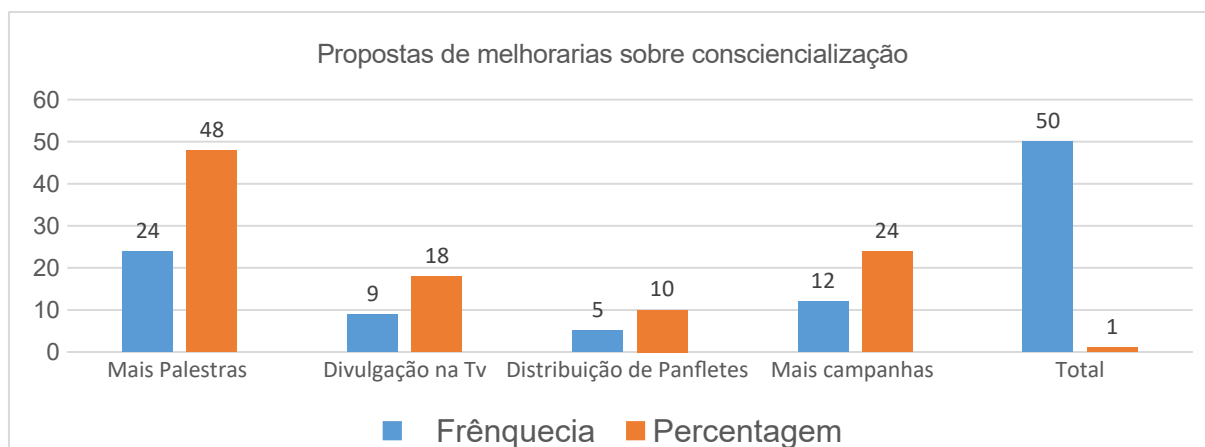
As mulheres do bairro da paz devem possuir informações adequados sobre o cancro da mama para o bem de toda a comunidade.

Tabela nº 11 - Propostas de melhorias sobre consciencialização.

Descrição	Frêquencia	Percentagem
Mais Palestras	24	48
Divulgação na Tv	9	18
Distribuição de Panfletes	5	10
Mais campanhas	12	24
Total	50	100%

Fonte: Elaboração própria

Gráfico nº 11- Propostas de melhorarias sobre consciencialização.



Fonte: elaboração própria

Nesses resultados do 100% dos cinquenta (50) mulheres inqueridas durante a nossa pesquisa a maior percentagem foi das mulheres que responderam não com 62% e a menor do sim 38%.

As mulheres do bairro da paz 48% delas dizem que devem dar mais palestras nas comunidades para se ter mais conhecimentos sobre o cancro da mama.

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A tabela nº 2 e o seu gráfico mostram que a maior parte das mulheres tem a idade equivalente de 15 á 19 anos, Pires D. (2015)., afirma que os dados de uma pesquisa devem estar de acordo com os resultados obtido no campo de pesquisa, neste contexto a faixa etária é um intervalo de idades que agrupa pessoas com características ou necessidades similares, usado para normas, recomendações ou restrições.

De acordo a tabela nº 3 e seu gráfico sobre o nível de escolaridade De Almeida, 2017, diz que em Angola, apesar de ter havido uma melhoria na qualidade de ensino através de alterações dos programas, livros, qualificação de currículos e reclassificação dos agentes de educação estes ainda pouco ou nada se refletem, em termos de comportamentos na prevenção do ambiente.

Grau acadêmico são os títulos normalmente dados por uma instituição de ensino em reconhecimento oficial pela conclusão com sucesso de todos os requisitos de um curso, de um ciclo ou de uma etapa de estudo.

Tabela nº 4 e seu respectivos gráfico diz sobre o conhecimento do cancro da mama, estudo feitos pelos Kowalski, et al, (2012) dizem que o cancro da mama corresponde a uma alteração nas células normais da mama. É uma doença resultante da multiplicação de células anormais da mama, que forma um tumor com potencial de invadir outros órgãos, alguns se desenvolvem rapidamente e outros não.

Tabela nº 5 e o gráfico, diz sobre conhecimentos dos principais sinais e sintomas do cancro da mama, Para Pereira, (2015), menciona que os sinais e sintomas são as manifestações clínicas objectivas ou subjectivas que o indivíduo apresenta mediante a uma situação clínica.

Tabela nº 6, fala sobre principais sinais e sintomas do cancro da mama, Para Gonçalves LL. et al,(2013) afirmam que os sinais e sintomas mais frequentes são: o aumento da sensibilidade ou dor em uma ou ambas as mamas, não estando em período menstrual, nódulos palpáveis (geralmente indolores); retração da pele, retração do mamilo; descarga papilar espontânea, descamação e erosão do mamilo e aréola e sinais inflamatórios da mama.

Tabela nº 7 e o seu gráfico diz sobre a frequência na realização do cancro da mama, Segundo INCA (2024) o exame das mamas realizado pela própria mulher, apalpando os seios ajuda no conhecimento do próprio corpo. Esse exame substitui o exame clínico das mamas realizado por um profissional de saúde treinado.

Tabela nº 8 e seu gráfico e acordo diz sobre o impacto do auto exame na detecção precoce do cancro da mama, Silva et elas (2013) dizem que as principais estratégias para a detecção do câncer de mama são: (1) o diagnóstico precoce que ocorre a partir dos sintomas iniciais da doença, tais como nódulos mamários ou alterações e lesões na pele da mama; e (2) o rastreamento, que se resume na aplicação de exames em uma população sem sinais sugestivos da doença para identificar alterações e encaminhar resultados anormais para a investigação diagnóstica.

Tabela nº 9 e o seu gráfico diz sobre a participação em campanha de consciencialização do cancro da mama, Segundo INCA (2024) a consciencialização sobre o cancro de mama é essencial para as taxas de diagnóstico precoce, conhecer os sinais e sintomas pode salvar vidas. O movimento Outubro Rosa intensifica esforços para educar a população sobre a importância dos exames regulares. ~

Tabela nº 10 e o seu gráfico diz sobre a disponibilidade de informação nas comunidades sobre o cancro da mama, Para Kowalski LP, et al, (2012) o cancro está entre as principais causas de morte na população feminina e, as informações inerentes a ele tendem a desempenhar um grande papel na mudança de hábitos, aliada ao estresse gerado pelo estilo de vida do mundo moderno, contribuem diretamente na incidência dessa doença. Dentre alguns desafios para se alcançar integralidade na assistência à saúde da mulher na atenção básica nas comunidades, estão as ações de controle dos cânceres do colo do útero e da mama.

Tabela nº 11 seu gráfico diz sobre as propostas de melhorias sobre consciencialização Segundo INCA (2024) A conscientização sobre o que é cancro de mama para a população e o estímulo às mudanças de comportamentos diante desta abordagem e a importância para sua prevenção, é fundamental no processo educativo dos profissionais de saúde, principalmente os enfermeiros, como conhecedores da epidemiologia, sinais e sintomas, riscos e agravos em determinada população.

CONCLUSÕES

Após a realização do presente estudo chegou-se as seguintes as conclusões:

- A faixa etária com maior prevalência é de 15 aos 19 anos correspondente a 40%.
- As mulheres inqueridas na sua maioria têm o nível secundário.
- O nível de desconhecimento do cancro da mama é de 62% correspondente a 31 mulheres.
- No que tange aos principais sinais e sintomas do cancro da mama 70% das mulheres conhecem-nos.
- 53% das mulheres têm associado o caroço nos seios como principal sinal e sintoma do cancro da mama
- A percentagem das mulheres que não realizam o autoexame da mama é de 90%
- O impacto da detecção precoce do cancro da mama pelas mulheres é de 94%.
- Há baixa participação das mulheres nas campanhas de consciencialização sobre o cancro da mama com uma percentagem de 76.
- 47 Mulheres que corresponde a 94% não dispõe de informação adequadas nas comunidades sobre o cancro da mama.
- 24 mulheres que correspondem a 48 % deram a propostas que para melhorar a consciencialização deve se dar mais palestras.

Em contrapartida o baixo conhecimento sobre os sinais e sintomas iniciais do cancro de mama está na base do diagnóstico tardio da doença, deste modo, entende-se que a maioria das mulheres, no bairro da Paz, não realiza autoexames regulares devido ao desconhecimento sobre a sua importância na detecção precoce do cancro da mama o que faz com que se tenha o diagnóstico tardio do cancro da mama.

SUGESTÕES

Tendo em conta as pesquisas sobre o tema “Conhecimento das mulheres sobre o cancro de mama na terceira fase, no bairro da Paz, província de Luanda no terceiro trimestre de 2024”, apresentou-se as seguintes sugestões:

À Direcção do INSTITUTO SUPERIOR DE ANGOLA (ISA) que crie programas que visam a instruir a comunidade académica sobre os cuidados a ter com o cancro da mama; e que incentivam mais pesquisas do género para que se tenha profissionais de excelência;

À comissão de moradores do bairro da Paz que realize campanhas de consciencialização sobre o cancro de mama por meio de palestras ou outros métodos; que envolva os postos médicos e centros de modos a que se trabalhe mais na capacitação dos técnicos de saúde e que divulguem a informação às mulheres sobre a importância da realização do autoexame;

Aos estudantes do curso de enfermagem a darem a sequência na investigação do tema para obtenção de novos dados para o enriquecimento da literatura.

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida. A. M. O (2016). *Fundamento a iniciação de investigação científica*. 4ª. São Paulo.cortez.
- Alvares, I (2012). *Organização da informação e do conhecimento: conceitos, subsídios*
interdisciplinares e aplicações. São paulo: b4 ed.
- Alves. (2017). *Fundamento a Metodologia científica*. 2ª. Edição. São Paulo: Cortez.
- American cancer society (2021). *o que é o cancer*. Portugal.
- Arruba.R.L, Edvane D,T,Natalia. S.M (2015). *Prevenção do câncer de mama em mulheres atendidas em unidades básicas de saúde*. Brasil.
- Assis. C.f, Manuel. M (2016). *A mamografia e seus desafios: factores educacionais ao diagnostico tardio do câncer da mama*. Rio de janeiro.
- Batiston.A.P, Tomaki. E.M, Souza. L.A (2011). Conhecimentos e práticas sobre factores de risco para o câncer da mama em mulheres de 40 à 49 anos, revista Brasileira
- Barbeta, P. A (2021). *Estatística aplicada as ciências sociais*. 12ª.ed. Santa Catarina.
- Bardin, I. (2016). *Análise de conteúdo*. São paulo. Sp: edições 70.
- Beal.J (2023). *Estágio do câncer de mama*. São Paulo.
- Bernardes. A. (2013) *o tratamento de anatomia humana*. Barcelona.
- Bernardo.w (2022). *brca1, brca2 em cancer de mama*. 10ed Brasil.
- Brasil. (2022). *Instituto nacional de câncer José Alencar gomes da silva. Câncer de colo do útero*. Rio de janeiro.
- Borges.V.A, (2022). *Enfermagem nos cuidados a pacientes com cancer da mama*. Rio de janeiro.
- Carvalho, E.C et al. (2015). *Ações de enfermagem para combate ao câncer desenvolvidas em unidades básicas de saúde de um município do estado de São*

Paulo. Revista brasileira de cancerologia. São Paulo.

Campos.R(2023). *Câncer de mama tipos de estagio e tratamento*. Rio de janeiro

Castro,et al (2017).*elaboração e avaliação do material educacional do câncer da mama*. Brasil.

Cavalcante, M. A. S; Silva, B. F; Marques, V. A. C; Figueiredo, N. E; Guitierrez, R. G. M (2017). *Ações do enfermeiro no rastreamento e diagnóstico do câncer de mama no Brasil* Revisão literatura o enfermeiro no controle do câncer.

Cirilo, Juliana. D; Silva, Marcelle.M; FULY, Patrícia.S.C; Moreira. M. Chagas (2016). *Texto & Contexto Enfermagem*, v.25

Costa .C, C, Jorge.s.l, Nakamura.r.a, Sousa.c.m (2019).*Radiodermatites: analise factores preditivos em pacientes com câncer de mama*. 7ed.são Paulo.

Copolilo, A (2016). *Dicas para prevenção do câncer de mama* - outubro Rosa Documento online disponível em: Acesso. Revista Mineira Enfermagem, Belo Horizonte.

De Almeida, V.A.R. (2017) Problemáticas da gestão dos resíduos sólidos Urbanos em Angola. Província da Huila município de Lubango

De souza severino, g., santos, c. S., lopes, l. P., freitas, t. R., de morais caetano, i., de pillar varotti, f., & andrade, s. N. (2021). *Câncer de mama: diagnóstico e tratamento quimioterápico e radioterápico*.Brasil.

Dias.J (2015). *mulher dicionário priberam de língua portuguesa*. consultada em 23 de julho dec2020.

Do brasil, f., & brasília, d. F. (2018). *Ministério da saúde. Secretaria de vigilância em saúde*.

Do Nascimento, F. B., Da Rocha Pitta, M. G., & De Melo Rêgo, M. J. B. (2015). *Análise dos principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo*. *Arquivos de Medicina*,

Feireira, A.B. H. (2015) *no dicionário da língua portuguesa 2º ed* rio de janeiro.

- Fundação do câncer (2016). *Com você pela vida* [Internet]. Rio de Janeiro.
- Gaspari.J.D,Silva.D.G, Ongat t.M (2017).*Câncer da mama, diagnostico e abordagem cirúrgica*. 6º edição. Brasil.
- Gil, a. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. Ed. São, paulo: ed. Atlas, 2008.
- Gonçalves LL (2013). *Mulheres Portadoras de Câncer de Mama: Conhecimento e Acesso às Medidas de Detecção Precoce*. Rev. Enferm. UERJ, Rio de Janeiro.
- Gomez, I. (2015). *Conceito de conhecimento*. Editora conceitos. Em <https://conceitos.com/conhecimento/>. São paulo: brasil.
- Gurgel.m.s (2011). *Câncer de mama, estagio no momento do diagnostico em mulheres*. Brasil.
- Hashimoto, a. N. (2019). *Um conceito de conhecimento*. São paulo: editora best seller.
- Instituto nacional de câncer (2024). *Conscientização do Câncer da mama e do colo*. *Revista brasileira*. Rio de janeiro.
- Instituto nacional de câncer (2022). *Detecção precoce e prevenção do câncer de mama*. Rio de janeiro.
- Instituto nacional do câncer (2011) *abc do câncer*. Rio de janeiro.
- Instituto nacional do câncer. (2021). *Detecção precoce do câncer*. Rio de janeiro: inca.
- INCA - Instituto Nacional do Câncer (2018). *Fatores de Risco Documento online*
- INCA Instituto Nacional do Câncer (2019). *A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas*. Brasil.
- Instituto nacional de câncer José Alencar Gomes da Silva (2017). *Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil*. Rio de Janeiro.
- Jerônimo, A. F. de A., Freitas, Â. G. Q., & Weller, M. (2017). *Risk factors of breast cancer and knowledge about the disease: An integrative revision of Latin American studies*. *Ciencia e Saude Coletiva*,

- Kearns. M, (2022). *o que é uma mulher*. Gazeta do povo
- Kolak, A., Kamińska, M., Sygit, K., Budny, A., Surdyka, D., Kukielka-Budny, B., & Burdan, F. (2017). *Prevenção primária e secundária do câncer da mama*. Brasil
- Kowalski LP, et al, 2012 (2012) *Manual de Condutas Diagnósticas e Terapêuticas em Oncologia*. 3.ed. São Paulo.
- Lopes. L.v 2015. *Cancro da mama em angola, caraterização clinicapalatologia e recursos necessários*. Luanda-angola
- Lopes, I. M. N. A 2014. *Prevenção e cuidados do câncer de mama*.florianópolis (sc).
- Marconi, m. A; Lakatos, e. M. (2017). *Fundamentos de metodologia científica*. 8ed. São paulo: atlas.
- Mascarenhas. I.T (2022). *A epidemiologia do câncer da mama no estado de pará*. Brasil.
- Mendes L.C, et al. (2017). *Atividades educativas estimulando o autocuidado e prevenção do câncer feminino*. Rev. Enferm Atenção a Saúde.
- Mendes.S (2015). *Diagnóstico precoce do cancro da mama*. Rio de janeiro. Atenção a Saúde, 2017.
- Minayo, M. C. S (2012). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*.3 ed. Porto Alegre: Sagra.
- Ministério da saúde Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA) 3a edição revista e atualizada. (2011).
- Ministério da saúde instituto nacional do câncer 2023. *Câncer de mama*. 8º edição.Rio de Janeiro
- Migowski, A., Azevedo E Silva, G., Dias, M. B. K., Diz, M. D. P. E., Sant'Ana, D. R., & Nadanovsky, P. (2018). *Guidelines for early detection of breast cancer in Brazil*. II – New national recommendations, main evidence, and controversies. *Cadernos de Saude publica*.
- Monteiro & Santos, (2015). *Metodologiacientifica,formulação de hipoteses*.3ª.ed. Rio

- de janeiro: Atlas.
- Moraes. I.A, 2016. *Fisiologia da glândula mamaria*, brasil.
- Oliveira D.A, Diniz M.S, Silva M.G, Sousa V.J 2020. *Autocuidado e prevenção de câncer de mama*. São paulo.
- Pereira, a. S., shitsuka, d. M., parreira, f. J., shitsuka, r. (2018). *Metodologia da pesquisa científica*. 1. Ed. Santa Maria.
- Pereira, S. S 2015. *Ações do enfermeiro do Programa de Saúde da Família (PSF) na detecção precoce e prevenção do câncer de mama no município de Resende*. BVSPesquisa em base de dados. Rio de Janeiro - RJ Brasil.
- Pires D. (2015). *A enfermagem enquanto disciplina, profissão e trabalho de fim de CURSO*.
- Prodanov & Cristiano 2013. *Metodologia do trabalho científico: métodos e Paulo*. Editora Atlas.
- Potter .P (2014). *Fundamentos de enfermagem*. Elsever Brasil.
- Protocolo de atenção a saúde 2023. *Câncer da mama*. São Paulo
- Ramírez, k. (2017). *Actividade física e câncer de mama: um tratamento dirigido*. In rev med chile (vol. 145).
- Rodrigues, J. D 2015. *Uma análise da prevenção do câncer de mama no Brasil*. Brasil
- Santos.t.a, gonzaga.m.f, nunes.a 2018. *Fisioterapia do câncer de mama e os factores relacionados*.10 edição
- Santos. G, Chubaci.R 2017. *O conhecimento sobre o cancro da mama e mamografia das mulheres idosas frequentadoras de centros de convivência em são Paulo*. São Paulo.
- Santos JS, et al 2019. *O conhecimento das mulheres sobre a prevenção do câncer de mama*. Belo Horizonte

Santos.A.A 2021. Percepção do cancro da mama comportamento preventiva entre portuguesa e brasileira com ausência doença. Rio de Janeiro

Sartori.A.C.N, BASSO .C.S 2019. *Câncer de mama*. RIO DE JANEIRO.

Severino. A.J (2013). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo. Cortez.

Silva, M. (2013). *Metodologia e Técnicas de Pesquisa*. 6ª Edição. São Paulo. Editora Brasil-Curitiba.

Silva GA. *et al* 2013. *Deteção precoce do câncer de mama no Brasil: dados da Pesquisa Nacional de Saúde*. Rev Saude Publica 2017; 51(51

Silva, P. A. ; RIUL, S. S. *Câncer de mama: fatores de risco e deteção precoce*. Revista Brasileira de Enfermagem, Brasília, v. 64, n. 6, dez, 2011.

Vaz- Freixo .M.J (2012).*Metodologia científica. Fundamentos, métodos e técnicas*. 4ºed. Lisboa. Instituto piaget

Vineis, p.; schatzkin, a.; potter, j. D. (2010.) “*models of carcinogenesis: an overview*”. *Carcinogenesis*, v. 31

Vieira C.S., et al 2012. *Oncologia Básica*. Teresina, PI: Fundação Quixote.

Vieira, s. C. (2016). *Oncologia básica: para profissionais de saúde*

Vranjac (2016), *Técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico*. 2. ed. Novo Hamburgo:

APÊNDICES



INSTITUTO
SUPERIOR
DE ANGOLA

QUESTIONÁRIO

O questionário servirá como um instrumento metodológico dentro de uma investigação acadêmica no âmbito da Licenciatura em Enfermagem, com o objetivo de escrever a monografia no Instituto Superior de Angola (ISA). Com o tema: CONHECIMENTO DAS MULHERES SOBRE O CANCRO DE MAMA NA TERCEIRA FASE, NO BAIRRO DA PAZ, PROVÍNCIA DE LUANDA NO IIIº TRIMESTRE DE 2024.

- ☐ Caroço no seio
- ☐ Alterações na pele do seio
- ☐ Secreção pelo mamilo
- ☐ Dor nos seios

- ☐ Inchaço nas axilas

6. Você realiza autoexame de mama regularmente?

- ☐ Sim ☐ Não

7. Você acredita que o autoexame de mama pode ajudar na detecção precoce do cancro de mama?

- ☐ Sim ☐ Não

8. Você já participou de alguma campanha de conscientização sobre o cancro de mama?

- ☐ Sim ☐ Não

9. Você acha que há informação suficiente sobre o cancro de mama disponível na sua comunidade?

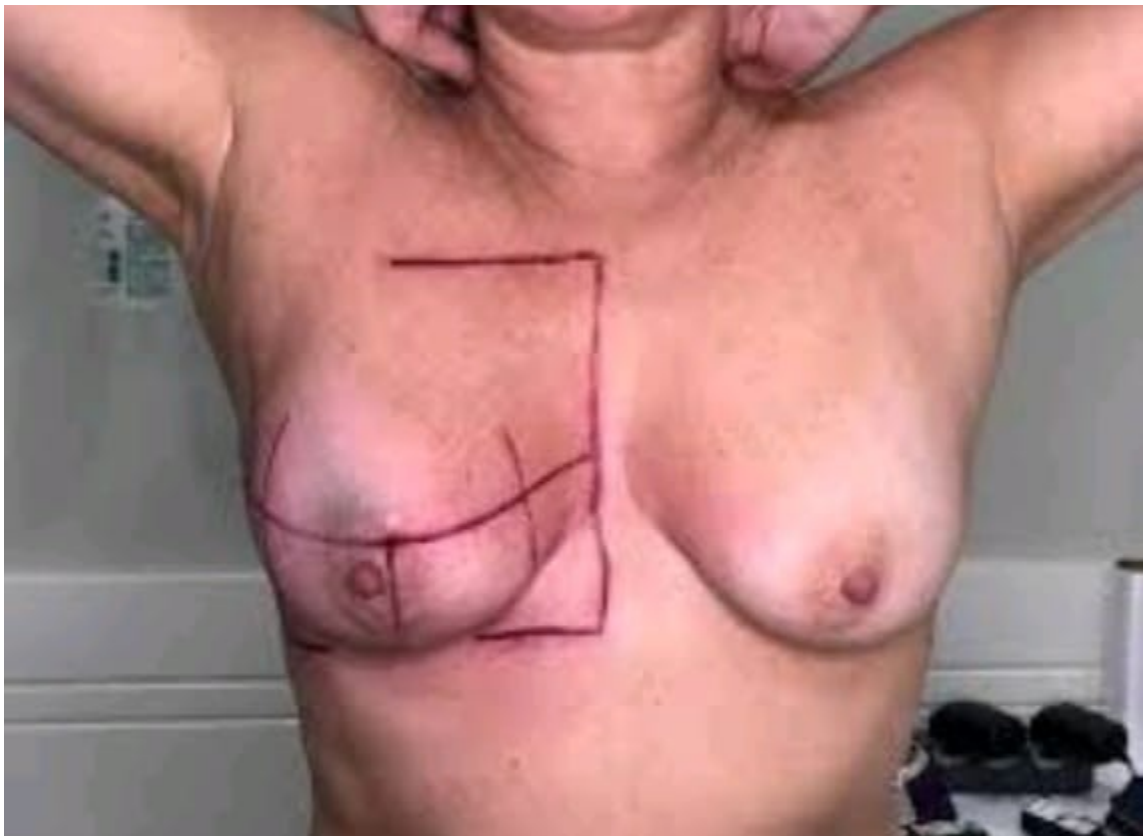
- ☐ Sim ☐ Não

10. Na sua opinião, o que pode ser feito para melhorar a conscientização sobre o cancro de mama na sua comunidade?

- ☐ Mais campanhas de saúde
- ☐ Distribuição de panfletos informativos
- ☐ Mais palestras em escolas e comunidades
- ☐ Divulgação em meios de comunicação (TV, rádio, internet).

Desde já agradecemos a sua colaboração!

ANEXOS



Retração da mama



Rua da Colômbia, Bairro da Paz