



Universidade Federal
de Campina Grande

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

KAMILLA ABRANTES DE SOUSA

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

CAJAZEIRAS – PB

2014

KAMILLA ABRANTES DE SOUSA

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Graduação do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Centro de Formação de Professores para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro

Coorientador: Prof. Me. Marcelo Costa Fernandes

CAJAZEIRAS – PB

2014

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação - (CIP)
Denize Santos Saraiva Lourenço - Bibliotecária CRB/15-1096
Cajazeiras - Paraíba

S725q Sousa, Kamilla Abrantes de
Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. /
Kamilla Abrantes de Sousa. Cajazeiras, 2014.
81f. : il.
Bibliografia.

Orientador(a): Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro.
Coorientador(a): Marcelo Costa Fernandes.
Monografia (Graduação) - UFCG/CFP

1. Câncer de mama. 2. Mastectomia. 3. Qualidade de vida. I. Pinheiro, Maria Berenice Gomes Nascimento. II. Fernandes, Marcelo Costa. III. Título.

UFCG/CFP/BS

CDU –618.19-006

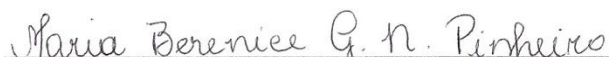
KAMILLA ABRANTES DE SOUSA

QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

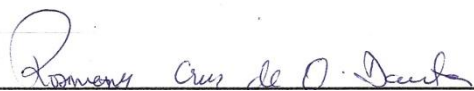
Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à Graduação do Curso de Enfermagem, da Universidade Federal de Campina Grande-UFCG, Centro de Formação de Professores para a obtenção do Título de Bacharel em Enfermagem.

Aprovada em: 04/09/2014

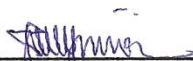
BANCA EXAMINADORA



Prof^ª. Ma. Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
Orientadora



Prof^ª. Ma. Rosimery Cruz de Oliveira Dantas
Universidade Federal de Campina Grande-UFCG/UAENF
1º Membro



Prof. Dr. José Ferreira de Lima Júnior
Escola Técnica de Saúde de Cajazeiras-ETSC
2º Membro

CAJAZEIRAS- PB

2014

Dedico a Deus, que me dá forças para lutar a cada dia e aos meus Pais, Francisco e Zenilda que são os maiores responsáveis por este sonho realizado e os exemplos os quais quero sempre seguir.

AGRADECIMENTOS

A Deus, primeiramente, que é a minha fortaleza e que me faz acreditar que há sempre o olhar Dele sobre minha vida, pois me ama incondicionalmente e cuida de mim com a sua infinita bondade e a cada dia aumenta mais a minha Fé para crer na realização dos meus sonhos.

Aos meus Pais, Francisco e Zenilda, que incentivam na minha caminhada e me protegem a cada dia, com seus ensinamentos e com a forma de me amar. Sou eternamente grata, pois são os verdadeiros responsáveis pela mulher que sou hoje e pela realização dos meus objetivos. Amo muito vocês!

Aos meus irmãos, Karolliny, Kallyne e Gabriel, por estarem sempre presentes em minha vida apoiando em tudo que faço e me ajudando sempre que preciso. Amo vocês!

A toda minha família, por acreditarem no meu potencial e me apoiar durante toda essa jornada.

Ao meu namorado, Giorgio, por estar sempre presente em todos os momentos da minha vida e por ter me dado muito apoio durante a construção desse trabalho, com o seu amor, sua paciência, respeito e companheirismo e me acalmando quando mais precisava. Amo você!

À minha orientadora querida, professora Berenice, pelo exemplo de profissional que é e por aceitar dividir seu tempo e conhecimento comigo, por acreditar na realização deste trabalho e pela responsabilidade na construção do mesmo. Obrigada também pela amizade, espero que continue após a graduação.

Ao meu coorientador, professor Marcelo, pela grande contribuição no meu trabalho, por me fazer acreditar que tudo posso quando tenho interesse e dedicação, e que me incentivou a continuar com o método de análise dos dados quando disseram que eu deveria mudar. Meu muito obrigada, é um exemplo a ser seguido.

Aos professores, Rosimery e Ferreira Júnior, que aceitaram o convite para participar da banca pelas valiosas contribuições e ensinamentos passados durante a graduação.

A todas as mulheres do “Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras-PB”, na pessoa de Dr^a Goreti, por autorizar que eu desenvolvesse minha pesquisa e a todas que participaram das entrevistas, sem vocês este trabalho não teria acontecido. Vocês são guerreiras e vencedoras!

As minhas melhores amigas, Jaiane, Stéphany e Lara, que dividiram momentos felizes, mas também tristes durante toda a trajetória do nosso curso. Obrigada pelas risadas, conselhos, festas, conversas, presença nos momentos que precisei. Obrigada pela amizade maravilhosa que vou levar por toda minha vida.

A turma de Sousa que tanto gosto, Sarah, Thaiany, Jéssika e Yuri, por fazerem cada dia do nosso curso mais feliz, pelas brincadeiras, conversas engraçadas e pelos aperreios, enfim, obrigada pela amizade, cada um de vocês vai ficar no meu coração, meus dias com vocês serão inesquecíveis.

Por fim, aos meus colegas da turma 2014.1, por ser a turma que luta por aquilo que quer e não fica calada quando algo está errado.

“Quando você toma uma iniciativa, seja ela qual for, o seu mundo parece que se transforma. Você se sente mais confiante para fazer o que antes não tinha coragem. Novas possibilidades se abrem e, de repente, aquele lugar que você sempre quis ir, já não fica mais tão longe. Então a vida fica mais clara, ganha mais sentido e descobrir, agora é uma palavra constante no seu dia a dia. Você descobre que o seu poder de decisão é muito mais forte do que imaginava, e que a palavra cuidado faz muito mais sentido quando você a transpõe para outras pessoas. Descobre que cuidar de si é a melhor forma de continuar cuidando das pessoas que você ama. Descobre também, que se dar valor é antes de tudo dar valor a vida. E quando você se conhece e acredita no seu potencial, os sonhos que antes pareciam inalcançáveis, podem se tornar surpreendentemente reais. De repente você olha para trás e nem acredita que conseguiu realizar tanta coisa. Então descobre o melhor de tudo: realizar os seus sonhos, não começa por coisas complicadas, não começa pelos outros... Começa por um ponto. Um ponto dentro de você chamado Sonho!”

Autor Desconhecido

SOUSA, Kamilla Abrantes. **Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**. 2014. 81p. Monografia (Bacharelado em Enfermagem) – Universidade Federal de Campina Grande, Centro de Formação de Professores, Unidade Acadêmica de Enfermagem, Cajazeiras-PB, 2014.

RESUMO

É notório que a mastectomia afeta a mulher, de certa forma, que esta sofre alterações físicas, psicológicas e sociais, gerando sentimentos negativos que podem interferir na sua Qualidade de Vida. O estudo objetivou averiguar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas no município de Cajazeiras-PB. Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa, que foi realizado com 20 mulheres mastectomizadas que participam do “Grupo Amigas do Peito de Cajazeiras-PB”. Foi utilizada para a coleta de dados uma entrevista semiestruturada, que aconteceu nos meses de Junho e Julho de 2014, após a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria sob o protocolo 680.978. Para análise de dados se utilizou a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo proposto por Lefèvre e Lefèvre, obtendo-se 10 discursos coletivos. Todas as etapas da pesquisa seguiram fielmente a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. As mulheres entrevistadas tinham uma faixa etária entre 36 e 70 anos quando foram submetidas à mastectomia, a maioria das entrevistadas era casada, com ensino superior completo, tinham como profissão secretária doméstica, possuíam histórico de câncer na família e praticavam o catolicismo como religião. De acordo com seu perfil clínico, a maioria das entrevistadas realizou a cirurgia há um tempo superior a quatro anos, fez quimioterapia e radioterapia associadas após a cirurgia e uso do Tamoxifeno oral e não realizaram a reconstrução mamária. Foi evidenciado que a mastectomia afeta física e psicologicamente a vida da mulher, provocando o surgimento de sentimentos negativos, alterações nas atividades de vida diárias e no seu estado de saúde e que a qualidade de vida dessas mulheres foi mais afetada logo após a mastectomia, sendo percebida, por elas, normal atualmente. Evidenciou-se que essas mulheres adotaram uma maneira singular de enfrentamento da doença, uma vez que essa situação gera mudanças no seu cotidiano sendo necessário um suporte familiar e social. Conclui-se que o conhecimento dessas alterações pela equipe de saúde, família e sociedade permite que a mulher seja vista de forma integral para a melhora de sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Mastectomia. Qualidade de Vida.

SOUSA, Kamilla Abrantes. **Quality of life of women with mastectomies**. 2014 81p. Monograph (Bachelor of Nursing) – Federal University of Campina Grande, Center for Teacher Education, Academic Unit of Nursing, Cajazeiras-PB, 2014.

ABSTRACT

It is notorious that the mastectomy affects women somehow that she suffers physical, psychological and social changes, generating negative feelings that can interfere with their Quality of Life. The study aim to investigate the quality of life of mastectomized women in the city of Cajazeiras-PB. This is a descriptive type field study with a qualitative approach, which was conducted with 20 women mastectomized participating in the "Cajazeiras-PB Amigas do Peito Group". Was used to data collection a semistructured interview, occurred during the months of June and July 2014 after the approval of the Comitê de Ética e Pesquisa of Faculdade Santa Maria under Protocol 680 978. For data analysis it was used the Collective Subject Discourse technique proposed by Lefèvre and Lefèvre, obtaining 10 collective discourses. All research stages faithfully followed Resolution 466/2012 of the National Health Council. The interviewed women had an age range between 36 and 70 years old when they were subjected to mastectomy, most were married, with higher education, had home secretary as profession, with a family cancer history and practiced Catholicism as religion. According to their clinical profile, most of them performed the surgery more than four years ago, did associated chemotherapy and radiotherapy after surgery and oral use of Tamoxifen and had not performed breast reconstruction. It was shown that mastectomy affects physically and psychologically the woman's life, causing the appearance of negative feelings, changes in Daily Life activities and her health status and the quality of life of these women were more affected after mastectomy, being noticed, by themselves, normal currently. It was evident that these women have adopted a unique way facing the disease, since this situation leads to changes in their daily lives being needed a family and social support. It is concluded that the knowledge about these changes by the health, family and society team allows the woman to be seen in an integral way for the improvement of their quality of life.

Keywords: Breast Cancer. Mastectomy. Quality of Life.

LISTA DE TABELAS, FIGURAS E QUADROS

Figura 1-	Anatomia e áreas da mama feminina	15
Figura 2-	Taxas brutas de incidência do câncer de mama por 100 mil mulheres estimadas para o ano de 2014 no Brasil	17
Figura 3-	População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama	19
Figura 4-	Mapa da Paraíba com cidades	25
Tabela 01-	Caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa. Cajazeiras-PB, 2014	29
Quadro 01 -	Categoria e número de mulheres mastectomizadas participantes da Temática 01. Cajazeiras – PB, 2014	32
Quadro 02	- Categoria e número de mulheres mastectomizadas participantes da Temática 02 Cajazeiras- PB, 2014	43
Quadro 03 -	Categoria e número de mulheres mastectomizadas participantes da Temática 04. Cajazeiras – PB, 2014	51

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

AC - Ancoragens

AEM - Autoexame das mamas

AVDs - Atividades de Vida Diárias

BIS - Body Image Scale

CA - Câncer

CAISM - Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher

CDI -Carcinoma Ductal Invasivo

CEON -Centro Especializado de Oncologia

CEP -Comitê de Ética e Pesquisa

CLI - Carcinoma Lobular Invasivo

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DSC - Discurso do Sujeito Coletivo

ECH - Expressões Chave

ECM - Exame Clínico das Mamas

FAI - Frenchay Activities Index

HAM - Hospital Aristides Maltez

HC III - Hospital do Câncer III

HSRC -Hospital Santa Rita de Cássia

IC - Ideias Centrais

INCA - Instituto Nacional do Câncer

MUCAMA - Projeto Mulher Câncer de Mama

OMS - Organização Mundial da Saúde

QV - Qualidade de Vida

QVRS - Qualidade de Vida Relacionada à Saúde

REMA - Grupo de Reabilitação de Mastectomizadas

SCMM - Santa Casa de Misericórdia de Maceió

SF-36 - Medical Outcomes Studies 36-item Short Form

SIM - Sistema de Informação sobre Mortalidade

SINDEP - Sindicato dos Professores

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL - World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL.....	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REVISÃO DE LITERATURA	14
3.1 ANATOMIA E FISILOGIA DA MAMA.....	14
3.2 CÂNCER DE MAMA	15
3.2.1 Epidemiologia Do Câncer De Mama	15
3.2.2 Definição Do Câncer De Mama	16
3.2.3 Tipos De Câncer De Mama	17
3.2.4 Manifestações Clínicas	18
3.2.5 Diagnóstico E Tratamento	18
3.2.6 Tratamento Cirúrgico	20
3.3 QUALIDADE DE VIDA	21
3.4 CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA	22
4 MATERIAL E MÉTODO	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAL DO ESTUDO.....	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA.....	25
4.4 COLETA DE DADOS	26
4.5 ANÁLISE DOS DADOS	27
4.6 ASPECTOS ÉTICOS	28
5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	29
5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA	29
5.2 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS.....	32
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	59
REFERÊNCIAS	61
APÊNDICES	72
APÊNDICE A - ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA	
APÊNDICE B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	
APÊNDICE C – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE	
DO PESQUISADOR RESPONSÁVEL	
APÊNDICE D – TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE	
DO PESQUISADOR PARTICIPANTE	
ANEXOS	78
ANEXO A- TERMO DE ANUÊNCIA	
ANEXO B – PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	

1 INTRODUÇÃO

O câncer (CA) ou neoplasia é uma doença maligna que está se tornando cada vez mais frequente no mundo, sendo considerado um problema de saúde pública. Pode afetar qualquer órgão do ser humano e até mesmo se espalhar pela corrente sanguínea piorando o prognóstico da pessoa acometida podendo levar a morte. Um dos tipos de neoplasia que pode acometer a mulher é a de mama, e esta acarreta prejuízos físicos, psicológicos e sociais e, conseqüentemente, diminui sua Qualidade de Vida (QV).

O CA de Mama é o segundo tipo de neoplasia mais frequente no mundo, segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (INCA), acometendo em maior número as mulheres, o que corresponde a 22% dos casos novos a cada ano. As taxas de mortalidade por este câncer no Brasil aumentam devido o diagnóstico e o tratamento dessa doença, na maioria das vezes, serem feitos de forma tardia. Neste país a estimativa é de 57.120 novos casos, uma taxa de 56,09 de incidência por 100 mil mulheres, neste ano de 2014. (INCA, 2013)

Apesar das informações a respeito do CA mamário estarem bem mais difundidas atualmente, ainda percebe-se um elevado número de casos que evoluem para a morte. Portanto, é importante que as políticas públicas de saúde voltadas para a mulher implementem técnicas de rastreamento deste tipo de neoplasia, e por meio da educação em saúde elas possam ser orientadas para que ocorra a prevenção da doença e a promoção da saúde.

Para que a neoplasia de mama apareça é necessário que células anormais do tecido mamário surjam de alterações genéticas hereditárias ou adquiridas e se multipliquem sem controle provocando mudanças no seu crescimento e na sua morte programada. O processo de carcinogênese é geralmente lento e acontece seguindo os estágios de iniciação, promoção e progressão, podendo levar vários anos para que o tumor palpável seja originado a partir da proliferação das células anormais. (BRASIL, 2013)

É notório que o acontecimento deste tipo de câncer afeta a mulher de tal forma que esta sofre alterações físicas, psicológicas e sociais, gerando sentimentos como sofrimento, medo, raiva, angústia, depressão e ansiedade, podendo interferir na sua QV. Membrive et. al. 2011 em seu estudo trata a QV como um conceito amplo, que sofre influência de diversos fatores como “o estado psicológico, o nível de independência, as relações sociais, as características do ambiente e a saúde física”. Pode-se dizer que um dos componentes fundamentais da percepção de QV é a satisfação que o indivíduo tem com a sua saúde. Diante disso, foi proposto um termo Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS).

Pelo fato de não encontrar definição consensual sobre QV, medi-la é bastante complexo. Existem duas formas de mensurar a QV, atualmente, através de instrumentos genéricos e instrumentos específicos. Cada um fornece informações diferentes podendo, então, ser empregados concomitantemente. Existem os seguintes formulários de avaliação da QV: World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) e o Medical Outcomes Studies 36-item Short Form (SF-36), que são instrumentos genéricos. E o Índice de Satisfação do Trabalhador, ICT, entre outros, são exemplos de instrumentos específicos (CAMPOS; DAVID, 2007)

Diante desta perspectiva surgiu o seguinte questionamento: Como a mastectomia pode afetar a qualidade de vida da mulher? E de que forma a mulher pode ser ajudada para minimizar essas alterações?

O interesse para desenvolver o estudo dessa temática surgiu pelo crescente índice de mulheres com CA de mama e que precisam se submeter à mastectomia tendo impactos na sua vida, pela pesquisadora ter observado o surgimento de alterações em uma amiga mastectomizada e pela necessidade de se conhecer a forma como a mastectomia afeta a vida da mulher, pois o que se acredita é que favorece o surgimento de inúmeros sentimentos que causam mudanças no seu biopsicossocial, diminuindo sua autoestima.

Desta maneira, esta pesquisa será importante para que acadêmicos de enfermagem, enfermeiros e outros profissionais de saúde consigam entender que a mastectomia causa alterações físicas e psicológicas na vida da mulher e com isso percebam precocemente e utilizem métodos de intervenção, de maneira multiprofissional, para amenizar os sentimentos gerados nessa situação, melhorando, então, a qualidade de vida da mulher mastectomizada e de sua família. Confrontando com a problemática descrita o presente estudo objetiva averiguar a qualidade de vida de mulheres que foram submetidas à mastectomia.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Averiguar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas no município de Cajazeiras, no alto sertão Paraibano.

2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Investigar quais os sentimentos que surgem após a mastectomia;
- Identificar a (in)dependência da mulher na realização das atividades diárias;
- Verificar o apoio social à mulher mastectomizada;
- Descrever a compreensão da mulher sobre a sua saúde.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA

Localizadas entre a segunda e sexta costelas as mamas ficam sobre o músculo peitoral, que se estende desde o esterno até a linha axilar média. O tecido mamário possui uma área chamada de cauda de Spence que se estende para dentro da axila. As mamas são sustentadas sobre a parede torácica pelos ligamentos de Cooper. Na parte inferior da mama existe uma crista de tecido adiposo, chamada de prega ou dobra inframamária. (BRUNNER; SUDDARTH, 2011)

A constituição da mama feminina é de um corpo glandular formado por dois sistemas: o sistema ductal, formado por ductos que iniciam na papila e possuem várias ramificações, e o sistema lobular, composto por lóbulos, localizados nas extremidades das ramificações ductais. Tem a função de formação (lóbulos) e transporte (ductos) do leite. Esses dois sistemas possuem uma sustentação formada por tecido conjuntivo e gordura, por onde passam nervos, vasos sanguíneos e linfáticos. Estes últimos drenam a linfa principalmente para os linfonodos das cadeias axilar e mamária interna. Os músculos peitoral maior, peitoral menor e serrátil anterior formam o assoalho muscular e se relacionam com a face profunda da mama separando-a do gradil costal. (BRASIL, 2013)

Segundo Brunner e Suddarth (2011) as mamas da mulher sofrem transformações e amadurecem por ação do estrogênio e outros hormônios durante a puberdade que acontece, geralmente, dos 10 aos 16 anos de idade podendo variar de 9 a 18 anos. Os estágios desse desenvolvimento são descritos como estágios de 1 a 5 de Tanner: o estágio 1 chamado de mama pré-púbere; Estágio 2, o broto mamário, que é o primeiro sinal da puberdade na mulher; Estágio 3 caracterizado pelo aumento adicional do tecido mamário e da aréola; Estágio 4 no qual o mamilo e a aréola formam um monte secundário no ápice do tecido mamário; e o Estágio 5 que é o desenvolvimento continuado de uma mama maior com um contorno único.

De acordo com o Caderno de Atenção Básica do Ministério da Saúde sobre Controle dos Cânceres do Colo do Útero e da Mama de 2013, as mamas geralmente possuem uma discreta assimetria entre elas e pode apresentar variação de sua forma, dependendo da idade, lactação, gestação, obesidade e período menstrual. São divididas em quatro quadrantes, que

auxiliam na localização dos achados de exame clínico e de imagem, são eles: quadrantes superiores (lateral e medial), inferiores (lateral e medial) e região central. A figura abaixo mostra a anatomia da mama feminina. (BRASIL, 2013)

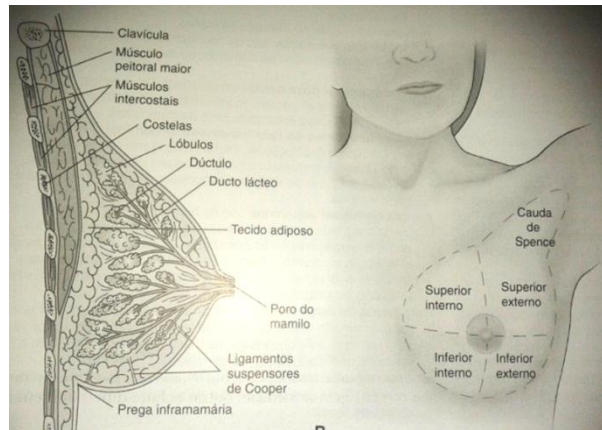


Figura 1- Anatomia e áreas da mama feminina

Fonte : Brunner e Suddart (2011 p. 1478)

3.2 CÂNCER DE MAMA

3.2.2 Definição do Câncer de Mama

O CA de Mama ocorre quando células anormais do tecido mamário começam a se proliferar incontrolavelmente, estas surgem de alterações genéticas, que podem ser hereditárias ou adquiridas, o que pode provocar mudanças no crescimento dessas células ou na sua morte programada, conseqüentemente acontece o surgimento do tumor. (BRASIL, 2013)

De acordo com o autor supracitado o processo acontece seguindo três estágios: I- iniciação, onde os fatores cancerígenos atuam sobre os genes; II- promoção, a célula já se encontra alterada e os agentes oncopromotores atuam sobre ela; III- progressão, fase em que a multiplicação descontrolada e irreversível da célula acontece. A neoplasia mamária pode ser precedida pela hiperplasia ductal atípica, neoplasia lobular e carcinoma ductal *in situ*, que são chamadas de lesões precursoras do câncer de mama.

Os oncogenes ativadores têm a função de regular o crescimento e morte programada das células, porém, estes podem sofrer mutações e descontrolar esse processo fisiológico tornando-o anormal, e formando o tumor. Dependendo das características das células que

estão se proliferando anormalmente, o tumor pode ser benigno, formado por células com aparência próxima do normal que crescem lentamente e não possuem a capacidade de invadir tecidos vizinhos, não sendo perigoso a saúde; ou maligno/canceroso, formado por células que têm a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos quando não controlados, causando riscos a saúde. (PONTES, 2013)

Segundo a American Cancer Society (2010), alguns fatores contribuem para o desenvolvimento da neoplasia mamária, como história familiar ou pessoal de CA de mama, alta densidade de tecido mamário, terapia de reposição hormonal, doses elevadas de radiação na mama, menarca precoce, menopausa tardia, nuliparidade. Além disso, ter o primeiro filho depois dos 30 anos, presença dos genes BRCA1 e BRCA2 (genes de predisposição ao câncer de mama, que são raros na população em geral, menos de 1%), hiperplasia mamária atípica e ausência ou curtos períodos de amamentação.

Brunner e Suddarth (2011) mostram que mais de 80% de todos os casos de CA de mama não se relacionam com história familiar da doença. Os casos restantes são familiares ou geneticamente adquiridos. Entre os fatores de proteção que reduz o risco do surgimento do CA de mama estão a prática de atividades físicas regulares, realização do aleitamento materno e ter completado uma gravidez a termo antes de 30 anos de idade.

3.2.1 Epidemiologia Do Câncer De Mama

Segundo o INCA o CA de Mama acomete em maior número as mulheres e suas taxas de mortalidade estão aumentando a cada ano em decorrência de um diagnóstico e tratamento tardios. Estima-se 57.120 novos casos neste ano de 2014 no Brasil. Na Paraíba a estimativa para o ano de 2014 é de 750 novos casos, uma taxa de 37,62 por 100 mil mulheres e na capital João Pessoa 260 novos casos, uma taxa de 66,48 por 100 mil mulheres. (INCA, 2013)

Percebe-se um número elevado de mortes entre aqueles que adquiriram esta doença, apesar desta ter um prognóstico relativamente bom quando diagnosticada e tratada precocemente. De acordo com o Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) o número de mortes no ano de 2011 no Brasil foi de 13.345, sendo 120 homens e 13.225 mulheres. Na Paraíba o número foi de 195 mortes sendo todas do sexo feminino. (BRASIL, 2012a)



Figura 2- Taxas brutas de incidência do câncer de mama por 100 mil mulheres estimadas para o ano de 2014 no Brasil.

Fonte: INCA, 2013 (<http://www.inca.gov.br/>)

Este agravo acomete com maior frequência mulheres na faixa etária dos 50 anos de idade, mas pode acontecer mais cedo, na faixa etária de 30 anos, sendo raro. Porém, o que se tem observado mundialmente é um aumento da incidência desse tipo de neoplasia em pessoas com a faixa etária mais jovem. (SANTOS JUNIOR; SOARES, 2012)

3.2.3 Tipos de Câncer de Mama

Santos Júnior e Soares (2012), dizem que a classificação histológica do CA de mama, representa sua heterogeneidade estrutural, sendo predominantemente tumores epiteliais. O tipo mais comum é o Câncer Ductal Invasor.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) (2012) destaca a seguinte classificação histológica dos tumores mamários: Carcinoma microinvasivo, Carcinoma mamário invasivo, Carcinoma ductal invasivo SOE, Carcinoma lobular invasivo, Carcinoma tubular, Carcinoma cribriforme invasivo, Carcinoma com elementos medulares, Carcinoma mucinoso, Carcinoma com diferenciação em células em anel de sinete, Carcinoma micropapilar invasivo, Carcinoma com diferenciação apocrina, Carcinoma metaplásico sem tipo especial, Diferenciações condroide, óssea e em outros tipos mesenquimais, Carcinoma metaplásico misto e Carcinoma mioepitelial. (GOBBI, 2012)

Geyer e Nigro (2013, p. 32) destacam:

Usualmente identificado na prática médica como Carcinoma Ductal Invasivo (CDI), o carcinoma mamário invasivo de tipo não especial corresponde a cerca de 70% dos casos, sendo definido como uma neoplasia epitelial mamária invasiva que não preenche critério para nenhum tipo especial. Portanto, por definição, constitui um grupo de tumores bastante heterogêneo. Já os tipos histológicos especiais, dos quais o Carcinoma Lobular Invasivo (CLI) é o mais prevalente (~15%), são mais homogêneos, com critérios diagnósticos mais rígidos. É importante frisar que não é incomum uma mesma neoplasia apresentar áreas com diferentes morfologias, sendo consideradas neoplasias de padrão misto.

3.2.4 Manifestações Clínicas

O Ministério da Saúde elenca como sintoma mais comum da neoplasia mamária a presença de um nódulo geralmente indolor, além de irregular e duro. Porém, existem também tumores menos invasivos, globosos e definidos. (BRASIL, 2013)

Os portadores deste agravo podem relatar frequentemente a presença de dor, esta acomete as glândulas mamárias, mas raramente se relaciona com o câncer. Ela está mais relacionada com outros fatores como a ação hormonal no parênquima mamário e como resultado de causas extramamárias. Podem estar presentes, sinais e sintomas considerados de alerta e que a mulher deve ter uma atenção especial ao se fazer o autoexame ou exame clínico das mamas. São eles: mudança no tamanho e formato das mamas; surgimento de retrações na pele e no complexo aréolo-papilar; presença de nódulos ou espessamentos nas áreas das mamas e/ou axilas; secreções papilares espontâneas e abaulamento ou modificações do aspecto da pele, porém apesar de serem de alerta podem decorrer também de patologias benignas. (CALIL, 2014)

3.2.5 Diagnóstico e Tratamento

A neoplasia mamária apresenta um favorável prognóstico quando detectada em estágios iniciais, ou seja, quando se encontram lesões menores que dois centímetros de diâmetro e faz-se o tratamento adequadamente. Porém, o que se observa atualmente é que ela

ainda é causa de muitas mortes. Para que haja uma redução na mortalidade e a detecção precoce aconteça, estratégias devem ser implantadas nos serviços de saúde, sendo fundamental tanto a educação dos profissionais de saúde como das mulheres para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer mamário, assim como o acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. (BRASIL, 2013)

O exame mais usado para a detecção do CA de mama é a mamografia, que consiste no uso de um aparelho chamado de mamógrafo para sua realização. Este tipo de exame é considerado o “Padrão Ouro” na mastologia, devido possuir uma excelente eficácia na detecção de lesões pequenas (milímetros) e que não são sentidas na palpação. Outro tipo de exame para detectar a neoplasia mamária é o Exame Clínico das Mamas (ECM) que é realizado pelo profissional de saúde sendo importante sua execução para a detecção precoce de alguma alteração mamária mais superficial e palpável. Devem ser seguidos os seguintes passos para sua realização adequada: “inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal”. (SANTOS JUNIOR; SOARES 2012) Além da mamografia e ECM, a ultrassonografia e a ressonância magnética podem ser utilizados como métodos diagnósticos para o CA de mama. A biópsia cirúrgica confirma o câncer com o achado histopatológico. (BRASIL, 2013)

Conforme o INCA (2011) a mulher deve periodicamente participar dos programas de rastreamento do CA de mama, os quais consistem na realização da mamografia e do ECM. A implantação desses exames na rotina de atenção integral a saúde da mulher contribuem para uma redução da mortalidade por este agravo, já que favorece a descoberta da doença na fase subclínica propiciando um melhor prognóstico. A realização desses exames deve ser feita nas seguintes população-alvo e periodicidade:

População-alvo	Periodicidade dos exames
Mulheres de 40 a 49 anos	Exame clínico das mamas anual (ECM) e, se alterado, mamografia diagnóstica
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM e mamografia de rastreamento a cada dois anos
Mulheres de 35 anos ou mais com risco elevado*	ECM e mamografia de rastreamento anual

Figura 3- População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento de câncer de mama.
Fonte: INCA, 2009 (<http://www1.inca.gov.br/inca/Arquivos/Sismama.pdf>)

Outro exame que é importante para a detecção precoce do CA de mama é o Autoexame das mamas (AEM). Embora não se encontre na literatura resultados de pesquisas evidenciando redução da mortalidade, a mulher deve ser estimulada para a realização deste tipo de exame com o intuito de detectar precocemente alterações mamárias. As vantagens do AEM é a detecção de tumores pequenos ou ainda confinados à glândula mamária, além de ser um método conveniente, útil, sem custo e de fácil execução. (AKHIGBE, OMUEMU, 2009; CAZAP et. al., 2008; LYMAN, 2010)

Segundo Santos Júnior e Soares (2012), o tratamento para esta neoplasia deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar atendendo de forma integral a paciente, não dando atenção apenas a sua enfermidade. As modalidades de tratamento existentes atualmente são a cirurgia e a radioterapia para o tratamento loco-regional e a quimioterapia e a hormonioterapia para o tratamento sistêmico.

O tratamento cirúrgico é o mais importante nas fases iniciais, aumentando bastante a chance de cura. Se o método de tratamento escolhido preserva a mama, a paciente deve receber radioterapia para o resto da mama de modo preventivo o que se chama de radioterapia adjuvante. Após a cirurgia, se faz o tratamento adjuvante sistêmico que utiliza medicamentos reduzindo assim o risco de recidiva. Nos casos em que o CA tem receptores hormonais de estrógeno e de progesterona, usa-se a hormonioterapia. Quando se há um maior risco de metástase, é feita também a quimioterapia preventiva. (BUZAID, 2013)

3.2.6 Tratamento Cirúrgico

O tratamento cirúrgico consiste em dois tipos, o conservador e o radical, sua escolha vai depender do estadiamento clínico do CA, do tamanho da mama e também do acesso à radioterapia adjuvante. Nos últimos 20 anos, houve uma evolução no tipo de tratamento da neoplasia mamária, fazendo com que cirurgias que seriam radicais passassem a ser conservadoras, evitando uma maior realização de cirurgias radicais, isso aconteceu em virtude do avanço da quimioterapia neoadjuvante, que possibilita uma redução do tumor inicial, favorecendo a realização do tratamento mais conservador. (FRASSON et al., 2011)

Para Brunner e Suddart (2011) as opções de tratamento cirúrgico para a neoplasia mamária não invasiva são apenas a conservação da mama, que inclui lumpectomia, excisão ampla, mastectomia parcial ou segmentar e quadrantectomia, e pode ser usada também apenas

a mastectomia total. No CA de mama invasivo as opções são conservação da mama com biópsia de linfonodo sentinela ou dissecação de linfonodos axilares, mastectomia total com biópsia de linfonodo sentinela ou mastectomia radical modificada.

Ainda segundo o autor supracitado a meta do tratamento de conservação da mama é retirar o tumor por completo de modo que se tenha um resultado estético mais aceitável. Ao contrário das mastectomias radical modificada e total, que removem a mama por completo, deixando alterações na imagem corporal bem como também na auto-estima. A primeira consiste na remoção de todo tecido mamário, incluindo o complexo mamilo-aréola e uma parte dos linfonodos axilares também é removida, mas raramente é realizada atualmente. A segunda também envolve a remoção da mama e do complexo mamilo-aréola, mas não há a dissecação dos linfonodos axilares.

O tratamento cirúrgico do tumor mamário pode apresentar complicações para a mulher que variam de acordo com o tipo de cirurgia. Na Quadrantectomia observa-se presença de hematomas, seromas, infecções, granuloma de corpo estranho e complicações específicas da radioterapia. Na mastectomia radical modificada se pode ter as mesmas complicações da quadrantectomia, associadas a uma imobilidade da musculatura peitoral e membro superior, linfedema e deiscência. (KIM; PHILBERT, 2011)

3.3 QUALIDADE DE VIDA

Uma clássica definição para o termo Qualidade de Vida (QV) é dada pela OMS, que entende “como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (WHOQOL, 1995)

Por refletir as experiências, os valores individuais e coletivos e por possuir uma variedade de significados, a QV é um tema que está se expandindo para debate na sociedade contemporânea e invadindo todas as áreas do conhecimento, constituindo-se, assim, um conceito social e cultural desejável nas políticas de saúde. A QVRS deve ser avaliada, pois pode auxiliar na decisão entre diferentes tratamentos, bem como monitorar o sucesso de uma nova terapia, considerando a percepção do paciente. Contribui também para orientar o planejamento de ações coordenadas que conduzam à melhoria das condições de vida. (SCATOLLIN, 2006)

“A QV está diretamente ligada à condição humana e diz respeito às nossas aspirações, realizações, bem-estar e satisfação em todas as áreas, como vida profissional, pessoal e sentimental”. (ARAÚJO, 2009) “Este termo passou a permear o nosso cotidiano constantemente, mostrando que questões pertinentes ao estado geral de saúde de um indivíduo são diretamente ligadas aos fatores que alteram a sua QV”. (CARVALHO, 2009)

O conceito de QV é importante para as medidas resolutivas em saúde, em virtude de sua natureza abrangente e também porque se relaciona com o que o indivíduo percebe e sente, se associando a um dos desejos básicos do ser humano, que é o viver bem e o sentir-se bem. (FLECK, 2008)

Para mensurar a QV atualmente se utilizam os instrumentos genéricos e os específicos. Segundo Campos e David (2007) os instrumentos genéricos são aqueles utilizados com a população em geral e que não depende da condição do indivíduo, permitindo a comparação de indivíduos sadios com os doentes, porém não detecta aspectos específicos da QV de uma população acometida por um determinado agravo. Já os instrumentos específicos detectam os aspectos do estado de saúde do indivíduo em uma doença específica avaliando, então, o impacto sobre sua QV.

3.4 CÂNCER DE MAMA E QUALIDADE DE VIDA

Quando o paciente se encontra diante da notícia de um diagnóstico de câncer, um momento de intensa angústia, sofrimento e ansiedade começa a ser vivido por ele e sua família. Além da doença ser rotulada como dolorosa e mortal, o paciente também vivencia durante o tratamento, perdas e sintomas adversos, o que acarreta prejuízos nas habilidades funcionais e incerteza quanto ao futuro. Encontram-se presentes as preocupações em relação à morte, mutilação e dor. (BOSSOIS et al., 2012)

Os autores supracitados ainda relatam em seu estudo que as mamas são consideradas em nossa cultura social um símbolo que marca a feminilidade da mulher, além de maternidade, a estética e a sexualidade. A perda desta parte anatômica gera um desequilíbrio físico e emocional, provocando, em consequência disso, alterações na sua imagem corporal. A mulher mastectomizada tende a evitar se olhar no espelho, pois sofreu o dano da perda, e esconde seu corpo dela mesma e da sociedade porque se ver mutilada. Com isso, geram

também sentimentos de inadaptação, sendo necessário que esta mulher passe por uma readaptação a uma nova imagem que em nenhum momento ela desejou.

Todo o impacto causado pela mastectomia é vivenciado tanto pela mulher que é submetida a esta mutilação, como por seus familiares. Tudo isso permite que os sentimentos de afeto e cuidado surjam com maior intensidade, estreitando e fortalecendo, assim, os laços familiares. Portanto, é de extrema importância o apoio familiar desde o momento que a mulher recebe o diagnóstico do CA de mama, contribuindo para um aumento da sua autoestima, evitando que a paciente seja vencida por este agravo. (SILVA et.al., 2008; FABRO, WESTIN, 2009; FERNANDES et al., 2012)

Cesnik e Santos (2012), em seu estudo mostraram que há uma diminuição da frequência de relações sexuais nas mulheres mastectomizadas devido vários fatores incluindo a diminuição do desejo sexual, o cansaço, mal-estar em decorrência da quimioterapia e sentimento de baixa atratividade. Essa mudança na sexualidade é percebida com menor intensidade nas mulheres submetidas às cirurgias mais conservadoras quando comparadas com as que passaram por procedimentos cirúrgicos mais agressivos.

O CA de mama afeta a mulher em todas as suas dimensões o que interfere na sua QV, desenvolvendo, então, sentimentos negativos. Diante disto, é importante a atuação dos Grupos de Apoio à mulher mastectomizada, pois ajudam no enfrentamento do problema e transmitem informações necessárias sobre a doença, prevenção e suporte psicológico, havendo assim uma ajuda mútua entre essas mulheres. (SIMEÃO et. al., 2013)

O enfermeiro, por sua vez, deve desenvolver seu cuidado com um olhar holístico para a mulher e sua família e suas ações são de fundamental importância, contribuindo para um melhor suporte emocional estimulando o autocuidado, minimizando os conflitos identificados e valorizando cada paciente como um ser único com suas dúvidas e medos. Além disso, o suporte emocional de qualidade oferecido também pela família é de extrema importância na recuperação dessa mulher mastectomizada, melhorando sua autoestima e QV. (MARQUES; OKAZAKI, 2012)

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa. Para Marconi e Lakatos (2010) estudo de campo é aquele utilizado para se obter um conhecimento sobre determinado problema ou determinada hipótese, ou até mesmo descobrir novos fenômenos. O estudo descritivo vai avaliar as relações entre as variáveis estudadas, que se manifestam de forma livre e espontânea em situações, fatos e condições já existentes. (KOCHE, 2011)

A abordagem qualitativa analisa e interpreta os aspectos mais subjetivos, o que mostra a complexidade do comportamento do sujeito pesquisado. A amostra é avaliada no seu psicossocial, e a pesquisa também fornece mais detalhes sobre atitudes, hábitos, investigações, entre outros. O pesquisador tem um contato mais direto com aquela população que fará parte do estudo. (MARCONI; LAKATUS, 2008)

Gerthard e Silveira (2009) citam como principais características da pesquisa qualitativa as ações de descrever de forma hierarquizada, explicar, compreender, existência do caráter de interação entre os objetivos do pesquisador, relação precisa entre o global e o local no fenômeno investigado, percepção da distinção entre o mundo social e o natural, os dados empíricos, as orientações teóricas, busca de resultados mais reais possíveis e oposição do que defende um único modelo de pesquisa para as ciências.

4.2 LOCAL DO ESTUDO

O estudo foi realizado no “Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras-PB”, cujo objetivo é acolher mulheres que passaram ou estão vivenciando alterações do processo saúde, doença e cuidado no aspecto do CA de mama. No grupo, as mulheres mastectomizadas trocam experiências e vivências que tiveram após o diagnóstico, cirurgia e tratamento. São realizadas também atividades lúdicas, as quais visam proporcionar bem-estar e suporte emocional.

O “Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras-PB” teve sua ideia de fundação iniciada em João Pessoa-PB, quando a coordenadora atual foi diagnosticada com este agravo e submetida

à mastectomia há nove anos. Nesse período a mesma participou do grupo da referida cidade e ao retornar à Cajazeiras-PB resolveu implantar um grupo semelhante com mulheres que também tinham a doença e passaram ou estão realizando o tratamento. O grupo foi fundado oficialmente no dia 8 de Março de 2006, na Biblioteca Pública Municipal de Cajazeiras. Não possui uma sede fixa para a realização das reuniões, mas atualmente está ocorrendo no Sindicato dos Professores (SINDEP), localizado na Rua Higino Rolim na mesma cidade. Conta com o apoio de algumas instituições, prosseguindo unidos, solidários e fortes na promoção da humanização.

O município de Cajazeiras, estado da Paraíba, está localizado a uma distância de 465 km da capital João Pessoa. Esse município tem uma área territorial de 565, 899 km², e uma população de 58.446 habitantes no ano de 2010. Estima-se para o ano de 2013 uma quantidade de 60.612 habitantes (IBGE, 2010).



Figura 4-Mapa da Paraíba com cidades.

Fonte: <http://asnovidades.com.br/wp-content/uploads/2011/04/Para%C3%ADba-rios.gif>

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

De acordo com Marconi e Lakatus (2010) o universo ou população se trata do conjunto de seres existentes que possuem entre si características semelhantes, e a amostra será uma parcela da população, ou seja, um subconjunto escolhido e formado a partir dessa população.

A população desse estudo foi formada por mulheres que participam do “Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras-PB”. Esse grupo possui, atualmente, 51 mulheres, desta população foi formada a amostra com 20 mulheres mastectomizadas. A coleta de dados finalizou-se a partir do momento que as informações que já haviam sido coletadas apresentaram uma variação de respostas para o tema pesquisado, e informações subsequentes

não mais acrescentaram novidades para a investigação, ou seja, finalizou-se quando foi identificado a saturação teórica. Quando as novas informações começam a se repetir, significa dizer que atingiu tal ponto que é necessária a interrupção da captação de novos sujeitos da amostra. (FLICK, 2009; FONTANELLA, MAGDALENO JÚNIOR, 2012)

As 20 mulheres foram entrevistadas de forma individual sendo considerados os critérios de inclusão e de exclusão para a participação. O critério de inclusão adotado foi somente mulheres submetidas à mastectomia total ou parcial há mais de seis meses, a escolha deste período aconteceu em decorrência de ser um tempo adequado para adaptação à nova realidade. E os critérios de exclusão as mulheres que não compareceram as reuniões há mais de seis meses e não residem em Cajazeiras-PB.

4.4 COLETA DE DADOS

Foi utilizada uma entrevista semiestruturada para a coleta de dados, composta por três partes. A primeira parte definiu a caracterização sociodemográfica dos sujeitos em estudo, a segunda se destinou aos dados clínicos da mulher mastectomizada e a terceira e última parte é composta de cinco questões norteadoras elaboradas de acordo com os objetivos da investigação.

A entrevista semiestruturada, segundo Marconi e Lakatos (2010), é um instrumento utilizado em uma investigação para a coleta de dados que se desenvolve a partir do encontro de duas pessoas, com o objetivo de se obter informações verbais sobre determinado fenômeno para contribuir na pesquisa de uma dessas pessoas. Nela o entrevistador tem a total liberdade para uma conversação mais informal, e permite que tome a direção necessária para cada situação.

A sua utilização em uma pesquisa qualitativa é adequada, porque permitirá que o investigador obtenha as informações necessárias para a interpretação de acordo com o seu referencial teórico e os objetivos formulados, por meio de cada depoimento dos sujeitos entrevistados. (MINAYO, 2007)

Foi feita a gravação da entrevista após autorização do sujeito participante da investigação, seguindo os preceitos éticos de sigilo das informações e total preservação da identidade da entrevistada. Em seguida foram transcritas todas as gravações, em sua íntegra, para posterior análise dos dados.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise dos dados coletados se deu por meio do processo metodológico do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), técnica essa desenvolvida por Lefèvre e Lefèvre. A técnica do DSC é realizada obtendo-se o pensamento coletivo por meio dos vários depoimentos coletados. De cada depoimento analisado são retiradas as Ideias Centrais (IC) e Ancoragens (AC) e as suas Expressões Chave (ECH) correspondentes. Com esses termos semelhantes será composto um ou vários discursos-sínteses que são denominados os Discursos do Sujeito Coletivo. (LEFEVRE; LEFEVRE; MARQUES, 2009)

As ECH são as transcrições literais destacadas pelo pesquisador no discurso que transmitem a essência do conjunto do discurso observado. Elas justificam a existência da IC e AC. É necessário que sejam utilizadas apenas informações consideradas relevantes e expressivas, evitando particularidades da fala do sujeito que demonstram individualidades e dificultam a construção de um discurso que envolva a representação social sobre determinado fenômeno. (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005)

Ainda segundo o autor supracitado a IC é o nome ou expressão que revela de maneira mais simples e precisa o sentido dos discursos analisados no conjunto. Podem expressar o que foi dito pelos sujeitos pesquisados ou apresentar o tema do depoimento desses sujeitos. E a AC representa a manifestação linguística de uma teoria ou ideologia que o sujeito do discurso declara e que está presente no discurso como uma afirmação genérica, porém o mesmo não será abordado neste estudo.

O DSC permite que o pensamento de um grupo específico pesquisado seja representado através de um único pensamento. As ideias são associadas, não de maneira quantitativa, mas sim de uma forma metodológica a expressão do pensamento coletivo utilizando o discurso. Ele representa um recurso que torna mais claras as representações sociais, pois um grupo se torna emissor de discursos comuns compartilhados entre si (LEFÈVRE; LEFÈVRE, 2005).

Os discursos foram debatidos com suporte na literatura científica pertinente sobre a temática.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS

Esse estudo envolve seres humanos, portanto foram considerados durante toda a pesquisa os aspectos éticos contidos na Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que trata sobre aspectos da bioética, como autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, assegurando todos os direitos e deveres dos participantes da pesquisa. Dessa maneira foi elaborado e fornecido ao participante o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), que consiste em um documento contendo todas as informações necessárias sobre a pesquisa, sendo explicada de maneira clara e precisa, dando o direito de anonimato do sujeito pesquisado, respeitando assim sua dignidade e autonomia de escolha (BRASIL, 2012b).

A coleta de dados se iniciou após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Faculdade Santa Maria, sob parecer de número 680.978 e anuência da coordenação do grupo participante. Foi realizada no período de Junho e Julho de 2014, de forma individual na residência de cada mulher com marcação prévia do encontro. A pesquisadora explicou a natureza da investigação e esclareceu todas as informações necessárias quanto ao sigilo ético dos dados e a liberdade de participar ou não da pesquisa, como também desistência a qualquer momento.

Toda pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconfortos, porém as pesquisadoras obedeceram fielmente a Resolução 466/2012. Para resguardar o anonimato das participantes as mulheres entrevistadas foram identificadas com a letra “M” seguida de um número entre 01 e 20 de acordo com a ordem de entrevista.

5 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As entrevistas foram feitas com 20 mulheres mastectomizadas participantes do “Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras - PB”, todas residentes na cidade de Cajazeiras - PB e com mais de seis meses de cirurgia e tratamento. A discussão foi dividida em duas partes: 1) Caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa; 2) Apresentação dos discursos coletivos.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA DAS PARTICIPANTES DA PESQUISA

Tabela 01- Caracterização sociodemográfica das participantes da pesquisa. Cajazeiras-PB, 2014.

VARIÁVEIS	%	F
Faixa etária		
36 – 50 anos	40	08
51 – 60 anos	40	08
51 –70 anos	20	04
Estado Civil		
Solteira	20	04
Casada	35	07
Divorciada	30	06
Viúva	15	03
Grau de Escolaridade		
Alfabetizada	5	01
Fundamental Incompleto	20	04
Fundamental Completo	15	03
Médio Completo	20	04
Superior Incompleto	5	01
Superior Completo	35	07
Profissão		
Secretária Doméstica	35	07
Professora	30	06
Artista Plástica	5	01
Técnica em Enfermagem	10	02
Agente Administrativa	10	02
Auxiliar de Serviços Gerais	10	02
Histórico de Câncer na Família		
Câncer de Mama	60	12
Outros	30	06
Nenhum Caso	10	02
Religião		
Católica	90	18
Cristã Evangélica	5	01
Espírita	5	01
TOTAL	100	20

As mulheres pertenciam à faixa etária mínima de 36 anos e máxima de 70 anos quando foram submetidas à mastectomia. Destas 40% estão entre as idades de 36 a 50 anos e, com o mesmo percentual de 40%, entre 51 a 60 anos. Essa faixa etária se assemelha aos dados fornecidos pelo INCA (2002), os quais mostram que o câncer de mama nas mulheres apresenta uma curva ascendente a partir dos 25 anos ficando concentrado, principalmente, na faixa etária entre 45 e 50 anos, sendo raro antes dos 35 anos. Ele é geralmente descoberto entre os 40 a 60 anos de idade nas mulheres, de acordo com o INCA (2008).

A maioria das entrevistadas era casada totalizando 35% das mulheres. Convergindo com estes achados Carniçali Primo et al. (2012), constataram que as mulheres mastectomizadas em sua pesquisa eram casadas representando 59,5% das participantes.

Em um estudo realizado no Hospital Perola Byington de São Paulo e Hospital Santa Isabel de Clínicas de Taubaté, no qual foram entrevistadas 190 pacientes acometidas de câncer de mama, mostrou que a mulher quando casada tem menores chances de desenvolver sintomas depressivos, pois a presença do companheiro é importante apoio para sua recuperação. (GONÇALVES; GIGLIO; FERRAZ, 2009)

Entretanto, a mulheres casadas também podem ter uma maior chance de redução de sua autoestima quando submetidas à mastectomia, pois esta cirurgia gera uma mutilação que compromete sua imagem corporal fazendo com que se preocupem com o afastamento do seu companheiro logo após a cirurgia e com a alteração na sua relação matrimonial.

Quanto ao grau de escolaridade das mulheres entrevistadas 35% tinham completado o ensino superior. Divergindo com esta investigação Nicolussi e Sawada (2011) constataram que das 35 mulheres estudadas com CA de mama atendidas no Centro Especializado de Oncologia (CEON) de Ribeirão Preto, São Paulo 15 (42,9%) cursaram até o ensino fundamental.

Estudos mostram que o grau de escolaridade pode influenciar na realização de medidas preventivas e de detecção precoce do câncer de mama. Uma investigação realizada no Maranhão demonstrou que é mais frequente em mulheres com maior escolaridade a realização do exame clínico das mamas e também da mamografia, o que pode facilitar a procura dos serviços de saúde no momento em que a mulher detecta o aparecimento de nódulos na mama e início precoce do tratamento (LIMA et al., 2011). Estas informações podem justificar o motivo da maioria das participantes desta investigação apresentar ensino superior, o que fomentou a procura por tratamento.

Dentre as profissões citadas a maioria era secretárias domésticas com 35%. Dados semelhantes foram encontrados ao se avaliar a qualidade de vida de 30 mulheres do ambulatório de Quimioterapia da Santa Casa de Misericórdia de Maceió (SCMM) em uma pesquisa clínica transversal, no que diz respeito à ocupação a maioria, 43,3%, trabalhava no ambiente domiciliar, o que mostrou que essas tiveram índice de QV abaixo da média. Tal fenômeno pode estar relacionado ao fato de que as atividades domésticas exigem a força do braço e a mastectomia acaba limitando de certa forma essa mulher, tanto devido o tratamento quanto ao cuidado para não causar sequelas no braço, impondo à mulher mudar ou diminuir suas atividades laborais. (AMARAL et al., 2009)

Desta maneira, essas mulheres tendem a desenvolver um sentimento de impotência não podendo mais desempenhar suas atividades, pois como a mastectomia gera limitações elas podem necessitar de auxílio para desempenhar suas atividades de antes, levando também ao desenvolvimento de sentimentos negativos diante dessa situação e comprometimento de sua QV.

Quando foi questionado sobre o histórico de câncer na família, 90% das mulheres mastectomizadas responderam afirmativamente, sendo que 60% tinham casos neoplasia mamária e 30% apresentaram casos em outros órgãos. No estudo descritivo realizado na Clínica OncoHematos/Cirurgia de Aracaju-SE, ao se investigar 58 mulheres com câncer de mama 37,93% dessas entrevistadas responderam que possuíam antecedente familiar de câncer de mama, o que demonstra que na amostra estudada o histórico familiar pode ser considerado um fator de risco para o desenvolvimento de câncer de mama (GONÇALVES et al., 2010). Corroborando com isso, o INCA (2011) afirma que a história familiar contribui no aumento do risco de desenvolver o câncer de mama de duas a três vezes.

Percebe-se, portanto, que o histórico familiar pode ter sido um fator de risco importante para o desenvolvimento dessa neoplasia nas entrevistadas, uma vez que a maioria afirmou que existiam casos do CA mamário na sua família.

A religiosidade pode ser considerada um fator importante na vida da mulher mastectomizada, diante disso dentre as entrevistadas 90% praticavam o catolicismo. No estudo com dez pacientes oncológicos, da Associação Voluntária do Câncer de Assis – SP, todas as participantes relataram possuir alguma religião, predominando 40% da religião católica, 20% evangélica e 10% religião budista. (FORNAZARI; FERREIRA, 2010) Esse resultado converge com o encontrado, no qual a maioria dos sujeitos entrevistados apresenta como prática religiosa o catolicismo. Concordando com tais dados, em outro estudo realizado

com 14 mulheres mastectomizadas em Fortaleza-CE, evidenciou que a maior parte delas referiu adeptas da religião católica, totalizando 92,9%. (FERNANDES et al., 2013)

A espiritualidade é uma das dimensões mais importantes da vida humana, na medida em que esta influencia o sentido da vida e da morte, pois ajuda o homem a encarar de outros modos a dor, o sofrimento, alimentando a esperança e fortalecendo até outras situações da vida cotidiana.

5.2 APRESENTAÇÃO DOS DISCURSOS COLETIVOS

Foram gerados 10 discursos coletivos expostos em 05 temáticas e 08 categorias. Inicialmente foi feita a leitura das respostas de cada questão da terceira parte do instrumento de coleta de dados, destacando as expressões-chave e ideias centrais preliminares. Em seguida foram agrupados os discursos que continham as ideias centrais de sentidos semelhantes na sua categoria específica. A construção do DSC final se deu por meio da formação de uma única ideia central e união das expressões-chave fazendo uso de conectivos e da primeira pessoa do singular, de modo que este discurso representasse o pensamento da coletividade.

Temática 01 - Sentimentos surgidos na mulher ao saber da necessidade da mastectomia.

Quadro 01 – Categoria e número de mulheres mastectomizadas participantes da Temática 01. Cajazeiras – PB, 2014

Categorias	Nº de Mulheres Mastectomizadas
Categoria 01- Sentimentos negativos	11
Categoria 02- Preocupação em se afastar dos filhos	06
Categoria 03- Aproximação com a espiritualidade	09
Categoria 04- Aceitação com naturalidade	05

Diante do diagnóstico do CA de mama e da necessidade de se submeter ao tratamento cirúrgico, a mulher pode desenvolver sentimentos de medo, tristeza, angústia e desespero, bem como aceitar tranquilamente a sua realidade. Destaca-se também que a maioria delas se aproxima mais da espiritualidade para superar esse momento. Todos esses aspectos serão discutidos a partir das quatro categorias e dos seus respectivos DSC apresentados no Quadro 01.

A primeira categoria aborda os sentimentos negativos que surgem na mulher que precisa ser mastectomizada, sentimentos estes que englobam a tristeza, negação, o medo da morte, angústia porque vai ser mutilada e desespero. Para a construção deste DSC participaram 11 mulheres mastectomizadas (M1, M2, M4, M5, M6, M8, M9, M14, M15, M18 e M20).

Categoria 01- Sentimentos negativos

DSC - De início eu fiquei muito chocada, eu não esperava, minha reação foi só chorar, assim que o médico me falou eu fiquei né!? Deu uma reação muito forte em mim aí chorei, chorei, gosto nem de pensar, foi uma surpresa pra mim, pra mim foi muito triste, eu sofri muito, principalmente quando eu fiz a cirurgia, assim, eu sofri mais no tratamento do que mesmo na cirurgia porque o tratamento do câncer, as quimioterapias é muito rigoroso mesmo, eu sofri demais, demais mesmo e eu nem pensava que ia resistir ao tratamento. Morte, eu só achava que ia morrer que não resistia...só o que eu pensei, minha fé é tão pouca que eu achava que não resistia a cirurgia, imagina o tratamento. Eu dizia assim, eu não vou fazer essa cirurgia não de jeito nenhum, aí minha sobrinha que tava comigo dizia, vai tia a senhora vai fazer essa cirurgia e vai fazer a reconstituição. Eu tive muito medo 2 dias, 3 dias eu não queria comer eu não queria ver ninguém. Sente a falta do chão quando você recebe uma notícia dessa, quando a resposta chegou a médica leu e olhou assim pra mim e disse eu lamento, mas é maligno...falta o chão, na hora falta o chão, a gente fica angustiada porque sabe que vai ser mutilada, né!? Vai perder uma mama, a gente fica muito desesperada né!? Porque não é fácil você saber do diagnóstico de câncer, só sabe quem já passou né!? Porque a gente fica assim, com um pé dentro e outro fora, porque sabe que câncer não tem cura, você pode fazer o tratamento, demorar um pouco, passar 5 anos, 6 anos, 10 anos sei lá, mas na verdade ainda finda morrendo de câncer, né!? E então quando eu descobri fiquei muito aperreada. Eu senti aquele medo do CA, da doença chamada CA, tá entendendo...que eu não sabia que ia dá oportunidade de eu viver mais tempo. Eu acho, como sempre todas ficam né!? A mulher fica muito nervosa, muito preocupada, até em falar assim você ver a minha reação né!? Porque está muito recente né!? Eu pensava que ia ter uma depressão, sabia? Porque eu fazia tudo às escondidas, pra não dar muita demonstração aos meus filhos, eu fiquei muito preocupada, eu ia trabalhar, mas eu não tinha cabeça pra fazer meu trabalho, aí como eu já tenho irmã e irmão falecido de câncer, quando eu soube eu fiquei muito preocupada foi tanto que a gente correu contra o tempo pra realizar exame, pra fazer tudo. E eu tinha sonhado antes disso umas 4 vezes eu doente, eu morrendo, por isso que eu fiquei desse jeito que eu sonhava que tava morrendo, não sabia nem que tava doente...aí eu fiquei meia assim...eu pensei que eu ia morrer assim. Na verdade eu só não fiz morrer, mas andei perto, ainda hoje eu vivo triste, muito triste, fiquei com aquela coisa ruim, aquele desgosto, fiquei com aquilo muito ruim dentro de mim, com muito desgosto, sem pensar que tá nem no mundo de tanta tristeza.

Nota-se neste primeiro DSC que não é fácil para a mulher receber a notícia do diagnóstico do CA mamário e que para o seu tratamento pode ser necessário a retirada de uma parte considerada muito importante para seu corpo, isto é, a sua mama. Desta forma há o

surgimento de vários pensamentos negativos diante desta situação e da eminência de morte, tais como: desespero; negação; angústia e tristeza, além da possibilidade de desenvolver a depressão.

O CA de mama é uma doença que carrega um estigma que gera forte repercussão psicológica favorecendo a queda da autoestima da mulher podendo até dificultar seu tratamento, trazendo uma diversidade de sentimentos negativos como medo, ansiedade, angústia e sobrecarga emocional desde o momento que se descobre o seu diagnóstico. A mulher acaba ficando vulnerável diante dessa situação de estresse o que contribui para um desequilíbrio no seu biopsicosocial. (MARCON; SALCI, 2009)

A palavra câncer ainda é sinônimo de doença incurável e de alta letalidade para muitas pessoas, apesar de saberem que se pode ter um bom prognóstico quando detectado no estadiamento inicial. Desta forma, quando se recebe o diagnóstico desta doença tanto a mulher quanto a sua família a associa à morte, gerando então, sentimentos de medo, desespero e incerteza de cura.

Numa investigação na qual foram entrevistadas 05 mulheres com diagnóstico de câncer de mama no Rio Grande do Sul, o discurso de uma das entrevistadas evidencia que o diagnóstico do câncer causa um grande choque, além de descrença acerca da cura. Além disto, para a maioria o nome dessa doença lembra morte fazendo com que não se sintam a vontade para falar sobre ela. (ALBARELLO et al., 2012)

A terapêutica proposta para o tratamento do câncer é, em muitos casos, agressiva provocando reações adversas no organismo da mulher. Mesmo com os avanços da medicina em relação a esse tratamento, a mulher ainda sente medo da morte durante toda a trajetória de enfrentamento da doença fazendo com que ela pense que há possibilidade de recidivas causando sofrimento devido o aumento de sua preocupação. (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009)

Pode-se observar também nesse DSC que a mulher ainda sofre muito depois da cirurgia mutiladora, pois geralmente necessita passar longos períodos realizando quimioterapia neoadjuvante e/ou radioterapia. Além de ter um corpo marcado pela falta da mama, importante símbolo feminino, também terá que aceitar a imagem deixada durante as quimioterapias, que fazem cair os cabelos, provocam algumas alterações fisiológicas o que prejudica a qualidade de vida dessa mulher, tornando-se, muitas vezes, difícil de continuar o tratamento até o fim.

Ainda conforme o DSC das mulheres é evidente a associação entre os efeitos colaterais do tratamento e os sentimentos das mesmas. Em um estudo com mulheres com CA de mama que fizeram o tratamento quimioterápico, os dados mostraram que todas as participantes apresentaram alopecia grau 3, náusea e vômitos transitórios e alguma irritação oral, além de leucopenia, granulocitopenia, anemia, mal-estar leve, inapetência, fadiga, letargia e sonolência (MARZIONA et al., 2009) o que podem gerar os sentimentos negativos apresentados.

Confirmando esses achados os relatos de mulheres que realizaram quimioterapia neoadjuvante para o tratamento da neoplasia maligna da mama investigadas no Hospital do Câncer III (HC III) mostraram que os efeitos colaterais da quimioterapia apresentam além dos desconfortos físicos, desconfortos emocionais o que gera mudanças no contexto de vida dessas mulheres. (FRAZÃO; SKABA, 2013)

De início, logo após o diagnóstico, pode ser desencadeado na mulher um conflito interno onde esta acaba passando por algumas fases desde a negação até a aceitação de que possui tumor maligno e que precisa ser retirado modificando sua imagem corporal e identidade feminina. Essa fase está evidenciada no DSC elaborado, onde a mulher nega acreditar que se encontra acometida pela doença e também que precisa se submeter à mastectomia.

Para Ramos e Lustosa (2009) a reação da mulher diante dessa situação depende de suas características de personalidade e da doença. Portanto, essa experiência é vivida de maneira individual podendo utilizar um mecanismo de defesa como a negação, visto que a mulher é um ser singular e multidimensional.

Pode-se considerar que estão presentes as cinco etapas do processo de morte e do morrer de Elizabeth Kübler-Ross (1985), a negação, raiva, barganha, depressão e aceitação. Onde a mulher de início nega a si mesma que está com o câncer ocorrendo alterações psicológicas, após isso ela sente a raiva e pensa o porquê que justo ela foi acometida dessa doença. É onde começa a surgir a barganha em que ela se aproxima da espiritualidade e negocia com Deus por meio de promessas. Algumas delas passam pela depressão onde é marcante a tristeza profunda, medo e angústia. Por último, percebem que devem aceitar essa realidade iniciando então o tratamento e precisando de forças para superar tudo isso.

A diminuição da autoestima também pode acontecer na mulher devido à mutilação física decorrente da mastectomia fazendo com que ela desenvolva um sentimento de impotência, principalmente em relação ao medo de não ser aceita fisicamente. Numa pesquisa

realizada com 13 mulheres de um hospital de referência de Teresina-PI, observou-se nos seus discursos que elas desenvolvem sentimentos de medo, acanhamento, estranheza, tristeza, espanto, desânimo quando se vêem mutiladas, pois o choque da percepção física fica mais evidente depois que a mulher se olha no espelho e ver a marca que a mastectomia deixou no seu corpo. (MOURA et al., 2010)

Fica explícito no DSC que a mulher fica angustiada ao saber que será mutilada, pois a mama é um símbolo importante da sexualidade, feminilidade e maternidade e sua falta pode acarretar uma tristeza e decepção ao visualizar o seu corpo marcado pela mutilação.

Apesar da valorização da mama ser relacionada à maternidade, atualmente está voltada para o significado de feminilidade e também para a sexualidade, sendo a mastectomizada suscetível a sofrer dificuldade em se sentir mulher. Em um trabalho com grupos de apoio psicológico a pacientes com câncer, os depoimentos das mulheres revelam que para estas a falta da mama é algo difícil, preferindo a morte à remoção da mama, pois isto representa uma morte simbólica para elas. Outros discursos evidenciam o medo que elas sentem da possível rejeição familiar e social, devido sua mutilação. (SILVA, 2008)

Uma pesquisa realizada com 407 mulheres do Seoul National University Hospital Bundang, as quais foram avaliadas pela Escala de Imagem Corporal (Body Image Scale-BIS) revelou que as mulheres que passaram pela cirurgia conservadora tiveram melhores resultados no que diz respeito à avaliação emocional, social, da sua imagem corporal e consequentemente da sua autoestima. Somente a percepção da mulher acerca de uma melhor imagem corporal não pode definir a situação da QV, porém é um componente importante de avaliação desta na mulher mastectomizada. (SUN et al., 2014)

É perceptível, então, que quanto mais mutiladora for a cirurgia na mulher neoplasia mamária, mais dificuldade em aceitar a nova imagem corporal a mulher terá. A reconstrução mamária após a mastectomia pode ser uma medida tomada para reduzir o impacto psicológico do corpo marcado pela falta da feminilidade que está associada à ausência da mama.

Ao se utilizar em uma investigação o questionário de qualidade de vida da OMS, o WHOQOL, com 102 mulheres do Centro de Atenção Integral à Saúde da Mulher (CAISM/UNICAMP) Hospital da Mulher/Professor José Aristodemo Pinotti, Campinas- SP divididas em dois grupos, o de mulheres mastectomizadas com reconstrução mamária imediata e o de mulheres mastectomizadas e sem reconstrução, foi obtido pontuação média maior no primeiro grupo do que do segundo em relação, principalmente, aos domínios físico,

psicológico, nível de independência e relações sociais (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010) o que demonstra que a ausência da mama impacta a QV.

A Categoria 02 aborda a preocupação da mulher em se afastar dos filhos, em virtude da necessidade de se dirigir a outra cidade para a realização do tratamento após a mastectomia. A construção do DSC foi feita a partir das falas de 06 mulheres (M1, M2, M5, M13, M16 e M19).

Categoria 02- Preocupação em se afastar dos filhos

DSC - Quando o médico falou você vai ter que fazer essa cirurgia, vai ter que ser retirada sua mama, eu perguntei onde eu vou fazer? Aí ele disse em João Pessoa, por incrível que pareça eu entrei em desespero, eu não pensei nem em mama eu pensei, meu Deus eu vou morrer tão longe, e meus filhos pequenos, aí eu disse se eu for pra João Pessoa, eu não tinha família lá, não tinha ninguém, em nenhum momento eu pensei que ia ficar mutilada, não, nessa hora eu não pensei, meu desespero é que eu ia sair da minha cidade pra João Pessoa e não sabia o que ia ser de mim lá, a minha reação foi essa. Eu pensava ter que deixar os meninos só, aí eu pensava fazer uma cirurgia dessa e ter que ficar lá. Logo quando eu saí da sala já com o resultado, liguei pra meu esposo e ele ficou muito nervoso e pedi que não dissesse a meu filho porque eu já sei como ele é, a gente mãe conhece né!?. Não é fácil, ter que sair da minha casa né!? Ir pra outro local. A gente fica assim, não pela gente é mais por causa dos meus filhos que eu tinha uma mais nova, aí imaginava muito nela, tinha que fazer o tratamento fora aí o que mais doeu foi deixar ela sozinha.

É notório no DSC acima que outros elementos estão atrelados ao sofrimento subjetivo, visto que há o surgimento de preocupação, causada pelo distanciamento dos filhos, do marido e da sua casa para realizar o tratamento do CA, uma vez que na cidade em que mora ainda não existe um hospital de referência para tratamento oncológico. Muitas vezes a mulher se depara com uma situação difícil por não ter amparo familiar na cidade do tratamento afetando sua QV.

Em uma pesquisa envolvendo 15 integrantes do Projeto Mulher Câncer de Mama (MUCAMA), foi evidenciado a preocupação da mulher com o seu lar e seus filhos, pois como “cuidadora” mantém forte laço afetivo com os filhos e no momento do diagnóstico do CA de mama não pensa somente nela, mas em primeiro lugar naqueles que cuida diariamente. (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009)

A mulher historicamente carregou consigo o papel de cuidadora do lar, quando se encontra diante deste agravo acaba pensando nos filhos, pois acredita que com a presença dessa doença irá ficar impotente para desenvolver igualmente a assistência que sempre

prestava dentro do lar, bem como tem medo de morrer e os filhos ficarem sozinhos. Isso é evidenciado pelo DSC, que mostra o medo de se distanciar e morrer longe da família.

Outra questão que é abordada nesse discurso é a preocupação da mulher em dar a notícia ao filho, pois sabe que este irá desenvolver sentimentos de angústia e até mesmo medo de perdê-la. Em investigação desenvolvida com cinco famílias de pacientes atendidas no Hospital Aristides Maltez (HAM) na Bahia, ficou explícito que os filhos sofrem e se preocupam com a mãe, por temerem a sua morte, percebe-se ainda neste estudo a angústia dos filhos no momento do diagnóstico do câncer (TAVARES; TRAD, 2009) o que pode desestruturar as relações familiares, prejudicando com isso o tratamento.

Para diminuir essa preocupação e medo de não se curar a mulher precisa sempre de estar próximo da sua família, daí a importância da presença dos filhos e/ou marido durante todo o enfrentamento da doença, pois com isso fortalece a autoestima da mulher ajudando-a na melhora de sua qualidade de vida e facilitando a superação e aceitação dessa doença.

A espiritualidade é abordada na categoria 03, que demonstra a importância de se aproximar mais de Deus e fortalecer a fé para enfrentar esta doença. O DSC dessa categoria foi construído com os discursos de 09 mulheres (M4, M5, M6, M7, M9, M14, M15, M16, M20)

Categoria 03- Aproximação com a espiritualidade

DSC - Primeiro de tudo a confiança né!?, eu confio muito em Deus eu tive essa confiança, eu me entreguei totalmente nas mãos de Deus, eu confio muito Nele e tenho certeza e confiança em Jesus que eu me sinto curada, com a fé que eu tenho em Deus e em Nossa Senhora. A gente tem que ter força, pedir a proteção divina, né!?... eu acredito que Deus já me curou, antes eu não acreditava que ia sair com vida , não acreditava, mas agora eu acredito que Deus já me curou... e eu penso assim, que se não fosse a mão divina, eu não acredito que o homem na terra só, não pode curar um câncer eu acho que só Deus pra dar a cura da gente, eu acredito que eu tô nesse tratamento ainda, mas se Deus não tivesse comigo eu tenho certeza que eu não resistia a isso não, Deus me deu força e tá me dando ainda. Não fiquei com medo de jeito nenhum, eu que decidi logo...na época não tinha condições de fazer reconstrução, mas graças a Deus hoje eu vivo a minha vida normal, nunca escondi de ninguém, não tinha vergonha de ninguém. A gente tem que ter força, pedir a proteção divina, né!? Tô entregando tudo na mão de Deus, seja feita a vontade dele, tudo Deus prepara na vida da gente...na verdade, certamente é porque eu mereço tudo isso. O que eu fiz foi ir à luta, eu não tinha medo da cirurgia, eu tinha medo da anestesia, mas a fé que eu tinha em Deus, rezava e pedia, todo dia me olhava no espelho e dizia eu vou ficar boa, eu preciso ficar boa porque meus pais precisam de mim e eu preciso deles, e foi pensando em meus pais e em Deus, primeiramente em Deus, porque ele estava sempre do meu lado, pedia sempre força e coragem nas minhas orações e com fé em Deus e pensamento positivo você chega lá. Posso dizer que minha fé aumentou, me peguei muito com Deus com os santos, eu rezei muito, fiz

promessa tudo, aí graças a Deus deu tudo certo. Quando você tem fé, muito importante a fé, ter muita fé naquilo que você acredita, invoquei o Espírito Santo pra que me desse luz pra saber o que ia ser feito. Eu sou uma mulher mutilada, porque uma mastectomizada é uma mulher mutilada, mas diante da fé que eu tenho em Deus pra mim estou mutilada no corpo, mas na alma, na emoção não...eu estou completa. Mas tendo fé em Deus a gente chega lá, hoje pra mim eu tô realizada. Sou muito agradecida pela chance que Deus me deu, vou aproveitar essa chance agora.

O ser humano quando se depara com um momento de dificuldade tende, na maioria das vezes, a se aproximar de uma força divina, pois nela busca as forças necessárias para superar esse momento. A fé, se existia, aumenta e se não, começa a se formar no íntimo dessa pessoa. Desta forma, a partir do DSC acima se percebe que quando a mulher sabe que está com o CA de mama começa a pedir proteção divina, fortalece sua fé e acredita que irá ser curada com ajuda da sua espiritualidade, com isso ameniza os problemas desencadeados por essa situação.

Compreende-se que a espiritualidade ultrapassa as questões da filiação religiosa, já que expressa transcendência, conexão e sentido à vida (MINER-WILLIAMS, 2006; VILLAGOMEZA, 2006). Reflete o senso pessoal do propósito da vida e a interligação do sujeito com algo maior que a si mesmo (McCLUNG; GROSSOEHME; JACOBSON, 2006).

Entende-se ainda a espiritualidade como mecanismo de compreensão multidimensional do ser humano e conseqüentemente como estratégia imprescindível para o entendimento do processo de recuperação da saúde e enfrentamento saudável das alterações orgânicas que os sujeitos são propícios (PENHA; SILVA, 2012), o que pode fortalecer a mulher no tratamento da doença.

O diagnóstico do CA é uma situação muito difícil de ser enfrentada pelo sujeito e a espiritualidade pode ser considerada uma estratégia de enfrentamento importante, conforme abordado anteriormente. Numa pesquisa com 10 pacientes oncológicos da Associação Voluntária do Câncer de Assis-SP, todas as participantes referiram acreditar num ser supremo antes do diagnóstico e depois deste a aproximação se tornou maior. As características de espiritualidade estavam presentes nos discursos das entrevistadas, fomentando a idéia de que um ser maior existe e é responsável pelo controle da situação. O estresse e a ansiedade diminuem quando deixa esse controle “nas mãos de Deus”. (FORNAZARI; FERREIRA, 2010)

Em outra pesquisa observou-se que a maioria das participantes possuía um nível alto de espiritualidade relatando que a doença aumentou sua fé ajudando a lidar com a situação. O grupo que apresentou um nível moderado de espiritualidade teve pior percepção de saúde

física quando avaliada como um dos domínios da QV. Já o que relatou que a fé ajuda a lidar com o CA foi atrelado ao maior apoio social, e para os que afirmaram que a doença diminuiu a sua fé foi associado com um bem-estar menor, pior saúde física, humor baixo, fadiga mais intensa e um estado de saúde diminuído. (AUKST-MARGETIC et al., 2009)

O processo de cura de uma doença pode ser atribuído não só à medicina, mas também a fé que se tem. O DSC cita que a mulher acredita que já foi curada, mas não apenas pelo homem, mas sim por uma entidade, pois a fé que possui e a força que consegue com esse pensamento ajudam na superação do câncer.

Esta mesma ideia está presente nos discursos de um estudo com pacientes oncológicos, evidenciando que mesmo depois do diagnóstico do CA a fé dos entrevistados não sofreu abalo, ao contrário, foi intensificada. Nesta mesma pesquisa foram utilizados métodos para buscar o alívio e o conforto junto com seus familiares, como fazer orações e frequentar à igreja, e atribuíram de forma unânime a fé como responsável pela cura. (GERONASSO; COELHO, 2012) ações estas que convergem com o DSC das mulheres mastectomizadas.

É perceptível nesse DSC a submissão da mulher sobre o seu pensamento acerca da origem de sua doença, uma vez que atrela o surgimento do CA à entidade divina acreditando que foi Deus que decidiu que ela desenvolvesse a doença, pois é Ele quem prepara tudo na sua vida. Desta maneira, a mulher acaba se entregando totalmente nas mãos divina para ajudar na trajetória da doença, pois acredita que Ele é também o responsável pela sua cura.

Agregando essas informações, no estudo que aborda a relação entre espiritualidade e CA sob a perspectiva do paciente, foi revelado que alguns dos entrevistados acreditam que o esta doença surgiu em decorrência de alterações do organismo que vai modificando conforme o estado emocional, para outros é considerada uma missão determinada por Deus, sendo vista como uma incumbência que deve ser passada, pois é em nome de um ser superior que irá enfrentar essa situação. (GUERRERO et al., 2011) sendo notório esse pensamento no DSC supracitado.

Conforme as discussões anteriores as mulheres consideram que a neoplasia mamária acontece devido à vontade de Deus e que a cura é uma segunda chance dada pelo ser supremo em que acreditam. Elas acabam tendo a vontade de aproveitá-la com muita intensidade, pois conseguiram enfrentar uma doença tão fatal e pode até mesmo ver a necessidade de viver de uma maneira diferente da que vivia antes do CA de mama adotando então atitudes que antes não tinham.

Ao analisar a história de vida de seis mulheres com neoplasia de mama do interior paulista, observou-se que a descoberta da doença fez com que houvesse uma mudança na sua subjetividade, ou seja, passaram a refletir sobre a forma que vivia até então. A partir dessa mudança novos sentidos e significados na busca do viver foram construindo reelaborando valores e atitudes e utilizando estratégias de superação que lhes proporcionou esperança e conforto. (FABBRO; WESTIN, 2009)

Por fim entende-se que a espiritualidade é muito importante para a mulher com CA mamário e também para seus familiares, pois é alicerce para a superação desse problema contribuindo para a melhoria na QV dessa mulher, pois ameniza os sentimentos de preocupação e desespero que podem existir na vida delas.

A última categoria da temática 01 aborda uma forma diferente de lidar com o diagnóstico do CA de mama, algumas das entrevistadas relataram ter aceitado a situação com naturalidade e sem desespero. O DSC 04 foi construído a partir das falas de 05 mulheres (M3, M7, M10, M11 e M17).

Categoria 04- Aceitação com naturalidade

DSC - A gente fica emocionada né!? Mas eu aceitei, me conformei, é tanto que a minha cirurgia foi maravilhosa, eu tive um pós-operatório como ninguém teve, por conta da minha paciência, da minha aceitação. Não chorei de jeito nenhum, saí daqui tranquila pro hospital. De verdade, eu fui muito realista, quando eu terminei de fazer o exame, minha menina começou a chorar. Falei que se for verdade, se eu estiver com alguma coisa pode dizer porque eu sou muito mulher pra receber a notícia. Recebi tranquila, ela se admirou...o que que eu tinha que dizer? O que que adiantava eu me desesperar pra fazer besteira? Vamos partir pra realidade, vamos partir pra cirurgia o que for preciso. Aí eu fiz, graças a Deus me dei bem, recebi a notícia normal, não me desesperei, não fiz besteira, não chorei, minha menina que chorou, mas eu não, eu aceitei. Nunca escondi de ninguém, não tinha vergonha de ninguém. É isso aí, a mastectomia você tem que enfrentar porque através da cirurgia é que você vai se cuidar, vai ter sua saúde, porque se você não fizer a cirurgia o tratamento é mais rigoroso, assim porque através do tratamento, da cirurgia e do tratamento você vai ficar boa, é cuidar na cirurgia. Comigo foi assim vamos simhora, vamos fazer, vamos embora cuidar, é tanto que quando eu me operei os meus filhos disseram eu vou, eu disse não, fique aí eu vou me operar vocês ficam aí, fui sem ninguém, tranquilo, o que não presta vamos tirar e jogar fora. Eu disse eu quero que tire todo, porque não sou vaidosa, eu não tenho essa besteira porque eu vou perder um peito, eu não preciso mais de peito que eu não dou mais de mamar. O médico quis botar uma prótese eu não deixei, não quis. Eu não tive reação nenhuma, não pensei em nada e eu nunca pensei porque eu tirei a mama, nunca me diminuiu nada porque tem gente que tem depressão, nunca, eu levei na esportiva mesmo, olha quanto a isso eu encarei, eu encaro tudo que acontece comigo, eu encaro.

A partir desse DSC, percebe-se que há mulheres que não desenvolveram sentimentos negativos diante do diagnóstico do CA de mama, ao contrário, aceitaram com paciência, sem chorar, sem se desesperar, pois sabiam da necessidade do tratamento e que apenas ao se submeter à mastectomia iriam ter a cura. Não associaram à morte, mas pensaram no princípio de enfrentamento da doença encarando essa situação com naturalidade.

Conforme a investigação de Guerrero et al. (2011), em alguns relatos os pacientes com CA referiram que não tiveram reação ou qualquer sentimento, porém foi mais perceptível na fala dos homens do que nas mulheres. Estes pacientes do gênero masculino possuem certa dificuldade em expressar seus sentimentos frente ao diagnóstico de um câncer, indicando uma forma de autocontrole, dificuldade em compartilhar seus medos e não preocupação com a própria saúde, além de distanciar-se dos sentimentos.

É esperado que a mulher sinta maior gama de sentimentos quando passa por um momento de dificuldade, por ser o “sexo frágil”, sendo mais propícia a chorar, se angustiar diante do diagnóstico do CA de mama, pois é um tipo de doença que altera física e psicologicamente à mulher, por atingir sua identidade feminina. Contrariando essa ideia, o DSC mostra tranquilidade da mulher ao se deparar com essa doença e ao saber que precisa ser mastectomizada.

Para Araújo e Fernandes (2008), a descoberta do CA de mama é um grande motivo de temor em decorrência do elevado índice de morbimortalidade e de mutilação, com interferência da autoestima e das relações sociais de quem por ela é acometido.

Por não conseguir aceitar com naturalidade a doença algumas mulheres acabam por manter segredo sobre o CA de mama por medo de serem estigmatizadas e rejeitadas em decorrência do preconceito. Protelando, assim, a procura do tratamento necessário vindo a prejudicar a sua saúde. (RAMOS; LUSTOSA, 2009)

Porém, mesmo divergindo da literatura, acredita-se que a aceitação como forma de enfrentamento da doença é algo positivo, pois estes sentimentos poderão incentivar à mulher a buscar as possibilidades de tratamento de forma mais ágil e conseqüentemente melhor prognóstico e qualidade de vida.

Temática 02 - Atividades diárias após a mastectomia.

Quadro 02 - Categoria e número de mulheres mastectomizadas participantes da Temática 02. Cajazeiras- PB, 2014.

Categorias	Nº de Mulheres Mastectomizadas
Categoria 01- Mudanças nas atividades diárias	07
Categoria 02- Suporte para realizar as atividades diárias	09

Utilizando as falas das mulheres mastectomizadas sobre as atividades diárias que realizam após a mastectomia foi possível identificar duas categorias que serão apresentadas e discutidas com seus respectivos DSC, conforme o Quadro 02 apresenta. Na primeira categoria está descrito as mudanças que aconteceram nas atividades diárias da mulher mastectomizada. As falas de 07 mulheres foram utilizadas para a construção do DSC (M1, M4, M5, M10, M13, M19 e M20)

Categoria 01- Mudanças nas atividades diárias

DSC- Foi triste pra mim, porque muitas coisas que eu fazia assim na minha casa eu não podia fazer mais e tem muitas coisas que até hoje eu não posso, isso me doeu muito, eu fiquei muito triste porque o doutor disse você não pode fazer isso, não pode fazer aquilo e quando você trabalha e quando vem aquela coisa que você não pode mais trabalhar, exercer aquela profissão que você fazia eu fiquei assim me sentindo inútil, porque tem muitas coisas que não posso mais fazer, eu não posso pegar peso, quando pego fico com o braço doído, dói a mama, tem muitas coisas que a pessoa às vezes fica triste, porque você não é aquela pessoa que você era antes. Depois que você faz a mastectomia eles recomendam você não ficar perto de fogão, não pode ficar perto de quentura, e evitar pegar peso, sempre usar mais o braço oposto da mastectomia, então você fica limitada, muito limitada. Tudo no mundo tem que ter cuidado não pode deixar nem um mosquito ferrear, não pode fazer nada, aí eu fiquei com medo. Aí as atividades ficaram mais leve, só mais a luta caseira, mas luta leve, muito esforço não, porque senão vai doer o braço. No começo eu até sentia cansaço nos braços, mas depois passou, mas eu sempre sinto quando forço o braço, quem faz essa cirurgia fica sem defesa nos braços, não vou fazer extravagância, gente que faz extravagância incha os braços, fica com sequela. Nunca me encostei só nesse tempo que o médico disse, depois desse tempo você pode fazer tudo e eu continuei e ainda hoje faço o que posso, mas eu comecei a fazer devagarinho as coisas, porque também se a gente ficar sem fazer as coisas, ficar parado não dá né!? Mas eu nunca fui de me escorar, sabe, eu sempre gosto de fazer minhas coisas, organizar minhas coisas em casa, aí faço a alimentação, lavo louça, só não faço mesmo arrumar a casa, somente, mas o resto eu faço, tudo na medida do possível eu posso fazer mas com cuidado e aos poucos.

O DSC evidencia a mudança no cotidiano da mulher mastectomizada, que anteriormente realizava todas as atividades de domicílio sem dificuldade. Porém, agora se encontra incapaz de realizar da mesma maneira que antes, pois a mastectomia exige um cuidado com o braço homolateral da mama que foi retirada. Dessa maneira, todas as recomendações devem ser seguidas para evitar sequelas. Percebe-se também no DSC que todos os cuidados são tomados devido o medo das consequências, bem como dos efeitos indesejáveis como a dor após a realização de esforços.

No estudo que utilizou o questionário Frenchay Activities Index (FAI) para avaliar as Atividades de Vida Diárias (AVDs) nas mulheres mastectomizadas, foram encontrados valores diminuídos nas tarefas mais pesadas de casa e também na de preparar comida, lavar roupa, dirigir ou viajar de ônibus, enquanto que as atividades de hobbies como ler livros, revistas e jornais não tiveram mudança significativa, por serem leves e sem prejuízos à saúde da mulher. Esta investigação indica que provavelmente as mulheres deixaram de realizar as atividades pesadas devido às orientações que receberam após a cirurgia, pois não foi encontrada correlação entre o valor total e o item de atividade pesada do FAI com o tipo de cirurgia e a limitação da força muscular causada pela cirurgia. (LAHOZ et al., 2010)

Em outra pesquisa os relatos das mulheres mastectomizadas apresentam a mudança que ocorre no seu estilo de vida, pois é comum descreverem a impotência dos seus afazeres domésticos e que tudo isso se deu pelo processo cirúrgico e as limitações que este causa na sua vida diária. (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011)

Diante de uma situação como essa, a mulher pode se sentir inútil por não conseguir mais desenvolver seu papel de cuidadora do lar, isso favorece o aparecimento de sentimentos negativos. Essa situação faz com que ela deixe o seu trabalho, pois precisa se afastar para o tratamento e após o término não consegue mais ter o mesmo desempenho de antes, dependendo da sua profissão. Essa ideia está explícita no DSC, que em virtude da doença ela refere deixar de exercer a sua profissão se afastando então do mercado de trabalho e aumentando mais ainda o sentimento de impotência que ela desenvolve.

Ao avaliar a qualidade de vida e o desempenho das atividades cotidianas de mulheres mastectomizadas Fangel et al. (2013) observaram que as participantes já conseguiam realizar as atividades básicas e mais simples de vida diária, as quais necessitavam de menor força física, porém as atividades instrumentais, que apoiam a vida cotidiana dentro de casa e na comunidade, não são realizadas de forma independente por envolver maior força física.

Muitas dessas atividades integravam o papel sócio-ocupacional da mulher na sua casa, no seu trabalho, igreja, entre outros.

Nos relatos das pacientes atendidas no Grupo de Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) que foram entrevistadas foi possível identificar que a mastectomia gera consequência no desempenho laboral da mulher seja o seu trabalho formal ou informal. Essa dificuldade em retomar sua profissão pode acontecer em decorrência de sequelas da mastectomia como fadiga, dores, limitações em relação ao braço homolateral à cirurgia, prejuízo das habilidades motoras, e também a necessidade de se ausentar para a realização de consultas, exames e tratamentos. A perda da identidade ocupacional, gerada por disfunções e aposentadoria por invalidez, pode causar um desequilíbrio na mulher porque impede seu retorno à adaptação que antes tinha. (GANDINI, 2010)

É relatado no DSC a presença de dor ao fazer um esforço maior, principalmente com relação a pesos elevados, o que demonstra que após a mastectomia a mulher necessita ter um cuidado maior com o braço, pois a amplitude de movimento, bem como a força muscular é comprometida devido à mastectomia. A dor do braço homolateral da mama que foi retirada contribui também para dificultar a realização das AVDs dessa mulher, podendo gerar ansiedade e tristeza.

Confirmando esse relato a percepção das mulheres analisadas em uma investigação acerca dos movimentos relacionados a intensidade dolorosa, 63,3% relataram que o movimento de empurrar aumentava a dor, 60,0% citou o movimento de alcançar e 50% delas o movimento de puxar era responsável pelo aumento da intensidade dolorosa. Também foi possível verificar que o início das queixas algícas ocorreram, para 46,7% das mulheres, após a cirurgia e 23,3% referiram ter surgido após a radioterapia, e a sensação dolorosa é diária para 56,7% delas e constante para 40%. (FERREIRA et al., 2014)

Outros estudos concordam com essas informações, os quais relacionam a dor sentida pelas mulheres mastectomizadas diretamente com o tratamento, pois a técnica cirúrgica pode lesionar estruturas como o nervo intercostobraquial e o serrátil anterior, além da ocorrência de uma cicatriz aderida e com fibrose em decorrência da radioterapia associada. Assim, ao se avaliar o impacto da mastectomia na QV da mulher um menor escore é obtido, pois a dor que é gerada após essa cirurgia mutilante pode levar a um comprometimento na sua capacidade funcional. (COUCEIRO, MENEZES, VALENCA, 2009; LAURIDSEN et al., 2008; VEIGA et al., 2010)

Confirma-se, portanto, que a mastectomia gera mudanças no cotidiano da mulher proporcionando limitações para realizar até mesmo atividades mais simples do cotidiano. Porém é evidente que as entrevistadas da presente pesquisa realizam atividades na medida do possível, ou seja, apenas aquelas atividades que não iriam comprometer mais ainda a capacidade funcional do braço homolateral da cirurgia, não afetando de forma muito intensa a QV dessas mulheres.

Na categoria 02 será abordado o suporte para a realização das AVDs da mulher mastectomizada, já que ela não consegue mais realizar as atividades como antes. Para a construção do DSC foram utilizados os discursos de 09 mulheres (M1, M6, M8, M9, M13, M14, M15, M16 e M19)

Categoria 02- Suporte para realizar as atividades diárias

DSC- Depois que foi feita a mastectomia tem muitas coisas que a gente não pode fazer que ainda hoje eu não faço porque o pessoal diz que não pode. Ai no começo passei 3 meses morando na casa da minha mãe porque não era pra fazer nada, e ela se preocupava comigo. Hoje preciso da ajuda, eu não faço quase nada, eu não varro, eu não areio alumínio, o que me disseram eu sigo, preciso de bastante ajuda, diariamente. E eu não posso fazer nada, o médico proibiu tudo a única coisa que eu ainda faço é o almoço. Meu filho me ajuda também quando precisa ele varre a casa, lava banheiro e minha filha também, vou levando o dia a dia. Quem faz tudo são meus filhos mesmo, a roupa da casa é por conta das meninas, elas que fazem, lava a louça, faz tudo, tenho ajuda. Meu marido também quando tá em casa sempre me ajuda. Então eu sempre tive ajuda das minhas filhas, do meu marido, eles assumiram as lutas de casa, tinha também a faxineira pra luta mais pesada, porque os cuidados eu tinha que ter com esse braço, se eu pegasse peso ele podia inchar, ter sequela, todo cuidado era grande no braço.

É notório nesse DSC que a mulher sente uma dependência após a mastectomia em virtude das limitações geradas e das recomendações após a cirurgia. Logo após este procedimento é exigido um período de tempo para a recuperação pós-operatória, e no relato acima a mulher passa esse tempo sem desenvolver qualquer tipo de atividade ficando totalmente dependente para sua realização. As atividades nesse período e ainda atualmente para algumas são realizadas, principalmente pela família, ficando restrita para fazer apenas as refeições.

Quando se comparou, em um estudo com grupo de mulheres mastectomizadas e outro de mulheres que nunca tiveram o CA de mama, obteve-se que 56% das participantes do primeiro grupo foram classificadas com semidependentes, enquanto que no segundo grupo apenas 5%. Esses dados confirmam a necessidade de ajuda que as mulheres mastectomizadas

têm para realizar as AVDs que exigem um maior esforço físico, tais como cuidar da casa, utilizar instrumentos domésticos, fazer compras, cozinhar, lavar e passar roupas, entre outras. (VENDRUSCULO, 2011)

Por ser agora uma pessoa limitada, a mulher mastectomizada necessita de ajuda para a realização de suas AVDs, podendo se ver dependente dos sujeitos que estão ao seu redor e é muito importante que essas pessoas se disponibilizem para ajudá-la. Percebe-se no DSC supracitado que existiu e ainda existe a ajuda dos familiares da mulher mastectomizada, principalmente seus filhos e marido contribuindo para o seu repouso evitando, assim, efeitos indesejáveis no seu braço.

Confirmando a informação descrita, nos discursos de mulheres investigadas em uma Unidade de Oncologia do Hospital Escola de Pelotas-RS, é notório a dificuldade dessas mulheres continuarem a rotina diária referindo certa incapacidade para a realização das suas atividades tornando-se, então, dependente, principalmente durante o período pós-operatório, pois necessita de ajuda para realizar suas tarefas diárias. A mulher precisa se adaptar a essa nova situação, a qual ela se encontra frente aos fatores limitantes do cotidiano, sendo importante a ajuda da família ou amigos para as atividades. (PEREIRA et al., 2013)

A mulher que será submetida à mastectomia precisa ter uma orientação a respeito de todo o procedimento bem como das possíveis consequências que podem ser desencadeadas. Os familiares também devem ser orientados sobre os cuidados com a mulher mastectomizada, pois esta requer uma atenção especial, principalmente em relação à realização de atividades diárias. Esforços físicos contribuem para uma redução na QV da mulher porque irá gerar dor e outras sequelas que prejudicarão a capacidade funcional. A equipe multidisciplinar responsável por ela deve ser capaz de fornecer todas essas informações da maneira correta para que todas as dúvidas existentes sejam sanadas.

Tal fato está presente no relato do marido, que estava entre as 13 famílias que foram entrevistadas em uma pesquisa no estado de São Paulo, o qual demonstra a importância de receber orientações prévias do que poderia acontecer durante todo o tratamento, com isso amenizando o seu impacto psicológico. (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011)

Temática 03 - Relação com a família e amigos após a mastectomia

A temática 03 gerou a categoria que aborda o suporte familiar e social que a mulher recebeu após a realização da mastectomia. O DSC foi construído utilizando os discursos de 11 mulheres (M1, M2, M3, M5, M6, M7, M10, M13, M14, M15 e M16).

Categoria 01 - Suporte familiar e social

DSC- Minha família nunca teve besteira com isso não, os amigos vinha visitar, não teve mudança nenhuma, teve muito apoio. Não tive nenhum constrangimento ao contrário eu tive bastante apoio e foi o que me deu mais força, desde quando eu soube que ia fazer mastectomia que eu vim em casa só pra resolver as coisas pra voltar com urgência, eu vim de um jeito e voltei já totalmente diferente porque eu vim arrasada e quando eu cheguei aqui eu tive o maior apoio tanto do pessoal de casa como dos amigos da igreja de todo mundo e me deu tanta força que eu já voltei totalmente diferente quando eu fui já pra fazer cirurgia, sempre houve apoio total, tanto por parte da família, dos meus filhos, dos amigos eu acho que foi isso que eu superei mais rápido o meu problema assim de não ficar tão constrangida. E tudo isso foi muito bom, foi muito bom, sempre tava ali perto de mim, dando conselho, dizia olhe você é nova, você é bonita. Então não teve alteração de maneira nenhuma, saía pra todo canto com eles, não houve nada de anormal foi uma tranquilidade, graças a Deus. Até porque, graças a Deus, eu sempre tive um relacionamento muito bom com todo mundo, todo mundo torceu pra minha melhora né!? Todo mundo ficou do meu lado. E eu acho que eu sozinha tinha ficado difícil, porque depois da cirurgia eu ficava só, e eu só chorava, eu chorava direto, aí quando chegava uma pessoa ali já era um acalento pra mim, eu já me acalmava, mudava os pensamentos negativos. Meus vizinhos foram vizinhos e irmãos ao mesmo tempo, depois da minha cirurgia e durante a minha cirurgia, tive muita confiança do pessoal da igreja também, graças a Deus, no começo foi difícil porque eu sou muito fraca pra chorar, mas Deus é maravilhoso na minha vida. Recebi também o apoio do meu marido principalmente, que quando a mulher vai fazer mastectomia pensa que o marido não vai querer mais, que vai ficar com vergonha, de maneira alguma, comigo não houve mudança em nada. Minha família é tudo na minha vida, me deu apoio até hoje. Eu também ia pras reuniões do grupo Amigos do Peito, era muito bom, porque lá a gente descobria mais coisas, medicamento, que é melhor tirar a carteirinha, aí a gente vai descobrindo as coisas. Então recebi todo o carinho porque é uma coisa que a gente precisa, é de muita ajuda, você fica muito carente e o apoio da família e dos amigos é muito importante.

No DSC fica evidente que o apoio familiar e da sociedade é muito importante para a superação do câncer, doença estigmatizante e que predispõe a sentimentos negativos, conforme discutido anteriormente. Ao perceber que sua família e seus amigos estão ao seu lado para enfrentar todos os obstáculos do câncer, a mulher começa a ver e enfrentar a doença de maneira diferente facilitando o processo de aceitação ao tratamento.

Em uma revisão bibliográfica foi evidenciada a percepção da mulher com CA de mama sobre o suporte recebido por pessoas próximas do seu ciclo de convivência, os quais

apoiavam e auxiliavam a enfrentar as mais diversas situações de estresse. Frequentemente os familiares e os amigos eram os mais citados pelas participantes da investigação. Observou-se também a presença da equipe de saúde que visava acolher as pacientes de forma integral, principalmente no período da hospitalização. (HOFFMANN; MÜLLER; RUBIN, 2006)

Uma pesquisa mostra que, ao analisar os discursos das entrevistadas, constatou-se que as mulheres têm a tendência de limitar sua vida social, isso ocorre em consequência do CA, pois esta doença desperta a curiosidade das pessoas e ainda existe o preconceito em relação a ela independente de qual tipo seja. (GONÇALVES; ARRAIS; FERNANDES, 2007)

No que diz respeito à visão da sociedade para a mulher mastectomizada, muitas vezes acontece de maneira preconceituosa e ela se sente constrangida ao dizer que é uma mulher mutilada, isso acaba predispondo ao isolamento social conforme os autores supracitados, em que a mulher tende a esconder que foi acometida pelo câncer de mama por temer que seja rejeitada pela sociedade.

Entretanto, é referido no DSC a ausência desse constrangimento, e as mulheres em nenhum momento do percurso de sua doença sofreu algum tipo de preconceito, ao contrário teve sempre o apoio da família e amigos, os quais ajudaram a enfrentar com mais facilidade e não se sentir constrangidas.

Segundo Vasconcelos e Neves (2010), a família é uma fonte de apoio essencial na reabilitação biopsicossocial da mulher mastectomizada, pois motiva o desenvolvimento de sentimentos de coragem e esperança. Os filhos podem representar gestos de afeto e acolhimento, e o marido incentivar no tratamento e na retomada da vida conjugal. Os relatos evidenciaram que a mulher considera muito importante para sua recuperação física e psicológica a afetividade do companheiro e filhos, ajudando na readaptação emocional e que o apoio se fez mais necessário após a cirurgia, pois é uma fase que a mulher enfrenta mais dificuldade na aceitação da sua imagem corporal, do seu relacionamento social e emocional.

É comum a mulher temer ser rejeitada pelo seu companheiro, pois a mastectomia retira dela um símbolo que a faz mulher e que está muito relacionada à sexualidade, como já foi abordado. Sem a mama a mulher pode sentir vergonha do seu corpo evitando expor-se ao seu companheiro e até mesmo utilizar roupas decotadas, biquínis e se olhar no espelho. Porém, o DSC refere que não houve mudança alguma na relação da mulher com seu marido após a mastectomia, não sentindo vergonha, tampouco rejeição por parte do seu companheiro, mas sim o apoio total.

Contrariando o referido DSC, uma revisão de literatura demonstrou que mulheres mastectomizadas têm uma sexualidade menos satisfatória em virtude de perceber sua imagem corporal modificada e o parceiro dessa mulher tem um papel determinante no processo adaptativo, mostrando também que elas referem uma satisfação sexual com menor qualidade quando comparada ao período que antecede a cirurgia. Percebe-se, portanto, que associam que o corpo é fundamental na relação com o parceiro e que a mastectomia atrapalha nessa relação por sentirem seu corpo incompleto. (MONIZ; FERNANDES; OLIVEIRA, 2011)

Outra investigação que avaliou mulheres com CA de mama mostrou a mudança no relacionamento com o seu companheiro após a descoberta da doença. Algumas relataram não perceber alterações significativas entre o casal, bem como o parceiro mais atencioso com ela, o que vai de acordo com o descrito no DSC. Porém, é importante destacar que nesta investigação houve um relato de distanciamento do parceiro após a descoberta. (SANTOS et al., 2008)

Em uma pesquisa que avalia os parceiros de mulheres mastectomizadas corrobora com as informações do DSC acima, pois os companheiros dessas mulheres tiveram uma maneira de lidar com essa situação diferente do que elas imaginavam. Segundo os relatos da pesquisa os parceiros sentiram alguma diferença em relação ao corpo da mulher, entretanto não sentiram rejeição ou medo, tentando, então, agir como antes e fazendo com que a sua vida sexual permanecesse com a mesma qualidade vivida sem o CA de mama. (SALLES et al., 2012)

Outra forma de suporte à mulher mastectomizada é a existência de um Grupo de Apoio, pois quando a mulher é inserida nele acaba desfrutando de momentos em que podem compartilhar seus sentimentos, dúvidas sobre a doença e tratamento, receber cuidado e apoio de outras mulheres, contribuindo de maneira significativa para sua reabilitação física e psicossocial. (SANTOS et al., 2011)

Percebe-se, por conseguinte que as mulheres do DSC relataram que a participação no “Grupo Amigos do Peito de Cajazeiras-PB” é importante para a mulher mastectomizada, pois é nesse ambiente que ela irá encontrar outras mulheres que passaram pela mesma situação e suas dúvidas e medos serão amenizados a partir do momento que ocorre a troca de experiências entre elas. A cada reunião a mulher pode voltar de uma maneira diferente com uma recuperação psicossocial bem melhor. É grande a necessidade de carinho que a mulher mastectomizada sente, como está presente no DSC, e o apoio familiar e o social, seja pelos amigos, seja pelo grupo de apoio é extremamente importante.

Confirmando o exposto acima, uma pesquisa envolvendo grupos de apoio à mulher com câncer em Fortaleza, evidenciou a importância dada por elas ao grupo. Em seus relatos referiram que essa convivência grupal favorece a troca de experiências, liberdade de expressão, podendo exteriorizar o que pensam, sentem e desejam, além do grupo funcionar também como uma base que a sustenta para dar continuidade ao tratamento, auxiliando no processo de recuperação psicossocial. (PINHEIRO et al., 2008)

Por fim, a mulher mastectomizada passa por momentos difíceis durante todo o enfrentamento da doença e precisa de um suporte para se manter confiante. A família tem um papel essencial na vida da mulher mastectomizada e deve estar presente em todos os momentos dando força e ajudando a superar essa situação. A sociedade também deve estar apoiando essa mulher, pois é grande a predisposição ao isolamento social, já que a mulher ao sentir a presença dos amigos quando descobre essa doença desenvolve sentimentos de esperança para lidar com a doença. Tudo isso contribui para uma melhora na QV permitindo uma visão diferente acerca dessa doença tão temida, pois a ausência de pessoas para dar o suporte que ela precisa prejudica a maneira de conduzir a sua vida após a mastectomia e durante o tratamento.

Temática 04 – Percepção da mulher mastectomizada sobre seu estado de saúde

Quadro 03 - Categoria e número de mulheres mastectomizadas participantes da Temática 04. Cajazeiras – PB, 2014

Categorias	Nº de Mulheres Mastectomizadas
Categoria 01- Sequelas da mastectomia e medo de recidiva do câncer	09
Categoria 02- Saudável com bons hábitos de vida	07

Após passar pelo tratamento do câncer de mama a mulher passa a ter um cuidado muito grande com a sua saúde, a temática 04 aborda a percepção que a mulher tem sobre seu estado de saúde atual, sendo discutida a partir das categorias e seus respectivos DSC. Foram geradas duas categorias conforme exposto no Quadro 03.

A categoria 01 aborda as possíveis sequelas deixadas pela mastectomia bem como a preocupação da mulher de ser acometida novamente pelo CA. Utilizou-se para a construção do DSC os relatos de 09 mulheres mastectomizadas (M1, M2, M3, M4, M5, M6, M13, M15 e M16)

Categoria 01- Sequelas da mastectomia e medo de recidiva do câncer

DSC - Quando você faz uma cirurgia assim, quando aparece outros problemas de saúde você fica com aquele medo, porque eu tenho um medo, eu passei um tempo com o braço doendo eu fiquei com medo, pensei assim, “ah Jesus a doença do braço”, sentir uma dor você já fica com aquele medo, você pensa que tudo é aquela doença, porque como o doutor disse que é uma doença silenciosa, uma doença “traíçoeira”, o câncer é tudo isso, quando você pensa que tá bem de repente estoura. Aí a gente já fica assustada, qualquer coisa que apareça a pessoa já fica desconfiada. Aqui acolá eu tenho umas crises de choro, outro dia senti uma dor no estômago e o médico disse que pode ser do medicamento que eu tomo aí o estômago fica sensível, aí quando começa a doer aí pronto eu também já fico sensível começo a chorar, já relaciono assim, que é a doença que tá saindo em outro lugar, já fico com aquele medo, a gente não fica tranquila de maneira nenhuma. Agora por conta da mastectomia você sente às vezes dores nas costas, eu sinto que às vezes quando o tempo tá mais frio é dor nas costas, por conta que foi retirado das costas, que foi esvaziado a axila e você sente. Às vezes me dá assim, falta de sono tem vez que eu não consigo dormir, sabe? Aí eu já falei isso pro médico, o médico disse olhe isso pode ser reação também dos comprimidos, porque ele dá muita reação. Também sinto dor nas pernas, dor nos quartos, tô até aperrriada com essa dor na minha coluna que tá me tirando a paciência, por isso a saúde num tá muito boa não. Então ela agora tá muito mais debilitada, eu não tinha pressão alta. Há agora diabetes. Não tinha colesterol alto a chegar o ponto de tomar remédio. Faço o controle diretinho e tenho muito problema nos ossos, eu sinto muita dor, dor aqui nos braços, eu tenho artrite nos ombros, nos joelhos, nas mãos, dói tudo sabe, tem dia que eu não consigo dormir com tanta dor, mas nunca deixei de tomar remédio, eu sempre passo nos médicos. Aí eu levava uma vida normal, trabalhava, tomava minha cervejinha nos finais de semana, ia pras festas e não sentia nada, eu não tinha sintoma de nada, então graças a Deus eu tô curada, mas devido o remédio, porque é muito remédio que você toma, eu me sinto curada, mas eu não sentia essas coisas antes, e hoje eu sei que foi da radio e da quimio.

Compreende-se nesse DSC a mudança que ocorre no estado de saúde da mulher que teve um CA de mama e foi submetida à mastectomia, uma vez que são desencadeados outros problemas em decorrência do tratamento como dor no braço, insônia, irritabilidade no estômago, dor nas costas e dor nos ossos. É notório também que a mulher pode não viver mais tranquila em relação a qualquer outro problema que surja com ela, pois teme que o câncer esteja acometendo-a novamente, no mesmo órgão ou em outro.

A partir desse DSC foram encontradas em um estudo informações semelhantes sobre o estado de saúde da mulher que passou pelo tratamento do câncer de mama. Ao analisar 454 roteiros de visitas domiciliares observou-se que a maioria apresentava queixas de sinais e sintomas relacionados ao CA de mama como o linfedema, metástase óssea, sequelas físicas da cirurgia, aderência no local cirúrgico, náuseas, vômitos e alopecia, devido à quimioterapia, queimaduras e descamações cutâneas provocadas pela radioterapia. Entre os sintomas físicos estavam presentes nos roteiros a dor, a queimação, diminuição da força muscular bem como

da amplitude do movimento do braço homolateral à cirurgia (PARRA et al., 2010) sendo alguns desses sinais e sintomas presentes no DSC das participantes

Ainda segundo o estudo acima, nos roteiros estavam citados também a alteração gastrointestinal consequente à terapêutica quimioterápica, que se manifesta na forma de náuseas e vômitos. Estavam descritos também sinais e sintomas provocados por outros problemas de saúde como a dor difusa, artrite, artrose e osteoporose, Hipertensão Arterial, Diabetes Mellitus, entre outros problemas. O que corrobora com o DSC supracitado, que evidencia a presença de outras doenças na mulher atualmente, não associadas ao CA de mama.

As doenças crônicas citadas podem ser associadas à idade, pois 11 das entrevistadas estavam entre a faixa etária de 60 a 85 anos, o que faz acreditar que essas doenças são mais frequentes em idosos, não descartando a probabilidade de uma pessoa jovem desenvolver alguma dessas doenças crônicas.

Segundo dados do IBGE a população idosa desenvolve com mais frequência uma ou mais doenças crônicas, como a Hipertensão Arterial e Diabetes Mellitus. (IBGE, 2009) Um estudo realizado com idosos mostrou que a maioria relata ser portador de alguma doença crônica e que a mais comum foi a Hipertensão Arterial seguida de dislipidemias e Diabetes Mellitus. (LEITE-CAVALCANTI et al., 2009)

Quanto mais mutiladora for a cirurgia maior serão as consequências incômodas para a mulher. Dados encontrados na pesquisa de Gandini (2010) evidenciam este fato, mostrando que o edema, adormecimento, sensação de peso e limite de movimentos eram mais relatados pelas mulheres submetidas à mastectomia radical do que pelas mulheres que fizeram a cirurgia conservadora. Já as mulheres de idade mais avançada tiveram menos dor e menos sintomas do braço quando comparadas às mais jovens, entretanto estas tinham mais medo da recorrência da doença.

O medo de recidiva do CA é inevitável em qualquer pessoa que já passou por essa doença, fica evidente no DSC que a mulher se preocupa bastante com a sua saúde em relação ao aparecimento de dor ou qualquer outra alteração em algum lugar do seu corpo, o que fica nítido que apesar de ter sido curada a mulher ainda tem medo de uma provável metástase.

Os discursos proferidos pelas mulheres entrevistadas em um grupo de autoajuda do Ceará confirmam esse temor de recidiva, que é presente em suas vidas constantemente. As mulheres que não tinham nenhuma intercorrência sentiam o medo da recidiva associando o significado ao nome da doença e lembrando todos os momentos ruins que passaram e que

tentam esquecer. Elas associam muito aos relatos de outras mulheres que tiveram a recidiva e temem que o mesmo poderá acontecer com elas, e a cada consulta de retorno e conversa com outras pacientes se preocupam com a possível recorrência da doença. (PINHO et al. 2007)

A percepção da sua saúde é diferente para cada pessoa e a mulher mastectomizada percebe que existem sequelas deixadas pelo tratamento agressivo do CA de mama, e com isso prejudica a saúde mental, pois tudo isso gera preocupações e medos devido ela se sentir fragilizada e predisposta a desenvolver novamente a doença prejudicando de certa forma sua QV.

A categoria 02 aborda outra maneira que a mulher mastectomizada considera sua saúde atualmente, percebendo-a boa e adotando hábitos saudáveis de vida. Para a construção do DSC foram utilizados os discursos de 07 mulheres mastectomizadas (M7, M8, M9, M10, M14, M16 e M19)

Categoria 02- Saudável com bons hábitos de vida

DSC - Considero minha saúde boa, nunca tive problema assim, negócio de arrebrantar, nunca tive e nunca botei isso na cabeça, porque o povo diz assim, ah fulano vai morrer de câncer, nunca, eu posso morrer de qualquer jeito, se tiver de morrer vai morrer mesmo né, eu num me incomodo não, eu nunca tive medo nem de fazer a cirurgia quanto mais de morrer, eu sei que eu vou morrer, todo mundo vai morrer agora de que eu não sei. Eu me sinto bem, minha saúde tá bem melhor do que o que eu tava, hoje eu me sinto bem. Mas graças a Deus eu me cuido, realmente eu sei os cuidados que devemos ter, aí graças a Deus eu tô bem. Eu tenho cuidado, cuidado na alimentação, de fazer a caminhada, vou todo ano para o oncologista, vou pra o de osso, o que tiver, pra o oculista, pra o ginecologista, eu já saio daqui com a carga grande de exames e lá eu complemento. Eu tenho que fazer todo ano a mamografia, todo ano faço, aí ultimamente nunca senti mais nada quanto a isso, graças a Deus, faço sempre os exames todo ano. Então eu procuro mesmo me cuidar, faço também hidroginástica, o médico disse que eu fizesse mais atividades, alongamento que ajuda muito, eu sempre procuro me cuidar. Não tenho pressão alta, não tenho diabetes, só colesterol, triglicerídeo, mas com a caminhada eu vou controlando, não sinto nenhuma dor de cabeça, nem na minha cirurgia, gripar é muito difícil, assim eu não sou muito de sair, eu não fico em tumulto de gente ainda, eu tenho medo de sofrer uma pancada e tô bem, eu me sinto pelo menos bem de saúde.

Identifica-se com o DSC acima que a saúde da mulher mastectomizada é percebida atualmente, como boa e ela em nenhum momento cria pensamentos sobre a morte pelo CA, acreditando que irá morrer de alguma forma, mas não exatamente em decorrência dessa doença. Um pensamento como esse existe quando a mulher não teve muita dificuldade para enfrentar a doença, supõe dizer que o diagnóstico, bem como a mastectomia foram encarados com facilidade não sentindo desespero, medo e nem tristeza para superar essa situação.

Discursos de mulheres com diagnóstico de CA de mama mostram o incômodo que sentem ao vivenciarem uma possível recidiva da doença, pois se baseiam no significado do câncer como doença incurável e que pode atingir outra parte do corpo por meio da metástase. Além disso, relatam medo de vivenciar o estado terminal se tornando incapazes de realizar o autocuidado ficando dependente dos outros. (SILVA; SANTOS, 2010) Esta pesquisa diverge do relatado no DSC, pois algumas mulheres não sentem o medo da recidiva e acreditam que a morte é inevitável não determinando sua causa exata.

No estudo de Ferreira et al. (2011) mulheres relataram mudanças no seu estilo de vida adotando hábitos saudáveis, abandonaram práticas que prejudicam a sua saúde passando a viver de maneira diferente, pois a mulher que teve CA de mama se depara com a necessidade de encarar a vida de maneira renovada, já que a doença traz alterações, fazendo com que lide com novas situações, passando por restrições e até possíveis barreiras.

A adoção de hábitos saudáveis como prática de exercícios físicos associada a uma dieta balanceada rica em frutas e verduras contribui para fortalecer a saúde de qualquer pessoa. É notório no DSC que a mulher que foi mastectomizada procura sempre ter um cuidado com a sua saúde relatando fazer caminhadas, ter cuidado com a alimentação e fazer consultas médicas periódicas. É de extrema importância manter a saúde física em bom estado para que se tenha também uma boa QV.

Na pesquisa que avaliou a vida das mulheres após o CA de mama, evidenciou que a prática frequente de exercício físico contribui para o aumento da QV, desde que esses exercícios sejam monitorados por profissionais qualificados, propiciando, assim, melhoras nas partes física, social, ambiental e psicológica, o que diminui as manifestações de ansiedade e desconforto na mulher. (MOROS et al., 2010)

Outro estudo que avaliou a influência do estilo de vida na QV de mulheres com câncer de mama evidenciou que aquelas que realizavam alguma atividade física antes do diagnóstico do CA tiveram um melhor desempenho físico após a doença e durante o tratamento com a quimioterapia e radioterapia quando comparadas com as que não faziam atividade física. (MACÊDO et al., 2011)

Nota-se também que a mulher depois de ter realizado todo o tratamento deste agravo terá que se submeter periodicamente aos exames necessários para análise de sua saúde. Observa-se no DSC que a mulher mastectomizada tem essa preocupação não deixando de realizar os exames que são recomendados, além de outros para avaliação completa de seu organismo.

Saúde então pode ser considerada um completo bem-estar não só físico, mas também psicológico e a mastectomia tende a causar modificações nesses dois aspectos e cabe a mulher procurar manter hábitos saudáveis, consultas regulares e cuidados com a sua saúde mental, pois a harmonia desse conjunto favorece uma boa QV.

Temática 05 – Definição de qualidade de vida e percepção atual

Categoria 01 - Atividades que proporcionam bem estar físico e mental

DSC - É viver bem né!? Viver com mais tranquilidade, sossego, sentir amor por tudo que você vai fazer, apesar de que as condições que a gente vive, ninguém vive tão tranquilo, sempre tá preocupado. A paz e a tranquilidade, eu acho que é o que contribui muito pra gente viver o dia de hoje, menos preocupações melhor pra gente né!? Então procuro muito ser uma pessoa controlada. Qualidade de vida é muito complexo, tem que entrar alimentação, tem que entrar o lazer, uma boa leitura, que eu faço bastante quando eu tenho tempo, um relacionamento amigo, é muita coisa assim. É você ter uma vida bem arranjada com a família dentro de casa, entendeu, o financeiro influi muito, entendeu, mas o principal é a convivência de todos dentro de casa. A minha qualidade de vida ainda tá boa, porque eu pratico exercício físico, eu faço caminhada, eu ainda tô fazendo a luta de casa, eu ainda resolvo todos os meus problemas, minhas coisas, não mando ninguém resolver, dirijo ainda e ultimamente tô trabalhando, tudo uma questão de sair de casa, de se entrosar mais com todo mundo, porque você sabe a gente que tem uns problemas desse a gente ficar só em casa é meio complicado né!? Qualidade de vida também é você ter convívio com as pessoas, participar de grupos, eu participo dos idosos daí da faculdade, participo desse grupo das mulheres mastectomizadas, que tem as reuniões faz as festinhas e tudo, participo do que tiver ao meu alcance. É você não ter medo de nada na vida, da morte, eu acho que seja isso, tá com meus filhos, é bom demais, minha vida é meus filhos dentro de casa, com meus netos, e passear com meu povo de dentro de casa, os filhos toda hora dentro de casa, quer coisa melhor do que isso? A riqueza grande é essa, viajar, passeio pra todo canto. O que me dá prazer, o que me faz sentir feliz, tudo o que me faz sentir bem, é minha qualidade de vida. Além disso, qualidade de vida é tá bem comigo mesmo, você tá otimista, porque em primeiro lugar a gente tem que se amar, a gente tem que tá bem com a vida. E eu gosto muito de dançar, eu gosto muito de me divertir, de sair, tudo isso eu gosto, de me arrumar, gosto de ir à igreja. Então estou com saúde, estou no meio dos meus filhos, da minha família né!? Graças a Deus, eu acho que é isso mesmo, qualidade de vida com saúde, paz e harmonia, com a família ao lado né!? Na minha casa, graças a Deus, tomando meus remédios quando preciso, tudo normal, tudo na santa paz, eu acho que é paz e saúde também. Se eu mudei a minha vida depois que fiz mastectomia, de início teve mudança porque teve aquele efeito, mas agora depois que eu terminei meu tratamento a minha vida tá normal, qualidade de vida pra mim é normal. Depois da mastectomia diminuiu assim, em termo de fazer o que eu fazia né!? Mas como ser humano eu continuo intacta na emoção, a minha fortaleza é de Deus.

A temática 05 gerou a categoria que aborda a definição de QV na percepção da mulher mastectomizada. Para a construção do DSC foram utilizados os discursos de 12 mulheres (M1, M3, M4, M5, M7, M8, M11, M13, M14, M15, M19 e M20).

Conforme o DSC pode-se observar que a mulher tem uma percepção complexa sobre a definição de QV, definindo-a, então, como bem-estar físico, adoção de bons hábitos de vida, um bom relacionamento familiar e social, lazer, leitura, estar bem consigo mesma e sentimento de independência para realizar suas atividades. Ela considera que houve mudanças na sua QV no início de seu tratamento, mas que atualmente está boa e normal.

Como já citado a OMS define QV como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. (WHOQOL, 1995) Essa definição corrobora com a que foi dada pelas mulheres entrevistadas, pois é referido no DSC que QV é a forma como a mulher se sente na sociedade e no seu meio familiar, ou seja, a forma como ela toma sua posição de vida, adotando atitudes diárias que favorecem o seu bem-estar físico e psicológico.

O nível de independência e o nível do ambiente são dois domínios citados pela OMS que estão relacionados à QV. A mobilidade do indivíduo, suas atividades rotineiras, a dependência de tratamento e a capacidade de trabalho podem ser avaliadas no nível da independência e a segurança física e proteção, o lar, recursos financeiros e os cuidados de saúde e sociais avaliam o nível ambiente. Portanto, a QV poderia ser considerada o grau de satisfação do sujeito com sua vida nos âmbitos social, familiar, ambiental, estético e amoroso. (ALMEIDA, 2006)

Percebe-se ainda que o DSC está de acordo com o autor supracitado, pois a mulher refere sua vida tem qualidade quando envolve vários aspectos, mas principalmente um bom relacionamento com a família e com os amigos, a independência para realizar suas atividades e também considera os recursos financeiros importantes, apesar de não considerar o mais imprescindível sendo a convivência com a família o que mais favorece uma boa QV para as participantes do presente estudo.

Em uma investigação sobre QV de mulheres com CA de mama, foram comparados os grupos nas fases de diagnóstico, tratamento e sobrevivência. Obteve como resultados, que é na fase de tratamento que há um maior comprometimento na QV global e física da mulher. Desta maneira, afirma-se que o CA de mama afeta a qualidade nos níveis físico, sexual, da autoestima e na percepção da saúde de maneira geral, porém é notório que se manifesta com

maior intensidade nas fases iniciais da doença e vai diminuindo com o decorrer do tratamento, ficando bem menos comprometida após certo tempo do término do tratamento. (SILVA et al., 2011)

Este estudo converge com o DSC acima, que mostra que a mulher teve uma mudança na sua QV logo no início do diagnóstico e tratamento da doença, mas com o passar do tempo foi diminuindo e atualmente a considera normal. Nota-se finalmente que a mulher relaciona esta mudança com as atividades que antes fazia e hoje não realiza da mesma maneira, porém ela refere que como pessoa ela continua a mesma, sugerindo que a mastectomia não afetou sua QV em relação ao bem-estar.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O percurso transcorrido desta pesquisa objetivou de maneira geral averiguar a qualidade de vida da mulher mastectomizada que participa de um grupo de apoio a mulheres mastectomizadas do município de Cajazeiras-PB. Escolheu-se o grupo de apoio por ser o único na cidade referida, e também por ser um ambiente de fácil encontro de mulheres mastectomizadas, o que facilitou o acesso as mesmas. Outro fato positivo é que este grupo existe com o objetivo de troca de experiências entre elas, facilitando a aceitação para participar de tal pesquisa não sentindo dificuldade em se expressar para a pesquisadora.

Com a análise foi possível perceber que, diante do diagnóstico do câncer de mama e da necessidade de se submeter à mastectomia, as mulheres do grupo adotaram uma maneira singular de enfrentamento da situação. Evidenciou-se que para algumas estiveram presentes sentimentos negativos tais como medo, tristeza, angústia, negação e desespero e para outras a maior preocupação foi com o seu afastamento para a realização do tratamento, deixando sua família sozinha. Percebeu-se também que existiam mulheres que tiveram uma maior aproximação com a espiritualidade fortalecendo para uma maior superação da doença, bem como, a existência de mulheres que tiveram uma aceitação com naturalidade sem passar por conflito interno.

Esta pesquisa identificou que a mastectomia causou mudanças no cotidiano das mulheres, no que diz respeito as suas atividades de vida de diária, evidenciando que as atividades realizadas anteriormente à cirurgia não mais são realizadas com o mesmo desempenho. Portanto, observou-se que esta cirurgia provocou certa limitação nessas mulheres, ficando restritas a desenvolver apenas atividades que não exigem muito esforço físico, necessitando também do seu afastamento do mercado de trabalho. Foi perceptível também a necessidade, para algumas das entrevistadas, de um suporte para a realização de determinadas atividades.

Durante um momento difícil como o enfrentamento do câncer é necessário o apoio social e também familiar. As mulheres mastectomizadas destacaram esse apoio como um alicerce importante para superação durante todo o percurso da doença. Observou-se que existiu durante o tratamento e após a mastectomia o apoio total da família e amigos, auxiliando no sucesso do tratamento.

Por fim, acredita-se que o estado de saúde da mulher mastectomizada não se mantém o mesmo após o término do tratamento. Desta maneira, as mulheres da pesquisa percebem sua

saúde boa, porém com algumas alterações que antes não existiam, atribuindo-as ao tratamento do CA de mama. Algumas também temem a recidiva do câncer, se preocupando com possíveis intercorrências surgidas.

Pode-se destacar que essas mulheres do grupo percebem que não houve tanta mudança na sua qualidade de vida, pois, após o tratamento afetou de alguma forma, principalmente em relação a não fazer mais tudo que fazia antes, mas atualmente vivem normais considerando que sua QV é boa.

Espera-se que este estudo possibilite reflexões acerca da necessidade de uma visão holística à mulher mastectomizada, para que esta possa ser atendida na sua integralidade sendo considerada multidimensional, e que possam intervir de maneira adequada, pois é um ser suscetível a alterações físicas, psicológicas e sociais, e desta forma contribuir para melhorar a QV destas mulheres.

É importante ressaltar que essa investigação possui limitações, pois foram avaliadas apenas mulheres mastectomizadas participantes de um grupo de apoio, não podendo generalizar os resultados. Para melhores resultados faz-se necessário também observar como mulheres que não vivenciam a participação em grupos de apoio e troca de experiência percebem sua QV após a mastectomia e como isto afeta o seu modo de viver atualmente.

Desta maneira, pretende-se com esta pesquisa que novos olhares sejam despertados para gerar novas discussões em relação à QV das mulheres mastectomizadas. E despertar um olhar da equipe de saúde, familiares e sociedade sobre as mulheres acometidas desse agravo, enxergando não só a doença, mas todas as repercussões que a mesma causa no seu cotidiano, interferindo na QV.

REFERÊNCIAS

- ALBARELLO, R. et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. **Revista de Enfermagem**, v. 8, n. 8, p. 31-41, 2012. Disponível em: <<http://revistas.fw.uri.br/index.php/revistadeenfermagem/article/view/473/860>> Acesso em: 06.08.14
- ALMEIDA, R. A. de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 99-113, dez. 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14
- AMARAL, A.V. et al. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas: as marcas de uma nova identidade impressa no corpo. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 7, n. 2, p. 36-54, jun. 2009. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092009000200004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 03.08.14
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer facts & figures 2010**. Atlanta: American Cancer Society, 2010. Disponível em: <<http://www.cancer.org/acs/groups/content/@epidemiologysurveillance/documents/document/acspc-026238.pdf>> Acesso em: 10.03.14
- AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 475-484, out.-dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722011000400011&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11.08.14
- AKHIGBE, A.O; OMUEMU, V.O. Knowledge, attitudes and practice of breast cancer screening among female health workers in a Nigerian urban city. **BMC Cancer**, v. 9, n. 203, 2009. Disponível em: <<http://www.biomedcentral.com/1471-2407/9/203/>> Acesso em: 10.03.14
- ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 4, p. 664-671, dez. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 13.08.14
- ARAÚJO, M.A.N. **Qualidade de vida dos professores do curso de enfermagem da Universidade Estadual de Mato Grosso do Sul**. 2009. 102 f. Dissertação (Mestrado em psicologia)– Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009 Disponível em <<http://site.ucdb.br/public/md-dissertacoes/8086-qualidade-de-vida-dos-professores-do-curso-de-enfermagem-da-universidade-estadual-de-mato-grosso-do-sul.pdf>> Acesso em 14.04.14
- AUKST-MARGETIC, B. Religiosity and quality of life in breast cancer patients. **Coll. Antropol.** v. 33, n. 4, p. 1265-1271, 2009.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**. INCA, v. 52, n. 2, p. 121-128, 2006. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf> Acesso em: 03.08.14

BOSSOIS, E. et al. Sentimentos da mulher mastectomizada. **Universo da Enfermagem/Faculdade Capixaba de Nova Venécia**. Nova Venécia: UNIVEN, v. 2, n.1, p. 5-19, 2012. Disponível em: <http://novavenecia.multivix.edu.br/wp-content/uploads/2013/05/universo_enf_03.pdf#page=7> Acesso em: 12.04.14

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. 2ª ed., n. 13, 124 p. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: <<http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/cab13.pdf>> Acesso: 15.01.14

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação de Saúde. **Sistema de informações sobre mortalidade (SIM)**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012a. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br>> Acesso em 02.02.14

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº 466/12**. Dispõe diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília, 2012b. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 10.05.14

BRUNNER; SUDDARTH. Histórico e Tratamento de Pacientes com Distúrbios da mama. In: _____. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 12ª Ed. v. 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011. Cap. 48, p. 1477-1509.

BUZAID, A. Tire suas dúvidas sobre o câncer de mama. **Rev. Viva Saúde Online**. 2013. Disponível em: <<http://revistavivasaude.uol.com.br/clinica-geral/tire-suas-duvidas-sobre-o-cancer-de-mama/190/>> Acesso em: 22.03.14

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>> Acesso em: 08.08.2014

CALIL, M. A. IBCC- Instituto Brasileiro de Controle do Câncer. **Mastologia: câncer de mama**. São Paulo: 2014. Disponível em: <<http://www.ibcc.org.br/duvidas-frequentes/especialidades-medicas/mastologia.asp>> Acesso em: 10.04.2014

CAMPOS, J. F.; DAVID, H. M. S. L. Abordagens e mensuração da qualidade de vida no trabalho de enfermagem: produção científica. **Rev. enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 584-589, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n4/v15n4a18.pdf>>. Acesso em: 16.04.14

CANIÇALI PRIMO, C. et al . Ansiedade em mulheres com câncer de mama. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 11, n. 28, p. 63-73, out. 2012. Diponível em <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/pt_clinica5.pdf> Acesso em: 14.08.14

CARVALHO, A. B. **Qualidade de vida dos profissionais de saúde do Hospital do Câncer de Campo Grande/MS**. 2009. 98 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Universidade Católica Dom Bosco, Campo Grande, 2009. Disponível em: <<http://www3.ucdb.br/mestrados/arquivos/dissert/652.pdf>> Acesso em: 24.04.14

CAZAP, E. et al. Breast cancer in Latin America: results of the Latin American and Caribbean Society of Medical Oncology/Breast Cancer Research Foundation expert survey. **Cancer**. v. 113, p. 2359-2365, 2008. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.23834/full>> Acesso em: 10.03.14

CESNIK, V. M.; SANTOS, M. A. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 339-349, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200016&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 26.04.14

COUCEIRO, T. C. M.; MENEZES, T. C.; VALENCA, M. M. Post-mastectomy pain syndrome: the magnitude of the problem. **Rev. Bras. Anesthesiol.**, Campinas, v. 59, n. 3, p. 358-365, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-70942009000300012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11.08.14

FABRO, M. R. C.; WESTIN, V. M. Histórias de vida e câncer de mama: revendo a vida. **Cienc Cuid Saude** v.8, n. 3, p. 403-410, jul.-set. 2009. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/9022/5008>> Acesso em: 25.04.14

FANGEL, L. M. V. et al. Quality of life and daily activities performance after breast cancer treatment. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 1, p. 93-100, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002013000100015&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11.08.2014

FERNANDES, A. F. C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-33, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452012000100004&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 25.04.14

FERNANDES, M. M. J. et al. Autoestima de mulheres mastectomizadas: aplicação da escala de rosenberg. **Rev RENE.**, Fortaleza, v. 14, n. 1, p. 101-108, 2013. Disponível em <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/38/pdf>> Acesso 31.07.2014

FERREIRA, D. B. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. bras. enferm.**, Brasília, v. 64, n. 3, p. 536-544, jun. 2011 Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000300018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

FERREIRA, M.;L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, jun 2003. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000300006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03.08.14

FERREIRA, V. T. K. et al. Caracterização da dor em mulheres após tratamento do câncer de mama. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 1, p. 107-111, mar. 2014. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452014000100107&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11.08.2014

FLECK, A.P.M. et al. **A Avaliação de Qualidade de Vida: guia para profissionais da saúde**. 1ª ed. Porto Alegre: Artmed, 2008.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2009.

FONTANELLA, B. J. B.; MAGDALENO JÚNIOR, R. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicol. estud.**, Maringá, v. 17, n. 1, p. 63-71, mar. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722012000100008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12.05.14

FORNAZARI, S. A.; FERREIRA, R. E. R. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 26, n. 2, p. 265-272, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722010000200008&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 31.07.14

FRASSON, et al. Evolução da Cirurgia Conservadora no Tratamento do Câncer de Mama. In: ___. **CHAGAS et al. Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011, p. 818-821.

FRAZÃO, A.; SKABA, M. M. F. V. Mulheres com câncer de mama: as expressões da questão social durante o tratamento de quimioterapia neoadjuvante. **Revista Brasileira de Cancerologia**. INCA, v. 59, n. 3, p. 427-435, 2013. Disponível em

<http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/13-artigo-mulheres-cancer-mama-expressoes-questao-social-durante-tratamento-quimioterapia-neoadjuvante.pdf> Acesso 07.08.2014

GANDINI, R. C. Câncer de mama: consequências da mastectomia na produtividade. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 449-456, 2010. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-389X2010000200018&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12.08.2014

GERHARDT, T.E; SILVEIRA, D.T. **Métodos de Pesquisa**. 1ª ed. Porto Alegre: Editora da UFRGS, 2009 Disponível em:

<<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/52806/000728684.pdf?sequence=1>> Acesso em: 12.05.14

GERONASSO, M. C. H.; COELHO, D. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. **Saúde Meio Ambient**. v. 1, n. 1, p. 173-187, jun. 2012. Disponível em: <<http://www.periodicos.unc.br/index.php/sma/article/view/227/270>> Acesso em: 08.08.14

GEYER, F.C; NIGRO, M.V. Tipos histológicos especiais decâncer de mama. **Rev. Onco.** Departamento de Patologia, Hospital Israelita Albert Einstein. São Paulo: p. 32-36, jan.-fev. 2013. Disponível em: <<http://revistaonco.com.br/wp-content/uploads/2012/12/mama.pdf>> Acesso em: 11.04.14

GOBBI, H. Classificação dos tumores da mama: atualização baseada na nova classificação da Organização Mundial da Saúde de 2012. **J Bras Patol Med Lab**, v. 48, n. 6, p. 463-474, dez. 2012 Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/jbpml/v48n6/v48n6a13.pdf>> Acesso em: 15.01.14

GONÇALVES, L.L.C. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres Assistidas em ambulatório de oncologia. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, jul.-set. 2010. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n3/v18n3a23.pdf>> Acesso em: 31.07.2014

GONÇALVES, M.; GIGLIO, J.; FERRAZ, M. Presença de companheiro como protetor de sintomas depressivos em pacientes com câncer de mama: o suporte emocional das relações afetivas em pacientes com câncer de mama. **Psiquiatria na Prática Médica**, v. 14, n. 8, 2009. Disponível em < <http://www.polbr.med.br/ano09/prat0809.php>> Acesso em: 10.08.14

GONÇALVES, S. R. de. O. S.; ARRAIS, F. M. de A.; FERNANDES, A. F. C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. **Rev. RENE**, Fortaleza, v. 8, n. 2, p. 9-17 maio-ago. 2007. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/648/pdf>> Acesso em: 11.08.14

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. bras. enferm.** Brasília. v. 64, n. 1, p.53-59, fev. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008&lng=en&nrm=iso> Acessoem: 09.08.2014

HOFFMANN, F. S.; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças – Psicologia da Saúde**, v. 14, n. 2, p.143-150, jul.-dez, 2006. Disponível em: <<https://www.metodista.br/revistas/revistas-ims/index.php/MUD/article/view/645/645>> Acesso em: 11.08.14

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Primeiros Resultados do CENSO 2010**. Disponível em <<http://www.cidades.ibge.gov.br/painel/historico.php?lang=&codmun=250370>> Acesso em: 16.04.14

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Indicadores Sociodemográficos e de Saúde no Brasil 2009**. Disponível em <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/com_sobre.pdf> Acesso 12.08.2014

INCA. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2014**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2013. Disponível em <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/index.asp?ID=1>> Acesso 15.01.14

INCA. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Recomendações para redução da mortalidade por câncer de mama no Brasil: balanço 2012**. 52 p. Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em < http://www.epi.uff.br/wp-content/uploads/2013/10/Recomenda%C3%A7%C3%B5es_Mama_2012.pdf> Acesso em 22.04.14

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012**: incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2011. Disponível em: <http://portal.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/homepage/estimativas-de-incidencia-de-cancer-2012/estimativas_incidencia_cancer_2012.pdf> Acesso em: 10.08.14

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**. 3ª ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acoes_enfermagem_controle_cancer.pdf> Acesso em 30.07.2014

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA, 2002. Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf> acesso 30.07.2014

KIM, T. Y; PHILBERT, P. M. Complicações do Tratamento do Câncer de Mama. In: _____. **CHAGAS, et al. Tratado de Mastologia da SBM**. Rio de Janeiro: Revinter, 2011, p 845-848.

KOCHE, J.C. **Fundamentos de metodologia científica**: teoria da ciência e iniciação à pesquisa. 29ª Ed. Petrópolis-RJ: Editora Vozes, 2011.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**. São Paulo: Martins Fontes, 1985.

LAHOZ, M. A. et al. Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós-mastectomizadas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, INCA, v. 56, n. 4, p. 423-430, 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_56/v04/pdf/04_artigo_capacidade_funcional_qualidade_Vida_mulheres_pos_mastectomizadas.pdf> Acesso em: 10.08.14

LAURIDSEN, M. C. et al. Shoulder disability and late symptoms following surgery for early breast cancer. **Acta Oncol.**, v. 47, n. 4, p.569-575, 2008. Disponível em: <<http://informahealthcare.com/doi/pdf/10.1080/02841860801986627>> Acesso em: 11.08.2014

LEITE-CAVALCANTI, C. et al. Prevalência de doenças crônicas e estado nutricional em um grupo de idosos brasileiros. **Rev. salud pública**. Bogotá, v. 11, n. 6, p. 865-877, dez. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642009000600003&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12.08.2014

LEITE, F. M. C. et al. Mulheres com diagnóstico de câncer de mama em tratamento com tamoxifeno: perfil sociodemográfico e clínico. **Revista Brasileira de Cancerologia**. INCA, v. 57, n. 1, p. 15-21, 2011. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_57/v01/pdf/04_artigo_mulheres_diagnostico_cancer_mama_tratamento_tamoxifeno.pdf> Acesso em: 05.08.14

LEFÈVRE, F.; LEFÈVRE, A.M.C. **O discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul: Educs, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A. C.; MARQUES, M. C.C. Discurso do sujeito coletivo, complexidade e auto-organização. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 4, p. 1193-1204, ag. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232009000400025&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12.05.14

LIMA, A. L. P. et al . Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, jul. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2011000700018&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 30.07.14

LYMAN, GH. Breast cancer screening: science, society and common sense. **Cancer Invest.**, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2010.

MACÊDO, G. D. et al. Influência do Estilo de Vida na Qualidade de Vida De Mulheres com Câncer de Mama **R. Bras. ci. saúde**, v.14, n. 4, p. 13-18, 2011. Disponível em: <<http://periodicos.ufpb.br/ojs2/index.php/rbcs/article/viewFile/9939/5681>> Acesso em: 12.08.14

MARCON, S. S.; SALCI, M. A. Itinerário percorrido pelas mulheres na descoberta do câncer. **Esc Anna Nery Rev Enferm.**, v. 13, n. 3, p. 558-566, jul.-set. 2009. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v13n3/v13n3a15.pdf>> Acesso em: 06.08.2014

MARCONI, M. A.; LAKATOS, E. M. **Fundamentos de Metodologia Científica**. 7ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2010.

_____. **Metodologia Científica**. 5ª Ed. São Paulo: Editora Atlas, 2008.

MARQUES, T.S; OKAZAKI, E.L.F.J. Estudos sobre a vida da mulher após a mastectomia e o papel da enfermagem. **Rev Enferm UNISA**, São Paulo, v. 13, n. 1, p. 53-8, 2012. Disponível em: <<http://www.unisa.br/graduacao/biologicas/enfer/revista/arquivos/2012-1-09.pdf>> Acesso em: 20.04.14

MARZIONA, F. et al. Quimioterapia neoadjuvante com o esquema TAC em câncer de mama localmente avançado: Apresentação e discussão de nove casos. **Rev Bras Mastol.**, v. 19, n. 2, p. 63-68, abr.-jun. 2009 Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/revista%202009/19-02/pag%2063.pdf>> Acesso em: 07.08.14

McCLUNG, E.; GROSSOEHME, D. H.; JACOBSON, A. F. Collaborating with chaplains to meet spiritual needs. **Medsurg Nursing**, Pitman, v. 15, n. 3, p. 147-157, 2006.

MEMBRIVE, J. M. et al . Qualidade de vida em mulheres climatéricas que trabalham no sistema sanitário e educativo. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto , v. 19, n. 6, nov-dez. 2011 . Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/viewFile/4446/5880>> Acesso em: 17.01.14

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento**: pesquisa qualitativa em saúde. 10^a. ed. São Paulo: Hucitec--Abrasco, 2007.

MINER-WILLIAMS, D. Putting a puzzle together: making spirituality meaningful for nursing using an evolving theoretical framework. **Journal of clinical nursing**, Oxford, v. 15, n. 7, p. 811-821, July 2006.

MISTURA, C.; CARVALHO, M. F. A. A.; SANTOS, V. E. P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **R. Enferm. UFSM**, v. 1, n. 3, p. 351-359, set.-dez. 2011. Disponível em: <<http://cascavel.ufsm.br/revistas/ojs-2.2.2/index.php/reufsm/article/view/2943/2384>> Acesso em: 11.08.2014

MONIZ, P. A. F.; FERNANDES, A. M.; OLIVEIRA, L. Implicações da mastectomia na sexualidade e imagem corporal da mulher e resposta da enfermagem perioperatória. **Rev. Enf. Ref.**, Coimbra, v. serIII, n. 5, p. 163-171, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-02832011000300017&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 11.08.14

MOROS, M. T. et al. Ejercicio físico en mujeres con cáncer de mama. **Rev. méd. Chile**, Santiago, v. 138, n. 6, p. 715-722, jun. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872010000600008&lng=es&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

MOURA, F. M. J. S. P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, set. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 06.08.2014

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759-766, dez. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400017&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 13.08.14

OLIVEIRA, R. R.; MORAIS, S. S; SARIAN, L. O. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 32, n. 12, p. 602-608, dez. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200007&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08.08.2014

PAREDES, C. G. et al. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Rev. Bras. Cir. Plást.** São Paulo, v. 28, n. 1, p. 100-104, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-51752013000100017&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 03.08.14

PARRA, M. V. et al. Visita domiciliar a mulheres com câncer de mama: uma estratégia a ser resgatada. **Ciênc. Cuid. Saude**. v. 9, n. 2, p. 301-308, abr.-jun. 2010. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/8256/6298>> Acesso em: 12.08.14

PENHA, R. M.; SILVA, M. J. P. da. Significado de espiritualidade para a enfermagem em cuidados intensivos. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 21, n. 2, p. 260-268, jun. 2012. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072012000200002&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 13.08.14

PEREIRA, C. M. et al. Falling ill and surviving breast cancer: the experience of mastectomized woman. **R. pesq.: cuid. Fundam.**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 2, p. 3837-3846, abr.-jun. 2013. Disponível em:

<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/2003/pdf_789> Acesso em: 11.08.14

PINHEIRO, C. P. O. et al. Participating in a support group: experience lived by women with breast cancer. **Rev. Lat. Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 16, n. 4, p. 733-738, ag. 2008.

Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692008000400013&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

PINHO, L. S. et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 9, n.1, p. 154-165, jan.abr. 2007. Disponível em

<http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a12.pdf> Acesso 12.08.14

PONTES, L.B. **Câncer benigno e maligno**, 2013. Disponível em:

<<http://www.einstein.br/einstein-saude/em-dia-com-a-saude/Paginas/cancer-benigno-e-maligno.aspx>> Acesso em: 10.12.13

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 1, p. 85-97, jun. 2009. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582009000100007&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 07.08.14

SALLES, J. B. et al. O convívio com a mulher mastectomizada sob a óptica do companheiro. **R. Enferm. Cent. O. Min.**, v. 2, n. 1, p. 10-18, jan.-abr. 2012. Disponível em:

<<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/163/251>> Acesso em: 12.08.2014

SANTOS JÚNIOR, J.C; SOARES, L.F.M. Câncer de mama. In: _____. **Oncologia Básica**. 1ª Ed. Teresina PI: Fundação Quixote, 2012. cap 3, p. 41-60. Disponível em:

<<http://www.sbmastologia.com.br/Arquivos/Publicacoes/Oncologia-basica.pdf>> Acesso: 03.02.2014

SANTOS, L. N. et al. Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas. **Psicol. hosp. (São Paulo)**, São Paulo, v. 6, n. 2, p. 02-19, jun. 2008. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000200002&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

SANTOS, M. A. et al. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. **Rev.SPAGESP**, Ribeirão Preto, v. 12, n. 2, p. 27-33, dez. 2011.

Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-29702011000200004&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

SCATOLLIN, F. A. A. Qualidade de vida: a evolução dos conceitos e os instrumentos de medida. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**. Sorocaba, v. 8, n. 4, p. 1-5, 2006. Disponível em: <<http://revistas.pucsp.br/index.php/RFCMS/article/view/175/119#.U1ccplVdWBU>> Acesso em: 22.03.14

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M. A. dos; SOUZA, L. V.e. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estud. psicol. (Natal)** Natal, v. 14, n. 1, p. 41-50, abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2009000100006&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07.08.2014

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Stressors in Breast Cancer Post-Treatment: a Qualitative Approach. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p.688-695, ag. 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692010000400005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicol. estud.** Maringá, v. 13, n. 2, p.231-237, jun., 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000200005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 07.08.2014

SILVA, M. R. B. et al . O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 70-75, jan. 2008. Disponível em: <http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-35522008000100011&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 24.04.14

SILVA, S. et al . Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto factores de risco/protecção. **Rev. Port. Sau. Pub.**, Lisboa , v. 29, n. 1, p. 64-76, jan. 2011. Disponível em: <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0870-90252011000100009&lng=pt&nrm=iso> Acesso em: 12.08.14

SIMEÃO, S. F. A. P. et al . Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, mar. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232013000300024&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 22.04.14

SUN, Y. et al. Comparison of Quality of Life Based on Surgical Technique in Patients with Breast Cancer. **Jpn J Clin Oncol.**, v. 44, n. 1, p. 22-27, 2014. Disponível em: <<http://jjco.oxfordjournals.org/content/44/1/22.full.pdf+html>> Acesso em: 08.08.2014

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Famílias de mulheres com câncer de mama: desafios associados com o cuidado e os fatores de enfrentamento. **Interface (Botucatu)**, Botucatu, v. 13, n. 29, p. 395-408, jun. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832009000200012&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 08.08.2014

VASCONCELOS, P. M.; NEVES, J. B. Importância do apoio familiar à mulher submetida à cirurgia para tratamento da Neoplasia Mamária. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga:

Unileste-MG, v. 3, n. 1, p. 422-432, jul.-ago. 2010. Disponível em:
<<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v3/05-importancia-apoio-familiar-mulher.pdf>> Acesso em: 11.08.14

VEIGA, D. F. et al. Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.**, Recife, v. 10, n. 1, p. 51-57, mar. 2010. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292010000100005&lng=en&nrm=iso> Acesso em: 11.08.2014

VENDRUSCULO, L. M. **Capacidade funcional e qualidade de vida de mulheres com câncer de mama após o tratamento oncológico**. 2011. 104f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem em Saúde Pública) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade Federal de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011. Disponível em:
<<http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/22/22133/tde-15082012-135511/>> Acesso em: 10.08.14

VERONESI, A. et al. Late tamoxifen in patients previously operated for breast cancer without postoperative tamoxifen: 5-year results of a single institution randomised study. **BMC Cancer**, v. 10, n. 205, 2010. Disponível em:
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2882922/?tool=pubmed>> Acesso em: 05.08.14

VILLAGOMEZA, L. R. Mending broken hearts: the role of spirituality in cardiac illness: a research synthesis, 1991-2004. **Holistic Nursing Practice**, Hagerstown, v. 20, n. 4, p. 169-186, jul.-aug. 2006.

WHOQOL Group. The **World Health Organization Quality of Life assessment WHOQOL**: position paper from the World Health Organization. *Soc Sci Med.* v. 41, n.10, p. 1403-1409, 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A
ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMIESTRUTURADA

Entrevista nº. _____.

PARTE 1- Caracterização Sociodemográfica dos Sujeitos

1. Iniciais: _____
2. Idade: _____
3. Estado civil: Solteira () Casada () Divorciada () Viúva ()
4. Nível de escolaridade: _____
5. Profissão/ocupação: _____
6. Religião: _____

PARTE2 - Dados Clínicos

1. Data da realização da cirurgia: _____
2. Tipo de cirurgia: _____
3. Tempo decorrido do diagnóstico e cirurgia: _____
4. Reconstituição mamária: Sim () Não ()
5. Tipo de tratamento adicional (antes e/ou após a cirurgia): _____
6. Tempo do tratamento adicional: _____
7. Tipos de medicações: _____
8. Histórico familiar do câncer de mama: _____

PARTE 3- Questões Norteadoras

1. Quais foram seus sentimentos ao saber da necessidade de se submeter à mastectomia?
2. Descreva suas atividades diárias após a mastectomia. Para a realização dessas atividades precisa da ajuda de alguém?
3. Descreva sua relação com a família e amigos, após a mastectomia?
4. Como atualmente você percebe sua saúde?
5. O que você entende por qualidade de vida e como percebe a sua atualmente?

APÊNDICE B

-TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO



**UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
CENTRO DE FORMAÇÃO DE PROFESSORES
UNIDADE ACADÊMICA DE ENFERMAGEM
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Bom dia (boa tarde ou noite), meu nome é Kamilla Abrantes de Sousa e sou acadêmica do curso de Enfermagem da Universidade Federal de Campina Grande (UFCG-Campus Cajazeiras) e a Sr^a está sendo convidada, como voluntária, à participar da pesquisa intitulada “*Qualidade de Vida de Mulheres Mastectomizadas*”.

JUSTIFICATIVA, OBJETIVOS E PROCEDIMENTOS: A pesquisa se justifica pela necessidade de se analisar de que forma a mastectomia afeta a qualidade de vida da mulher, pois ainda é crescente o índice de mulheres com câncer de mama e que precisam se submeter à mastectomia tendo impactos físicos, psicológicos e sociais e o que se acredita é que, sem dúvidas, favorece o surgimento de inúmeros sentimentos que causam mudanças no seu biopsicossocial, diminuindo sua autoestima. O objetivo do presente estudo é averiguar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas no município de Cajazeiras, no alto sertão Paraibano. O procedimento de coleta de dados será da seguinte forma: a Sr^a irá participar de uma entrevista semiestruturada e gravada, após a sua autorização, contendo questões de caráter sociodemográfico, de perfil clínico e outras específicas para avaliação dos impactos da mastectomia na qualidade de vida da mulher

DESCONFORTOS, RISCOS E BENEFÍCIOS: Toda pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconforto, porém as pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/2012. Haverá um risco mínimo de apreensão aos sujeitos participantes deste estudo o qual será prontamente solucionado pelo pesquisador responsável. O benefício esperado justifica as possibilidades de riscos aos participantes. Este projeto oferece elevada possibilidade de permitir uma melhor reflexão acerca dos impactos causados na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, favorecendo assim um conhecimento dos mesmos para que haja a intervenção adequada para a melhora na qualidade de vida dessa mulher.

FORMA DE ACOMPANHAMENTO E ASSINTÊNCIA: A participação da Sr^a nessa pesquisa não implica necessidade de acompanhamento e/ou assistência posterior, tendo em vista que busca

identificar fatores gerais da população estudada e não será possível identificá-la posteriormente de forma individualizada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTO, LIBERDADE DE RECUSA E GARANTIA DE SIGILO: A Sr^a será esclarecida sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. A 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. 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 citada nominalmente ou por qualquer outro meio, que a identifique individualmente, em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma cópia deste consentimento informado, assinada pela Sr^a na última folha e rubricado nas demais, ficará sob a responsabilidade do pesquisador responsável e outra será fornecida a Sr^a.

CUSTOS DA PARTICIPAÇÃO, RESSARCIMENTO E INDENIZAÇÃO POR EVENTUAIS DANOS: A participação no estudo não acarretará custos para a Sr^a e não será disponível nenhuma compensação financeira adicional. Não é previsível dano decorrente dessa pesquisa a Sr^a, e caso haja algum, não haverá nenhum tipo de indenização prevista.

DECLARAÇÃO DO PARTICIPANTE OU DO RESPONSÁVEL PELO PARTICIPANTE: Eu, _____, fui informada 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 Maria Berenice Gomes Pinheiro certificou-me de que todos os dados dessa pesquisa serão confidenciais, no que se refere a minha identificação individualizada, e deverão ser tornados públicos através de algum meio. Ela compromete-se, também, seguir os padrões éticos definidos na Resolução CNS 466/12. Também sei que em caso de dúvidas poderei contatar a estudante Kamilla Abrantes de Sousa pelo e-mail kamilla_abrantescz@hotmail.com ou o a professora orientadora Maria Berenice Gomes Nascimento Pinheiro pelo e-mail berenice_pinheiro@hotmail.com. Além disso, fui informada que em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desse 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) 3531-2722.

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

APÊNDICE C
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
RESPONSÁVEL.



UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Responsável)

Eu, MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO, Professora da Universidade Federal de Campina Grande campus de Cajazeiras-PB, responsabilizo-me pela orientação de KAMILA ABRANTES DE SOUSA, discente do curso de graduação em Enfermagem, no desenvolvimento do projeto de pesquisa intitulado “*Qualidade de Vida de Mulheres Mastectomizadas*”. 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 em Pesquisa da Faculdade Santa Maria (FSM) sobre qualquer alteração do 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, 22 de Maio de 2014.

Maria Berenice Gomes N. Pinheiro

MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

APÊNDICE D
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE DO PESQUISADOR
PARTICIPANTE.



Universidade Federal
de Campina Grande

UNIVERSIDADE FEDERAL DE CAMPINA GRANDE
TERMO DE COMPROMISSO E RESPONSABILIDADE
(Pesquisador Participante)

Eu, KAMILLA ABRANTES DE SOUSA, discente do Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade Federal de Campina Grande, campus de Cajazeiras-PB, responsabilizo-me junto com minha orientadora, Professora Mestra MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO, a desenvolver o projeto de pesquisa intitulado “*Qualidade de Vida de Mulheres Mastectomizadas*”. Comprometo-me, ainda, 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 meu projeto de pesquisa, pelo fiel cumprimento das orientações sugeridas pela minha orientadora nas atividades de pesquisa e, junto com ela, pelos resultados da pesquisa para sua posterior divulgação no meio acadêmico e/ou científico.

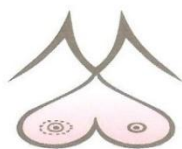
Cajazeiras-PB, 22 de Maio de 2014

A handwritten signature in blue ink that reads 'Kamilla Abrantes de Sousa'. The signature is written in a cursive style and is positioned above a horizontal line.

KAMILLA ABRANTES DE SOUSA

ANEXOS

ANEXO A
TERMO DE ANUÊNCIA

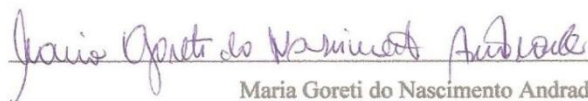


Grupo Amigos do Peito
Cajazeiras-PB

TERMO DE ANUÊNCIA

Autorizo que as pesquisadoras Maria Berenice Gomes do Nascimento Pinheiro e Kamilla Abrantes de Sousa responsáveis pelo projeto de pesquisa intitulado: "QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS" a ser submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade Santa Maria (CEP/FSM) utilizem o espaço desta instituição, com o objetivo exclusivo de coletar dados necessários para a referida pesquisa. Esta autorização e respectiva coleta de dados serão válidas somente após aprovação e apresentação do protocolo de pesquisa do CEP/FSM.

Cajazeiras, 27 de maio de 2014.



Maria Goreti do Nascimento Andrade

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

Pesquisador: MARIA BERENICE GOMES NASCIMENTO PINHEIRO

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 31823114.6.0000.5180

Instituição Proponente: Faculdade Santa Maria/ FSM /PB

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 680.978

Data da Relatoria: 09/06/2014

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo sobre a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, utilizando como proposta metodológica uma pesquisa de campo do tipo descritivo com abordagem qualitativa, entre mulheres que submeteram-se a mastectomia total ou parcial. Será realizado na cidade de Cajazeiras - PB.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário: Averiguar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas no município de Cajazeiras, no alto sertão Paraibano. **Objetivo Secundário:** Investigar quais os sentimentos que surgem após a mastectomia; Identificar a (in)dependência da mulher na realização das atividades diárias; Verificar o apoio social à mulher mastectomizada;

Descrever a compreensão da mulher sobre a sua saúde

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: Toda pesquisa com seres humanos envolve determinados riscos ou desconforto, porém as pesquisadoras comprometem-se em obedecer fielmente a Resolução 466/2012. Haverá um risco mínimo de apreensão aos sujeitos participantes deste estudo o qual será prontamente solucionado pelo pesquisador responsável. O benefício esperado justifica as possibilidades de riscos aos participantes.

Benefícios:

Endereço: BR 230, Km 504
Bairro: Cristo Rei **CEP:** 58.900-000
UF: PB **Município:** CAJAZEIRAS
Telefone: (83)3531-1346 **Fax:** (83)3531-1365 **E-mail:** cepfsm@gmail.com

ANEXO B
CONTINUAÇÃO-PARECER CONSUBSTANCADO DO CEP

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



Continuação do Parecer: 680.978

Este projeto oferece elevada possibilidade de permitir uma melhor reflexão acerca dos impactos causados na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, favorecendo assim um conhecimento dos mesmos para que haja a intervenção adequada para a melhora na qualidade de vida dessa mulher

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto encontra-se coerente em seu objetivos, metodologias, assim como as demais partes descritas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os Termos de apresentação obrigatória foram apresentados adequadamente: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE); - Folha de rosto (datada e assinada); - Termo de compromisso e responsabilidade do pesquisador responsável (datado e assinado); Termo de Compromisso e responsabilidade do pesquisador participante (datado e assinado); - Projeto completo e Instrumento de coleta de dados.

Recomendações:

Atentar para envio do relatório final ao CEP, conforme descrito na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências e/ou inadequações.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

FACULDADE SANTA MARIA/
FSM /PB



Continuação do Parecer: 680.978

CAJAZEIRAS, 09 de Junho de 2014

Assinado por:
Jose Valdilanio Virgulino Procopio
(Coordenador)