



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

CUIDADOS NO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO HOSPITALAR TARDIO PARA
MULHERES EM REMISSÃO DA NEOPLASIA DA MAMA

JULIANA OLIVEIRA XIMENES

Orientadora:
Prof.^a Dr.^a Alice de Medeiros Zelmanowicz

Porto Alegre

2019

CIP - Catalogação na Publicação

Ximenes, Juliana Oliveira
Cuidados no ambulatório de seguimento hospitalar
tardio para mulheres em remissão da neoplasia da mama.
/ Juliana Oliveira Ximenes. -- 2019.
68 f.
Orientador: Alice de Medeiros Zelmanowicz.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e
Obstetrícia, Porto Alegre, BR-RS, 2019.

1. Neoplasias da Mama. 2. Assistência Ambulatorial.
3. Intervalo Livre de Doença. 4. Equipe de Assistência
ao Paciente. I. Zelmanowicz, Alice de Medeiros,
orient. II. Título.



FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE:
GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA

JULIANA OLIVEIRA XIMENES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**CUIDADOS NO AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO HOSPITALAR TARDIO PARA
MULHERES EM REMISSÃO DA NEOPLASIA DA MAMA**

Orientadora: Prof.^a Dr.^a Alice de Medeiros
Zelmanowicz

Dissertação apresentada como requisito para obtenção do título de Mestre no Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul.

Porto Alegre, 2019

“A tarefa não é tanto ver aquilo que ninguém viu, mas pensar o que ninguém ainda pensou sobre aquilo que todo mundo vê.”

Arthur Schopenhauer

AGRADECIMENTOS

Agradeço todos os mestres que ao longo dos anos de formação sempre foram exemplos de dedicação e de incansável busca pelo conhecimento. A minha orientadora Prof. Dra. Alice de Medeiros Zelmanowicz por ver em seu olhar o amor pela medicina, pela confiança e oportunidade de escutar seus ensinamentos. A minha família, a base de um alicerce forte. Aos pacientes por serem o verdadeiro resultado de todo o nosso empenho.

À Universidade Federal do Rio Grande do Sul e ao Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia, pela oportunidade de realizar o mestrado de ótima qualidade, agradeço especialmente ao Prof. Dr. Charles Ferreira por seus ensinamentos.

Aos profissionais do Centro de Prevenção do Câncer alocado Hospital Santa Rita, toda minha gratidão, posso dizer que me acolheram como parte da equipe e eu assim me permiti a essa entrega!

Muito obrigada.

RESUMO

Introdução: Nas últimas décadas, o número de casos novos e de mortalidade por neoplasia da mama vem crescendo. Apesar dessa estatística, uma porcentagem de indivíduos encontra-se em remissão da neoplasia, necessitando de uma atuação profissional preventiva para recidivas ou novos casos e de promoção da saúde. Para isso, estudos trazem recomendações voltadas para a vigilância das sobreviventes, detecção precoce de um segundo tumor primário, avaliação dos efeitos físicos e psicossociais ao longo prazo, promoção da saúde e coordenação dos cuidados sugeridos pelas Diretrizes da Sociedade Americana de Oncologia Clínica (ASCO).

Objetivo: Analisar os planos terapêuticos (prescrições do cuidado) nos registros eletrônicos do paciente realizados por profissionais de saúde para mulheres em remissão da neoplasia da mama atendidas em um Ambulatório de Seguimento hospitalar. **Método:** Trata-se de um estudo transversal realizado no Ambulatório de Seguimento de um hospital de referência para a prevenção, diagnóstico e tratamento oncológico na região sul do Brasil. Utilizou-se amostragem de indivíduos em remissão da neoplasia que estavam em acompanhamento ou que já receberam alta do ambulatório do serviço. A coleta de dados ocorreu entre agosto de 2013 a agosto de 2016 por meio de prontuário eletrônico. Realizou-se dupla checagem, validação e análise foi realizada no SPSS versão 18.0. **Resultados:** Amostra composta por 203 mulheres com idade média de 53,08 anos (DP±0,84). Dentre as avaliações e cuidados prescritos mais relevantes no primeiro atendimento foram: 93,10% mulheres receberam avaliação física das mamas/corporal, 84,24% mulheres receberam a solicitação para realizar o exame de mamografia e 82,27% participantes foram orientadas quanto à prevenção de uma segunda neoplasia primária no primeiro atendimento no Ambulatório de Seguimento. Verifica-se que o foco do cuidado profissional estava voltado para mulheres com 50 anos ou mais, direcionado à manutenção de hábitos de vida saudáveis e à prevenção de uma segunda neoplasia primária. Outros cuidados considerados nas consultas foram: prática de atividade física, alimentação saudável e hábito não-tabagista, bem como o atendimento de necessidades de saúde relacionadas a sinais e sintomas: linfedema, cardiotoxicidade, reabilitação músculo esquelética, neuropatia periférica e psicossociais para apoio às alterações de imagem corporal. **Conclusão:** Desde a implantação do Ambulatório de Seguimento, em 2013, dentre os profissionais que mais realizaram foram médico e enfermeiro. Estas foram realizadas em conformidade com as recomendações feitas pela ASCO (2015) e muitas das orientações direcionadas para a manutenção da qualidade de vida foram reforçadas. Desta forma, como estratégia de otimização do tempo de atendimento, fluidez das consultas e, respeito as atribuições éticas e legais de cada profissão, sugere-se que as ações de cuidado realizado pelo enfermeiro se mantenham direcionadas à avaliação e ao atendimento de necessidades de saúde biopsicossociais, bem como ao gerenciamento destas a longo prazo, mas fundamentadas na promoção da saúde e na coordenação do cuidado. Esta organização interdisciplinar do processo de trabalho entre o enfermeiro e o médico, pode tornar o cuidado mais efetivo, enfocando a vigilância e a triagem das sobreviventes assintomáticas, bem como o rastreamento para um segundo neoplasia primário, bem como o alcance da qualidade de vida recomendada das mulheres atendidas no Ambulatório.

DeCS: Neoplasias da Mama; Assistência Ambulatorial; Intervalo Livre de Doença;
Equipe de Assistência ao Paciente

ABSTRACT

In the past decades, the number of new cases and mortality caused by breast neoplasia has been growing. Despite this statistic, a percentage of individuals is currently in remission, needing professional preventive help to avoid new cases and to promote good health. For that, studies bring recommendations regarding monitoring of patients in remission, early detection of a second primary tumor, assessment of physical and psychosocial long term effects, health promotion and coordination of care suggested by the *American Society of Clinical Oncology Guideline* (ASCO). Purpose: To analyze therapeutic plans (prescriptions of care) added to electronic records of patients in remission of breast neoplasia that receive care at a hospital outpatient center. Method: This is a cross-sectional study carried out at an outpatient center of a hospital reference in oncological prevention, diagnosis and treatment in the South of Brazil. The non-probabilistic sample comprised, out of convenience, patients in neoplasia remission being monitored, or that had been discharged, from the service. Data collection took place between August 2013 and August 2016 through electronic patient charts. Double entry, validation and data analysis were made in SPSS, version 18.0 [SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.]. Results: The sample comprised 203 women of mean age 53.08 years (SD ± 0.84). Among assessment and care prescribed and/or conducted, 93.10% of the women received physical evaluation of breasts/body; 84.24% of the women received referral for mammogram, and 82.27% participants were guided regarding prevention of a second primary neoplasia in their first appointment at the ambulatory care. It was verified that professional care was focused on women over 50 years old, directed to the maintenance of health habits and to the prevention of a second primary neoplasia. We highlight the guidance regarding physical exercises, health eating and non-smoking habits, in addition to guidance related to the following signs and symptoms: lymphedema, cardiotoxicity, skeletal muscle rehabilitation, peripheral and psychosocial neuropathy to support body image changes. Conclusions: Since the implementation of the outpatient center in 2013, medical professionals (doctors and nurses) advise on healthcare practices according to the recommendations of ASCO 2015. The focus is on improving the patient's life quality. The recommendations demand organization regarding charts and the increase in interdisciplinary communication. By analyzing ASCO's recommendations and the study herein conducted, we suggest that the healthcare practices carried out by nurses focus on assessment and biopsychosocial health needs, as well as managing those needs in the long-term, but founded in the promotion of health and coordination of care. With the coordinated and integrated work between nurse and doctor, it is possible to optimize the service, focusing on monitoring and testing non-symptom survivors and on screening for a second primary neoplasia to allow the women being monitored to reach their recommended life quality.

Keywords: Breast neoplasia; Ambulatory Care; Disease-Free Interval; Patient Care Team.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

ACS	<i>American Cancer Society</i>
ASCO	<i>American Society of Clinical Oncology</i>
CACON	Centro de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
COREN	Conselho Regional de Enfermagem
EEC	Eletrocardiograma
FEVE	Fração de Injeção Ventricular
GnRH	Hormônio liberador de gonadotrofina
HSR	Hospital Santa Rita
ISMPA	Irmandade Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre
NCCN	National Comprehensive Cancer Network
IMC	Índice de massa corporal
INCA	Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva
RAS	Rede de Assistência à Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TNM	Classificação dos Tumores Malignos
UFCSPA	Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre

LISTA DE TABELAS DA DISSERTAÇÃO

Tabela 1.	Resultados de busca de referências bibliográficas nas bases de dados PubMed/Medline, LILACS/BIREME, Scielo e EMBASE	20
------------------	---	----

LISTA DE FIGURAS DA DISSERTAÇÃO

Figura 1. Seleção dos artigos inclusos na revisão sistemática 21

Figura 2. Mapa conceitual 21

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	12
2	REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	176
2.1	BUSCA DE REFERÊNCIA	176
2.2	RESULTADO DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS INCLUSOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA	20
2.3	MAPA CONCEITUAL	20
2.4	REMISSÃO NEOPLASIA DA MAMA	21
2.4.1	Sobrevida após neoplasia da mama	21
2.4.2	Vigilância da recorrência da neoplasia da mama	24
2.4.3	Rastreamento para segunda neoplasia primária	25
2.4.4	Avaliação dos efeitos do tratamento em longo prazo	26
2.4.5	Promoção da saúde	29
3	JUSTIFICATIVA	31
4	OBJETIVOS	32
4.1	OBJETIVO GERAL	32
4.2	OBJETIVOS SECUNDÁRIOS	32
5	HIPÓTESE	34
6	REFERÊNCIAS	34
7	ARTIGO CIENTÍFICO	1
8	CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS	43
	APÊNDICE A – Instrumento de coleta de dados – Perfil da Amostra	45
	APÊNDICE B – Dicionário de variáveis	47
	ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre	49

1 INTRODUÇÃO

A estimativa de prevalência brasileira para o biênio 2018/2019 é de, aproximadamente, 600 mil casos novos anuais, incluindo os casos de câncer não melanoma, que representam 170 mil novos casos. São esperados 59.700 casos novos de neoplasia da mama, com um risco estimado de 56,33 a cada 100 mil mulheres. A neoplasia da mama é a prevalente em mulheres no Estado do Rio Grande do Sul, estimando-se 5,110 casos a cada 100 mil mulheres e, em Porto Alegre, 920 em 100 mil mulheres (INCA, 2018).

Apesar das taxas de incidência e de mortalidade elevadas, há uma proporção de pacientes em remissão completa da doença. Este fato está relacionado à descoberta precoce da neoplasia, o aumento da qualidade de vida e da efetividade do tratamento direcionado a doença. O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima que no período entre 2005 a 2009 a sobre vida em cinco anos aumentou, quando comparada ao período de 1995 a 1999, com os percentuais de 78% para 87%.

Nos Estados Unidos, entre todos os sobreviventes de neoplasias, cerca 25% correspondem a de mama, isto é, cerca de três milhões de mulheres em 2012 (SIEGEL et al., 2012) e, em 2016, mais de 3,5 milhões (MILLER et al., 2016). Estimam-se, para o ano de 2020, 4,5 milhões de sobreviventes da neoplasia da mama. Este quadro demonstra o avanço no número de sobreviventes e a necessidade de cuidados específicos direcionadas às condições crônicas durante o período de sobre vida. Pacientes em remissão completa da doença necessitam de orientações e um plano de ação para ajudá-los a lidar com suas condições (WARREN et al., 2008).

Considera-se sobrevivente aquele que permanece vivo depois de superar uma dificuldade grave ou doença com risco de vida, como a neoplasia. Este texto aborda *seguimento* a fase em que os sobreviventes da neoplasia da mama, aqueles que já concluíram o tratamento inicial, ou seja, cirurgia, quimioterapia, hormonioterapia e/ou radioterapia; e que estão sem evidência da doença. Neste contexto, o *follow-up* consiste em monitorar a saúde dos sobreviventes a longo do tempo após o tratamento (NCI, 2017). No Brasil, o período que compreende a fase final hospitalar chama-se *seguimento tardio*, momento em que são realizadas as orientações em saúde, prevenção de doenças, solicitação de exames e contra referência à unidade de saúde. Este fato levanta uma série de questões direcionadas aos Centros Hospitalares Oncológicos no que concerne aos cuidados e serviços para sobreviventes no seguimento tardio, os chamados *Ambulatórios de Seguímentos* hospitalares.

A transição da alta hospitalar e o retorno da paciente a sua unidade básica de referência deve ser planejada ainda no âmbito hospitalar. As orientações realizadas pelos profissionais especialistas em oncologia promovem qualidade e previnem os fatores de riscos para uma segunda neoplasia primária. Miller (2008) identifica este processo como crítico, podendo ser melhorado através de orientações e da elaboração de um plano de cuidado.

Ao se pensar no *follow-up*, alguns autores consideram fundamental abordar questões da prática clínica, que precisam ser verificadas, como: quais as orientações no seguimento tardio/Ambulatório de Seguimento hospitalar devem estar disponíveis para as mulheres que foram tratadas previamente para neoplasia da mama?, quais exames são recomendados para a detecção de um segundo tumor primário de mama após tratamento prévio? e qual é a frequência ideal de

monitoramento após o tratamento? Compreende-se que esses questionamentos são relevantes para um serviço que foi implantado há pouco tempo, bem como possibilitam melhorias no processo do cuidar (KHATCHERRESIAN et al., 2013).

New article Na literatura, verifica-se que são poucas as publicações sobre Ambulatório de Seguimento hospitalar, principalmente, no Brasil. Em 2017, um estudo (WATERKEMPER et al.,) publicado por enfermeiras assistenciais, docentes e alunos de graduação em enfermagem sobre a consulta de enfermagem de seguimento o câncer de mama foi a neoplasia mais prevalente (81,18%). Identificou-se nas consultas que as pacientes permanecendo em seguimento e sendo consideradas livres da doença, ainda mantêm hábitos de vida considerados fatores de risco para o desenvolvimento de um segundo câncer e/ou recidiva. Desta forma, com a alta incidência da neoplasia da mama e esta realidade torna-se um desafio ao Sistema Único de Saúde (SUS) pela necessidade de serviços assistenciais de alta tecnologia, caros e complexos e pelo desconhecimento da qualidade dos serviços desenvolvidos (BRITTO et al., 2009).

Para atender à demanda e direcionar o cuidado à população no seguimento tardio, o CACON localizado na Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre, o Hospital Santa Rita (HSR), criou, em 2013, por meio de um projeto de extensão do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA) em parceria com o Centro de Prevenção do Câncer (do HSR), um Ambulatório de Seguimento hospitalar. A consulta de Enfermagem, realizada por alunos, professoras e enfermeiras assistenciais foi estruturada a partir do Processo de Enfermagem, atividade privativa do Enfermeiro (COREN, 2009), composto por cinco etapas: Histórico de Enfermagem, subdividido em anamnese e exame físico, Diagnósticos de

Enfermagem, Planejamento, Implementação (Prescrição de Enfermagem) e Avaliação, assim como uso de instrumentos de registro e uso de Taxonomias de Enfermagem. O objetivo consistia em realizar acompanhamento dos pacientes em remissão completa da neoplasia da mama, de cólon e de próstata com foco na orientação de cuidados preventivos para evitar a recidiva da doença ou um segundo tumor primário e redirecionar estes pacientes para a Rede de Atenção à Saúde (RAS) ou ao seu médico assistente.

Os usuários deste Ambulatório recebem consultas com profissionais especialistas em oncologia clínica, principalmente, enfermeiro e médico. Quando necessário e identificada a necessidade os usuários são encaminhados para outras áreas de apoio como a nutrição e psicologia. O objetivo do ambulatório é melhorar o atendimento de pessoas acometidas por neoplasias. Desta forma, as orientações realizadas por estes profissionais são baseadas nas diretrizes da American Society of Clinical Oncology (ASCO) as quais possibilitam o seu alcance. Quando verificado que receberam recomendações e possuem uma boa compreensão dos cuidados de saúde, os pacientes são estimulados a fortalecer vínculo com a unidade básica de sua região para posterior contra referência com uma carta contendo o resumo da sua situação clínica e orientações de cuidado fornecidas pelo médico. Sendo assim, foi contabilizado um total de 343 atendimentos e 90 altas no período de agosto de 2013 a junho de 2015, incluindo pacientes tratados por neoplasia da mama, cólon e próstata.

Como enfermeira residente da Residência Integrada Multiprofissional em Oncohematologia da Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre (UFCSPA), atuei no referido Ambulatório entre 2015/2016 e acompanhei a passagem de pacientes com neoplasia da mama em seguimento. Considerando-se

a prevalência e incidência do Câncer de mama e a experiência vivenciada como residente no cuidado realizado, principalmente, para mulheres com câncer de mama o desenvolvimento deste estudo partiu da seguinte questão de pesquisa: quais ações de cuidado contidas nos planos terapêuticos (Prescrições de cuidado) realizados pelos profissionais médico e enfermeiro para as mulheres em remissão da neoplasia da mama atendidas em Ambulatório de Seguimento hospitalar, contemplam as recomendações da ASCO para seguimento tardio desta população?

A partir desta e outras inquietações, o estudo teve como objetivo analisar os planos terapêuticos (Prescrições de cuidado) nos registros médicos eletrônicos realizados por profissionais médico e enfermeiro para mulheres em remissão da neoplasia da mama atendidas em Ambulatório de Seguimento hospitalar de um Hospital de Referência em Oncologia na região sul do Brasil.

2 REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

Para melhor fundamentar o desenvolvimento do estudo, optou-se pela realização de uma revisão sistemática da literatura (GALVÃO, 2004).

2.1 BUSCA DE REFERÊNCIA

Os estudos foram selecionados nas seguintes bases eletrônicas de dados: Pubmed/Medline, LILACS/BIREME, Scielo e EMBASE. A busca de referências bibliográficas envolveu as seguintes palavras-chave segundo os Descritores em Ciências da Saúde (DeCs) em inglês, português e espanhol, para a pesquisa

individualmente: a) Neoplasias da Mama; b) Breast Neoplasm; c) Neoplasias de La Mama; d) Assistência Ambulatorial e) Ambulatory Care; f) Atención Ambulatorial; g) Intervalo Livre de Doença; h) Disease-Free Survival e i) Supervivencia sin Enfermedad.

Realizou-se o cruzamento das palavras:

- “Neoplasias da Mama” E “Assistência Ambulatorial”
- “Breast Neoplasms” AND Ambulatory Care”
- “Neoplasias de la Mama” Y “Atención Ambulatoria”
- “Neoplasias da Mama” E “Intervalo Livre de Doença”
- “Breast Neoplasms” AND Disease-Free Survival”
- “Neoplasias de la Mama” Y “Supervivencia sin Enfermedad”
- “Intervalo Livre de Doença” E “Assistência Ambulatorial”
- “Disease-Free Survival” AND “Ambulatory Care”
- “Supervivencia sin Enfermedad” Y “Atención Ambulatoria”
- “Neoplasias da Mama” E “Assistência Ambulatorial” E “Intervalo Livre de Doença”
- “Disease-Free Survival” AND “Ambulatory Care AND Breast Neoplasms”
- “Neoplasias de la Mama” Y “Atención Ambulatoria” Y “Supervivencia sin Enfermedad”

Os filtros utilizados para base eletrônica Pubmed/Medline foram: artigos, publicados entre o período 2007 e 2017, na língua inglesa, relacionados ao sexo feminino, estudo de ensaio clínico, clínico controlado, *guideline*, legislação, teste controlado e aleatório e relatórios técnicos. Para a base Scielo, os filtros foram

aplicados para cada língua separadamente: português, inglês e espanhol, publicações entre 2007 a 2017 e somente artigos citáveis.

Na base LILACS/BIREME, selecionaram-se os artigos de ensaio clínico controlado, estudo de casos e controles, estudo de corte e guia de prática clínica; em português, inglês e espanhol individualmente, relacionado ao sexo feminino, entre 2007 e 2017. Por sua vez, os filtros selecionados para a base de dados EMBASE foram: publicações entre 2007 e 2017, artigos de revisão sistemática, clínico controlado e estudo de ensaio clínico. Os descritores foram selecionados em português, inglês e espanhol. Os artigos foram selecionados de acordo com sua relevância para o problema de pesquisa levantado por este estudo, ou quando eram pertinentes ao seu embasamento teórico (Tabela 1).

Tabela 1. Resultados de busca nas bases de dados. Porto Alegre, 2017.

Descritores	Artigos encontrados				Artigos selecionados			
	PUB	SCI	LIL	EMB	PUB	SCI	LIL	EMB
Neoplasias da Mama	-	331	47	0	-	6	4	0
Breast Neoplasms	6987	266	83	4395	30	11	1	2
Neoplasias de la Mama	-	24	24	9	-	3	0	0
Assistência Ambulatorial	-	147	29	20	-	0	0	0
Ambulatory Care	2501	186	31	43591	5	0	0	0
Atención Ambulatoria	-	127	16	46	-	0	0	0
Intervalo Livre de Doença	-	8	6	0	-	0	1	0
Disease-Free Survival	10486	183	35	74549	3	2	0	0
Supervivencia sin Enfermedad	-	75	17	0	-	0	0	0
Neoplasias da Mama E Assistência Ambulatorial	-	0	0	0	-	0	0	0
Breast Neoplasms AND Ambulatory Care	3	1	2	18	0	0	0	1
Neoplasias de la Mama Y Atención Ambulatoria	-	0	0	0	0	0	0	0
Neoplasias da Mama E Intervalo Livre de Doença	-	0	0	0	-	0	0	0
Breast Neoplasms AND Disease-Free Survival	261	5	4	0	1	0	0	0
Neoplasias de la Mama Y Supervivencia sin Enfermedad	-	0	1	0	-	0	0	0
Intervalo Livre de Doença E Assistência Ambulatorial	-	0	0	0	-	0	0	0
Disease-Free Survival AND Ambulatory Care	23	0	0	0	0	0	0	0
Supervivencia sin Enfermedad Y Atención Ambulatoria	-	0	0	0	-	0	0	0
Neoplasias da Mama E Assistência Ambulatorial E Intervalo Livre de Doença	-	0	0	0	-	0	0	0
Disease-Free Survival AND Ambulatory Care AND Breast Neoplasms	0	0	0	0	0	0	0	0
Neoplasias de la Mama Y Atención Ambulatoria Y Supervivencia sin Enfermedad	-	0	0	0	-	0	0	0

Legenda: PUB – Pubmed/Medline, SCI – Scielo, LIL – LILACS/BIREME, EMB – EMBASE

2.2 RESULTADO DA SELEÇÃO DOS ARTIGOS INCLUSOS NA REVISÃO SISTEMÁTICA

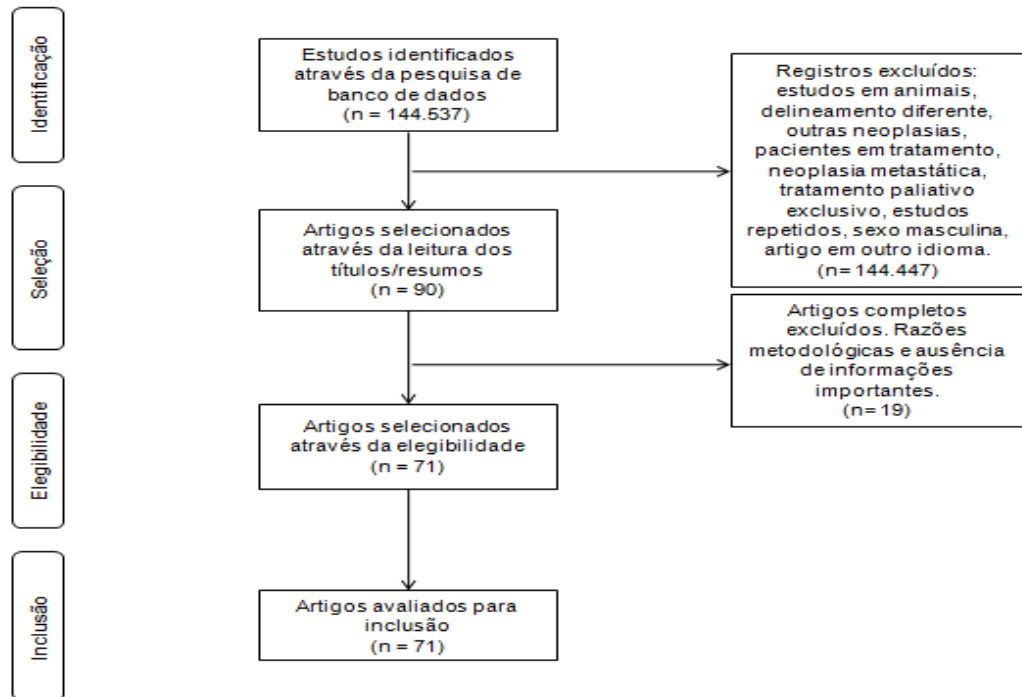


Figura 1. Diagrama da seleção dos registros para a revisão sistemática

2.3 MAPA CONCEITUAL

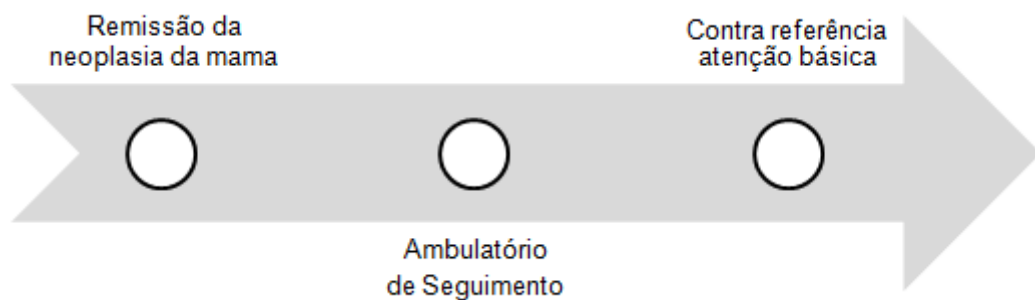


Figura 2. Mapa conceitual

2.4 REMISSÃO DA NEOPLASIA DA MAMA

2.4.1 Sobrevida após neoplasia da mama

Dados brasileiros relacionados à sobrevida das mulheres em remissão da neoplasia confirmam a necessidade de direcionar os cuidados para esta população. Em um estudo onde mulheres em remissão da neoplasia da mama em estádios I-III, idade acima de 70 anos (RR = 1,51; IC95%: 1,04-2,18) e abaixo de 35 anos (RR = 1,78; IC95%: 1,05-3,01) possuem maior risco de mortalidade (BALABRAM et al., 2015). Outro estudo (SCHNEIDER et al., 2009), com 1.008 participantes, identificou como fator de risco mulheres com faixa etária abaixo de 30 anos (RR = 3,09; IC95%: 1,25-7,67), mulheres analfabetas (RR = 3,70; IC95%: 1,44-9,55), em estágio III (RR = 5,27; IC95%: 2,56-10,82) e IV (RR = 14,07; IC95%: 6,81-29,06) para o desfecho morte. Nesse sentido, Brito et al. (2009) relata dados semelhantes em seu estudo.

A sobrevida estimada em cinco anos para uma amostra de 745 mulheres (através do método Kaplan-Meier e o modelo de risco de Cox) foi de 81,8%, com risco aumentado de óbito para tumores acima de dois centímetros (RR = 1,97; IC95%: 1,26-3,07) e com metástase para gânglios axilares (RR = 4,04; IC95%: 2,55-6,39) (GUERRA et al., 2009). Utilizando os mesmos métodos, em uma amostra de 197 mulheres (a maioria em estadiamento II), a sobrevida foi de 83,1% em dez anos (IC95%: 74,1 a 89,3%) (HÖFELMANN et al., 2014). Em um estudo mais recente, Fayer et al. (2016), com 194 mulheres identificou que, quando há o comprometimento linfonodal axilar e tumor acima de dois centímetros, a sobrevida reduz em 56,3%. Quando comparado o momento do diagnóstico entre mulheres atendidas na rede pública de saúde e na privada, as mulheres atendidas no serviço público receberam o diagnóstico mais tardio e pior prognóstico (RR = 1,79; IC95%:

1,09-2,94), em uma amostra composta de 437 mulheres analisadas (86% nos serviços privados e 79% nos públicos) (GUERRA et al., 2015).

Notoriamente diagnóstico precoce ou tardio influência no estadiamento e consequentemente a disparidade na sobrevida (AYALA, 2012), neste contexto, incentivar a promoção e diagnosticar a neoplasia em estádios iniciais aumenta a sobrevida destas (PERES et al., 2015). O tratamento e hábitos de vida também podem influenciar na sobrevida, um estudo de BRITTO et al. (2016) com 5.681 mulheres após tratamento hormonal (Tamoxifeno, Inibidor da Aromatase e ambos) identificou a taxa de sobrevivência geral foi de 94% no primeiro ano de hormônio terapia, e 71% no quinto ano, identificando como maior fator de risco morte para as mulheres fumantes. Nos Estados Unidos, um estudo de Natarajan et al. (2009) com 3.088 mulheres em remissão da neoplasia de mama entre 1995 e 2006, com, no máximo, 15 anos de seguimento, identificou que casos de mulheres com neoplasia no estágio II ou III foram associados com um risco três vezes maior de recidiva. Isso, quando comparado a um tumor no estágio I durante os primeiros dois 2,5 anos após o diagnóstico; essa relação de risco diminuiu para 2,1 após 7,7 anos, mas o estágio do tumor mais elevado permaneceu um fator de risco significativo. Na Malásia, Abdullah et al. (2015) uma coorte de 675 mulheres estimou uma sobrevida em cinco anos de 88%: para o estágio I foi de 100% e para os estádios II, III e IV, foram, respectivamente, 95%, 69% e 36%.

Entre os países da Europa, a Turquia possui maior número de incidência em estádios iniciais, elevando o tempo médio da sobrevida. Possivelmente esta melhora esta relacionado à detecção precoce da neoplasia e do tratamento ao longo dos anos (GOKCE et al., 2011).

2.4.2 Vigilância da Recorrência da Neoplasia da Mama

O exame físico das mamas/corporal consiste na investigação palpatória a ser realizada por um profissional treinado. Recomenda-se realizar anualmente depois de transcorridos cinco anos da remissão da neoplasia da mama, visto que o seguimento deve ser individualizado e baseado na história pregressa (KHATCHERESSIAN et al., 2013). O Ministério da Saúde orienta que a palpação deve abranger todas as áreas adjacentes ao tecido mamário, incluindo a cadeia de linfonodos, inspeção estática e dinâmica (BRASIL, 2013).

As Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama identificam que o exame de mamografia, cuja realização é indicada para rastreamento de mulheres com alto risco da neoplasia da mama, apresenta eficácia para redução da mortalidade (BRASIL, 2015). Conforme a diretriz da ASCO, recomenda-se que mulheres em remissão da neoplasia da mama que se submeteram à mastectomia unilateral realizem a mamografia na mama contralateral aquela tratada, para aquelas que realizaram a setorectomia recomenda-se uma mamografia anual na mama tratada e na intacta (RUNOWICZ et al., 2015). Em um estudo americano no primeiro ano do *follow-up* identificou que aproximadamente, um quarto da amostra realizou mais mamografias/exames de ressonância magnética do que o recomendado (ALBADA et al., 2015). Portanto, evita-se indicar exames de laboratórios e outros exames de imagem de rotina.

Assim como no Brasil, outros países em desenvolvimento também identificam a falta de dados em relação à vigilância pós-tratamento e recidivas da neoplasia da mama, o que representa um desafio para fornecer cuidados de acompanhamento para este grupo de pacientes (PARAG; BUCCIMAZZA, 2016).

Para identificar mulheres com alto risco de desenvolver uma segunda neoplasia primária e/ou com suscetibilidade genética, o provedor de cuidados deve investigar e instigar as mulheres a saberem sobre histórias de neoplasia familiar de forma a orientar e encaminhar ao aconselhamento genético (RUNOWICZ et al., 2015). As características das mulheres para as quais se deve indicar aconselhamento genético contemplam: ancestralidade (aquelas com pelo menos um avô de herança judaica Ashkenazi com idade menor de 50 anos no diagnóstico), história de neoplasia do ovário em qualquer idade ou em parentes de primeiro e/ou segundo grau, neoplasia de mama em mulher com diagnóstico antes dos 40 anos; ou diagnóstico antes dos 50 anos associado a mais um outro familiar próximo (pais, irmãos, filhos, tios, sobrinhos, avós e netos do mesmo lado da linhagem familiar) com neoplasia da mama ou ovário; acima de duas neoplasias da mama primárias na mesma pessoa; ou neoplasia da mama com triplo negativo para receptores de estrógeno, progesterona e proteína HER-2; ou neoplasia da mama e mais dois familiares próximos com neoplasia da mama, ovário, pâncreas ou próstata agressivo (Gleason>7) (ACMG Practice Guidelines, 2015; INCA, 2017; GRAÑA et al., 2011).

Sabe-se que de cinco a 10% dos casos da neoplasia da mama são hereditários. Portadores de mutação no gene BRCA1 possuem risco de desenvolver neoplasia da mama de 55 a 65%, aqueles com mutação no BRCA2, por sua vez, possuem o risco aproximado de 45% (MAVADDAT et al., 2013).

2.4.3 Rastreio para segunda neoplasia primária

Cabe aos profissionais aconselhar sobre a triagem e detecção precoce para neoplasias cervicais e endometriais. Ademais, recomenda-se para mulheres pré e pós-menopausa após neoplasia da mama (principalmente, quando em uso de um

modulador seletivo de estrogênio – SERMs) realizar o exame citopatológico Papanicolou anualmente; caso haja presença de sangramento vaginal, indica-se biopsia de endométrio (INCA, 2016; INCA, 2004; BARRA et al., 2013).

O rastreamento para população com maior risco da neoplasia colorretal inclui indivíduos com idade superior a 50 anos, história prévia ou familiar de pólipos e neoplasia de intestino, doenças intestinais (retocolite ulcerativa, Crohn), neoplasia da mama, ovário ou útero. Há indicação de iniciar rastreamento aos 40 anos (ou 10 anos antes do familiar com doença mais precoce) que se constitui em: realizar, anualmente, pesquisa de sangue oculto nas fezes, retossigmoidoscopia anual ou bienal e colonoscopia a cada cinco anos (FANG CHIA et al., 2002).

2.4.4 Avaliação dos efeitos do tratamento em longo prazo

Os efeitos em longo prazo e/ou efeitos tardios após tratamento para a neoplasia da mama está associado ao tipo de terapia utilizada, ao tempo de tratamento, à dose dos medicamentos e à idade. Modalidades de tratamento incluem cirurgia, radioterapia, quimioterapia e terapia endócrina. Consideram-se efeitos em longo prazo aqueles que se desenvolvem durante o tratamento e permanecem após o término, enquanto efeitos tardios são aqueles que se desenvolvem ou se tornam aparentes após meses ou anos ao término do tratamento (KHATCHERESSIAN et al., 2016).

Alguns tratamentos (radioterapia, quimioterapia) são associados ao risco de desenvolver doenças cardiovasculares em pacientes tratados para neoplasia da mama, sendo a cardiotoxicidade um dos efeitos mais significativos (DARBY et al., 2013; BARTON, 2013; GUIMARÃES et al., 2015; YAYLALI et al., 2016). Agentes quimioterápicos, como as antraciclinas, possuem uma incidência de cinco a 35% dos

casos (quando superior a 400mg/m²) de disfunção ventricular ou insuficiência cardíaca; agentes alquilantes de cinco a 25% dos casos; os antimicrotúbulos de dois a 10% dos casos; e, entre os anticorpos monoclonais e inibidores da tirosina-quinase, o de maior incidência é o transtuzumabe de dois a 28% dos casos. Por ser comumente aplicado, o risco aumentado de cardiotoxicidade irreversível está relacionado à dose acumulativa da antraciclina, pouca idade, sexo feminino, injeção rápida do quimioterápico, radioterapia mediastinal prévia ou concomitante, doenças cardiovasculares prévias e distúrbios eletrolíticos (KALIL, 2011). A Sociedade de Cardiologia e Oncologia preconiza, para o seguimento, a monitorização da fração de ejeção do ventrículo esquerdo (FEVE) em intervalos variáveis, assim como o monitoramento por meio do eletrocardiograma (ECG) em mulheres com alto risco de cardiotoxicidade a cada seis ou 12 meses (ADÃO et al, 2013). Considerando que a cardiotoxicidade pode se manifestar, até mesmo, vários anos após o término do tratamento, recomenda-se educar e orientar a sobrevivente a aderir a hábitos saudáveis de vida e relatar aos profissionais sintomas como falta de ar, cansaço, limitação funcional para as atividades diárias ou fadiga (sem nenhuma outra causa identificável) (RUNOWICZ et al., 2015).

A fadiga e a disfunção cognitiva são sintomas relacionados à quimioterapia e à radioterapia (FERGUSON et al., 2016). Não há um tempo exato de duração após o tratamento, podendo interferir, expressivamente, na qualidade de vida. Algumas hipóteses de causas para a fadiga podem ser tratadas, tais como: anemia, disfunção tireoidiana e disfunção cardíaca. Recomenda-se investigar os fatores causadores da fadiga individualmente e aconselhar os pacientes a praticarem atividade física (HSIEH et al., 2008).

A proporção de mulheres com perda óssea causada pela terapia medicamentosa no tratamento de neoplasia é alta, estima-se que 80% das pacientes sejam acometidas por essa perda (CHEN et al., 2005; LINDSEY et al., 2002). Este fator está relacionado à idade, a fraturas prévias e ao histórico familiar (JOHNELL et al., 2005; KANIS et al., 2005) e à supressão da função gonadal pelo uso hormônio liberador da gonadotrofina (GnRH), glicocorticóides e/ou antiestrogênios. Além disso, outros fatores relacionados à escolha do estilo de vida, como: etilismo, sedentarismo, tabagismo e baixo nível de cálcio e deficiência de vitamina D, que também colaboram para perda óssea (GRALOW et al., 2013). Destarte, recomenda-se realizar uma densitometria óssea a cada dois anos.

Uma porcentagem de mulheres relata dores e desconfortos após o tratamento, efeitos como linfedema ipsilateral, próximo da parede torácica ou axila da mama tratada, diminuição de amplitude de movimento, lesão do manguito rotador, entre outros (STUBBLEFIELD; KEOLE, 2014; FENLON et al., 2013), esses efeitos acentuam-se em mulheres obesas (OLIVEIRA et al., 2016; PAIVA et al., 2016). Possivelmente, a retirada o linfonodo sentinela minimiza os colaterais, mas oferece resultados equivalentes a dissecação axilar (KRAG et a. 2010). Nessa mesma perspectiva, Sohl et al. (2017) identificou que mulheres recém diagnosticadas com linfedema possuem maior qualidade de vida em comparação aos diagnósticas há mais tempo. Sendo assim, o quanto mais precocemente uma mulher é atendida por um especialista, melhor será o resultado da intervenção (SEIFART et al., 2010; RUNOWICZ et al., 2015; BARROS et al., 2013). Recomenda-se identificar quais atividades estão potencializando a dor ou o edema, encaminhar a um profissional especializado) e/ou indicar terapia farmacológica (RUNOWICZ et al., 2015).

As alterações de aparência/imagem corporal constituem uma grande preocupação para a qualidade de vida das sobreviventes após o tratamento da neoplasia de mama. Recomenda-se oferecer dispositivo adaptativo como: próteses mamárias (COSAC et al., 2013) e/ou encaminhar para profissionais/grupos de apoio.

As mulheres em remissão da neoplasia da mama podem relatar disfunções sexuais e hormonais - diminuição da libido, redução da lubrificação vaginal (FOBAIR, 2009), sintomas vasomotores (MURTHY, 2012), infertilidade relacionada ao tratamento realizado (quimioterapia – gonadotóxica) (KORT et al., 2014), e alterações no relacionamento com parceiro (VIEIRA et al., 2014). Isso pode causar um impacto na qualidade de vida sexual (HUGUET et al., 2009; CESNIK; SANTOS, 2012) e psicossocial de uma sobrevivente (SILVA et al., 2010). Aconselha-se avaliar os sinais e sintomas da disfunção e tratar quando apropriado. O cuidado desenvolvido inicia-se com a escuta do relato, quando apropriado sugere-se o uso de lubrificantes não hormonais à base de água e, se necessário, encaminhar para profissionais de apoio (RUNOWICZ et al., 2015).

2.4.5 Promoção da saúde

Comportamentos saudáveis reduzem o risco de desenvolver comorbidades relacionada a novas doenças, aumentam a qualidade de vida (IRWIN, 2004; SOARES et al., 2013; DEMARK-WAHNEFRIED et al., 2015) e restringem a possibilidade de surgir sintomas tardios relacionados ao tratamento para a neoplasia da mama.

O sobrepeso caracteriza uma porcentagem das sobreviventes da neoplasia da mama. Assim, a redução do índice de massa corporal (IMC) em mulheres obesas aumenta a qualidade de vida e reduz a fadiga (LARKEY et al., 2016). As Diretrizes

Brasileiras de Obesidade (2016) classificam como pré-obeso quem tem IMC entre 25.9 e 29.9 kg/m²; obeso grau I pessoas com IMC entre 30.0 e 34.9 kg/m²; obeso grau II IMC entre 35.00 e 39.9 kg/m²; e obesidade grau II aqueles com IMC acima de ≥ 40 kg/m². Recomenda-se aos profissionais orientar (DEMARK-WAHNEFRIED et al., 2015) as mulheres a limitar o consumo de alimentos e bebidas de alto teor de caloria, estimular a escolha de alimentos saudáveis (dieta rica em vegetais, frutas, grãos integrais e leguminosas, baixa em gordura saturadas), limitar o consumo de álcool diário (em não mais de uma dose diária), manter o peso desejável, bem como encaminhá-las para acompanhamento nutricional (LIGIBEL et al., 2014).

Vários estudos identificam a prática da atividade física precoce após tratamento da neoplasia da mama (DE LUCCA et al., 2016; SHOBEIRI et al., 2016) como fator protetivo. A ASCO (2015) recomenda evitar hábitos de vida sedentários e o retorno às atividades diárias após remissão. Ademais, estimula-se a cessação do tabaco, pois mulheres que durante o *follow-up* pararam de fumar possuem um risco menor, em 33% de mortalidade relacionados à recidiva (BÉRUBÉ et al., 2014). Demonstrando-se relevante o encaminhamento de tabagistas para acompanhamento e/ou tratamento medicamentoso em grupos de apoio. Bloom (2008) realizou um estudo de intervenções socioculturais para 404 sobreviventes após cinco anos de remissão da neoplasia da mama com idade inferior a 50 anos por três meses, identificando quais foram os tratamentos realizados, quais cuidados, hábitos de vida saudáveis e vínculo com profissionais da saúde. As evidências deste estudo apontam que a intervenção de curto prazo pode aumentar os níveis de conhecimento e a prática da atividade física, mas não alterações na dieta ou comunicação na família. Outro estudo, que foi realizado por Adorna et al. (2015), identificou a importância de fornecer às mulheres informações sobre a neoplasia e

as consequências do tratamento realizado de modo que possam ser gestoras do seu cuidado.

3 JUSTIFICATIVA

Há um grande número de mulheres em remissão completa da neoplasia da mama, que, antecipadamente à alta hospitalar, devem ser orientadas. O Ambulatório de Seguimento hospitalar centraliza o cuidado nas recomendações de prevenção, identifica e intervém em possíveis confusões relacionada aos cuidados antes da contra referência.

Ao se identificar quais são esses cuidados, é possível contribuir para a modificação da qualidade da atenção em oncologia direcionada à alta do Ambulatório de Seguimento hospitalar. Sabe-se que a busca do aperfeiçoamento do processo que envolve o plano de cuidado é um caminho a ser percorrido pelas equipes que prestam atendimento a esta população porque, por vezes, os processos de trabalho mal estruturados limitam melhorias direcionadas a esta prática.

O trabalho dos profissionais no Seguimento é realizado de forma interdisciplinar, sendo a comunicação em busca da educação a ferramenta mais eficiente entre a tríade profissional – paciente – família. Este estudo busca contribuir com os profissionais atuantes neste Ambulatório, identificando possíveis melhorias no cuidado e valorizando a significância deste processo.

4 OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GERAL

Analisar os planos terapêuticos (Prescrições de cuidado), nos registros eletrônicos do paciente realizados por profissionais de saúde (médico/enfermeiro), para mulheres em remissão da neoplasia da mama atendidas em um Ambulatório de Seguimento hospitalar de um Hospital de Referência em Oncologia na região sul do Brasil.

4.2 OBJETIVOS SECUNDÁRIOS

- Identificar o perfil biossocial das mulheres em remissão da neoplasia da mama no Ambulatório de Seguimento hospitalar através de questionário;
- Identificar quais orientações para a prevenção de fatores de risco e promoção de hábitos de vida saudáveis são fornecidas pelos profissionais de saúde através da leitura das respostas das mulheres participantes;
- Criar subsídios para a construção de um protocolo de atendimento no seguimento tardio para mulheres tratadas para neoplasia baseado nas Diretrizes da ASCO.

5 HIPÓTESE

A assistência do paciente no Ambulatório de Seguimento hospitalar não contempla as recomendações das diretrizes vigentes da *American Society of Clinical Oncology*.

6 REFERÊNCIAS

- ABDULLAH, M. M. et al.. Breast Cancer Survival at a Leading Cancer Centre in Malaysia. **Asian Pac J Cancer Prev.**, v. 16, n. 18, p. 8513-7, 2015. PubMed PMID: 26745110. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26745110>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- ADÃO, R. et al.. Cardiotoxicidade associada à terapêutica oncológica: mecanismos fisiopatológicos e estratégias de prevenção. **Revista Port Cardiol.**, v. 32, n. 5, p. 395-409, 2013. <Disponível em: <http://www.elsevier.pt/pt/revistas/revista-portuguesa-cardiologia-334/artigo/cardiotoxicidade-associada-a-terapeutica-oncologica-mecanismos-fisiopatologicos-e-S0870255113000334>.> Acesso em: 08 nov. 2017.
- ADORNA, E. da L.; MORARI-CASSOL, E. G.; FERRAZ, N. M. S. Breast cancer and support group in the life of mastectomized women. **Fisioterapia em Movimento**, v. 28, n. 3, p. 597-602, set. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502015000300597&script=sci_abstract Acesso em: 08 nov. 2017.
- ALBADA, A. et al.. Counselees' Expressed Level of Understanding of the Risk Estimate and Surveillance Recommendation are Not Associated with Breast Cancer Surveillance Adherence. **J Genet Couns**, v. 25, n. 2, p. 279-89, abr. 2016. doi: 10.1007/s10897-015-9869-x. Epub 2015 Sep 1. PubMed PMID: 26321750; PubMed Central PMCID: PMC4799246. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4799246/>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- AMERICAN COLLEGE OF MEDICAL GENETICS AND GENOMICS (ACMG). **Scope of practice**: a statement of the American College of Medical Genetics and Genomics. Maryland, USA: ACMG, 2015. Disponível em: <https://www.acmg.net/docs/ACMG_SOP_GIM_AOP_072315.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016 / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica**. – 4.ed. - São Paulo, SP. Disponível em: <<http://www.abeso.org.br/uploads/downloads/92/57fcc403e5da.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- AYALA, A. L. M. Sobrevida de mulheres com câncer de mama, de uma cidade no sul do Brasil. **Rev Bras Enferm**, v. 65, n. 4, p. 566-570, jul./ago. 2012. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v65n4/a03v65n4.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
- BALABRAM, D.; TURRA, C. M.; GOBBI, H. Association between age and survival in a cohort of Brazilian patients with operable breast cancer. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 8, p. 1732-1742, aug. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000801732&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00114214>.

BARRA, A. A. et al.. Avaliação endometrial em pacientes usuárias de tamoxifeno. **Femina**, v. 41, n. 1, jan./fev. p. 5 – 8, 2013.. Disponível em: <http://repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/5820/1/ARTIGO_Avalia%C3%A7%C3%A3oEndometrialPacientes.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BARROS, V. M. et al.. Linfedema pós-mastectomia: um protocolo de tratamento. **Fisioterapia e Pesquisa**, v. 20, n. 2, p. 178-183, jun. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1809-29502013000200013&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BARTON, M. Cholesterol and atherosclerosis: Modulation by oestrogen. **Curr Opin Lipidol**, v. 24, n.3, p. 214-220, 2013. <Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594711>>. Acesso em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23594711>> . Acesso em: 08 nov. 2017.

BÉRUBÉ, S. et al.. Smoking at time of diagnosis and breast cancer-specific survival: new findings and systematic review with meta-analysis. **Breast Cancer Research**, v. 16, n. 2, p. 1 -11, 2014. <http://doi.org/10.1186/bcr3646>. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4053238/>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BLOOM, J. R. et al.. Addressing the needs of young breast cancer survivors at the 5 year milestone: can a short-term, low intensity intervention produce change? **J Cancer Surviv**, v. 2, p. 190–204, 2008. DOI 10.1007/s11764-008-0058-x. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18670888>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.**– 2. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 481-489, jun. 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/110f/0ba3a0e184f59e4bafc12183606dc08cb4ed.pdf>>. Acesso: 08 nov. 2017.

BRITTO, C. PORTELA, M. C.; DE VASCONCELLOS, M. T. L.. Health care factors associated with survival among women with breast cancer on hormone therapy in Rio de Janeiro, Brazil, 2004 – 2010. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 39, n. 6, p. 358-365, jun. 2016. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v39n6/1020-4989-RPSP-39-06-358.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

BRITTO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. Sobrevida de mulheres tratadas por câncer de mama no estado do Rio de Janeiro. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 43, n. 3, p. 481-489, jun. 2009. Disponível em: <<https://pdfs.semanticscholar.org/110f/0ba3a0e184f59e4bafc12183606dc08cb4ed.pdf>>. Acesso em: 8 nov. 2017.

CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? - **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, ago. 2012.

Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/reeusp/article/viewFile/48118/51920>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

CHEN, Z. et al.. **Osteoporosis and rate of bone loss among oostmenopausal survivors of breast cancer**. 2005 Oct 1;104(7):1520-30. PubMed PMID:16110508.

Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16110508>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN-358/2009**. Dispõe sobre a Sistematização da Assistência da Enfermagem e a Implantação do Processo de Enfermagem, de 15 de outubro de 2009. Disponível em: <

http://www.cofen.gov.br/resoluo-cofen-3582009_4384.html>. Acesso em: 08 nov. 2017.

COSAC, O. M. et al.. Reconstrução mamária de resgate: a importância dos retalhos miocutâneos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**, v. 28, n. 1, p. 92-99, mar. 2013. Disponível em: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100016>. Acesso em: 08 nov. 2017.

DARBY, S. C. et al.. Risk of **ischemic heart disease** in women after radiotherapy for breast cancer. **N Engl J Med**, v. 368, n. 11, p. 987-998, 2013. Disponível em:

<<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa1209825>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

DE LUCA, V. et al.. Effects of concurrent aerobic and strength training on breast cancer survivors: a pilot study. **Public Health.**, v. 136, p. 126-32, jul 2016. doi:

10.1016/j.puhe.2016.03.028. Epub 2016 May 6. PubMed PMID: 27161493.

Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27161493>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

DEMARK-WAHNEFRIED, W. et al.. Practical clinical interventions for diet, physical activity, and weight control in cancer survivors. **CA Cancer J Clin**, v. 65, p. 167-189, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100009>. Acesso em: 8 nov. 2017. doi: 10.1200/JCO.2007.14.6357.

PubMed PMID: 18591559.

FANG CHIA, B. Rastreamento para câncer colorretal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 48, n. 4, p. 286, dec. 2002. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400020&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FAYER, V. A. et al.. Sobrevida de dez anos e fatores prognósticos para o câncer de mama na região Sudeste do Brasil. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 19, n. 4, p. 766-778, dez. 2016. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400766&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FENLON, D. et al.. A survey of joint and muscle aches, pain, and stiffness comparing women with and without breast cancer. **J Pain Symptom Manage.**, v. 46, n. 4, o. 523-35, out. 2013. doi: 10.1016/j.jpainsymman.2012.10.282. Epub 2013 Mar 15. PubMed PMID: 23507130. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23507130>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FERGUSON, R. J. et al. A randomized trial of videoconference-delivered cognitive behavioral therapy for survivors of breast cancer with self-reported cognitive dysfunction. **Cancer**, v. 122, n. 11, p. 1782-91, jun. 2016. doi: 10.1002/cncr.29891. Epub 2016 May 2. PubMed PMID: 27135464. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27135464>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

FOBAIR, P.; SPIEGEL, D. Concerns about sexuality after breast cancer. **Cancer J.**, v. 15, n. 1, p. 19-26, jna./fev. 2009. doi: 10.1097/PPO.0b013e31819587bb. PubMed PMID: 19197169. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19197169>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GALVÃO, C. M.; SAWADA, N. O.; TREVIZAN, M. A. Revisão sistemática: recurso que proporciona a incorporação das evidências na prática da enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 3, p. 549-556, jun. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692004000300014&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692004000300014>

GOKCE, T.; KARADOGAN, I.; AKCAY, C. A long-term survival pattern for breast cancer treated in a single institution. **Indian J Cancer**, v. 48, n. 2, p. 187-93, abr./jun. 2011. doi: 10.4103/0019-509X.82884. PubMed PMID: 21768664. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21768664>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GRALOW, J. R. et al. NCCN Task Force Report: Bone Health in Cancer Care. **J Natl Compr Canc Netw**, . 2009 Jun;7 Suppl 3:S1-32; quiz S33-5. PubMed PMID: 19555589; PubMed Central PMCID: PMC3047404. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23997241>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GRAÑA, B. et al.. SEOM clinical guidelines for hereditary cancer. **Clin Transl Oncol.**, v. 13, n. 8, p. 580-6, ago. 2011. doi: 10.1007/s12094-011-0701-2. PubMed PMID: 21821494. Disponível em <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21821494>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida de cinco anos e fatores prognósticos em coorte de pacientes com câncer de mama assistidas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. – **Cad. Saúde Pública**, v. 25, n. 11, p. 2455-2466, nov. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v25n11/15>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

GUERRA, M. R. et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde - La supervivencia del cáncer de mama y la inequidad en salud - Breast cancer survival and health inequities. **Cad. Saúde Pública**, v. 31, n. 8, p. 1673-1684, ago. 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1415-790X2016000400766&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 08 nov. 2017.

GUIMARÃES, S. L. P. M. M. Cardiac Sympathetic Hyperactivity after Chemotherapy: Early Sign of Cardiotoxicity?. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 105, n. 3, p. 228-234, set. 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002200228>. Acesso em: 08 nov. 2017.

HÖFELMANN, D. A.; ANJOS, J. C.; AYALA, A. L. Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 19, n. 6, p. 1813-1824, jun. 2014. Disponível: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232014000601813&script=sci_abstract&tlng=en. Acesso em: 08 nov. 2017.

HSIEH, C.C. et al.. Effects of a supervised exercise intervention on recovery from treatment regimens in breast cancer survivors. **Oncol Nurs Forum**. v. 35, n. 6, p. 909-15, nov. 2008. doi: 10.1188/08.ONF.909-915. PubMed PMID: 18980921; PubMed Central PMCID: PMC3040031. German. PubMed PMID: 18188805. <Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18980921>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v. 31, n. 2, p. 61-67, fev. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032009000200003&script=sci_abstract&tlng=pt>. Acesso em: 08 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do Câncer de Mama** – Documento Consenso. Rio de Janeiro: INCA, 2004. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 8 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero** / Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. 2. ed. rev. atual. Rio de Janeiro: INCA, 2016. Disponível em: <http://formsus.datasus.gov.br/novoimgarq/24145/4110281_312323.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA (INCA). **Estimativa 2018: Incidência de Câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2017. Disponível em: <<https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-incidencia-de-cancer-no-brasil-2018.pdf>>. Acesso em: 8 out. 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Diretrizes para a Detecção Precoce do Câncer de Mama no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/livro_deteccao_precoce_final.pdf>. Acesso em: 08 nov. 2017.

IRWIN, M. L. et al.. Physical activity levels among breast cancer survivors. **Med Sci Sports Exerc**, v. 36, p. 1484-1491, set. 2004. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15354027>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

JOHNELL, O. et al.. Predictive value of BMD for hip and other fractures. **J Bone Miner Res**, v. 20, n. 7, p. 1185-94, jul. 2005 Erratum in: *J Bone Miner Res*. 2007 May;22(5):774. PubMed PMID: 15940371. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15940371?report=docsum&format=text>>. Acesso: 08 nov. 2017.

KALIL FILHO, R. et al.. I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, v. 96, n. 2 supl. 1, p. 1-52, 2011. Disponível em: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/diretriz_cardio_oncologia.asp>. Acesso em: 08 nov. 2017.

KANIS, J. A. et al.. Assessment of fracture risk. **Osteoporos Int**, v. 16, n. 6, p. 581-9, jun. 2005. Epub 2004 Dec 23. Review. PubMed PMID: 15616758. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15616758>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

KHATCHERESSIAN, J. L. et al.. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. **Journal of clinical oncology**, v. 31, n. 7, p. 961 -965, mar. 2013. Disponível em: <http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2012.45.9859?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em: 08 nov. 2017.

KORT, J. D. et al.. Fertility issues in cancer survivorship. **CA Cancer J Clin**, v. 64, p. 118-134, mar./abr. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24604743>>. Acesso em: 08 nov. 2017

KRAG, D. N. et al.. Sentinel-lymph-node resection compared with conventional axillary-lymph-node dissection in clinically node-negative patients with breast cancer: overall survival findings from the NSABP B-32 randomised phase 3 trial. **Lancet Oncol**, v. 11, n. 10, p. 927-33, out. 2010. doi: 10.1016/S1470-2045(10)70207-2. PubMed PMID: 20863759; PubMed Central PMCID: PMC3041644.

LARKEY, L. K. et al . Larkey LK, Roe DJ, Smith L, Millstine D. Exploratory outcome assessment of Qigong/Tai Chi Easy on breast cancer survivors. *Complement Ther Med*. 2016 Dec;29:196-203. doi: 10.1016/j.ctim.2016.10.006. Epub 2016 Oct 13. PubMed PMID: 27912947; PubMed Central PMCID: PMC5326628. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27912947>>. Acesso em: 08 nov. 2017

LIGIBEL, J. A. et al.. American Society of Clinical Oncology position statement on obesity and cancer. **J Clin Oncol**, v. 32, p. 3568-3574, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25273035>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

LINDSEY, A. M. et al.. Postmenopausal survivors of breast cancer at risk for osteoporosis: nutritional intake and body size. **Cancer Nurs**, v. 25, n. 1, p. 50-6, fev. 2002. PubMed PMID: 11838720. Disponível em:

<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11838720?report=docsum&format=text>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MAVADDAT, N. et al.. Cancer risks for BRCA1 and BRCA2 mutation carriers: results from prospective analysis of EMBRACE. **J Natl Cancer Inst.**, v. 105, n. 11, p. 812-22, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23628597>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

MILLER, K. D. et al.. Cancer treatment and survivorship statistics, 2016. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 66, p. 271–289, 2016. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21349/abstract>>. Acesso em: 8 nov. 2017. doi:10.3322/caac.21349

MILLER, R. Implementing a Survivorship Care Plan for Patients With Breast Cancer Clinical. **Journal of Oncology Nursing**, v. 12, n. 3, p. 479-487, 2008. Disponível em: <<https://cjon.ons.org/cjon/12/3/implementing-survivorship-care-plan-patients-breast-cancer>>. DOI:10.1188/08.CJON.479-487. Acesso em: 08 nov. 2017.

MURTHY, V. Chamberlain RS: Menopausal symptoms in young survivors of breast cancer: A growing problem without an ideal solution. **Cancer Control**, v. 19, p. 317-329, out. 2012. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23037499>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

NATARAJAN, L. et al.. Time-varying effects of prognostic factors associated with disease-free survival in breast cancer. **Am J Epidemiol.**, 2009 Jun 15;169(12):1463-70. doi: 10.1093/aje/kwp077. Epub 2009 Apr 29. PubMed PMID: 19403844; PubMed Central PMCID: PMC2733768. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2733768/>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

NATIONAL CANCER INTITUTE 2017. **Dictionary of Cancer Terms (NCI)**. [S.l.], [s.d.]. Disponível em <<https://www.cancer.gov/publications/dictionaries/cancer-terms>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

OLIVEIRA, R. R. et al.. Influence of body mass index on the frequency of lymphedema and other complications after surgery for breast cancer. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo , v. 23, n. 1, p. 84-90, mar. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000100084&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017.

PAIVA, C. B.; DUTRA, C. M. S. Prevalência de linfedema após tratamento de câncer de mama em pacientes com sobrepeso. **Fisioter. Pesqui.**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 263-267, set. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-29502016000300263&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017. doi <http://dx.doi.org/10.1590/1809-2950/15214123032016>.

PARAG, Y.; BUCCIMAZZA, I. How long are elderly patients followed up with mammography after the diagnosis of breast cancer? A single-centre experience in a developing country. **SAMJ: South African Medical Journal**, v. 106, n. 7, p. 721-

723, jun. 2016. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27384369>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

PERES, V. C. et al.. Breast Cancer In Women: Recurrence And Survival At Five Years. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 24, n. 3, p. 740-747, set. 2015. Disponível em: <<http://libros.duhnnae.com/2017/jun3/149692904644-Breast-cancer-in-women-recurrence-and-survival-at-five-years.php>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

QIGONG, T. C. Easy on breast cancer survivors. **Complement Ther Med.**, v. 29, p. 196-203, dez. 2016. doi: 10.1016/j.ctim.2016.10.006. Epub 2016 Oct 13. PubMed PMID:27912947; PubMed Central PMCID: PMC5326628. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27912947>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

RUNOWICZ, C. D. et al.. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. **J Clin Oncol.**, v. 34, n. 6, p. 611-35, fev. 2016. doi: 10.1200/JCO.2015.64.3809. Epub 2015 Dec 7. Review. PubMedPMID: 26644543. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/jco.2015.64.3809>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SCHNEIDER, I. J. C.; D'ORSI, E. Sobrevida em cinco anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Santa Catarina, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 6, p. 1285-1296, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2009000600011&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 08 nov. 2017. <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2009000600011>.

SEIFART, U. et al.. Lymphedema in patients with breast cancer--a consensus regarding diagnostics and therapy in patients with postoperative lymphedema after primary breast cancer. **Rehabilitation (Stuttg)**, v. 46, n. 6, p. 340-8, dez. 2007. doi: 10.1055/s-2007-985170. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28355890>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SHOBEIRI, F. et al. The Impact of Aerobic Exercise on Quality of Life in Women with Breast Cancer: A Randomized Controlled Trial. **J Res Health Sci.**, v. 16, n. 3, p. 127-132, summer 2016. PubMed PMID: 27840340. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27840340>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SIEGEL, R. et al.. Cancer treatment and survivorship statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, v. 62, p. 220–241, 2012. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21149/abstract;jsessionid=3D1C5914D7ABE186739FC94B84DF029B.f02t01>>. Acesso em: . 8 nov. 2017. doi:10.3322/caac.21149wn

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 4, p. 688-695, ago. 2010.. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400005>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SOARES, P. B. M. et al.. - The quality of life of disease-free Brazilian breast cancer survivors. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 47, n. 1, p. 69-75, fev. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342013000100009>. Acesso em: 08 nov. 2017.

SOHL, S. J. et al.. A randomized controlled trial of expressive writing in breast cancer survivors with lymphedema. **Psychol Health.**, v. 32, n. 7, p. 826-842, jul. 2017. doi: 10.1080/08870446.2017.1307372. Epub 2017 Mar 30. PubMed PMID: 28355890. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28355890>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

STUBBLEFIELD, M. D.; KEOLE, N. Upper body pain and functional disorders in patients with breast cancer. **PM R.**, v. 6, n. 2, p. 170-83, fev. 2014. doi: 10.1016/j.pmrj.2013.08.605. Epub 2013 Dec 19. Review. PubMed PMID: 24360839. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24360839>>. Acesso em: 08 nov. 2017.

VIEIRA, E. M. et al.. Experience of sexuality after breast cancer: a qualitative study with women in rehabilitation. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 22, n. 3, p. 408-414, jun. 2014. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25029051>> . Acesso em: 08 nov. 2017.

WARREN, J. L. et al.. Current and future utilization of services from medical oncologists. **J Clin Oncol.**, v. 26, n. 19, p. 3242-7, jul. 2008. Disponível em: <<http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2007.14.6357>>. Acesso em: 8 nov. 2017.

WATERKEMPER, Roberta et al. Nursing consultation for patients with continuous cancer: description of the diagnosis, interventions and results. *Journal of Nursing UFPE on line* – ISSN: 1981-8963, [S.l.], v. 11, n.12, p.4838-4844, dec. 2017. Disponível: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15214/25285>>. Acesso: 10 dec 2017.

WATERKEMPER, Roberta et al. Nursing consultation for patients with continuous cancer: description of the diagnosis, interventions and results. **Journal of Nursing UFPE on line - ISSN: 1981-8963**, [S.l.], v. 11, n. 12, p. 4838-4844, dec. 2017. ISSN 1981-8963. Available at: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/15214/25285>>. Date accessed: 26 June 2019. doi:<https://doi.org/10.5205/1981-8963-v11i12a15214p4838-4844-2017>.

YAYLALI, Y. T. Atrial Function in Patients with Breast Cancer After Treatment with Anthracyclines. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, v. 107, n. 5, p. 411-419, nov. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2016004400411. Acesso em: 08 nov. 2017.

7 ARTIGO CIENTÍFICO

HEALTHCARE PLAN FOR BREAST CANCER SURVIVORS

Juliana Oliveira Ximenes¹ Enfermeira mestranda do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia (PPGGO). Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Faculdade de Medicina (FAMED). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Porto Alegre/RS, Brasil. e-mail: joxv@hotmail.com

,Alice de Medeiros Zelmanowicz² Médica doutora e professora do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde: Ginecologia e Obstetrícia (PPGGO). Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). Faculdade de Medicina (FAMED). Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFGRS). Porto Alegre/RS, Brasil. e-mail: alice@zemanowicz.com

ABSTRACT

This article aims to analyze therapeutic plans in patient's electronic records developed by physicians and nurses for women in breast neoplasia remission treated at a hospital Outpatient Monitoring Centre. This is a cross-sectional study conducted at the Outpatient Monitoring Centre of a reference hospital for the prevention, diagnosis and treatment of cancer in the South of Brazil. Among the assessments and healthcare prescribed and/or performed, 93.10% of the women received breast/body physical evaluation, 84.24% were referred to a mammogram, and 82.27% of the participants were oriented about the prevention of a second primary neoplasia during their first appointment at the ambulatory care. The service directed at women over 50 years will be herein highlighted, regarding the practice of physical activity, healthy eating and non-smoking habits, in addition to attention to individual health needs related to signs and symptoms, such as: lymphedema, cardiotoxicity, muscle-skeletal rehabilitation, peripheral neuropathy and psychosocial support for changes in body image. It is concluded that, since the implementation of the ambulatory care in 2013, health professionals advise patients in accordance with the guidelines made by ASCO (2015), whose focus is to enhance life quality.

DECS-LILACS: Breast Neoplasia. Ambulatory Care; Disease-free interval; Patient Care Team.

INTRODUCTION

The increase in the number of women in remission from breast neoplasia is an important global public health issue⁽¹⁾. In Brazil, there is a five-year survival increase for women in remission – from 78% to 87%, during the period 2005-2009, when compared to the period 1995-1999⁽²⁾.

In 2013, the Guideline of the *American Society of Clinical Oncology* (ASCO)⁽³⁾, directed to healthcare professionals, recommended the monitoring of breast neoplasia survivors by means of medical background and physical examination, healthcare education regarding symptoms and signs of neoplasia recurrence, referral for genetic counseling, regular gynecological follow-up and performance of mammograms. However, ASCO guidelines from 2015⁽⁴⁾ added recommendations for early detection of a second primary tumor, evaluation of physical and psychosocial long-term effects, health promotion and care coordination. The follow-up and monitoring of individuals in neoplasia remission demand care for a chronic condition. The management of this phase is common to other chronic diseases⁽⁵⁾. Therefore, guidance is recommended for the reassessment of priorities regarding their health.

From these recommendations, the Federal University of Health Sciences of Porto Alegre (UFCSPA), in partnership with the Cancer Prevention Centre (HSR), allocated at the Oncology High Complexity Service Center of the Irmandade da Santa Casa de Porto Alegre and the Santa Rita Hospital (HSR), created in 2013 an Ambulatory Care for the integration of teaching and care, as a result of an extension project of the Undergraduate Program in Nursing. The Hospital Ambulatory Care is directed to the users of the Unified Health System (SUS - Brazilian Public Health System). Patients in remission of breast, prostate and colon neoplasia receive monitoring and follow-up appointments at HSR for treatment and/or hormone therapy with a minimum of a five-year diagnosis. The service is carried out with an interdisciplinary approach between nurses and oncology doctors, and patients are referred to other professionals, such as dietitians, psychologists, physiotherapists and others for subsequent counter-reference at Primary Care.

Up to this moment, we found very few Brazilian publications regarding the hospital Outpatient Monitoring Centre in the Public Health System Networks (RAS -

Redes de Atenção à Saúde), which are based in the ASCO guidelines. Thus, this study aims to analyze the therapeutic plans (care requirements) registered in the electronic records kept by healthcare professionals (doctor/nurse) of women with breast cancer treated at the Ambulatory Care of a reference hospital in Oncology in the South of Brazil.

MATERIALS AND METHODS

This article is a cross-sectional study developed from the analysis of secondary data (Electronic Medical Records) of patients treated at the oncology ambulatory of an Oncology High Complexity Center. Upon analyzing the medical records, the following variables were sought: Age, gender, BMI, smoking, alcoholism, diagnosis, treatments, location, time of *follow-up*, recurrence, metastasis, abandonment, actions and guidance from healthcare providers.

The sample, for convenience, includes patients being monitored, or that have already been discharged, from the ambulatory of Ambulatory Care. For the study sample, inclusion criteria were considered, these are: individuals in complete remission at 5 years and which have been referred to the Ambulatory Care for prior breast neoplasia therapy, 18 years old or older, who underwent or continue to have treatment during the period from August 2013 to August 2016. Patients that, at the time of diagnosis, were younger than 35 years were excluded. A table, especially formulated for this study, was used for the purposes of data collection. The data were stored in a database generated in the software *Microsoft Office Excel* version 2007.

Double entry, validation and data analysis were made in SPSS, version 18.0 [SPSS Inc. Released 2009. PASW Statistics for Windows, Version 18.0. Chicago: SPSS Inc.]. Categorical variables were expressed as absolute (n) and relative ($n\%$) frequencies, while continuous variables were expressed as the standard error of the mean (SEM) or medians and 95% Confidence Intervals [95%CI, lower limit-upper limit], as the result of the Shapiro-Wilk normality test. Comparisons of categorical variables were performed by distribution tests (Chi-square of Pearson) with residual adjustments. For all analyzes, significance level of 5% ($p=0.05$) and 95%CI were established.

RESULTS

Two hundred and three women in complete remission of breast cancer were included. The mean (\pm SD) age at diagnosis (considering the diagnosis and the date of first hospital appointment) was 53.08 years old ($SD\pm 0.84$). The median [95%CI] follow-up was 6 years [6.58-7.17] in order to be referred to the Ambulatory Care, remaining a median [95%CI] of 299 days [291.41-489.57], or approximately 9 months. The median [95%CI] age of women in their first appointment at the Ambulatory Care was 59 years old [58.78- 61.94]. The median [95%CI] BMI among participants at the first appointment in the Ambulatory Care was 27.80 kg/m² [27.66-29.04] (Table 1). The classification recommended by the *World Health Organization* (WHO) was adopted, thus, according to that, 78 women (40.63%) were overweight (25.0-29.9 kg/m²), and 63 (32.81%) were obese (above 30.0Kg/m²). Twenty-nine records (14.29%) reported smoking (daily cigarette consumption was not specified) and 2 (0.99%) indicated alcoholism (daily consumption of alcoholic drinks) (Table 1).

Table 1. Characterization of women in breast neoplasia remission as to age, time and BMI (continuous variables). Porto Alegre, 2017.

Characteristics of participants	N=203
Age	
Age at first ambulatory appointment (in years)-md [CI95%]	59.00[58.78–61.94]
Time	
Time in which the sample has been on follow-up (in years)-md [CI95%]	6.00[6.58-7.17]
Time in which the sample has been in Ambulatory Care (in days) – md [CI95%]	299.00[291.41-489.57]
Body Mass Index	
BMI (kg/m ²) - md[CI95%]	27.80[27.66-29.04]

Legend: md: median. CI: Confidence Interval. BMI: Body Mass Index. Kg: Kilograms. M: meters. N: Absolute frequency.

Source: Own elaboration (2017).

For most of the participants, regional neoplasia and regional locus was diagnosed. Respectively, this information was not available in 115 (56.65%), 60 (29.56%), and 16 (7.88%) medical records. The left side was the most frequently affected (121 women - 59.61%). In the grouping by stages, those classified in IIA/IIB with 52 (25.62%) cases were more prevalent, identifying that in 75 (36.95%) of the records the information was not found. Regarding treatment, sectorectomy was identified in 108 records (53.21%), 78 records (38.42%) showed mastectomy, and no information could be found in 17 (8.37%) medical records.

Axillary dissection was performed in 104 (51.23%) participants, while 74 (36.45%) had the sentinel lymph node removed. Radiotherapy was performed in 152 women (74.89%), and no information was found in 49 (24.13%) medical records. Systemic therapy was indicated in 149 cases (73.40%). Of these, protocol with anthracyclines and alkylating agents was registered in 100 records (49.26). One hundred and sixty-three patients (80.30%) received hormone therapy, of these, 115 (56.70%) used Tamoxifen, 8 (3.90%) Anastrozole, and 38 (18.70%) initiated the use of Tamoxifen, which was later replaced by Anastrozole. Six regional locus recurrences (2.96%) and nine metastasis (4.43%) at distance were identified. Eleven women (5.42%) did not return for their third and/or fourth appointment at the Ambulatory Care (Table 2).

Table 2. Clinical characterization and life habits of women in breast neoplasia remission (categorical variables). Porto Alegre, 2017.

Variables	<i>n(n%)</i> – <i>N=203</i>
Age	
≤ 35 years	5(2.46)
Between 36-50 years	76(37.44)
Above 51 years	122(60.40)
BMI Classification	
Low weight	2(1.04)
Eutrophic	49(25.52)
Overweight	78(40.63)
Obese and morbidly obese	63(32.81)
INO	11(5.73)
Smoker	
Yes	29(14.29)
No	146(71.92)
INO	28(13.80)
Alcoholic	
Yes	2(0.99)
No	160(78.82)
INO	41(20.20)
Affected side	
Right	74(36.45)
Left	121(59.61)
Both	6(2.96)
INO	2(0.99)
Diagnosis	
Regional	115(56.65)
Regional locus	60(29.56)
<i>In situ</i>	12(5.91)
INO	16(7.88)
Cancer staging	
I/IA/IB	48(23.65)
IIA/IIB	52(25.62)
IIIA/IIIB/IIIC	28(13.79)
INO	75(36.95)
Surgery	

Mastectomy	78(38.42)
Sectorectomy	108(53.21)
INO	17(8.37)
Lymphadenectomy	
Sentinel lymph node	74(36.45)
Axillary dissection	104(51.23)
INO	25(12.32)
Radiotherapy	
Yes	152(74.89)
No	2(0.98)
INO	49(24.13)
Chemotherapy	
Yes	149(73.40)
No	1(0.49)
INO	53(26.11)
Type of chemotherapy	
Anthracyclines and alkylating agents	100(49.26)
Alkylating agents	11(5.42)
Anti-microtubule agents	29(14.29)
Monoclonal antibodies, alkylating agents and alkylating agents	5(2.46)
Anthracyclines, alkylating agents and anti-microtubule agents and monoclonal antibodies	4(1.97)
Anthracyclines, alkylating agents and anti-microtubule agents	2(0.99)
Others	5(2.46)
INO	52(25.62)
Hormone therapy	
Yes	163(80.30)
No	1(0.49)
INO	39(19.21)
Type of hormone therapy	
Tamoxifen	115(56.70)
Anastrozole	8(3.90)
Tamoxifen and anastrozole	38(18.70)
Neoplastic recurrence	
Yes	6(2.96)
No	197(97.04)
Neoplastic metastasis	
Yes	9(4.43)
No	194(95.57)
Abandonment	
Yes	11(5.42)
No	198(97.54)

Legend: BMI: Body Mass Index. *n*: Absolute frequency. *n*%: Relative frequency. INO: Information Not Obtained.

Source: Own elaboration (2017).

Among the individuals in the sample, 189 women (93.10%) received breast/body physical assessment performed by an oncologist doctor or nurse in the first year after the follow-up, but no information was found in 190 records (93.60%) regarding the importance of an annual mammogram. There were 10 records (4.93%) of fatigue, and only five records (2.46%) of patient education regarding the symptoms of recurrence and early warning signs of breast cancer recurrence in the first appointment (Table 3).

Table 3. Prevalence of guidance/information registered in medical records. Porto Alegre, 2017.

Guidance	Attendances <i>n(n%)</i>				
	1 st (<i>N=203</i>)	2 nd (<i>N=129</i>)*	3 rd (<i>N=66</i>)**	4 th (<i>N=21</i>)***	5 th (<i>N=17</i>)****
Performance of physical examination of breasts/body					
Yes	189(93.10)	85(65.89)	38(57.58)	11(52.38)	8(47.06)
INO	14(6.90)	44(34.10)	28(42.42)	10(47.62)	9(52.94)
Guidance on local or regional recurrence					
Yes	5(2.46)	2(1.55)	0(0.00)	0(0.00)	1(5.88)
INO	198(97.54)	127(98.45)	66(100.00)	21(100.00)	16(94.12)
Guidance on having a mammogram					
Yes	13(6.40)	8(6.20)	6(9.09)	1(4.76)	1(5.88)
INO	190(93.60)	121(93.80)	60(90.91)	20(95.25)	16(94.12)
Report of fatigue					
Yes	10(4.93)	2(1.55)	3(4.55)	6(28.57)	0(0.00)
INO	193(95.07)	127(98.45)	63(95.45)	15(71.43)	17(100.00)

Legend: *n*: Absolute frequency. *n%*: Relative frequency. INO: Information Not Obtained. Discharge: Hospital discharge. *74 hospital discharges. **137 hospital discharges. ***171 hospital discharges. ****186 hospital discharges.

Source: Own elaboration (2017).

As for other guidelines and records, (Table 4) a referral for mammogram was found in 171 records (84.24%) in the 1st appointment, 61 (47.29%) in the 2nd appointment, 31 (46.97%) in the 3rd, 10 (47.62%) in the 4th, and 7 records (41.18%) in the 5th appointment. There was guidance for a gynecologist referral in 46 records (22.66%) in the 1st appointment, eight (6.20%) in the 2nd, and in the remaining appointments four records each; guidance for prevention of a second primary neoplasia was registered in 167 (82.27%) medical records in the 1st appointment. There is a tendency to guide patients regarding the prevention of a 2nd primary neoplasia, choice of healthy foods, physical activity practices, these being the recommendations with higher frequency, together with referral for MMG in five cases (Table 4).

Table 4. Prevalence of guidance/information registered in medical records. Porto Alegre, 2017.

Guidance	Attendances <i>n</i> (<i>n</i> %)				
	1 st (<i>N</i> =203)	2 nd (<i>N</i> =129)*	3 rd (<i>N</i> =66)**	4 th (<i>N</i> =21)***	5 th (<i>N</i> =17)****
Mammogram referral					
Yes	171(84.24)	61(47.29)	31(46.97)	10(47.62)	7(41.18)
INO	32(15.76)	68(52.71)	35(53.03)	11(52.38)	10(58.82)
Gynecological monitoring					
Yes	46(22.66)	8(6.20)	4(6.06)	4(19.05)	4(23.53)
INO	157(77.34)	121(93.80)	62(93.94)	17(80.95)	13(76.47)
Report signs of distress, depression and/or anxiety/Referral					
Yes	45(22.17)	24(18.60)	14(21.21)	4(19.05)	4(23.53)
INO	158(77.83)	105(81.40)	52(78.79)	17(80.95)	13(76.47)
Guidance on body image support measures/Referral					
Yes	26(12.81)	10(7.75)	3(4.55)	0(0.00)	1(5.88)
INO	177(87.19)	119(92.25)	63(95.45)	21(100.00)	16(94.12)
Guidance on preventing/reducing the lymphedema/ Referral					
Yes	25(12.32)	5(3.88)	1(1.52)	3(14.29)	0(0.00)
INO	178(87.68)	124(94.12)	65(98.48)	18(85.71)	17(100.00)
Research and guidance on cardiotoxicity					
Yes	12(5.91)	1(0.78)	2(3.03)	1(4.76)	0(0.00)
INO	191(94.09)	128(99.22)	64(96.97)	20(95.24)	17(100.00)
Guidance on osteoporosis/ Completion of bone densitometry					
Yes	14(6.90)	3(2.33)	1(1.52)	0(0.00)	1(5.88)
INO	189(93.10)	126(97.67)	65(98.48)	21(100.00)	16(94.12)
Guidance/Referral and skeletal muscle rehabilitation					
Yes	16(7.88)	9(6.98)	2(3.03)	1(4.76)	2(11.76)
INO	187(92.12)	120(93.02)	64(96.97)	20(95.24)	15(88.24)
Guidance on peripheral neuropathy/ Referral					
Yes	36(17.73)	7(5.43)	7(10.61)	0(0.00)	1(5.88)
INO	167(82.27)	122(94.57)	59(89.39)	21(100.00)	16(94.12)
Guidance on regular physical activity/ Referral					
Yes	135(66.50)	88(68.22)	41(62.12)	14(66.67)	11(64.71)
INO	68(33.50)	41(31.78)	25(37.88)	7(33.33)	6(35.29)
Guidance on eating/Referral					
Yes	151(74.38)	88(68.22)	41(62.12)	13(61.90)	13(76.47)
INO	53(26.11)	41(31.78)	25(37.88)	8(38.10)	4(23.53)
Guidance on quitting smoking/Referral					
Yes	26(12.81)	18(13.95)	5(7.58)	3(14.29)	8(47.06)
INO	177(87.19)	111(86.05)	61(92.42)	18(85.71)	9(52.94)
Guidance on prevention of 2nd primary neoplasia					
Yes	167(82.27)	98(75.97)	47(71.21)	2(9.52)	15(88.24)
INO	36(17.73)	31(24.03)	19(28.79)	19(90.48)	2(11.76)

Legend: *n*: Absolute frequency. *n*%: Relative frequency. INO: Information Not Obtained. *74 hospital discharges. **137 hospital discharges. ***171 hospital discharges. ****186 hospital discharges. Source: Own elaboration (2017).

The care of physicians and nurses in logging signs of anxiety, depression and/or anxiety were observed with higher incidence in the 1st appointment (22.17% records). As to care related to body image and referrals to support measures, only 26 records were found (12.71%) (Table 4). With regard to the type of surgical intervention and guidance on body image, we identified that professionals tend to advise women who underwent mastectomy ($p=0.019$), 15 of the 78 women were advised (68.18%) (Table 5).

Table 5. Referrals to support measures for body image in the follow-up of women in breast neoplasia remission who underwent surgical treatment. Porto Alegre, 2017.

Surgical treatment	Guidance on body image - $n(n\%)$			Total	p -value*
	Yes	No	INO		
Mastectomy	15(68.18)	62(34.45)	1(100.00)	78(38.41)	0.019
Sectorectomy	5(22.72)	103(57.21)	0	108(53.20)	
INO	2(9.10)	15(8.34)	0	17(8.39)	

Legend: n : Absolute frequency. $n\%$: Relative frequency. INO: Information Not Obtained. *Statistical significance by Pearson's chi-square test. Significance level set at 5% for all analyzes.

Source: Own elaboration (2017).

Table 6 describes the comparison of the advices aimed for women aged 50 years or older compared to younger ones. It analyzes the prevention of a second primary neoplasia ($p=0.005$), guidelines on measures supporting body image ($p<0.001$), lymphedema ($p<0.001$), cardiotoxicity ($p=0.001$), fatigue ($p=0.005$), skeletal muscle rehabilitation ($p=0.004$), peripheral neuropathy ($p=0.009$), practice of physical activity ($p=0.122$), healthy eating ($p=0.015$) and smoking habit ($p=0.083$).

Table 6. Care plan according to age at the time of follow-up of women in breast neoplasia remission. Porto Alegre, 2017.

Care Plan	Age – N=203(n%)		p-value*
	≤ 49.99 years	≥ 50 years	
Guidance on prevention of 2nd primary neoplasia			
Yes	58(81.70)	125(94.70)	0.005
INO	13(18.30)	7(5.30)	
Guidance on the body image support measures/Referral			
Yes	0(0.00)	29(22.00)	< 0.001
INO	71(100.00)	103(78.00)	
Guidance on prevent/reducing the lymphedema/ Referral			
Yes	1(1.40)	28(21.20)	<0.001
INO	70(98.60)	104(78.80)	
Research and guidance on cardiotoxicity			
Yes	1(1.40)	20(15.20)	0,001
INO	70(98.60)	132(84.80)	
Report of fatigue			
Yes	0(0.00)	12(9.10)	0.005
No	71(100.00)	120(90.20)	
Guidance/Referral and skeletal muscle rehabilitation			
Yes	9(12.70)	41(31.10)	0.004
No	62(87.30)	91(68.90)	
Guidance regarding peripheral neuropathy/ Referral			
Yes	0(0.00)	12(9.10)	0.009
No	71(100.00)	120(90.90)	
Guidance on regular physical activity/ Referral			
Yes	54(76.10)	113(85.60)	0.122
INO	17(23,90)	19(14.40)	
Guidance on eating/Referral			
Yes	53(75.60)	116(87.90)	0.015
INO	18(25.40)	16(12.10)	
Guidance on quitting smoking/Referral			
Yes	7(9.90)	24(18.20)	0.083
INO	64(90.10)	108(81.80)	

Legend: *n*: Absolute frequency. *n*%: Relative frequency. INO: Information Not Obtained. *Statistical significance by Pearson's chi-square test. Significance level set at 5% for all analyzes.

Source: Own preparation

DISCUSSION

The women identified in this study in breast neoplasia remission are characterized in their biosocial profile and clinical characteristics related to healthcare registered. In the sample, the mean (\pm SD) age at the time of diagnosis was 53.08 years ($SD\pm 0.84$), with a predominance of women in neoplasia remission older than 51 years. This demonstrates the need to maintain an active search in this age

group⁽⁶⁾. However, American statistics show that breast cancer survivor predominance is in women older than 60 years, according to Siegel⁽⁷⁾, since diagnostic tests are performed in women older than 65 years old.

In this study, we verified that the doctors and nurses who assist women in the Ambulatory Care use the guidelines/care recommended by ASCO, and these guidelines are reinforced for patients older than 50 years. This fact may be related to a study that identified the need for older women to ask specific questions about their health, when compared to younger women⁽⁸⁾.

Recently published recommendations provide tools for best practices targeted to meet the survivor's individual needs, and to care for their chronic conditions, and these are similar to the care found in our study^(5, 9).

One of the biggest concerns of women in breast neoplasia remission is the fear of neoplasia recurrence⁽¹⁰⁾. Thus, healthcare professionals should carry out monitoring and screening of asymptomatic survivors^(9, 11). In our study, a breasts/body examination by an oncologist doctor or nurse was performed in five appointments, as recommended. An annual mammogram (MMG) is indicated for women in the follow-up; in this study, we identified that 84.24% of women received a referral for one, but we observed the absence of this information in medical records (93.60% in the 1st appointment), with regards to guidance directed to the need of a MMG. These data corroborate with the American study⁽¹⁾, in which 91.1% of women who had breast neoplasia remission after 6.7 years underwent one mammogram in 2 years, and 94% reported having received professional guidance about the importance of performing a breast self-exam. The lack of information and advice in the medical records about recurrence or about the breast self-exam, raises the hypothesis of these data being underreported, leading to a low index and/or the need for improvements in communication among professionals in the service⁽¹²⁾. This occurs since data in physical assessment of breasts and monitoring mammogram in late follow-up remains a challenge in developing countries⁽¹³⁾.

As for the screening for a second primary cancer, it is recommended that healthcare professionals look for other primary neoplasia beyond the breast, the same way as in the general population⁽⁵⁾. This information matches the records found in our sample, where we identified information about prevention for a second primary neoplasm in 82.27% of the records. In our study, the team of professionals referred 22.66% of women in the first appointment for a gynecologist follow-up⁽¹⁴⁾.

Surprisingly, another study found that after four years of follow-up, 40% of the women had not visited a gynecologist, and 65% had not had screening for colorectal neoplasia⁽¹⁵⁾.

The recommendations for survivors are related to the physical and psychosocial assessment and management of long-term effects associated with the therapy used, its duration, and dose, as well as age and life habits⁽¹¹⁾. Changes in appearance/body image are a major concern for the survivor's quality of life after the treatment of breast neoplasia. We identified, in the healthcare plans, that women were encouraged to seek professional support to evaluate the possibility of breast implants or breast reconstruction⁽¹⁶⁾. Burgess⁽¹⁷⁾ study points out the need for the professional's observance in identifying greater suffering, signs of distress, depression and/or anxiety in young women with a lack of social/family support, since they are in greater risk of experiencing depression. In 22.17% of the participants in the first appointment, when the doctor and/or nurse were attentive to this patient's status, they were able to refer them to counseling. Research aimed at reducing stress and increasing the quality of life after breast neoplasia demonstrates the need for the development of an intervention protocol for survivors⁽¹⁸⁾.

Regarding treatment, mastectomy surgeries, axillary dissection and radiotherapy are associated with the risk of ipsilateral lymphedema development⁽⁹⁾. In our study, 51.23% of the women underwent axillary dissection, as a result of lymphedema development. We identified that, of these, 12.32% of women received guidance. It is known that lymphedema is a side effect that remains in the long-term in approximately 30% of the women who received surgical and radiotherapy treatment. For best results, in the late phase, a specialized professional should make interventions and apply them early⁽¹⁹⁾, thus increasing the patient's quality of life⁽²⁰⁾. Systemic chemotherapy is often indicated in the treatment of breast neoplasia, such as anthracyclines, alkylating agents and radiotherapy on the left side of the chest, which are hallmarks of cardiotoxicity⁽²¹⁾. This fact demonstrates the need to warn 49.26% of the sample in our study who underwent chemotherapy with anthracyclines and alkylating agents. It is known that among the women who received the maximum doses of anthracyclines and alkylating agents, there is a likelihood of cardiotoxicity in 35% and 25% of them, respectively. Although there is a lack of definitive guidelines, if a higher risk of mortality from heart disease than from neoplasia is identified,

healthcare professionals should carry out research and management of risk factors⁽²²⁾.

Drug therapy in breast neoplasia treatment estimates a bone loss in almost 80% of the women⁽²³⁾. This factor is related to prior life style choices, age, previous fractures, family history, and deficiency of vitamins during their lifetime⁽²⁴⁾. Referrals for bone densitometry were registered in 6.90% of records in the first appointment, where healthcare professionals recommended that this exam be done every 2 years⁽⁹⁾.

Pain and discomfort are symptoms to be assessed in later follow-ups⁽⁹⁾. Symptoms of muscle pain were registered in 7.88% of medical records, and in 17.73% of the records, there was information of advice related to peripheral neuropathy. Common symptoms such as joint pain can be identified in a large number of women⁽²⁵⁾. Non-steroid anti-inflammatory drugs were considered effective for pain⁽²⁶⁾, in addition to tricyclic antidepressants and/or topical creams⁽²⁷⁾.

Guidelines for health promotion are related to the involvement of the professionals of the follow-up, stimulating the adherence of prevention measures for risk factors⁽⁵⁾. The incidence of overweight (40.63%) and obese women (32.81%) in our study is proportional to weight management and advices on healthy food choices (74.38%), corroborating the study of Demark-Wahnefried⁽²⁸⁾. Rehabilitation, reduction of fatigue, body pain, depression and improvement of life quality⁽²⁹⁾ are related to the reduction of a sedentary lifestyle and the increase in daily active habits. In our study, we identified the register of advice regarding physical activity in 66.50% of the medical records in the 1st appointment, concurrent with the study of Bloom⁽³⁰⁾, which supports that an intervention in the short-term has positive results with an increase in physical activity practices. We observed that the guidelines for health promotion carried out by professionals from the Ambulatory remain predominant in all visits, when compared to other guidelines.

Regarding smoking, 14.29% of women were smokers and were referred to the support group. According to Passarelli studies⁽³¹⁾, these women have an increased risk of morbimortality related to the onset of breast neoplasia, lung neoplasia and/or cardiovascular disease. Thus, breast cancer survivors who stopped smoking after the

neoplasia diagnosis had a 33% lower risk of dying of recurrence than those who continued smoking⁽³²⁾.

The practices carried out in the Outpatient Monitoring Center are directed to the coordination of individual care, prompting empowerment of the women to stimulate the self-management of their healthcare⁽³³⁾, providing information, clarifying doubts about the treatment used, and urging women to strengthen their bond with the Basic Care professional for their reference. Consequently, all women are referred with a counter-reference letter and are discharged from the outpatient service after their healthcare professional discharges them.

In this perspective, the therapeutic plans identified in electronic records can be used to subsidize the development of a protocol directed to professionals in the outpatient clinic, for the care of women during follow-up.

Limiting factors of these recommendations are related to possible non-adherence of the guidelines by the user, since there is a relationship of trust between professional and patient. This study was limited to quantifying the recommendations and not the quality of adherence to them. Another limiting factor is the distinction between women who have a private health insurance plan and are receiving followed-up in the Outpatient Clinic, since they are monitored by the SUS for hormone therapy.

CONCLUSION

The caregivers who work in the hospital Outpatient Monitoring Center seek coordination between care and guidelines to be followed by women. We identified that, since 2013, when the Outpatient Monitoring Center was established, professionals were already providing the care that was recommended by ASCO in 2015. This study allows inferring that these caregivers have knowledge about the healthcare provided, in addition to the necessity of an organized and coordinated register in medical records.

After analyzing the recommendations and the study conducted, we can assume that the healthcare practices performed by nurses remain directed to the

assessment and the assistance in biopsychosocial health needs, as well as the management of these in the long-term, based on health promotion and coordination of care. The coordinated and integrated work between nurses and physicians can optimize a patient's care, with focus on the monitoring and screening of asymptomatic survivors, in addition to screening for a second primary cancer, in order to enable the achievement of quality of life recommended by the *American Society of Clinical Oncology* to the women treated at the outpatient clinic.

Sources of funding: The authors declare that this research was carried out without any financing.

Conflict of Interest: The authors declare that there is no conflict of interest, either financial or otherwise.

REFERENCES

1. Risendal BC, Sedjo RL, Giuliano AR. Et al. Surveillance and beliefs about follow-up care among long-term breast cancer survivors: a comparison of primary care and oncology providers. **J Cancer Surviv.**, 2016, 10:96-102. Disponível em: <<https://doi.org/10.1007/s11764-01500454-y>>. Acesso em: 14 nov.2017.
2. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016:** Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2015/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
3. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). **Guidelines by clinical area:** breast cancer. 2013. Disponível em: URL: <<https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/breast-cancer>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
4. AMERICAN SOCIETY OF CLINICAL ONCOLOGY (ASCO). **Guidelines by clinical area:** breast cancer. 2015. Disponível em: URL: <<https://www.asco.org/practice-guidelines/quality-guidelines/guidelines/breast-cancer>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
5. Sisler J, Chaput G, Sussman J, Ozokwelu E. Follow-up after treatment for breast cancer: Practical guide to survivorship care for family physicians. **Canadian Family Physician.** 2016;62(10):805-811. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5063767/>>. Acesso em: 14 nov. 2017.

6. BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Rastreamento. Brasília: Ministério da Saúde; 2010. **Série A. Normas e Manuais Técnicos Cadernos de Atenção Primária**, n. 29. Disponível em: URL: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_atencao_primaria_29_rastreamento.pdf. Acesso em: abr. 2017.
7. Siegel R, Desantis C, Virgo K, Stein K, Mariotto A, Smith T, et al. Cancer treatment and survivorship statistics. **CA: A Cancer Journal for Clinicians**, 2012, v. 62, p. 220–241. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.3322/caac.21149/abstract;jsessionid=3D1C5914D7ABE186739FC94B84DF029B.f02t01>>. Acesso em: 8 nov. 2017. doi:10.3322/caac.21149wn.
8. Brédart A. Breast cancer survivors' perceived medical communication competence and satisfaction with care at the end of treatment **Psycho-oncology** [1057-9249], 2015, 24(12): 1670 -1678. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25976423>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
9. Runowicz CD, Leach CR, Henry NI, Henry Ks, Mackey Ht, Cowens-Alvarado RI et al. American Cancer Society/American Society of Clinical Oncology Breast Cancer Survivorship Care Guideline. **J Clin Oncol**. 2015 fev., 20;34(6):611-35. doi: 10.1200/JCO.2015.64.3809. Epub 2015 dez. 7. Review. PubMedPMID: 26644543.
10. Lucas AR, Levine BJ, Avis NE. Posttreatment trajectories of physical activity in breast cancer survivors. **Cancer**, 2017, 123: 2773–2780. doi:10.1002/cncr.30641f Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28272835>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
11. Khatcheressian JL, Hurley P, Bantug E, Esserman LJ, Grunfeld E, Halberg F et al. Breast cancer follow-up and management after primary treatment: American Society of Clinical Oncology clinical practice guideline update. **Journal of Clinical Oncology**, 2014 mar., v. 31, n. 7, p. 961 -965. Disponível em: <http://ascopubs.org/doi/abs/10.1200/JCO.2012.45.9859?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed>. Acesso em: 08 nov. 2017.
12. Klabunde Cn, Han PKJ, Earle Cc et al. Physician Roles in the Cancer-Related Follow-Up Care of Cancer Survivors. **Family medicine**. 2013; 45(7):463-474. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3755767/>>. Acesso em 08 nov. 2017.
13. Albada A, Van Dulmen S, Dijkstra H, Wieffer I, Witkamp A, Ausems Mg. Counselees' Expressed Level of Understanding of the Risk Estimate and Surveillance Recommendation are Not Associated with Breast Cancer Surveillance Adherence. **J Genet Couns**. 2016 abr., 25(2):279-89. doi: 10.1007/s10897-015-9869-x. Epub 2015 Sep 1. PubMed PMID: 26321750; PubMed Central PMCID: PMC4799246. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26321750>>

14. INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER JOSE ALENCAR GOMES DA SILVA. **Estimativa 2016**: Incidência de Câncer no Brasil. Rio de Janeiro, RJ. 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 15 nov. 2017.
15. Fang Chia B. Rastreamento para câncer colorretal. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, 2002 dez., 48(4). Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302002000400020&lng=en&nrm=iso>. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302002000400020>.
16. Cosac OM, Camara Filho JPP, Cammarota MC, Di Lamartine J, Daher JC, Borgatto MS, Esteves BP, Curado DMV. Reconstrução mamária de resgate: a importância dos retalhos miocutâneos. **Revista Brasileira de Cirurgia Plástica**; 2013-03, 28(1); 92-99. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n1/16.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
17. Burgess C, Cornelius V, Love S, Graham J, Richards M, Ramirez A. Depressão e ansiedade em mulheres com câncer de mama precoce: cinco anos de estudo de coorte observacional. **BMJ**. 2005; 330(7493): 702. Epub 2005 4 de fevereiro. Disponível em: URL: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v27n12/a06v2712.pdf>>. Acesso em: 08 nov. 2017.
18. Huang J, Shi L. The effectiveness of mindfulness-based stress reduction (MBSR) for survivors of breast cancer: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**. 2016 abr., 22;17(1):209. doi: 10.1186/s13063-016-1335-z. PubMed PMID: 27101823; PubMed Central PMCID: PMC4840971.
19. Seifart U, Albert US, Heim ME, Hübner J, Jungkunz W, Prokein R, Rick O, Hoffmann M, Engenhardt-Cabillic R, Kopp I, Wagner U, Kalder M. [Lymphedema in patients with breast cancer--a consensus regarding diagnostics and therapy in patients with postoperative lymphedema after primary breast cancer]. **Rehabilitation (Stuttg)**. 2007 Dec;46(6):340-8. doi: 10.1055/s-2007-985170. German. PubMed PMID: 18188805. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18188805>>. Acesso em: 14 nov. 2017.
20. Sohl SJ, Dietrich MS, Wallston KA, Ridner SH. A randomized controlled trial of expressive writing in breast cancer survivors with lymphedema. **Psychol Health**. 2017 jul., 32(7):826-842. doi: 10.1080/08870446.2017.1307372. Epub 2017 Mar 30. PubMed PMID: 28355890. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28355890>>. Acesso em 08 nov. 2017.
21. Guimarães SLPMM, Brandão SCS, Andrade LR, Maia RJC, Markman Filho B. Cardiac Sympathetic Hyperactivity after Chemotherapy: Early Sign of Cardiotoxicity? **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, 2015-09, 105(3); 228-234. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2015002200228>. Acesso em 08 nov. 2017.

22. Kalil Filho R, Hajjar LA, Bacal F, Hoff PM, Diz M Del P, Galas FRBG et al. I Diretriz Brasileira de Cardio-Oncologia da Sociedade Brasileira de Cardiologia. **Arq Bras Cardiol**, 2011, 96(2 supl.1): 1-52. Disponível em: URL: <http://publicacoes.cardiol.br/consenso/2011/diretriz_cardio_oncologia.asp>. Acesso em 08 nov. 2017.
23. Chen Z, Maricic M, Pettinger M, Ritenbaugh C, Lopez AM, Barad DH et al. Osteoporosis and rate of bone loss among postmenopausal survivors of breast cancer. **Cancer**. 2005, 104:1520-1530. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16110508>>. Acesso em 08 nov. 2017.
24. Gralow JR, Biermann JS, Farooki A, Fornier MN, Gagel RF, Kumar R et al. NCCN Task Force Report: Bone Health In Cancer Care. **J Natl Compr Canc Netw**, 2013 ago., 11 Suppl 3:S1-50; quiz S51. Review. PubMed PMID: 23997241. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23997241>>. Acesso em 08 nov. 2017.
25. Oberguggenberger A, Hubalek M, Sztankay M, Meraner V, Beer B, Oberacher H et al. Is the toxicity of adjuvant aromatase inhibitor therapy underestimated? Complementary information from patient-reported outcomes. **Breast Cancer Res Treat**, 2011;128(2):553–61. Epub 2011 Fev. 11. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21311968>>. Acesso em 08 nov. 2017.
26. Presant CA, Bosserman L, Young T, Vakil M, Horns R, Upadhyaya G et al. Aromatase inhibitor–associated arthralgia and/or bone pain: frequency and characterization in non–clinical trial patients. **Clin Breast Cancer**. 2007, 7(10):775–8. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18021478>>. Acesso em 08 nov. 2017.
27. Bonassa EMA, Gato MIR. **Terapêutica Oncológica para Enfermeiros e Farmacêuticos**. Editora Atheneu, 4 edição, São Paulo, 2012.
28. Demark-Wahnefried W, Rogers LQ, Alfano CM, Thomson CA, Courneya KS, Meyerhardt JA et al. Practical clinical interventions for diet, physical activity, and weight control in cancer survivors. **CA Cancer J Clin**, 2015, 65:167-189. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25683894>>. Acesso em 08 nov. 2017.
29. Mishra SI, Scherer RW, Geigle PM, Berlanstein DR, Topaloglu O, Gotay CC, Snyder C. Exercise interventions on health-related quality of life for cancer survivors. **Cochrane Database Syst Rev**. 2012 ago., 15;(8):CD007566. doi: 10.1002/14651858.CD007566.pub2. Review. PubMed PMID: 22895961. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22895961>>. Acesso em 08 nov. 2017.
30. BLOOM, JR et al. Addressing the needs of young breast cancer survivors at the 5 year milestone: can a short-term, low intensity intervention produce change? **J Cancer Surviv**, 2008, 2:190–204. DOI 10.1007/s11764-008-0058-x Disponível em:

URL: <<http://www.readcube.com/articles/10.1007/s11764-008-0058-x>>. Acesso em 08 nov. 2017.

31. Passarelli MN. Cigarette Smoking Before and After Breast Cancer Diagnosis: Mortality From Breast Cancer and Smoking-Related Diseases. **Journal of Clinical Oncology**, San Francisco, 2015 jan. Disponível em: URL: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26811527>>. Acesso em 08 nov. 2017.

32. Bérubé S, Lemieux J, Moore L, Maunsell E, Brisson J. Smoking at time of diagnosis and breast cancer-specific survival: new findings and systematic review with meta-analysis. **Breast Cancer Research: BCR**, 16(2), R42. <http://doi.org/10.1186/bcr3646>.

33. Adorna EI, Morari-Cassol Eg, Ferraz Nms. Breast cancer and support group in the life of mastectomized women. **Fisioterapia em Movimento**; 2015-09, 28(3); 597-602. Disponível em: URL: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-51502015000300597&script=sci_abstract>. Acesso em 08 nov. 2017.

8 CONSIDERAÇÕES FINAIS E PERSPECTIVAS

- A análise do plano terapêutico (Prescrições de cuidado) foi baseado em um modelo de cinco pontos chave: vigilância e triagem das sobreviventes assintomáticas, rastreamento de uma segunda neoplasia primária, avaliação e gerenciamento dos efeitos em longo prazo, promoção à saúde e coordenação do cuidado fornecidos pelos profissionais no Ambulatório de Seguimento. Esta dissertação fornece, resumidamente, as recomendações para cuidadores na Atenção hospitalar e básica.

- Identificação da amostra permite aos profissionais inseridos no Ambulatório conhecer qual o perfil biossocial das mulheres que foram atendidas, assim como quais orientações foram dispensadas (prevenção de fatores de risco e promoção de hábitos de vida saudáveis) pontua-se a importância do registro eletrônico por parte dos profissionais.

- A fase crônica da neoplasia possibilita aos profissionais que atendem no Ambulatório permanecerem utilizando o modelo deste estudo de modo que as mulheres não recebam alta hospitalar com informações voltadas para um aspecto do cuidado e sem demais orientações. Sugere-se que a enfermagem direcione o cuidado para avaliação e gerenciamento dos efeitos em longo prazo, promoção à saúde e coordenação do cuidado e a medicina para a vigilância e triagem das sobreviventes assintomáticas e o rastreamento para um segundo câncer primário.

- O grande diferencial/contribuição deste estudo foi evidenciar um diagnóstico situacional do serviço e sugerir a construção de um protocolo clínico interdisciplinar para o seguimento de mulheres em remissão da neoplasia de mama. A descrição mais detalhada do que cada profissional faz nas consultas individuais pode servir de fundamento para o desenvolvimento deste, e associar de forma mais direcionada a

inclusão do cuidado de outros profissionais, fortalecendo o cuidado integrado, interdisciplinar e centrado no paciente, foco da Organização Mundial da Saúde para a qualificação dos serviços.

APÊNDICE B – Dicionário de variáveis

Variáveis	Recomendações	Classificar:
		01 - registro de ações de cuidado; 02 - registro de orientação de cuidado;
Exame físico Palpação das mamas/axilas/parede intercostal	Exame físico a cada 3 a 6 meses para a primeira 3 anos após a terapia tratamento, a cada 6-12 meses nos próximos 2 anos, e depois anualmente. Recomenda-se educar e aconselhar todas as mulheres sobre os sinais e sintomas de recorrência local ou regional.	01 - registro do exame físico das mamas e/ou corporal. 02 - registro: - orientações sobre sinais e sintomas locais ou regionais. - orientações sobre o exame das mamas.
Exames	Recomenda-se não solicitar exames laboratoriais de rotina ou de imagem, exceto a mamografia, para a detecção de recorrência da doença na ausência de sintomas.	01 - registro da solicitação: mamografia; 02- orientação sobre mamografia anual.
Prevenção para segunda neoplasia primária	Recomenda-se (a) orientar sobre os demais tipos de neoplasias como fariam para pacientes em população geral; e (b) deve-se fornecer uma avaliação anual ginecológico para as mulheres.	01 – registro de acompanhamento ginecológico: solicitação, laudo ou relato do paciente. 02 - registro de orientação: sobre os fatores de risco para os demais cânceres.
Encaminhamento para avaliação com psicólogo/psiquiatra	Recomenda-se (a) avaliar pacientes com sinais de angústia, depressão e/ou ansiedade; (b) deve-se oferecer aconselhamentos e/ou farmacoterapia e/ou profissionais especialistas (psicólogos/ psiquiatras).	01 - registro do encaminhamento. 02 - registro de orientação ou relato do paciente com sinais de angústia, depressão e/ou ansiedade
Orientação sobre imagem corporal	Recomenda-se (a) avaliar preocupações com a imagem corporal/aparência do paciente; (b) avaliar a opção de dispositivos adaptativos (por exemplo, próteses mamárias, perucas) e/ou cirurgia quando for o caso.	01 – registro do encaminhamento para profissionais de apoio. 02 – registro: - relato do paciente. - orientação do profissional para paciente sobre sua imagem corporal.
Orientações sobre linfedema	Recomenda-se (a) aconselhar sobre como evitar/reduzir o risco de linfedema, incluindo perda de peso para aqueles que estão com sobrepeso ou obesos; e (b) deve encaminhar os pacientes com sintomas clínicos ou edema sugestivo a um especialista, o fisioterapeuta.	01- registro de encaminhamento para profissionais de apoio. 02 – registro de orientação sobre linfedema.
Orientação sobre cardiotoxicidade	Recomenda-se (a) deve-se educar as mulheres a relatar (falta de ar ou fadiga) para o profissional da saúde.	01 – registro de solicitação de exames/acompanhamento. 02 - registro de orientação a paciente sobre cardiotoxicidade.
Avaliação sobre fadiga	Recomenda-se avaliar a fadiga e tratar quaisquer fatores causadores de fadiga; (b)	02 - registro de orientação sobre fadiga.

	avaliar fatores que podem impactar na fadiga (exemplo distúrbios do sono, dor, etc...) para aqueles que não têm uma causa de outra forma identificável de fadiga.	
Solicitação de densitometria óssea	Recomenda-se (a) solicitar a cada 2 anos para as mulheres que fazem uso de inibidor da aromatase, análogos do GnRH e as mulheres que têm menopausa prematura induzida pela quimioterapia; (b) mulheres acima dos 65 anos; mulheres com idades entre 60 a 64 anos com história familiar de osteoporose.	01- registro de solicitação de densitometria/acompanhamento. 02 - orientação sobre suplementação de cálcio ou fatores de risco.
Avaliação músculo esquelética	Recomenda-se (a) avaliar a dor; e (b) deve-se oferecer uma ou mais das seguintes intervenções com base na indicação clínica: acupuntura, atividade física, e encaminhamento para terapia ou reabilitação com fisioterapia.	01 – registro de encaminhamento/acompanhamento. 02 – registro sobre orientação: reabilitação, atividade física ou acupuntura.
Neuropatia periférica	Recomenda-se (a) avaliar a dor (escala de dor) e fatores que contribuem para a dor, avaliar a história prévia; (b) ações não medicamentosas, tais como, atividade física, e/ou acupuntura; (c) consultar um especialista apropriado (d) deve-se avaliar para a neuropatia periférica e fatores que contribuem, solicitando ao paciente sobre seus sintomas, especificamente dormência e formigamento nas mãos e/ou pés, e as características dos sintomas; e (e) deve-se encaminhar a fisioterapia.	01- registro de intervenção: medicamentosa ou encaminhamento/acompanhamento. 02 – registro de orientação sobre dor periférica ou formigamento, dormência e outros.
Orientações sobre atividade física	Recomenda-se aconselhar sobre a prática de atividade física regular adequada a suas limitações específicas (a) deve-se evitar inatividade e retorno às atividades diárias normais o mais rapidamente; (b) devem praticar 150 min de atividade moderada ou 75 minutos de exercícios aeróbicos por semana.	01 - registro de encaminhamento/acompanhamento. 02 - registro de orientação sobre atividade física.
Orientações sobre nutrição e/ou obesidade	Recomenda-se uma dieta rica em vegetais, frutas, grãos integrais e legumes; baixa em gorduras saturadas; e limitada no consumo de álcool. Recomenda-se aconselhar a atingir e manter um peso saudável; e aconselhar se com sobrepeso ou obesos para limitar o consumo de alimentos de alto teor calórico e bebidas e aumentar a atividade física.	01 - registro de encaminhamento/acompanhamento. 02 - registro de orientação sobre: alimentação ou ingesta hídrica.
Orientação sobre o tabaco	Recomenda-se evitar fumo e encaminhar aos fumantes aos grupos de aconselhamento.	01 - registro de encaminhamento/acompanhamento. 02 – registro de orientação sobre o tabaco.

Fonte: Adaptação tabela ACS/ASCO BreastCancerSurvivorshipGuideline, 2015. p 47-48.

ANEXO A – Aprovação Comitê de Ética em Pesquisa da Irmandade da Santa Casa de Misericórdia de Porto Alegre

IRMANDADE DA SANTA CASA
DE MISERICORDIA DE PORTO
ALEGRE - ISCMPA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: AMBULATÓRIO DE SEGUIMENTO HOSPITALAR PARA MULHERES EM REMISSÃO DO CÂNCER DE MAMA

Pesquisador: Alice de Medeiros Zelmanowicz

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 57959816.1.0000.5335

Instituição Proponente: ISCMPA

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.668.942

2 - Para o início do projeto de pesquisa, o investigador deverá apresentar a chefia do serviço (onde será realizada a pesquisa), o Parecer Consubstanciado de aprovação do protocolo pelo Comitê de Ética.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_752898.pdf	15/07/2016 17:37:08		Aceito

Endereço: R. Profª Annes Dias, 295 Hosp. Dom Vicente Scherer
Bairro: 6º andar - Centro **CEP:** 90.020-090
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3214-8571 **Fax:** (51)3214-8571 **E-mail:** cep@santacasa.tche.br