



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES – CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM – UAENF
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

THALINE INGRID MARQUES MENEZES PEREIRA

**REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS
PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL**

CAJAZEIRAS – PB

2017

THALINE INGRID MARQUES MENEZES PEREIRA

REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS PESSOAL,
FAMILIAR E SOCIAL

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Profª Mestranda Gerlane
Cristinne Bertino Vêras

CAJAZEIRAS – PB

2017

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Josivan Coêlho dos Santos Vasconcelos - Bibliotecário CRB/15-764
Cajazeiras - Paraíba

P436r Pereira, Thaline Ingrid Marques Menezes.
Repercussão da mastectomia na vida da mulher: esferas pessoal,
familiar e social / Thaline Ingrid Marques Menezes Pereira. - Cajazeiras,
2017.
63p.: il.
Bibliografia.

Orientadora: Profa. Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.
Monografia (Bacharelado em Enfermagem) UFCG/CFP, 2017.

1. Mastectomia. 2. Neoplasias de mama. 3. Saúde da mulher. I. Vêras,
Gerlane Cristinne Bertino. II. Universidade Federal de Campina Grande.
III. Centro de Formação de Professores. IV. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU - 618.19-006


THALINE INGRID MARQUES MENEZES PEREIRA

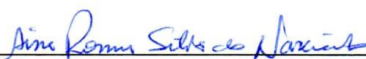
**REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS
PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL**


Trabalho de Conclusão de Curso apresentado ao Centro de Graduação em Enfermagem, do Centro de Formação de Professores, da Universidade Federal de Campina Grande, como requisito para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovado: 20/04/2017

BANCA EXAMINADORA


Prof.^a Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras
(Orientadora – ETSC/CFP/UFCG)


Prof.^a Dr.^a Aissa Romina Silva do Nascimento
(Membro Examinador – UAENF/CFP/UFCG)


Prof.^a Mestranda Cynara Rodrigues Carneiro Rolim
(Membro Examinador – UAENF/CFP/UFCG)

CAJAZEIRAS – PB
2017

*Ao Bom Jesus dos Aflitos, por sempre me proteger e aos meus pais,
por todo apoio e amor incondicional.*

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus que sempre se fez presente, guiando meus passos durante toda essa trajetória, me dando saúde, força e coragem para que todos os obstáculos e contratempos fossem superados. Por todas as oportunidades e aprendizados, sem Ele nada disso teria sentido.

Aos meus pais Adriane e Osvaldo, minha família, meu alicerce, meu porto seguro, que apesar de todas as dificuldades nunca mediram esforços para que eu conseguisse chegar até aqui. Obrigada por sempre acreditarem, investirem, apoiarem e me incentivarem a seguir em frente na realização dos meus sonhos. Muito obrigada por toda oração dedicada a mim, serei eternamente grata a vocês por tudo que me passaram. À minha irmã Thamires, por todo o carinho e amor, pelas conversas, pelas brigas, por nossa irmandade. Espero poder te ajudar sempre e que esse nosso companheirismo e irmandade nunca mudem! Só te peço uma coisa, acredite mais em você. O mundo é teu! Amo vocês mais que tudo.

Aos meus amigos, Jaine, Mariana, Natália, Rayane e Aleicho, a família que Cajazeiras me deu. Obrigada pelos momentos especiais. Levarei pra sempre comigo o laço que construímos durante esse percurso, e recordarei com alegria de todos os momentos. Obrigada pelas brigas e reconciliações de todos os dias. Amo vocês!

A minha companheira de todas as horas Paula, obrigada! Só tenho a te agradecer pelo companheirismo, conversas, pelas noites de filme, de festas. Minha amiga confiante, companheira de moradia e de quarto, vou levar você pra sempre comigo! Oro todos os dias por você, pedindo sua proteção e que nossa amizade dure pelo resto das nossas vidas. Saiba que te amo muito e quero você sempre por perto!

A minha amiga Camila, um dos presentes que Cajazeiras me deu! Sempre disposta a ajudar, a escutar, sempre se fez presente nos bons e maus momentos. Já passamos por muitas coisas, eu só espero que nossa amizade perdure por muito tempo ainda! Amo você!

As minhas amigas que a enfermagem me deu e que a odontologia tirou de perto de mim Ruana, Carla e Tamires. Quero que saibam que amo muito vocês, morro de saudades e desejo muito sucesso a todas! Tamires foi aquela que desde o início sempre esteve por perto. Minha companheiras de todas as horas. Aquela amiga que mesmo distante, que mesmo não nos falando tanto como antes sempre se fez presente! Sei que você sabe e eu não preciso nem dizer o quanto você fez parte dessa minha caminhada! Saiba que quero está lá aplaudindo o seu sucesso! Continue sendo essa pessoa linda que é!

As minhas amigas e companheiras de sala Iane, Sananda e Thaiane. Só tenho a agradecer a vocês, cada uma com seu jeitinho diferente, acabaram ganhando minha admiração. Meu grupo da enfermagem que eu quero levar pra minha vida, obrigada pela paciência, alegria, dificuldades, carinhos e experiências compartilhadas durante todo o curso. Vocês foram a certeza que eu não estava sozinha nessa caminhada.

Aos meus amigos, meus companheiros que se fizeram presentes constantemente, mesmo estando distante Weverton, Alanna, Yara e Victor. Que entenderam a minha ausência e sempre estiveram de alguma forma me incentivando. A meu amigo Weverton, obrigada por me escutar nas horas que eu precisava, aguentar meus estresses, por ser meu apoio diário e sempre acreditar em mim, até mesmo quando nem eu acreditava. Te agradeço por sempre me incentivar dizendo que tudo iria dá certo. Você sabe o quanto eu torço por você. À minha amiga de infância Alanna, obrigada pela companhia na madrugada, pelos desabafos diários! Amo muito vocês!

E não podia faltar minhas amigas de moradia, Daniele, Laísa e Marina. Obrigada meninas por me acolherem nessa última etapa, só tenho a agradecer por ter conhecido melhor vocês e só quero que saibam que vou levar cada uma guardadinha no meu coração. Obrigada pelas noites em branco, pelas farrinhas em casa, pelas festas, pelas conversas de madrugada e pelo aprendizado diário. Gosto muito de vocês e torço pelo sucesso de cada uma! Vou sentir muitas saudades!

Agradeço a Kennya, pelos ensinamentos e paciência em todo Supervisionado I. Obrigada pelo carinho, amizade, dedicação, segurança e confiança, qualidades que vão além de destreza e habilidades. Você tem todo meu respeito e admiração pelas suas contribuições na minha formação e construção da identidade profissional, me fez enxergar além do significado de ser enfermeiro.

Aos professores pelo excelente trabalho prestado e disponibilidade, oportunizando a nós discentes um ambiente amigável, com uma qualidade de ensino admirável. Agradeço a professora Cícera Renata que nos acolheu em Campina e me propiciou maravilhosas experiências no Estágio Supervisionado II. Obrigada por tudo professora!

À minha orientadora Gerlane Cristinne, o meu mais sincero obrigada. Por toda sua disponibilidade, apoio, confiança e empenho. Sem dúvidas, a construção deste trabalho não seria possível sem você. Obrigada pelos seus valiosos ensinamentos, amizade, sua paciência e compreensão, pelas palavras de incentivo e por acreditar no meu potencial. Que você possa alcançar voos cada vez mais altos, e conquistar cada objetivo que desejas, porque você merece a

conquista de cada um. Você é um exemplo de profissional ao qual eu quero me espelhar!
Obrigada por tudo!

“O sucesso nasce do querer, da determinação e persistência em se chegar a um objetivo. Mesmo não atingindo o alvo, quem busca e vence obstáculos, no mínimo fará coisas admiráveis.”

(José de Alencar)

PEREIRA, T. I. M. M. **Repercussão da mastectomia na vida da mulher: esferas pessoal, familiar e social**. 2017. 63 p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2017.

RESUMO

A mastectomia é um dos tratamentos utilizados para combater o câncer de mama. Pode ser de três tipos: simples, modificada e radical, sendo sua escolha dependendo do tipo e do tamanho do tumor, da velocidade de disseminação das células cancerosas e do estado geral do paciente. O estudo teve como objetivo geral descrever a percepção da mulher sobre a repercussão da mastectomia em sua vida. Trata-se de uma pesquisa de caráter descritivo com abordagem qualitativa que foi desenvolvida com dez mulheres que realizaram a mastectomia e participam do grupo de apoio Amigos do Peito de Cajazeiras. A coleta de dados foi feita em março de 2017 por meio de uma entrevista gravada guiada por um formulário semiestruturado. Os dados das questões objetivas foram analisados estatisticamente e representados em tabela, e os dos dados subjetivos analisados conforme o método de Laurence Bardin, sendo posteriormente confrontados com a literatura pertinente. Esta pesquisa cumpriu todas as exigências da Resolução Nº 466/12, garantindo as participantes sigilo dos dados coletados e conhecimento de todos os aspectos da pesquisa. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa sob parecer Nº 1.966.598. Verificou-se que a maioria das participantes encontram-se na faixa etária entre 60 a 69 anos de idade, residentes na zona urbana, estado civil no processo do adoecimento casada, e atualmente solteira, com média de 3 filhos, de raça/cor parda, renda familiar entre 1 a 3 salários mínimos, e grau de escolaridade de ensino superior completo. Foram extraídas quatro categorias: Categoria 1- Descoberta do câncer de mama; Categoria 2- Sentimentos referidos pelas mulheres mastectomizadas; Categoria 3– A mulher mastectomizada, família e sociedade; Categoria 4- Ajuda do grupo de apoio. Foi notável que uma das principais repercussões é o preconceito que acontece da própria mulher mastectomizada, da família e da sociedade perante o câncer de mama e a mastectomia, se tornando principal dificuldade para reinserção da mulher na sociedade. Dessa forma, existe a necessidade da participação das mulheres mastectomizadas em grupos de apoio, visto que podem encontrar suporte para o enfrentamento de seu processo saúde-doença. Verifica-se que conhecer o seu corpo a atentar para a realização de exames preventivos/diagnósticos é essencial para a descoberta do câncer de mama em tempo hábil para seu tratamento e cura. Pode-se constatar que tantos sentimentos negativos, a saber, tristeza, medo e insegurança, como positivos, fé, coragem e amor, estão presentes no dia a dia da mulher mastectomizada. Quanto a repercussão da mastectomia, averigua-se que mais do que o físico é o psicológico da mulher que interfere em seu cotidiano, tanto no campo pessoal como social, seja pelo (auto)preconceito e conseqüente exclusão social, seja pelas (re)adaptações ao meio. Com isso o apoio familiar e social tornam-se essenciais, em especial de pessoas que vivenciaram situações semelhantes, refletindo de forma positiva para o enfrentamento da mulher no seu processo saúde-doença. É visível a repercussão danosa que a mastectomia acarreta a mulher. Mostra-se assim a necessidade da abordagem da temática na sociedade, seja pela equipe de saúde como pela comunidade em geral. Com isso, é imprescindível que se trabalhe com a autoestima dessa mulher, para que assim, ela se torne menos frágil e mais segura de si, e consiga reassumir seu papel de mãe, esposa e cidadã.

Palavras-chave: Mastectomia; Neoplasias da mama; Saúde da mulher.

ABSTRAT

Mastectomy is one of the treatments used to combat breast cancer. It can be of three types: simple, modified and radical, depending on the type and size of the tumor, the rate of spread of cancer cells and the general condition of the patient. The objective of the study was to describe the perception of the woman about the repercussion of the mastectomy in her life. It is a descriptive research with a qualitative approach that was developed with ten women who underwent mastectomy and participated in the support group Amigos do Peito of Cajazeiras. Data collection was done in March 2017 through a recorded interview guided by a semi-structured form. The data of the objective questions were analyzed statistically and represented in table, and those of the subjective data analyzed according to the method of Laurence Bardin, being later confronted with the pertinent literature. This research fulfilled all the requirements of Resolution No. 466/12, ensuring the participants secrecy of the data collected and knowledge of all aspects of the research. It was approved by the Research Ethics Committee under opinion No. 1,966,598. It was verified that the majority of the participants are in the age group between 60 and 69 years of age, living in the urban area, marital status in the process of the illness was married and currently single, with an average of 3 children, which consider themselves brown color/race, family income between 1 to 3 minimum wages, and the schooling level is of complete higher education. Four categories were extracted: Category 1 - Discovery of breast cancer; Category 2 - Feelings referred by mastectomized women; Category 3- The mastectomized woman, family and society; Category 4- Help from the support group. It was remarkable that one of the main repercussions is the prejudice that happens from the mastectomized woman with herself, from the family and from the society in the face of breast cancer and mastectomy, becoming the main difficulty for the reintegration of women in society. Thus, there is a need for the participation of mastectomized women in support groups, since they may find support for coping with their health-disease process. It is verified that to know your body to perform preventive / diagnostic tests is essential for the discovery of breast cancer in a timely manner for its treatment and cure. It can be seen that both negative feelings, namely sadness, fear and insecurity, such as positives, faith, courage and love, are present in the daily life of the mastectomized woman. As for the repercussion of the mastectomy, it is found that more than the physical is the psychological one of the woman that interferes in her daily life, both in the personal and social field, or by (self) prejudice and consequent social exclusion, or by (re-) adaptations In the middle. With this, family and social support become essential, especially for people who have experienced similar situations, reflecting in a positive way the confrontation of women in their health-disease process. The harmful repercussion that the mastectomy causes the woman is visible. This shows the need to approach the issue in society, both by the health team and by the community in general. With this, it is essential that one works with the self-esteem of this woman, so that she may become less fragile and more confident, and be able to resume her role as mother, wife and citizen.

Keywords: Breast neoplasms; Mastectomy; Women's Health.

LISTA DE TABELAS

- Tabela 01:** Distribuição das participantes pelas variáveis idade, estado civil no processo de adoecimento e estado civil atual, Cajazeiras/PB, 2017.....31
- Tabela 02:** Distribuição das participantes pelas variáveis raça, escolaridade, moradia e renda, Cajazeiras/PB, 2017.....33
- Tabela 03:** Distribuição das participantes pelas variáveis tempo de ocorrência da doença, tempo decorrido da cirurgia e tempo de participação do grupo de apoio, Cajazeiras/PB, 2017.....35

LISTA DE SIGLAS

AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
BRCA 1	Breast cancer 1
BRCA 2	Breast cancer 2
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DNA	Ácido desoxirribonucléico
ECM	Exame clínico da mama
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PB	Paraíba
SINTEP	Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras em Educação do Estado da Paraíba
STROBE	Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	15
2 OBJETIVOS	17
2.1 OBJETIVO GERAL	17
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	17
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	18
3.1 CÂNCER DE MAMA	18
3.2 MASTECTOMIA	20
3.3 ASPECTOS EMOCIONAIS DE MULHERES QUE REALIZARAM A MASTECTOMIA.....	22
3.4 GRUPO DE APOIO	24
4 PERCUSSO METODOLÓGICO.....	26
4.1 TIPO DE ESTUDO.....	26
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	26
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	27
4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	28
4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS	28
4.6 ANÁLISE DOS DADOS	28
4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS	29
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA	31
5.2 DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS	35
CATEGORIA 1: DESCOBERTA DO CÂNCER DE MAMA	36
CATEGORIA 02: SENTIMENTOS REFERIDOS PELAS MULHERES MASTECTOMIZADAS.....	38
CATEGORIA 03: A MULHER MASTECTOMIZADA, FAMÍLIA E SOCIEDADE	40
CATEGORIA 4 - AJUDA DO GRUPO DE APOIO.....	43
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	46
REFERÊNCIAS	48
APÊNDICES.....	52
APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados.....	53
APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
APÊNCICE C – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável	57

APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador	
Participante	58
ANEXOS.....	59
ANEXO A – Termo de Anuência.....	60
ANEXO B - Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados	61
ANEXO C- Declaração da Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).....	62

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é uma doença causada pelo crescimento anormal e desordenado das células que compõem os tecidos desse órgão. É a neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres em muitos países, representando no Brasil, a mais frequente, respondendo por cerca de 25% dos casos novos de câncer a cada ano (BRASIL, 2013).

Estudos realizados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2015) comprovaram que em 2014 aconteceram mais de 57 mil casos de câncer de mama no Brasil e em 2013, ocorreram 14.388 mortes, sendo 181 homens e 14.206 mulheres. A estimativa para o biênio 2016-2017 é que haja 58 mil novos casos de câncer de mama no país.

A abordagem terapêutica para o câncer de mama é basicamente composta pelo tratamento cirúrgico e outras terapias como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Normalmente, são utilizadas duas ou mais abordagens de tratamento associadas, porém isso vai depender das características clínicas e psicológicas das pacientes (BEZERRA et al., 2013).

Quanto à mastectomia, que é a cirurgia da retirada das mamas, pode ser de três tipos: simples, quando a remoção é somente da mama; a radical, quando ocorre a remoção da mama, linfonodos regionais, músculos, tecido adiposo e pele; e a modificada, quando ocorre a remoção da mama e de uma parte da musculatura, com preservação de um ou ambos os músculos peitorais, sendo a escolha baseada no tipo e tamanho do tumor, da velocidade de disseminação das células cancerosas e do estado geral da paciente (INCA, 2014).

Após a descoberta do câncer, da realização da cirurgia e ao longo de todo tratamento, a mulher vivencia diversas situações que provocam alterações físicas e psíquicas, podendo acarretar incertezas quanto ao seu futuro (ALMEIDA et al., 2015). Sendo de fundamental importância a prestação de uma assistência de forma holística, humanizada e de qualidade desde a confirmação do diagnóstico da doença, para que a mulher enfrente o seu processo saúde-doença com maior qualidade de vida.

Contudo, a mulher que realiza a mastectomia também necessita de apoio de seus contatos familiares e sociais, inclusive sendo estimulada a participar de grupo de apoio, visto que terão pessoas que passaram por situações similares e poderão ter maior afinidade para o compartilhamento de suas experiências, tendo maior liberdade de expressar suas dúvidas, medos e ansiedades.

Diante dessa problemática e da minha experiência quanto enfermeira em formação, nas aulas teórico-práticas de saúde da mulher, de cirúrgica I e no estágio

supervisionado I, surgiram alguns questionamentos em relação as consequências advindas da realização da mastectomia na vida da mulher, visto ser uma cirurgia que não afeta apenas o físico, como também o fator psicológico de quem a faz, interferindo em seus relacionamentos seja intra ou interpessoais, como por exemplo “Qual a repercussão da mastectomia na vida da mulher nas esferas pessoal, familiar e social? Quais os sentimentos mais relatados pelas mulheres mastectomizadas? Quais as formas de apoio referidas por elas? Neste sentido, ao responder estes questionamentos, verifica-se a relevância social e acadêmica desse estudo.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- ✓ Descrever a percepção da mulher sobre a repercussão da mastectomia em sua vida.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- ✓ Identificar como o diagnóstico foi obtido;
- ✓ Demonstrar os principais sentimentos vividos pelas mulheres no decorrer de seu processo saúde-doença;
- ✓ Descrever como o grupo de apoio interferiu no cotidiano da amostra.

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

3.1 CÂNCER DE MAMA

O câncer de mama é caracterizado pelo crescimento desordenado das células do tecido mamário, possuindo grande possibilidade de invadir outras estruturas orgânicas (INCA, 2016). Pode ser ocasionado por alterações genéticas, hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais ou fisiológicos que modifiquem o desenvolvimento das células ou na morte celular programada (BRASIL, 2013).

Normalmente a carcinogênese é lenta, o que pode levar anos para que a célula prolifere e origine um tumor palpável. Apresenta três estágios, iniciação, onde os genes sofrem a ação dos fatores cancerígenos que vão provocar as mutações, tornando as células alteradas geneticamente, porém ainda não se detecta o tumor; promoção, onde os agentes oncopromotores atuam na célula já mudada, tornando-as malignas de forma gradual e lenta, porém para isso acontecer é preciso que as células tenham contato contínuo com o agente, se esse convívio parar o processo pode ser interrompido nesse estágio; e progressão, onde ocorre a multiplicação descontrolada da célula doente, sendo a reprodução irreversível, e se estende até as primeiras manifestações clínicas da doença. É nessa etapa também que as células vão apresentar um fenótipo característico, desenvolvendo maior agressividade, desenvolvimento rápido, e um grande potencial de invasão de outros tecidos e uma maior disseminação (BRASIL, 2013).

Estima-se que em 2016 ocorreram 57.960 casos novos de câncer de mama no Brasil, com taxa de incidência de 56,20 casos por 100.000 mulheres. Na Paraíba, as estimativas para o ano de 2016 são de 800 casos por 100.000 mulheres, e só na capital João Pessoa as estimativas são de 250 casos por 100.000 mulheres (INCA, 2016).

Ainda de acordo com o INCA (2016) nos anos de 2010 a 2014 ocorreram 68.349 óbitos por câncer de mama no Brasil, onde 14.251 foram na região Nordeste, 1.062 no estado da Paraíba e 16 óbitos na cidade de Cajazeiras- PB. Em virtude desse número alto de mortalidade do câncer de mama é visto a importância de estudar esse tema, pois é o segundo câncer que mais causou mortes na cidade em questão, durante esse período.

Brasil (2013) diz que em relação à clínica e a morfologia, o câncer de mama é considerado uma doença heterogênea, pois existem mais de 20 subtipos como, por exemplo,

os carcinomas lobulares, o tubular, o mucinoso, o medular, o micropapilar, papilar e o mais comum que é o ductal invasivo.

O diagnóstico precoce é um grande passo para a cura, mas apesar dos avanços, ainda existe uma dificuldade nessa precocidade, pois as mulheres ainda não possuem o costume de realizar o autoexame e nem fazer as consultas de rotina. Segundo Zapponi, Tocantins e Vargens (2012), o diagnóstico precoce tem por função descobrir o câncer na sua fase inicial, ou seja, pré-clínica. Os principais métodos utilizados para essa detecção precoce são o exame clínico das mamas, o autoexame e a mamografia. Os sintomas mais comuns que podem ser encontrados são alterações na pele que recobre a mama e a secreção mamilar. Quando o câncer é palpável aparece um nódulo, podendo ser acompanhado ou não de mastalgia. Esses nódulos podem aparecer também na axila, por conta da parte linfática que tem nesse local.

Dessa forma é preciso que a própria mulher, independente da idade conheça seu corpo para saber o que é ou não normal, e assim notar qualquer diferença em suas mamas. É de grande importância que as mulheres se observem no momento em que sentirem confortáveis, não precisando de técnica específica, e se descobrirem alguma alteração mamária, procurem um profissional capacitado para esclarecimento e condutas (BEZERRA et al., 2013). Fernandes et al. (2012), acrescentam que além de estar atenta ao próprio corpo, também é recomendado que mulheres de 50 a 69 anos de idade façam uma mamografia de rastreamento (quando não há sinais nem sintomas) a cada dois anos. Esse exame pode ajudar a identificar o câncer antes do surgimento dos sintomas. Se encontrado algum nódulo precocemente, seja ele cancerígeno ou não tem um bom prognóstico.

Os principais fatores de risco para o câncer de mama são idade acima de 50 anos, casos em parentes de primeiro grau, primiparidade com mais de 30 anos, menarca antes dos 12 anos, menopausa após 50 anos, uso de terapia de reposição hormonal, anticoncepcional oral e consumo de álcool. Em contrapartida, o aleitamento materno reduz o risco de câncer de mama em 4,3% a cada 12 meses, assim como a paridade, com redução de 7,0% (MATOSO; MELO; OLIVEIRA, 2014).

Os recentes avanços da medicina tem ajudado muito na diminuição das taxas de mortalidade por câncer de mama, aumentando a sobrevivência, e para minimização dos efeitos colaterais químicos, radiológicos e cirúrgicos. Além disso, o câncer de mama não poupa as mulheres que o vivenciam e acaba causando sofrimento físico, psicológico, social e espiritual durante as fases de diagnóstico, tratamento, e sobrevivência (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

O tratamento do câncer de mama é bem diversificado, tendo a radioterapia, quimioterapia adjuvante e/ou neoadjuvante, hormonioterapia, e as cirurgias, que podem ser mais conservadoras ou radicais. As conservadoras como a tumorectomia, que é a excisão do nódulo ou tumor da mama, e a quadrantectomia, que é a retirada do quadrante afetado pela doença, estão sendo utilizadas, com o intuito de reduzir os impactos físicos e psicológicos do procedimento mais radical (INCA, 2014).

3.2 MASTECTOMIA

A mastectomia continua sendo uma das formas mais eficazes de tratamento, mas na maior parte das vezes é associada a outros métodos terapêuticos como a quimioterapia que é administração de substâncias químicas, e a radioterapia que é o emprego terapêutico de raios ionizantes (FLORES, 2015). Constitui-se no tratamento de primeira escolha para tumores extensos, por ser a opção mais segura. Atualmente, quando esse tipo de cirurgia é realizado, logo após é feita a reconstrução mamária, proporcionando resultados bastante satisfatórios (BEZERRA et al., 2013). Contudo, pode ser também uma opção de prevenção quando a mulher tem um risco elevado de malignidade devido a antecedentes familiares fortes do câncer ou à presença de mutações nos genes *breast cancer 1* (BRCA1) e *breast cancer 2* (BRCA2), o que aumenta a probabilidade de adoecer de câncer em 50% a 85%, principalmente a partir dos 70 anos de idade (MANDAL, 2014).

O BRCA1 e BRCA2 são exemplos de anti-oncogenes, responsáveis por reparar as lesões do Ácido Desoxirribonucléico (DNA), e estão intimamente relacionados ao câncer de mama quando encontram-se alterados. Porém, como a mutação do BRCA1 ou BRCA2 está presente em apenas 0,1% da população, a imensa maioria dos casos de câncer de mama ocorre em mulheres sem mutações destes genes. Só consegue-se identificar mutações dos genes BRCA1 ou BRCA2 em cerca de 5 a 10% de todos os casos de câncer de mama (PAULA et al., 2012).

A mastectomia é um procedimento radical e irreversível, mas quando algumas pacientes descobrem que podem ter o câncer de mama, acabam aceitando e até mesmo optando, pela cirurgia profilática. Contudo, muitas mulheres sabem que essa estratégia ainda não está associada a um menor risco de morte se comparada a alguma cirurgia conservadora, como a tumorectomia ou a quadrantectomia da mama, aliada à terapia com radiação, e nem muito menos a uma certeza de cura e nem a uma não possível chance de recidiva (CESNIK; SANTOS, 2012).

O impacto da mastectomia na imagem corporal e dimensão psicossocial é aparente. A cirurgia radical é extremamente agressiva e traumática para as mulheres, motivo pelo qual tem sido substituída, sempre que possível, pela cirurgia conservadora e, quando não é, segue-se de reconstrução mamária.

Cabe a equipe multiprofissional, em especial a de enfermagem, que assiste as mulheres com câncer de mama, atender de forma integral e humanizada desde o pré-operatório até o pós-operatório, bem como na preparação para a alta. Isto deve ocorrer uma vez que, as pacientes afetadas por esta enfermidade precisam ser orientadas juntamente com seus familiares, para que tenham uma compreensão clara dos objetivos do tratamento e suas consequências (ALVES et al., 2011).

Durante a operação, é necessária anestesia geral. A duração da operação depende do tipo de mastectomia. Após a cirurgia a mulher vai passar algum tempo na sala de recuperação, onde seus parâmetros vitais são controlados. Nessa sala elas são medicadas normalmente com analgésicos para o controle da dor. Essas pacientes podem ficar internadas de um a sete dias, de acordo com a cirurgia. Os riscos desse procedimento são equivalentes aos riscos de qualquer outra operação realizada sob anestesia geral. Sabe-se da necessidade que essas pacientes precisam ficar em observação, para que não ocorra qualquer tipo de complicações após a operação (NASCIMENTO et al., 2014).

Após a mastectomia ocorrem muitas alterações na rotina dessas mulheres, elas acabam ficando com algumas limitações. Uma grande parte delas tem que abandonar ou dividir suas atividades diárias, como por exemplo, não poderem fazer trabalho com demanda de força por sentirem dor, não poderem carregar peso, além de algumas mudanças com a alimentação. Sendo assim essas mulheres além de precisar de apoio psicológico, ainda necessitam de apoio com suas atividades diárias, pois não vão poder fazer os mesmo esforços de antes da cirurgia. Contudo, sabendo que elas não podem parar de realizar atividades, até mesmo para não apresentarem um sentimento de inutilidade e a fim de prevenir complicações decorrentes da cirurgia o apoio dos familiares e amigos é essencial nessa mudança de vida (LAGO et al., 2015).

A mastectomia pode trazer algumas limitações físicas como problemas nos movimentos dos braços e dos ombros, principalmente nos primeiros meses de pós-operatório, como também assimetria corporal, linfedema, alterações posturais e fadiga. Ainda podendo causar ressecamento vaginal, causando dor e desconforto na relação sexual, ajudando a explicar a falta de interesse sexual da mulher (dispauremia) após essa cirurgia (CESNIK, 2012).

Após o procedimento também é preciso que as mulheres que se submeteram à mastectomia tenham muitos cuidados como: não levantar objetos pesados, para evitar edema linfático do braço; tanto o local operado quanto a outra mama devem ser examinados mensalmente; após a cicatrização completa da ferida operatória, a pele deve ser hidratada com cremes; evitar no braço do lado operado que ocorra algum machucado, pois se foram retirados os vasos linfáticos desse local, eles ajudam a proteger o organismo de infecções e corpos estranhos, ficando assim mais difícil a cicatrização e mais fácil para se obter uma infecção (INCA, 2015).

3.3 ASPECTOS EMOCIONAIS DE MULHERES QUE REALIZARAM A MASTECTOMIA

A mulher quando descobre que está com câncer de mama, tem muitas inquietações, uma das primeiras deve-se à quimioterapia, por conta de seus efeitos colaterais agressivos e estressantes. E o segundo e grande medo está relacionado à própria mastectomia, pois elas sabem que além das consequências físicas, ainda poderão ter as emocionais e sociais (MARINHO; COSTA; VARGENS, 2013).

A partir do momento em que a mulher sabe que será submetida à mastectomia, ela acaba enfrentando um turbilhão de sentimentos, como o medo, apreensão e a preocupação. Dessa forma, para uma melhoria dessa gama de sensações e minimização do medo é preciso que se conheça e compreenda um pouco do processo da doença, seu tratamento e também da cirurgia em si (ALVES et al., 2011).

Ao vivenciar o diagnóstico de câncer e ser submetida à mastectomia, a mulher inicia uma longa e difícil trajetória em sua vida, que vai desde a aceitação da doença até a readaptação e os reajustes psicossociais que a paciente vai precisar passar. É visto que o câncer de mama provoca uma condição de vulnerabilidade e de perdas emocionais consideráveis, trazendo assim grandes e significativas alterações no cotidiano da mulher e ainda a incerteza quanto ao futuro, somando-se com o desespero e o medo de morrer (FURLAN et al., 2012).

Muitas mulheres sentem culpa por terem obtido a doença, pois acham que ela foi causada somente pelo seu estilo de vida, mas não sabem que o meio cultural em que estão inseridas, a herança familiar, sentimentos reprimidos e alguns traumas físicos são hábitos que também podem levar ao adoecimento (BANDEIRA, 2011).

Sabendo das preocupações da mulher com a descoberta do câncer é possível imaginar que ela muitas vezes se sente incapaz de proporcionar algo bom para os familiares, como por exemplos, seus filhos. Em relação ao convívio com os filhos, a pior dificuldade da mulher na perda da mama é quando está amamentando, pois ela se sente totalmente responsável pela nutrição dessa criança, além de perder aquele vínculo que todos falam que a amamentação causa (BANDEIRA, 2011).

Os familiares, com ênfase no companheiro, são de extrema importância para a melhora e adaptação da mulher nesta nova fase da vida, devido às dificuldades apresentadas por elas em relação a sua autoimagem, principalmente em situações que mostram o seu corpo. Fazendo com que muitas pacientes façam logo a cirurgia de reconstrução da mama, seja porque ela acredita que sem aquele pedaço do corpo ela não vai mais ser amada pelo cônjuge, ou até por satisfação própria (FERNANDES et al., 2012).

Após a mastectomia ainda existe a possibilidade de complicações, por isso a mulher precisa estar amparada física e emocionalmente, e, sem dúvida com o apoio do companheiro será muito mais fácil superar o trauma que a mutilação traz e suas possíveis complicações. Sendo assim um casamento bem estruturado fornece esse amparo social inibindo os efeitos do estresse, enquanto um mal casamento, a perda de um parceiro ou mesmo o fato de estar descasado causa ou exacerba o estresse, tendo efeitos prejudiciais ao bom funcionamento do organismo (GASPARELO et al., 2010).

Com isso, a família se constitui em uma das principais redes de apoio da mulher, por permitir certa estabilidade para a paciente lutar contra a doença. Com esse apoio ela vai conseguir suprir suas carências emocionais e alcançar uma melhor aceitação e orientação comportamental. A mulher quando se vê com o corpo alterado, dolorido e limitado necessita muito da escuta e da compreensão desses familiares. Cabe à enfermagem e toda equipe multiprofissional reconhecer a relevância dessa integração e buscar formas de favorecê-la, mostrando-se disponíveis para dá o devido apoio, além de reforçar-lhes informações fornecidas anteriormente e orientá-las em questões de dúvidas ou conflitos (FURLAN et al., 2012).

A vida social dessa mulher muda totalmente, pois é no momento do tratamento que ela percebe as pessoas que antes conviviam com ela normalmente, acabam se afastando por medo e desconhecimento da doença. Outra grande dificuldade que ela pode sentir é a de reassumir a vida profissional, pois o medo de serem desvalorizadas e vistas de forma discriminada implica na mudança de comportamento (ALMEIDA et al., 2015).

Sendo assim, observa-se que a descoberta do câncer de mama e a mastectomia são momentos difíceis tanto para a mulher como para todos que a rodeiam. Dessa maneira, a relação com ela mesma e também as interpessoais passam por profundas modificações, interferindo diretamente no convívio saudável e fortalecedor dela com seus contatos.

3.4 GRUPO DE APOIO

Grupo de apoio é um conjunto de pessoas que se reúnem para tratar de um tema em comum, e nessa reunião os membros do grupo compartilham/partilham informações, dão/recebem orientações emocionais e resolvem problemas pessoais (MANTOVANI, 2008).

Esses tipos de grupos estão sendo muito utilizados e auxiliam os participantes, possibilitando uma grande troca de experiências e reflexões. Oferecendo apoio, estes grupos possibilitam a percepção da situação real que as pessoas que procuram por eles estão vivendo, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre o problema e diminuição das fantasias a ele relacionadas, ajudando-as no enfrentamento da crise vivenciada (FARIAS et al., 2015).

No momento da mastectomia, o apoio social é fundamental para a recuperação da mulher. Compreende-se como apoio o processo de interação entre pessoas ou grupos em que se estabelece o auxílio mútuo e se oferece apoio afetivo, que provoca efeito direto sobre o bem-estar, o que promove a melhoria dos aspectos psicoemocionais de indivíduos no processo saúde-doença. Esse apoio compreende o suporte emocional, educacional ou informativo. O apoio emocional está relacionado à estima, ao afeto, à aprovação e a ações que levem ao sentimento de envolvimento com o grupo de apoio, e o apoio educacional ou informativo que tem por objetivo possibilitar a troca de informações entre as pessoas para que se sintam mais seguras acerca dos temas de interesse. Alguns grupos que podem ser citados são: grupos religiosos, dos serviços de saúde, grupos de apoio familiares (FURLAN et al., 2012).

No caso das mulheres que realizaram a mastectomia, esses grupos tendem a promover a auto-estima, a valorização da pessoa humana, o melhor enfrentamento de situações difíceis relacionadas à doença. Essas atividades ficam ainda melhores quando a paciente possui conhecimento acerca do adoecimento, mobilizando suas forças e utilizando-a no processo de recuperação (OTTO; VENDRUSCOLO; FRIGO, 2014).

As mulheres tendem a discutir livremente as questões relacionadas ao câncer de mama e a mastectomia. Sendo assim é preciso que o ambiente seja confortável e que

favoreça suporte social, compartilhamento de experiências, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis, educação, informação e discussão de questões existenciais (SANTOS et al., 2013).

Diante dos argumentos citados acima é notável a importância e a necessidade da criação desses grupos de ajuda e a participação efetiva das mulheres, para que tenham um lugar onde conversarem e desabafarem sobre os seus problemas e encontrem apoio social para enfrentar seu processo saúde-doença com maior tranquilidade e qualidade de vida.

4 PERCUSSO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo do tipo exploratório e descritivo, com abordagem qualitativa. O estudo de campo procura o aprofundamento de uma realidade específica. É basicamente realizado por meio da observação direta das atividades do grupo estudado e de entrevistas com informantes para captar as explicações e interpretações do que ocorre naquela realidade (GIL, 2011).

O estudo descritivo estuda as relações entre as variáveis, à medida que ela se manifesta através da observação, do registro e da análise dos fatos ou fenômenos. A pesquisa exploratória é feita com o levantamento da presença das variáveis e se elas vão ser caracterizadas qualitativamente ou quantitativamente (KOCHE, 2011).

Segundo Prodanov e Freitas (2013), a abordagem qualitativa vai ocorrer de uma forma direta, no qual o pesquisador tem intimidade com o ambiente e com a própria pesquisa, produzindo um melhor estudo, onde o processo da pesquisa se sobressai, resultando em uma boa coleta de dados.

Para a descrição deste estudo, foi utilizado a estratégia que é denominada *Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology* (STROBE) (ANEXO C). O STROBE mostra itens que precisam estar presentes no título, resumo, introdução, metodologia, resultados e discussão na pesquisa. Essa iniciativa oferece um padrão que pode ser seguido por autores de estudos observacionais que tem como objetivo o auxílio para que essas pesquisas tenham uma descrição mais pertinente, para que assim os editores, revisores e leitores em geral desfrutem de uma leitura crítica dessas publicações com mais facilidade (MALTA et al., 2010).

4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras. Este grupo de apoio funciona no município de Cajazeiras-PB. Foi fundado em março de 2006, por Goreti do Nascimento Andrade, enfermeira, professora aposentada da Universidade Federal de Campina Grande/Centro de Formação de Professores, que teve o câncer de mama e durante o

tratamento teve a oportunidade de participar de um grupo de apoio no município de João Pessoa. Grupo este que a ajudou muito na sua recuperação, com isso sentiu-se tocada em fundar um parecido na cidade onde residia, com o intuito de auxiliar mulheres que também tiveram o câncer de mama e passaram pela cirurgia de mastectomia. No início elas se reuniam na Biblioteca Pública da cidade, e hoje em dia se reúnem no Sindicato dos Trabalhadores e Trabalhadoras em Educação do Estado da Paraíba (SinteP), em uma sala emprestada.

O símbolo do grupo é o laço rosa, que é o mesmo símbolo do combate ao câncer de mama no mundo. Esse laço foi inspirado no laço vermelho que simboliza o comprometimento na luta contra a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). Esse projeto do laço vermelho foi criado em 1991 pela Organização não governamental Visual AIDS de Nova York, em homenagem as pessoas que morreram ou viviam com a doença. Com essa inspiração veio a ideia do laço rosa como símbolo da luta contra o câncer de mama, para dar maior visibilidade a problemática e com isso subsidiar o empoderamento tanto das mulheres acometidas pelo câncer, como da sociedade em geral (ALVES, 2014).

A cidade de Cajazeiras no estado da Paraíba ocupa uma área de 565,899 km² e está localizado a aproximadamente 468 quilômetros de João Pessoa, a capital do estado, limitando-se, em sentido horário, com os municípios de São João do Rio do Peixe (norte e leste); Nazarezinho (sudeste); São José de Piranhas (sul); Cachoeira dos Índios; Bom Jesus (os dois últimos a oeste); e Santa Helena (noroeste). É considerada o sétimo maior município em população da Paraíba, com um número de 58.446 habitantes, sendo 30.508 mulheres e 27.938 homens, caracterizado ainda com um clima tropical quente (IBGE, 2010).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população é conceituada como um conjunto que apresenta particularidades em comum, na qual esse universo é submetido à observação e pesquisa, é a totalidade dos elementos em estudo (BERGAMASCHI; SOUZA; HINNING, 2011). A população deste estudo foi composta por 15 mulheres que fizeram mastectomia e participam do Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras.

Segundo Prodanov e Freitas (2013), amostra é uma determinada parcela da população, na qual possuem suas características exclusivas, diferentes dos outros elementos do universo. A amostra desse estudo foi composta por 10 mulheres que fizeram a cirurgia de mastectomia e se adequaram aos critérios de inclusão e de exclusão.

4.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Os critérios de inclusão foram: ter feito a cirurgia de mastectomia e participar do grupo de apoio há mais de seis meses, entendendo-se que esse seja o período mínimo para desenvolver familiaridade com a dinâmica do grupo Amigos do Peito de Cajazeiras.

Foram excluídas da amostra as mulheres que não puderem ser contatadas no período da coleta dos dados.

4.5 INSTRUMENTO E TÉCNICA PARA COLETA DE DADOS

Os dados foram coletados por meio de entrevista semiestruturada utilizando um roteiro (APÊNDICE A) contendo dezoito questões relacionadas ao perfil sociodemográfico das entrevistadas e sobre a temática do estudo, de forma a respeitar a livre expressão de suas opiniões e conhecimentos, como também um gravador de voz, uma câmera fotográfica e uma filmadora.

Inicialmente, no dia 16 de fevereiro de 2017 foi realizada uma visita a coordenadora do Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras para a coleta de informações sobre o grupo e imersão no ambiente em que a amostra encontra-se inserida. Durante a visita a pesquisadora levou o projeto e explicou detalhadamente o que consistia a pesquisa, explicando como seria realizada. No momento do encontro solicitou os nomes das mulheres que participavam ativamente do grupo e que poderiam ser contatadas. Diante disso, após ter conhecimento da reunião mensal do grupo de apoio, foi convidada para participar.

No dia 16 de março de 2017 as entrevistas foram realizadas com cinco mulheres que compareceram a reunião. As perguntas foram realizadas no espaço onde acontece o encontro do grupo, em local reservado, sem interrupções, preservando assim o sigilo sobre as informações coletadas, para que assim elas se sentissem confortáveis para responderem os questionamentos com autonomia, liberdade e sem receios. Foi utilizado um gravador de voz, e cada entrevista durou em média 20 minutos. Posteriormente, foram realizadas imagens fotográficas e um vídeo com o depoimento das entrevistadas, agora de forma compartilhada.

Como cinco mulheres não puderam comparecer a reunião marcada, a pesquisadora fez contato telefônico e recebeu o consentimento para realizar uma visita domiciliar com o intuito de entrevistá-las. Nos dias 22 a 24 de março de 2017, as visitas e consequentemente as entrevistas foram realizadas com sucesso. Respeitando todo o trâmite legal e respeitando os preceitos éticos.

4.6 ANÁLISE DOS DADOS

Depois de coletados, os dados das questões objetivas foram tabulados quantitativamente e apresentados em tabelas. Quanto aos dados das questões subjetivas, os mesmos foram organizados e categorizados conforme a técnica de análise de conteúdo elaborada por Laurence Bardin. Todos os dados obtidos foram analisados de forma descritiva e discutidos de acordo com a literatura pertinente.

A análise de conteúdo corresponde a um processo formado por um conjunto de técnicas de análise das características de uma mensagem, através de métodos organizados e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, e o seu significado, ocorrendo nas seguintes etapas: a pré-análise; a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação (BARDIN, 2011).

4.7 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

O referido estudo atendeu com respeito às questões éticas da Resolução 466/12, valorizando os aspectos que envolvem as pesquisas em seres humanos, assegurando-lhes sua liberdade, sua dignidade, e autonomia (BRASIL, 2012).

Esse estudo possuiu riscos mínimos, já que não envolveu a realização de procedimentos invasivos; porém foi citado que se as participantes sentissem desconforto em falar algum assunto em especial elas poderiam não responder a qualquer pergunta. A pesquisadora estava atenta quanto ao estado emocional das entrevistadas, evitando quaisquer riscos à participação, diminuindo os constrangimentos, intimidação e estresse emocional por alguma pergunta da pesquisa, deixando a participante à vontade para decidir sobre sua continuação no estudo. O benefício do estudo foi a contribuição para um melhor conhecimento sobre o tema abordado pelos profissionais da saúde o que subsidiará na prestação dos serviços à comunidade.

A priori, foi solicitado a anuência do Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras para a realização da pesquisa. Posteriormente, foi feito o cadastramento na Plataforma Brasil e submetido ao CEP da Faculdade Santa Maria situada na BR 230, Km 504, Bairro Cristo Rei, Cajazeiras- PB, CEP: 58900-000, sendo aprovado sob parecer N° 1.966.598.

O TCLE foi elaborado com informações pertinentes a pesquisa, orientando os participantes de forma clara sobre os objetivos da pesquisa, mostrando que sua participação é

voluntária, podendo ser interrompida a qualquer momento, sem nenhum prejuízo e que a pesquisa não trará danos físicos. Dito isso, todas as participantes assinaram o TCLE (APÊNDICE B) em duas vias, uma ficando em poder da participante e a outra com a pesquisadora.

O cumprimento do TCLE ocorreu de forma que o entrevistado sentiu-se confortável em expressar suas concepções, atendendo ao que foi pedido, mas mantendo a sua autonomia de ser livre para desistir da pesquisa a qualquer momento, preservando assim o seu anonimato.

Os participantes receberam pseudônimos seguidos de numeração de acordo com as entrevistas para que seus anonimatos sejam garantidos.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados obtidos da pesquisa foram apresentados em dois momentos. No primeiro, a análise quantitativa dos dados, por meio de tabelas constituídas pela caracterização sociodemográfica dos participantes da pesquisa. No segundo, a análise qualitativa dos dados, no qual foram construídas categorias após a transcrição, organização, interpretação e leitura exaustiva do conteúdo decorrente das entrevistas de acordo com Laurence Bardin.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DA AMOSTRA

TABELA 01-Distribuição das participantes pelas variáveis: idade, estado civil no processo de adoecimento e estado civil atual, 2017.

Variáveis	<i>f</i>	%
Idade		
40 a 49	2	20
50 a 59	2	20
60 a 69	3	30
70 a 79	2	20
80 a 89	1	10
Total	10	100
Estado no processo do adoecimento		
Solteira	4	40
Casada	5	50
Viúva	0	0
Separada	1	10
Total	10	100
Estado civil atual		
Solteira	4	40
Casada	3	30
Viúva	2	20
Separada	1	10
Total	10	100
Filhos		
0	2	20
1 a 3	4	40
4 a 6	2	20
7 a 9	2	20
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Observa-se que a maioria das participantes encontram-se na faixa etária entre 60 a 69 anos de idade, com idade mínima de 40 anos e máxima 80 anos de idade, média de 62 anos e com desvio padrão de $\pm 12,40$. A pesquisa corrobora com o INCA (2016) quando cita que a faixa etária acima de 50 anos é um dos mais importantes fatores de risco, e muitas vezes único para o desenvolvimento do câncer de mama, pois quanto maior a idade da pessoa mais exposta ela vai ser as alterações biológicas que vem com o envelhecimento. Bushastsky et al. (2015) afirmam que mulheres com idade mais avançada não costumam realizar a mamografia, e isso é relacionado aos fatores culturais e crenças socialmente ligadas ao envelhecimento, gerando dificuldade no rastreamento do câncer de mama, que se realizado de forma precoce possui mais chances de cura.

Quanto ao estado civil durante o processo de adoecimento, observa-se uma maior porcentagem de casadas, contudo ao se questionar sobre o estado civil atual, constatou-se que duas participantes que se declararam casadas anteriormente, declaram agora ser viúva e a outra solteira. Esta última relatou que após o diagnóstico ocorreu a separação, pois o companheiro se afastou no momento da sua doença. O companheiro tem fundamental papel durante todo o tratamento, pois a mulher tem a necessidade de apoio durante a reabilitação que ocorre após a cirurgia de mastectomia. Alguns esposos dão esteio para essa recuperação, porém existem muitas situações onde acontece um afastamento a partir do diagnóstico do câncer de mama (FERREIRA et al., 2011). De acordo com Brasil (2013), as mulheres que não possuem companheiros parecem ser mais frágeis face às mudanças que ocorrem em sua vida cotidiana, principalmente em relação a doenças, pois elas tendem a não realizar exames de prevenção por não terem incentivo de ninguém quanto ao cumprimento dessa forma de rastreamento.

A média de filhos por mulher foi de três com desvio padrão de $\pm 2,68$. A nuliparidade, ou reduzido número de gestações, é tendência associada ao desenvolvimento socioeconômico atual e é colocado como importante fator para o desenvolvimento do câncer de mama. Mulher com mais de 4 filhos e que amamentou constitui-se com fatores de proteção para a doença (LAGO et al., 2011).

TABELA 02- Distribuição dos participantes pelas variáveis: raça, escolaridade, moradia e renda, 2017.

VARIÁVEIS	<i>f</i>	%
Raça		
Branca	2	20
Parda	8	80
Total	10	100
Renda (em salários mínimos de R\$ 937,00)		
1 a 3	7	70
4 a 6	2	20
7 a 9	1	10
Total	10	100
Escolaridade		
Ensino Fundamental Incompleto	2	20
Ensino Fundamental Completo	1	10
Ensino Médio Incompleto	0	0
Ensino Médio Completo	3	30
Ensino Superior Incompleto	0	0
Ensino Superior Completo	4	40
Total	10	100
Moradia		
Zona Urbana	10	100
Zona Rural	0	0
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Em relação à raça/cor, verifica-se uma maior porcentagem de pardas, que pode estar relacionado ao fato desta variável ser autodeclarada. No Brasil, mais de 40% da população se declara parda (IBGE, 2010). Moura et al. (2012) relatam que essa variável acaba não sendo estudada como fator de risco para as doenças, por ser uma variável onde o indivíduo se autodeclara, tornando-se extremamente subjetiva, sendo difícil estabelecer um parâmetro. Ressalta-se a presença significativa da miscigenação das raças no Brasil.

Observou-se que a maior parte da amostra recebe de 1 a 3 salários mínimo, com a renda mínima de 1 e a máxima de 9 salários, com uma média de 2,7 salários e com desvio padrão de $\pm 2,62$. Lago et al. (2015) citam que mulheres com menor renda procuram os

serviços de saúde com menos frequência, sendo assim acabam descobrindo a doença em estágio mais avançado, o que evidentemente interfere no prognóstico da mulher.

A maioria das mulheres entrevistadas possuíam o ensino superior completo, o que vai de encontro a outros estudos que retratam a baixa escolaridade como fator de risco para o câncer. De acordo com Ramos et al., (2012) o baixo nível de escolaridade constitui um problema para o câncer de mama, pois influencia no acesso destas mulheres a serviços de saúde, práticas de autocuidado e adoção de medidas de detecção precoce para o câncer de mama. Presume-se que o achado desta pesquisa em relação a escolaridade seja decorrente do próprio contexto social, onde as pessoas mais bem informadas participam mais ativamente do seu processo saúde-doença e tendem a buscarem novas formas de apoio.

Notou-se que todas as mulheres da amostra moram na zona urbana, fato que pode influenciar no processo de adoecimento, pois apesar de historicamente a mulher do campo procurar menos o serviço de saúde, as mulheres da cidade tendem a ter mais acesso a fatores de risco para câncer de mama como: alimentos gordurosos, o cigarro, a bebida alcoólica, como também são pessoas mais sedentárias, podendo gerar a obesidade, aumentando assim a probabilidade do adoecimento (BRASIL, 2013). Evidencia-se também que a dificuldade de mulheres que residem na zona rural buscarem atendimento precoce em saúde também se reflete na busca por um grupo de apoio.

TABELA 03: Distribuição das participantes pelas variáveis: variáveis tempo de ocorrência da doença, tempo decorrido da cirurgia e tempo de participação do grupo de apoio, 2017.

VARIÁVEIS (anos)	<i>f</i>	%
Tempo de ocorrência da doença		
4 a 7	3	30
8 a 11	2	20
12 a 15	5	50
Total	10	100
Tempo decorrido da cirurgia		
4 a 7	3	30
8 a 11	3	30
12 a 15	4	40
Total	10	100
Tempo de participação grupo		
0 a 3	3	30
4 a 7	2	20
8 a 12	5	50
Total	10	100

Fonte: Dados da pesquisa, 2017.

Constatou-se que as mulheres relataram ter tido o câncer de mama de quatro a 15 anos atrás, com média de 10 anos e desvio padrão de $\pm 4,01$. Semelhante ao tempo de cirurgia, que teve o meso tempo mínimo e máximo, média de 9,6 anos e desvio padrão de $\pm 4,06$. Apesar do tempo decorrido entre o diagnóstico, cirurgia e o tempo atual, as consequências advindas da doença ainda permanecem presentes na vida da mulher, o que é sugerido pela sua participação no grupo de apoio.

Quanto ao tempo de participação no grupo, tem-se uma variação de menos de um ano e máximo de 11 anos, com média de 7 anos e desvio padrão de $\pm 3,91$. Observa-se a adesão destas mulheres ao grupo de apoio, o que presume-se ser em decorrência da ajuda recebida para o enfrentamento de seu processo saúde-doença/consequências da mastectomia.

5.2 DELINEAMENTO DAS CATEGORIAS

Mediante a questão norteadora “Qual a repercussão da mastectomia na vida da mulher nas esferas pessoal, familiar e social? ” e a leitura cuidadosa e exaustiva das entrevistas, emergiram as seguintes categorias: **Categoria 1** - Descoberta do câncer de mama; **Categoria 2** - Sentimentos referidos pelas mulheres mastectomizadas; **Categoria 3** – A mulher mastectomizada, família e sociedade; **Categoria 4** - Ajuda do grupo de apoio.

CATEGORIA 1: DESCOBERTA DO CÂNCER DE MAMA

Esta categoria tem como função mostrar como se deu a descoberta da doença. A priori, duas mulheres suspeitaram do câncer de mama quando fizeram o autoexame. Isso está relatado na fala abaixo:

“(...) Quando foi numa certa manhã, resolvi fazer o autoexame e senti dois carocinhos na mama esquerda, não sabia se era normal, porque não tinha costume de me tocar.” (SUJEITO 03).

“Consegui descobrir meu câncer a partir de um exame, aquele que faz na mama, antes fiz meu autoexame e senti uns carocinhos diferentes (...)” (SUJEITO 10).

A partir desses dois relatos é perceptível a importância da mulher conhecer o seu corpo, fazendo o autoexame, pois só assim vai saber o que é fisiológico ou não. Um dos principais obstáculos da cura do câncer ainda é a detecção tardia e o atraso para a investigação de lesões mamárias suspeitas. Além de a mulher sentir-se constrangida para ir ao serviço e explicar que sentiu nódulos na sua mama, ainda há o elevado tempo de espera para a realização dos exames diagnósticos, comprometendo assim o início do tratamento, podendo ocorrer conseqüências graves, como a diminuição de chances da cura pelo estágio que o câncer foi diagnosticado (PAIVA; CESSE, 2015).

A maior parte da amostra, sete mulheres, descobriu o câncer a partir de *check up* que realizavam anualmente, mas não possuíam o costume de fazer o autoexame.

“(...) de 2012 para 2013 quando eu fiz a consulta de rotina, a mamografia, o médico disse que tinha aparecido um nódulo e esse nódulo era diferente (...)” (SUJEITO 02).

“(...) eu fui fazer a mamografia, aí médica disse que tinha um início de um tumor, mas só no ano seguinte que eu fui fazer novamente e foi diagnosticado (...)” (SUJEITO 06).

De acordo com BRASIL (2013), o Ministério da Saúde preconiza que mulheres de 40 a 49 anos façam o exame clínico das mamas (ECM) anualmente, mulheres entre 50 e 69 anos façam o ECM anualmente e uma mamografia a cada dois anos e mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado de câncer façam o ECM e a mamografia anualmente. Essa é também a rotina adotada na maior parte dos países que implantaram o rastreamento do câncer de mama e tiveram impacto na redução da mortalidade por essa doença.

Nas falas acima verifica-se a mamografia como o exame que diagnosticou a doença. Contudo, apesar do foco no diagnóstico precoce do câncer pelos órgãos governamentais de saúde, na prática, essa ação esbarra, muitas vezes, em burocracias do sistema, bem como em profissionais das diversas áreas da saúde despreparados para tal assistência. Isso quer dizer que além da demora para conseguir a realização do exame da mamografia, ainda há pouca preparação por parte dos profissionais para a conclusão do mesmo com um diagnóstico preciso e tratamento adequado (SILVA; HORTALE, 2012). Isso está explícito na fala abaixo:

“Quando diz assim, é pra fazer uma cirurgia, principalmente essa que foi muito delicada, tem muita história pra contar, assim, só que demora muito também pra poder fazer a cirurgia, porque depende também de vaga, de muito exame (...)” (SUJEITO 01).

Traldi et al. (2016) relatam que a demora no diagnóstico e no início do tratamento tem sido associada a menor sobrevida e que os principais fatores para isso são espera para a consulta médica especializada no nível secundário de atenção a saúde, a demora para conseguir realizar os exames diagnósticos e a procura de vaga para tratamento, o que sugere que hoje em dia ainda acontece uma fragilidade na efetivação da linha de cuidados oncológicos.

A detecção precoce do tumor mamário é um fator importante para o controle e tem relação direta no acesso a informação da doença e na conscientização da população para a realização de técnicas de rastreamento, como o exame clínico das mamas, a mamografia e o autoexame das mamas. A participação nas atividades educativas em saúde de membros da comunidade no papel de educadores, como enfermeiros, técnicos de enfermagem, representantes religiosos e líderes comunitários, poderá ser uma estratégia para informação e divulgação das medidas de controle e detecção do câncer de mama. A conscientização da

população sobre o câncer e o estímulo às mudanças de comportamento como a própria realização do autoexame são ações fundamentais para uma detecção precoce da doença e uma maior chance de cura (LOURENÇO; MAUAD; VIEIRA, 2013).

Dessa maneira, percebeu-se que o diagnóstico do câncer de mama nas entrevistadas se deu a partir de suspeitas advindas do autoexame, do exame clínico das mamas e confirmado pela mamografia. Contudo, ainda é visto o retardo nesses diagnósticos e também a demora para conseguir o tratamento necessário quando descoberto, constatando a necessidade de ações de educação em saúde para um acompanhamento e diagnóstico precoce dessas mulheres e também melhoria no serviço de saúde oferecido, tentando minimizar o tempo de espera para o tratamento.

CATEGORIA 02: SENTIMENTOS REFERIDOS PELAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

Essa categoria tem como função mostrar os sentimentos que mais foram citados pelas mulheres que passaram pela cirurgia de mastectomia.

“(...) depois que eu fiquei naquele hospital vendo muita gente doente, aí já começou aquela tristeza, de ficar tão longe de casa, de passar por tanta coisa que eu até pensava que eu não ia sobreviver (...)”
(SUJEITO 01).

“Fiquei arrasada, me senti mal, e principalmente porque a médica disse que era pra ontem, então vi que era grave (...)” (SUJEITO 02).

“(...) eu confesso que senti medo, insegurança, eu chorei muito, (...)”
(SUJEITO 03).

A descoberta da doença e em consequência a retirada da mama causam percepções novas acerca da vida dessa mulher podendo gerar sentimentos negativos ou positivos.

Os principais sentimentos negativos relacionados à cirurgia de mastectomia relatados neste estudo foram o medo, insegurança e tristeza. Estes sentimentos são considerados partes da atitude da mulher diante de uma cirurgia que vai provocar alterações em diversos aspectos, uma vez que a mama representa uma simbologia de feminilidade, sexualidade, estética e maternidade (NASCIMENTO et al., 2015).

Quanto aos sentimentos positivos, referiram fé, coragem e amor, como observa-se abaixo.

“(...) eu tive muita coragem para enfrentar o tratamento com a certeza da cura (...)” (SUJEITO 05).

“Após a cirurgia chorei muito, mas sempre com aquela confiança em Deus e muita força e amor pelos meus filhos (...)” (SUJEITO 06).

Percebeu-se pelos depoimentos que o conforto espiritual é de grande importância. Sendo perceptível que a fé acabou por encorajar as mulheres na realização da cirurgia, a partir da sensação de força e confiança em Deus e na certeza da cura. Sendo assim, a fé em um ser superior é um dos principais pontos de apoio para o tratamento do câncer, corroborando com Oliveira et al. (2013), que citaram que a espiritualidade pode sim influenciar na recuperação de pessoas doentes e que quando o tratamento termina, essas mulheres acabam por aumentar ainda mais sua religiosidade, espiritualidade revendo valores e mudando de atitude para melhorar a qualidade de vida.

Observou-se também mulheres que relatavam sentimentos de indiferença em relação à situação que se encontravam naquele momento, como exemplificado na fala abaixo.

“Eu me senti normal mesmo, isso acontece com qualquer pessoa. Se desesperar eu acho que é pior” (SUJEITO 08).

Diante dessa fala, Nascimento et al. (2015) afirmam, que ainda existem àquelas mulheres que utilizam a indiferença ou o estado de tranquilidade como uma forma de negação ao processo cirúrgico e ao adoecimento. Pode ser aplicado como uma estratégia de fuga da realidade ou até mesmo uma maneira de mostrar que a aflição não traria nenhuma forma de benefício. Sendo assim, algumas optaram mostrar despreendimento quanto à doença e a mastectomia, diminuindo a impressão de que estas poderiam ser um risco à vida, como verifica-se na fala abaixo.

“(...) eu criei uma frase que diz: mulheres mastectomizadas, mutiladas no corpo, não na emoção” (SUJEITO 09).

A frase criada por uma entrevistada mostra o quanto a mastectomia repercute na vida de quem necessita realizá-la, mas que isso não pode abalar o emocional dessas mulheres,

pois elas precisam estar bem para poder passar por todos os obstáculos e encontrar a cura, a pesquisa corrobora com Pinheiro et al. (2013), pois no cotidiano, as mulheres com diagnóstico de câncer de mama, se veem em volta de vários conceitos, preconceitos, mudanças na sua autoestima e na reestruturação da sua imagem corporal, que não trazem boas sensações. Apesar disso, é imprescindível que elas estejam bem, para que consigam ter estímulo para realizar todo o tratamento, pois sensações ruins tendem a baixar a imunidade da paciente, interferindo diretamente no tratamento.

Percebe-se a gama de sentimentos que a mulher sente no diagnóstico, durante o tratamento do câncer e até mesmo após a cura do mesmo. Sabendo que ocorrem modificações na imagem corporal, autoestima e nos relacionamentos social é preciso que essas mulheres saibam lidar com esses sentimentos, pois é o que verdadeiramente precisa estar em foco e deve ser bem trabalhado.

CATEGORIA 03: A MULHER MASTECTOMIZADA, FAMÍLIA E SOCIEDADE

Essa categoria tem a função de mostrar a repercussão da mastectomia para a mulher, a família e a sociedade.

Observa-se na fala abaixo, que algumas mulheres (seis) tiveram total apoio da família e da sociedade.

“Eu tive apoio tanto da família, como dos amigos, como de paróquia, como de todo mundo. Então sempre fui muito bem fortalecida (...)”
(SUJEITO 02).

“(...) aí a sociedade também, os amigos, todo mundo apóia, todo mundo fica solidário, aí a gente vai levando (...)” (SUJEITO 04).

“(...)para os familiares o medo da perda da mãe e esposa, mas sem nunca faltar com o apoio por todos os componentes da família em geral, pais, irmãos, tios e meu núcleo familiar. Com a sociedade foi tranquilo porque anunciei que estava portando, (...)” (SUJEITO 05)

“A família me apoiou muito (...). A sociedade ficou normal”
(SUJEITO 10).

O apoio familiar e da sociedade é de grande importância para a melhoria na saúde dessas mulheres. É interessante citar a relevância da presença das pessoas que convivem com a mulher acometida pelo câncer de mama, sendo imprescindível que a família perceba o

quanto esse apoio é essencial à melhoria do seu estado emocional. Nascimento et al. (2015), citam que a presença familiar é uma abordagem empática, que precisa se atentar para as necessidades e limitações da paciente para assim, fornecer estratégias de intervenções mais eficazes para ajudar. Além disso, foi evidenciado que o amor e afeto da família direcionam uma melhor estabilidade emocional e se constitui como um apoio na luta contra a doença, porque com isso é possível que a mulher tenha uma melhor aceitação do diagnóstico, precisando receber mais carinho, cuidado e atenção neste momento tão delicado.

Contudo, nem todas as mulheres conseguem este apoio do companheiro, como podemos verificar na fala abaixo.

“(...) assim, meu marido me rejeitou, ex né?! A gente se separou quando eu fiz a cirurgia, ele não me acompanhava em nada, ainda me ajudava se eu pedisse, mas o casamento ficou ruim e a gente acabou (...)” (SUJEITO 01).

No estudo, uma mulher sentiu-se rejeitada pelo marido, essa rejeição do companheiro é uma situação bastante relatada nos artigos estudados. Segundo Cesnik e Santos (2012), o enfrentamento da doença tem uma estreita relação com a situação do convívio com o companheiro e como ela é vista por ele. Eles citam que quando a mulher não tem parceiro, é possível que ela possua um bem-estar maior, pois se sentem mais livres e menos incomodadas com a perda do seio, por conta da vida sexual, porém quando se tem um companheiro, por ser uma doença traumática, que vai retirar o órgão considerado o símbolo da feminilidade, elas precisam que eles mostrem apoio e aceitação da nova imagem delas. A rejeição do parceiro acaba dificultando o andamento do tratamento, pois o apoio conjugal é extremamente importante para o enfrentamento da doença, pois dessa forma tanto a mulher quanto o homem, podem se ajudar nos momentos de fraqueza, fazendo com que a vivência da enfermidade seja amenizada.

A rejeição também pode partir da sociedade, como observamos nas falas abaixo.

“(...) Na família a situação financeira e na sociedade assim, isso é uma curiosidade das pessoas. (...) eles em vez de ajudar, vem com preconceito, nunca acham que vai acontecer com elas” (SUJEITO 03).

“(...) Aí então eu estranhei que elas correram quando me viram, aí depois minha prima me disse que elas achavam isso e ela falou pra elas que câncer não pega. (...)” (SUJEITO 09).

“A sociedade você sabe como é, tem umas que é preconceituoso, outros não, (...) porque onde você mora tem muitas pessoas que se afasta, por incrível que pareça e dói viu?(...)” (SUJEITO 07).

No estudo, três mulheres sentiram preconceito por parte da sociedade. Bandeira et al. (2011) relatam que acaba ocorrendo um afastamento das pessoas quando o câncer de mama é descoberto, pois elas ainda não sabem lidar com uma situação de doença ameaçadora à vida. Existem também os preconceitos ligados ao corpo da mulher mastectomizada, pois a mastectomia é uma interferência definitiva e muitas pessoas ainda não conseguem se acostumar com essa situação. Com essa rejeição social, ela acaba se tornando preconceituosa em relação ao seu próprio corpo, dificultando o enfrentamento dessa situação.

Percebe-se através das falas o tamanho da repercussão que a mastectomia traz para a vida das mulheres que precisam passar por ela. Ela repercute na vida da própria mulher, em sua autoimagem, na vida dela com a família e também com toda a sociedade. Enfim, percebe-se um preconceito tanto da mulher mastectomizada quanto da sociedade e da família perante a mastectomia, sendo essa a principal causa da dificuldade da inserção dessa mulher no contexto familiar e social.

Para que a repercussão do câncer de mama e da realização da mastectomia seja vivenciado de uma forma mais amena é necessário que a sociedade seja informada quanto aos cuidados prévios para a prevenção e formas de enfrentamento, vislumbrando uma melhor aceitação do estado de adoecimento e melhor visualização de meios de solucionar tal situação, minimizando assim as consequências que o câncer traz para a vida da mulher e de seus contatos sociais.

“Tive até que me aposentar, deixar meu trabalho, porque sou enfermeira e não consigo mexer o braço direito para fazer os procedimentos” (SUJEITO 04).

Na fala acima pode-se perceber a repercussão que a mastectomia trouxe para a mulher relacionado ao seu trabalho. Sabe-se que isso pode acontecer, pois elas podem ficar com algumas incapacidades físicas decorrentes da retirada de músculos durante a cirurgia, como também alguns outros problemas relacionados a satisfação sexual. Zieger, Bortoli e

Prates (2016) referem que o câncer de mama e a mastectomia acarretam um grande impacto no papel social das mulheres na família, manifestando-se como o medo da ocorrência do câncer nas filhas; na sexualidade, a perda da mama, sintomas da menopausa ou outros problemas do aparelho reprodutivo e no trabalho, a manutenção do mesmo, onde muitas acabam por sair do emprego precocemente.

Porém também ocorrem repercussões positivas, pois as mulheres após esse momento tendem a valorizar mais a vida, aproveitando-a tanto sozinhas quanto com a família e amigos. Como relatado na fala abaixo.

“depois que tive o câncer passei a sair mais, porque como antes era casada, meu marido era daqueles homens de sítio que só aceita mulher dentro de casa, aí separamos e participo hoje em dia de todo tipo de grupo de idosos, digo a você que hoje sou uma mulher libertada” (SUJEITO 01).

As repercussões ou Influências positivas também existem como quando as mulheres mais velhas passam a ter uma vida mais ativa, participando de diversos grupos de idosos e as mulheres mais jovens passam a valorizar mais a vida, participando mais ativamente da vida em família e entre amigos (ZIGUER; BORTOLI; PRATES, 2016).

CATEGORIA 4 - AJUDA DO GRUPO DE APOIO

Esta categoria mostra como o grupo de apoio ajudou as mulheres entrevistadas a passar por essa difícil fase da vida.

Constatou-se perante as falas das mulheres que o grupo foi de grande ajuda para uma melhor aceitação da doença, como também auxiliou com uma grande troca de experiências e aprendizados por todas que participam do grupo.

“Bom demais! Muito bom! (...) Dá muita força, a gente conhece pessoas que tiveram a mesma doença, que passaram pela mesma situação nossa(...)” (SUJEITO 01).

“(...) O grupo é um grupo de força, de apoio, de superação.(...) Nós passamos a força uma para a outra(...)” (SUJEITO 03).

“É o nosso esteio de apoio para dividir nossas dores e conquistas. Trabalhar o autoconhecimento, tornarmos uma pessoa melhor que valoriza mais a vida” (SUJEITO 05).

“(...) É um grupo muito bom, nos ajuda muito a entender a doença e o problema de cada pessoa (...)” (SUJEITO 10).

Um grupo de ajuda a mulheres mastectomizadas tem como um de seus objetivos oferecer um local onde as participantes possam falar livremente sobre o câncer de mama e a mastectomia. Local esse, onde deve ocorrer uma troca de experiências e dúvidas sobre o enfrentamento da situação que cada uma está passando. O propósito principal é o apoio social e a troca de informações (FARIAS et al., 2015)

De acordo com Otto, Vendruscolo e Frigo (2014) o grupo de apoio para mulheres que tiveram câncer de mama e que fizeram a mastectomia tem uma característica importante e peculiar que é oferecer um local onde os participantes possam se expressar livremente sobre o tema, sendo assim favorece um diálogo aberto e sincero, conseguindo assim favorecer a confiança e ter um melhor convívio social. Aonde elas vão lutar para superar os desafios de aceitação e a nova condição como mulher, para assim acontecer a recuperação da autoestima, vida social e também da sexualidade.

Contudo, elas citam nas falas que um grande problema do grupo é a dificuldade da participação assídua das componentes, sendo difícil conseguir juntar o grupo todo.

“(...) o grupo só não é melhor porque não participa muita gente, tem muita gente, porém pouca gente participa (...)” (SUJEITO 04).

“(...) Se eu pudesse eu sempre taria lá participando direto, mas eu não posso ir muito por conta das crianças e também do sol (...)” (SUJEITO 08).

A pesquisa corrobora com Farias et al. (2015) quando citam que a grande dificuldade das pessoas participarem assiduamente de grupos de apoio é normalmente os afazeres do dia a dia. É frequente as pessoas utilizarem de desculpas como: arrumar a casa, fazer feira no mercado, cuidar dos filhos, sendo assim muitas vezes deixam de participar do grupo, pois o tempo hoje em dia é muito corrido.

As entrevistadas relataram que sempre que podem, participam dos encontros e sugeriram algumas melhorias para fortalecer o grupo, em especial, a mudança de horários das reuniões, que ocorrem pela manhã. Como visto na fala abaixo.

“(...) O horário que elas marcam é que as vezes não dá certo pra mim, até já dei opinião pra mudar, porque é logo na hora que tenho que ir buscar os meus filhos (...)” (SUJEITO 08).

Apesar das dificuldades é percebido que a sociedade vem criando novas formas de resolução dos problemas de saúde, para assim aliviar o sofrimento buscando construir formas terapêuticas para sensibilizar a sociedade e buscar melhorias para saúde de forma integral (GOMES; MERHY, 2011).

É perceptível que além dos benefícios psicológicos, com a escuta ativa e dos físicos, onde alguns grupos tem o apoio de uma equipe multiprofissional, onde existem profissionais que realizam exercícios nos membros afetados pela realização da mastectomia, os grupos de apoio propiciam ganhos nos vínculos com os outros participantes, sendo um fator de grande importância para a união e soma de forças contra o câncer de mama e suas consequências.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Ao longo do caminho trilhado nesta investigação, buscou-se averiguar a repercussão da mastectomia na vida da mulher nas esferas pessoal, familiar e social, por compreender que esta é uma temática importante e que deve ser pesquisada, sabendo-se que o psicológico influencia muito no enfrentamento da doença.

O preconceito que acontece da própria mulher mastectomizada, da família e da sociedade perante o câncer de mama e a cirurgia, é considerada a principal dificuldade para que ela volte a se inserir na sociedade. Sendo assim, é preciso que a autoestima da mulher seja trabalhada, pois muitas podem se preocupar se os outros vão sentir-se atraídos por elas. Então nesses momentos é imprescindível o apoio de todas as pessoas próximas, isso acaba ajudando as mulheres a sentirem-se confortáveis, melhorando a autoestima. Muitas preferem optar por uma cirurgia plástica para reconstruir as mamas após a mastectomia, buscando uma melhora na autoimagem. Esses procedimentos e muito apoio acabam por ajudar muito na recuperação física e psicológica dessas mulheres.

É percebido a importância de uma equipe multidisciplinar para o acompanhamento dessas mulheres, principalmente da enfermagem, por serem os profissionais que estão mais próximos antes e após a cirurgia podendo sempre aconselhá-las, para que elas tenham ajuda em relação ao seu autocuidado e sejam analisadas como pessoas com preocupações e dúvidas. Além de todos os aspectos já mencionados, outro ponto que nos leva a reflexão é a maneira como devem ser fornecidas as informações a respeito da saúde/doença da paciente, pois é um momento em que a mesma vai encontrar-se debilitada e impotente. Portanto, a forma como o profissional de saúde vai passar determinadas notícias ao paciente, pode implicar em como a pessoa vai se portar durante o tratamento. Devendo assim, haver um maior preparo por parte dos profissionais no sentido de analisar o caso e identificar a melhor maneira de transmitir essas informações, cabendo a eles buscarem estratégias de amenizar a situação e fornecer ainda apoio e companheirismo ao paciente.

Foi de grande importância descobrir como o câncer de mama e a mastectomia repercutem em todos os aspectos na vida das mulheres. Dessa forma foi percebida a necessidade e a relevância da participação das mulheres mastectomizadas em um grupo de apoio, lá elas conseguem se tornar agentes ativos em seu processo de reabilitação, conhecendo melhor umas as outras, seus medos, anseios, dúvidas, aprendendo com a vivência de cada participante do grupo.

O grupo de apoio é uma proposta que ainda é considerada inovadora, pois apesar de já existirem muitos grupos, eles foram criados recentemente e vem sendo aprimorados constantemente. O grupo Amigos do Peito de Cajazeiras-PB tem 11 anos de atuação e a cada ano, vem tendo novas ideias e intervindo de forma responsável na vida dessas mulheres, para ajudá-las a obter uma melhor qualidade de vida.

Este estudo apresentou algumas limitações, pois algumas entrevistas não foram realizadas pelo fato das mulheres não estarem frequentando as reuniões e nem se encontrarem em suas residências no período da coleta de dados, justificando assim o número da amostra.

É visível o tamanho da repercussão que a mastectomia traz para a vida da mulher, por ser um tipo de cirurgia de retirada de um órgão que é a imagem de feminilidade para a mulher. Isso só mostra a necessidade da abordagem da mastectomia não somente como uma cirurgia para a cura de uma doença, mas que abrange a área psicológica e social da vida da paciente. Ao falar de suas vivências, elas citaram que mesmo depois que acabaram ou quando terminarem os tratamentos propostos há ainda um longo caminho a ser trilhado. E por isso precisam do apoio das pessoas próximas e também de grupos.

Observando-se a repercussão da mastectomia com a pesquisa realizada, é notável, em decorrência dos mitos e “tabus” que a sociedade criou associado ao câncer e a cirurgia que a relação social de uma mulher com esse diagnóstico se dá de maneira conturbada. Após a mastectomia, o afastamento da mulher em relação à sociedade é, muitas vezes, inevitável, em virtude dos padrões de beleza impostos pela mesma, que acaba oprimindo e dificultando a inserção dessas mulheres no convívio social. Com isso, é imprescindível que se trabalhe com a autoestima dessa mulher, tentando influenciá-las a participar de grupos de apoio, por exemplo, para que assim, tendo esse apoio no reconhecimento e acolhimento, ajude-as a passar mais facilmente por esse obstáculo da vida.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, T. G., et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery**, v. 19, n. 13, jul/set. 2015.
- ALVES, J. M. **A história por detrás do laço cor-de-rosa contra o cancro**, 2014. Disponível em: <<https://sol.sapo.pt/artigo/117589/a-historia-por-detras-do-laco-cor-de-rosa-contra-o-cancro>>. Acesso em dia: 28 de mar. 2017.
- ALVES, P.C.. et al. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa da literatura. **Rev. bras. Enfermagem**, v. 64, n. 4, jul/ago. 2011.
- BANDEIRA, D. Repercussões da mastectomia nas esferas pessoal, social e familiar para a mulher mastectomizada: Uma revisão. **Revista contexto e saúde**, v. 10, n. 20, p. 473-482, jan/jun. 2011.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70. Ltda, 2011.
- BATISTA, D. R. R.; MATTOS, M.; SILVA, S. F. Convivendo com o câncer: do diagnóstico ao tratamento. **Revista de Enfermagem da UFSM**, v. 5, n. 3, p. 499-510, jul./set. 2015.
- BERGAMASCHI, D. P.; SOUZA, J. M. P.; HINNING, P. F. **População, amostra, variável, coleta de dados, apuração de dados e apresentação tabular**. Bioestatística aplicada à Nutrição. FSP/ USP, 2011.
- BEZERRA, K. B. et al. Qualidade de vida de mulheres tratadas com câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 18, n. 07, jul. 2013.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – CONEP. Normas para pesquisas envolvendo seres humanos. **Resolução CNS466/12**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. 12p. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 29 out 2015
- _____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres de colo e da mama**. 2 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 13).
- BUSHATSKY, M. et al. Educação em saúde: uma estratégia de intervenção frente ao câncer de mama. **Ciência Cuid. Saúde**, v. 14, n. 1, p. 870-878, jan./mar., 2015.
- CESNIK, V.M.; SANTOS, M. A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer de mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, ago. 2012.
- FARIAS, L. M. A. et al. Grupos de mulheres mastectomizadas: Construindo estratégias de cuidado. **Sanare**, v. 14, n. 02, p. 91-97, jul./dez. 2015. Disponível em: <<https://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/viewFile/831/502>> Acesso em dia: 15 nov. 2016.

FERNANDES, A. F. C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Esc. Ana Nery**, v. 16, n. 01, mar. 2012.

FERREIRA, D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 536-44, mai./jun. 2011.

FLORES, F. **Quimioterapia X Radioterapia- Qual a diferença?**. Disponível em: <<http://quimioterapiaebeleza.com.br/quimioterapia-x-radioterapia-qual-a-diferenca/>> Acesso em dia: 27 nov. 2016.

FURLAN, M. C. R. et al. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o aspecto social. **Cienc. Cuidado e Saúde**, v. 11, n. 01, p. 66-73, jan./mar. 2012.

GASPARELO, C. et al. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Ciencia, cuidado e saúde**, v. 09, n.03, p. 535-542, jul./set. 2010. Doi: 10.4025.

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GOMES, L. B.; MERHY, E.E. Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 01, p. 7-18. 2011.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.censo2010.ibge.gov.br/>>. Acesso em 02 ago. 2011.

INCA- Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2016/estimativa-2016-v11.pdf>> Acesso em dia: 17 nov. 2016.

INCA- Instituto Nacional de Câncer Jose Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2015: Incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2015/estimativa-2015-v11.pdf>> Acesso em dia: 24 nov. 2016.

KOCHE, J. C. **Fundamentos de metodologia científica**. 29. ed. , Rio de Janeiro: Vozes, 2011.

LAGO, E. A. et al. Sentimentos de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações da vida diária. **Rev. Ciência e Saúde**, v. 8, n. 1, p. 15-18, jan./abr. 2015.

LOURENÇO, T. S.; MAUAD, E.C.; VIEIRA, R. A. C. Barreiras no rastreamento do câncer de mama e o papel da enfermagem: revisão integrativa. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 66, n. 4, p. 585-91, jul./ago. 2013.

MAJEWSKI, J. M. et al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparadas com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v. 17, n. 03, mar. 2012.

MALTA, M. et al. Iniciativa STROBE: subsídios para para a comunicação de estudos observacionais. **Rev. Saúde Pública**, v. 44, n. 03, p. 559-65, jun. 2010.

MANDAL, A. O que é uma mastectomia? **New Medical**, v. 07, n. 04, fev. 2014. Disponível em: <[http://www.news-medical.net/health/What-is-a-Mastectomy-\(Portuguese\).aspx](http://www.news-medical.net/health/What-is-a-Mastectomy-(Portuguese).aspx)> Acesso em dia: 25 nov. 2016.

MANTOVANI, A. Grupos de apoio amplo: ancoragem e apoio psicológico em grupos terapêuticos. **Rev. SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 9, n. 2, dez. 2008. ISSN 1677-297.

MARINHO, D.S.; COSTA, T.P.; VARGENS, O. M. C. A vivência do câncer de mama na percepção de mulheres submetidas à mastectomia: uma análise a partir de publicações científicas. **Revista de pesquisa: cuid. fundam. Online**, dez. 2013. ISSN 2175-5361.

MATOSO, L. M. L.; MELO, J. A. L.; OLIVEIRA, K. K. D. As necessidades assistenciais do perioperatório da mastectomia. **Rev. Saúde Pública**, Florianópolis, Santa Catarina, v. 7, n.1, p. 8-23, jan./ abr. 2014.

MEZZOMO, N. R.; ABAID, J. L. W. O Câncer de Mama na Percepção de Mulheres Mastectomizadas. **Psicologia em Pesquisa**, Juiz de Fora, v. 06, n. 01, jul. 2012. ISSN 1982-1247

MOURA S. R. B., et al. Fatores de risco e de proteção para o câncer de mama: uma revisão da literatura. **Revista Interdisciplinar UNINOVAFAPI**, Teresina, v.5, n.3, p. 42-45, jul./set. 2012.

NASCIMENTO, K. T. S. et al. Cuidar integral da equipe multiprofissional: discurso de mulheres em pré-operatório de mastectomia. **Rev. Anna Nery**, João Pessoa, Paraíba, v. 18, n. 3, jul./ set. 2014.

NASCIMENTO, K. T. S., et al. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola. **Rev. Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 1, p. 108-14, jan./fev. 2015. DOI: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2015.15598>

OTTO, C.; VENDRUSCOLO, C.; FRIGO, J. Mulheres mastectomizadas: relato de experiência educativa de um grupo e a sua luta por uma nova vida. **Rev. Saúde Públ.**, Florianópolis, Santa Catarina, v. 7, n. 2, p. 40-48, mai./ ago. 2014.

OLIVEIRA, M. C. M. et al. Autoestima, depressão e espiritualidade em pacientes submetidas à mastectomia ou quadrantectomia com linfadenectomia axilar. **Rev. Med. Res.**, Curitiba, v. 15, n. 3, p. 170-180, jul./set. 2013.

PAIVA, C. J. K.; CESSÉ, E. A. P. Aspectos Relacionados ao Atraso no Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama em uma Unidade Hospitalar de Pernambuco. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 1, p. 23-30, 2015.

PAULA, L. B. et al. Os genes BRCA1 e BRCA2 e suas relações genéticas na predisposição aos carcinomas mamários hereditários e esporádicos. **Rev. Estudos**, Goiânia, v. 39, n. 02, p. 199-208, abr./jun. 2012.

PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

PRODANOV, C. C.; FREITAS, E. C. **Metodologia do trabalho científico [recurso eletrônico]** : métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. – 2. ed. – Novo Hamburgo: Feevale, 2013.

RAMOS, W. S. R. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. **J. Health Sci. Inst**, v. 30, n. 3, p. 241-8, 2012.

REMONDES-COSTA, S; JIMENÉZ, F.; PAIS-RIBEIRO, J.L. Imagem corporal, sexualidade e qualidade de vida no cancro de mama. **Psicologia, Saúde e Doenças**, Lisboa, v. 13, n. 2, 2012.

RIBAS, C. C. C.; FONSECA, R. C. V. **Manual de Metodologia Opet**. Curitiba, 2008.

SANTOS, M. A. et al. **Grupo** de apoio a mulheres mastectomizadas: grupo de apoio. **Revista de Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 11, n. 11, p. 64-69, 2013.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: Quem, como e por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 64, n. 06, p. 1016-21, 2011.

TRALDI, M. C.; DIAS, R. **Monografia passo a passo**. – 7º ed. - Campinas-SP: Editora Alínea, 2011. 7º ed.

TRALDI, M. C. Demora no diagnóstico de câncer de mama de mulheres atendidas no Sistema Público de Saúde. **Cad. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 2, p. 185-191, 2016. DOI: 10.1590/1414-462X201600020026

ZAPELINI, M. B.; ZAPELINE, S. M. K. C. **Metodologia científica e da pesquisa da fean**. Florianópolis, p. 186, 2013.

ZAPPONI, A.L.B.; TOCANTINS, F. R.; VARGENS, O.M.C. A detecção precoce do câncer de mama no contexto brasileiro. p. 386-90. **Rev. Enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, jul./ set. 2012.

ZIGUER, M. L. P. S.; BORTOLI, C. F. C.; PRATES, L. A. Sentimentos e expectativas de mulheres após diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Saúde Pública do Paraná**, Londrina, v. 17, n. 1, p. 107-112, jul. 2016.

APÊNDICES

APÊNDICE A- Instrumento de Coleta de Dados

FORMULÁRIO DE ENTREVISTA

Entrevista nº. _____.

Dados de Identificação:

1. Idade: _____
2. Estado civil (atual): () Casado () Solteiro () União estável () Viúvo
() Separado/Divorciado () Outros: _____
3. Estado civil no processo de adoecimento/cirurgia () Casado () Solteiro () União estável
() Viúvo () Separado/Divorciado () Outros: _____
4. Raça (autodeclarada): () Branca () Preta () Parda () Indígena () Outras: _____
5. Estudou até que série? _____
6. Mora onde? () Zona urbana () Zona rural
7. Renda (quantos salários)? _____
8. Tem filhos? Se sim, quantos? _____
9. Há quanto tempo teve a doença? _____
10. Há quanto tempo fez a cirurgia? _____
11. Há quanto tempo participa do grupo de apoio? _____

Questões Norteadoras

1. Relate sua história de vida desde o diagnóstico até os dias atuais.
2. Como você se sentiu ao receber o diagnóstico de que teria que passar pela cirurgia de mastectomia?
3. Quais as principais repercussões que a mastectomia trouxe para você internamente, para você com seus familiares e para você com a sociedade?
4. Que estratégias você optou para adaptar-se as mudanças na sua vida?
5. Como você ficou sabendo do Grupo de Apoio Amigos do Peito de Cajazeiras?
6. Como você descreveria do Grupo de Apoio Amigos do Peito de Cajazeiras?
7. Qual sua percepção sobre sua vida pessoa, familiar e social após a realização da cirurgia?

APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Meu nome é Thaline Ingrid Marques Menezes Pereira, eu sou discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande- Centro de Formação de Professores (UFCG-CFP) e o Sr. (a) está sendo convidado (a), como voluntário (a), à participar da pesquisa intitulada “**REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL**”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: O motivo que nos leva a estudar o qual a percepção que mastectomia causa na vida pessoal, familiar e social da mulher é analisar como esse tipo de cirurgia repercute nessas esferas. A pesquisa se justifica com a necessidade de ampliação de conhecimentos para um cuidado integral da mulher que realizou a mastectomia, de seus familiares e de toda a sociedade, demonstrando a importância social e acadêmica. O objetivo dessa pesquisa é descrever a percepção da mulher sobre a repercussão da mastectomia em sua vida. Os procedimentos de coleta de dados serão realizados da seguinte forma: respondendo a uma entrevista que será gravada em áudio e filmagem, como também a realização de fotos.

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Garantimos que este estudo possui riscos mínimos, já que não envolve a realização de procedimentos invasivos; mas poderá ocorrer desconforto em falar algum assunto em especial, podendo não responder a qualquer pergunta, em decorrência de alguns tópicos os quais possa se sentir incomodado em falar. Nesse caso, o pesquisador estará preparado para intervir sugerindo a suspensão da entrevista ou passando para outras questões, deixando a participante à vontade para decidir sobre sua continuação no estudo. Sendo que os benefícios do estudo contribuirão para um melhor conhecimento sobre o tema abordado pelos profissionais da saúde o que subsidiará na prestação dos serviços à comunidade.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação do Sr.(a) nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que não há nenhum risco físico, como também a entrevista é realizada de forma individual.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: O Sr. (a) será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. O Sr. (a) é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não irá acarretar qualquer penalidade ou perda de prestação de serviços aqui no estabelecimento. Os pesquisadores irão tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados da pesquisa permanecerão confidenciais podendo ser utilizados apenas para a execução dessa pesquisa. Você não será citado (a) nominalmente ou por qualquer outro meio, que o identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pelo Sr. (a) na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida ao (a) Sr. (a).

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a Sra. e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional, porém caso se sinta lesado será ressarcida, desde que solicite. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa a Sr^a, e CASO HAJA ALGUM, SERÁ GARANTIDO INDENIZAÇÃO POR PARTE DO PROPONENTE.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informado (a) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci todas minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações e desistir de participar da pesquisa se assim o desejar. A pesquisadora Thaline Ingrid Marques Menezes Pereira certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ele compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar o (a) estudante **Thaline Ingrid Marques Menezes Pereira** através do telefone **(83) 99664-6149**, e-mail

thalineingrid@hotmail.com ou a Prof^a Mestranda orientadora da pesquisa **Gerlane Cristinne Bertino Vêras** através do telefone **(83) 98892- 4272**, e-mail **gc.veras@bol.com.br**. Além disso, fui informado que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo poderei consultar o Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade Santa Maria, situado na BR 230, Km 504, Cristo Rei, Cajazeiras-Paraíba, CEP: 58.900-000 ou através do Telefone: (83) 3531-1346, ramal 209. E-mail: cepasm@gmail.com

_____ Nome	_____ Assinatura do Participante da Pesquisa	_____ / / Data
_____ Nome	_____ Assinatura do Pesquisador	_____ / / Data

APÊNDICE C – Termo de Responsabilidade e Compromisso do Pesquisador Responsável



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

**TERMO DE RESPONSABILIDADE E COMPROMISSO DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL**

Eu, **Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, docente da Universidade Federal de Campina Grande, responsabilizo-me pela orientação da discente do curso de Graduação em Enfermagem, Thaline Ingrid Marques Menezes Pereira, cujo projeto de pesquisa intitula-se **“REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL.”**

Comprometo-me em assegurar que sejam seguidos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pelo meu orientando nas atividades de pesquisa e, junto com ele, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e científico.

Cajazeiras–PB, 02 de dezembro de 2016.

Gerlane Cristinne Bertino Vêras

Assinatura da Pesquisadora Responsável

APÊNDICE D – Termo de Compromisso e Responsabilidade do Pesquisador Participante



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES - CFP
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM - UAENF
CAMPUS DE CAJAZEIRAS**

**APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO
PESQUISADOR PARTICIPANTE**

Eu, **Thaline Ingrid Marques Menezes Pereira**, discente do curso de Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG), responsabilizo-me, junto com minha orientadora, a docente **Gerlane Cristinne Bertino Vêras**, desenvolver o projeto de pesquisa intitulado **“REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL”**.

Declaro estar ciente e comprometo-me em assegurar que sejam cumpridos os preceitos éticos previstos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais documentos complementares.

Responsabilizo-me também pelo zelo com o projeto de pesquisa no sentido de manutenção da privacidade e sigilo das informações, resguardo da segurança e bem estar dos participantes nela recrutados, pelos resultados obtidos e posterior divulgação no meio acadêmico e científico, pela comunicação ao Comitê de Ética (CEP) sobre qualquer alteração no projeto e/ou ocorrência de eventos adversos que impliquem no cancelamento da pesquisa, bem, como pelo arquivamento durante 5 (cinco) anos, após o término da pesquisa, de uma das vias do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por cada participante recrutado durante a execução da mesma.

Cajazeiras – PB, 02 de dezembro de 2016.



Assinatura do Pesquisador Participante

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Anuência

Do: Grupo de Apoio Amigos do Peito de Cajazeiras

TERMO DE ANUÊNCIA

Venho por meio deste, conceder a anuência para o desenvolvimento da pesquisa intitulada **“REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL”**, a ser desenvolvida pela pesquisadora **THALINE INGRID MARQUES MENEZES PEREIRA**, sob a orientação da Professora Mestranda Gerlane Cristinne Bertino Vêras.

02 de dezembro de 2016.

Atenciosamente,


Coordenadora do Grupo

ANEXO B - Termo de Compromisso de Divulgação dos Resultados

TERMO DE COMPROMISSO DE DIVULGAÇÃO DOS RESULTADOS

Por este termo de responsabilidade, nós, abaixo – assinados, respectivamente, orientadora e orientanda da pesquisa intitulada “**REPERCUSSÃO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER: ESFERAS PESSOAL, FAMILIAR E SOCIAL**” assumimos o compromisso de:

- Preservar a privacidade dos participantes da pesquisa cujos dados serão coletados;
- Assegurar que as informações serão utilizadas única e exclusivamente para a execução do projeto em questão;
- Assegurar que os benefícios resultantes do projeto retornem aos participantes da pesquisa, seja em termos de retorno social, acesso aos procedimentos, produtos ou agentes da pesquisa;
- Assegurar que as informações somente serão divulgadas de forma anônima, não sendo usadas iniciais ou quaisquer outras indicações que possam identificar o sujeito da pesquisa;
- Assegurar que os resultados da pesquisa serão encaminhados para a publicação, com os devidos créditos aos autores.

Cajazeiras, 02 de dezembro de 2016.



Orientadora



Orientanda

ANEXO C- Declaração da Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE).

Tabela. Itens essenciais que devem ser descritos em estudos observacionais, segundo a declaração Strengthening the Reporting of Observational Studies in Epidemiology (STROBE). 2007.

Item	Nº	Recomendação
Título e Resumo	1	Indique o desenho do estudo no título ou no resumo, com termo comumente utilizado Disponibilize no resumo um sumário informativo e equilibrado do que foi feito e do que foi encontrado
Introdução		
Contexto/Justificativa	2	Detalhe o referencial teórico e as razões para executar a pesquisa.
Objetivos	3	Descreva os objetivos específicos, incluindo quaisquer hipóteses pré-existentes.
Métodos		
Desenho do estudo	4	Apresente, no início do artigo, os elementos-chave relativos ao desenho do estudo.
Contexto (<i>setting</i>)	5	Descreva o contexto, locais e datas relevantes, incluindo os períodos de recrutamento, exposição, acompanhamento (<i>follow-up</i>) e coleta de dados.
Participantes	6	Estudos de Coorte: Apresente os critérios de elegibilidade, fontes e métodos de seleção dos participantes. Descreva os métodos de acompanhamento. Estudos de Caso-Controlle: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e o critério diagnóstico para identificação dos casos e os métodos de seleção dos controles. Descreva a justificativa para a eleição dos casos e controles Estudo Seccional: Apresente os critérios de elegibilidade, as fontes e os métodos de seleção dos participantes. Estudos de Coorte: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de expostos e não expostos. Estudos de Caso-Controlle: Para os estudos pareados, apresente os critérios de pareamento e o número de controles para cada caso.
Variáveis	7	Defina claramente todos os desfechos, exposições, preditores, confundidores em potencial e modificadores de efeito. Quando necessário, apresente os critérios diagnósticos.
Fontes de dados/ Mensuração	8 ^a	Para cada variável de interesse, forneça a fonte dos dados e os detalhes dos métodos utilizados na avaliação (mensuração). Quando existir mais de um grupo, descreva a comparabilidade dos métodos de avaliação.
Viés	9	Especifique todas as medidas adotadas para evitar potenciais fontes de vies.
Tamanho do estudo	10	Explique como se determinou o tamanho amostral.
Variáveis quantitativas	11	Explique como foram tratadas as variáveis quantitativas na análise. Se aplicável, descreva as categorizações que foram adotadas e porque.
Métodos estatísticos	12	Descreva todos os métodos estatísticos, incluindo aqueles usados para controle de confundimento. Descreva todos os métodos utilizados para examinar subgrupos e interações. Explique como foram tratados os dados faltantes ("missing data") Estudos de Coorte: Se aplicável, explique como as perdas de acompanhamento foram tratadas. Estudos de Caso-Controlle: Se aplicável, explique como o pareamento dos casos e controles foi tratado. Estudos Seccionais: Se aplicável, descreva os métodos utilizados para considerar a estratégia de amostragem. Descreva qualquer análise de sensibilidade.
Resultados		
Participantes	13 ^a	Descreva o número de participantes em cada etapa do estudo (ex: número de participantes potencialmente elegíveis, examinados de acordo com critérios de elegibilidade, elegíveis de fato, incluídos no estudo, que terminaram o acompanhamento e efetivamente analisados) Descreva as razões para as perdas em cada etapa. Avalie a pertinência de apresentar um diagrama de fluxo
Dados descritivos	14 ^a	Descreva as características dos participantes (ex: demográficas, clínicas e sociais) e as informações sobre exposições e confundidores em potencial. Indique o número de participantes com dados faltantes para cada variável de interesse. Estudos de Coorte: Apresente o período de acompanhamento (ex: média e tempo total)

Tabela continuação

Item	Nº	Recomendação
Desfecho	15 ^a	Estudos de Coorte: Descreva o número de eventos-desfecho ou as medidas-resumo ao longo do tempo Estudos de Caso-Controlle: Descreva o número de indivíduos em cada categoria de exposição ou apresente medidas-resumo de exposição. Estudos Seccionais: Descreva o número de eventos-desfecho ou apresente as medidas-resumo.
Resultados principais	16	Descreva as estimativas não ajustadas e, se aplicável, as estimativas ajustadas por variáveis confundidoras, assim como sua precisão (ex: intervalos de confiança). Deixe claro quais foram os confundidores utilizados no ajuste e porque foram incluídos. Quando variáveis contínuas forem categorizadas, informe os pontos de corte utilizados. Se pertinente, considere transformar as estimativas de risco relativo em termos de risco absoluto, para um período de tempo relevante.
Outras análises	17	Descreva outras análises que tenham sido realizadas. Ex: análises de subgrupos, interação, sensibilidade.
Discussão		
Resultados principais	18	Resuma os principais achados relacionando-os aos objetivos do estudo.
Limitações	19	Apresente as limitações do estudo, levando em consideração fontes potenciais de viés ou imprecisão. Discuta a magnitude e direção de vieses em potencial.
Interpretação	20	Apresente uma interpretação cautelosa dos resultados, considerando os objetivos, as limitações, a multiplicidade das análises, os resultados de estudos semelhantes e outras evidências relevantes.
Generalização	21	Discuta a generalização (validade externa) dos resultados.
Outras Informações		
Financiamento	22	Especifique a fonte de financiamento do estudo e o papel dos financiadores. Se aplicável, apresente tais informações para o estudo original no qual o artigo é baseado.

Fonte: MALTA et al, 2010.