

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ

FACENE/RN

ÂNGELA MARIA FAGUNDES DA SILVA

PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ACERCA DOS ASPECTOS RELACIONADOS A RETIRADA DA MAMA

MOSSORÓ/RN
2015

ÂNGELA MARIA FAGUNDES DA SILVA

PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ACERCA DOS ASPECTOS RELACIONADOS A RETIRADA DA MAMA

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró-FACENE/RN, como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira.

MOSSORÓ/RN
2015

ÂNGELA MARIA FAGUNDES DA SILVA

PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS ACERCA DOS ASPECTOS RELACIONADOS A RETIRADA DA MAMA

Monografia apresentada pela aluna ÂNGELA MARIA FAGUNDES DA SILVA do curso de Bacharelado em Enfermagem, tendo obtido o conceito de _____ conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Esp. Giselle dos Santos Costa Oliveira (FACENE/RN)

ORIENTADORA

Prof^a. Me. Amélia Resende Leite (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof^a. Me. Kalidia Felipe de Lima Costa (FACENE/RN)

MEMBRO

Prof^a. Esp. Karla Simões Cartaxo Pedrosa (FACENE/RN)

MEMBRO

Dedico esse trabalho a minha filha Maria Alice, minha razão de viver e caminhar, a minha querida irmã Angélica Fagundes e aos meus pais que me apoiaram e acreditaram no meu sonho.

“Quando uma criatura humana desperta para um grande sonho e sobre ele lança toda a força de sua alma, todo o universo conspira a seu favor”.

Johann Goethe

AGRADECIMENTOS

A Deus, que me deu forças e sabedoria para vencer essa batalha e por ter iluminado o meu caminho fazendo com que tudo desse certo.

Aos meus pais: Antônio e Salete que não mediram esforços para me ajudar nessa luta, sem vocês nunca teria chegado até aqui.

A minha filha Maria Alice: Minha Vida quero pedir perdão pela minha ausência durante esses anos, por não ter estado ao seu lado muitas vezes, mas saiba que não teria vencido se você não estivesse aqui comigo.

Aos meus irmãos: Alcimar Fagundes, Angélica Fagundes e Alcivan Fagundes, as minhas cunhadas: Silvelena e Tatiana, meu cunhado Michel que me ajudaram e contribuíram diariamente na educação da minha pequena.

A todos os meus familiares e amigos, em especial as minhas amigas: Maria, Reyjanne, Geórgia, Milagres e Marta que sempre estiveram ao meu lado me apoiando quando eu queria fraquejar.

Agradeço a minha orientadora Giselle pela atenção, paciência e por todo o incentivo, você é brilhante.

A todos os meus professores do curso pelos ensinamentos durante a minha vida acadêmica, em especial a Kalidia e Amélia por terem aceitado o convite de participar da minha banca e contribuírem para o meu projeto, saibam que levarei cada um no cantinho do meu coração.

A todos os funcionários e família FACENE/RN, aos colegas de graduação em especial as minhas amigas: Priscilla Costa, Tayne Lima e Jeroneuma Cabral, que levarei para o resto da vida, vocês são especiais.

RESUMO

O câncer de mama é provavelmente o tipo de câncer mais receado pelas mulheres, devido a sua elevada assiduidade e, pelas suas implicações psicológicas, que por sua vez comprometem a percepção de sexualidade e a sua imagem corporal. A mastectomia é caracterizada como um procedimento cirúrgico agressivo acompanhado de consequências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher. O objetivo geral foi analisar a percepção de mulheres mastectomizadas sobre o procedimento cirúrgico de retirada de mama. Os objetivos específicos foram: caracterizar a situação social das mulheres entrevistadas; Verificar a percepções das mulheres entrevistadas sobre o procedimento da mastectomia; Identificar na opinião das mulheres entrevistadas os sentimentos vivenciados após a mastectomia e Identificas as dificuldades enfrentadas pelas mulheres entrevistadas após a mastectomia. Trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa. Foi desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde que compõem a região central do Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. A população da pesquisa foram mulheres mastectomizadas que residem na área adscrita das UBS's (Antônio Camilo, Francisco Marques da Silva, e Dr. Epitácio da C. Carvalho) em questão. A amostra foi composta por 10 mulheres mastectomizadas. As entrevistas foram gravadas com um gravador, com autorização prévia das participantes. O projeto foi aprovado com o número do protocolo 021/201 5 e CAAE: 41834815.9.0000.5179. Na análise dos dados percebemos que para as entrevistadas a percepção da mastectomia é caracterizada pela retirada da mama. Quando questionadas em relação aos seus sentimentos, as participantes apresentam sentimentos negativos gerados pela percepção física após mastectomia, bem como, sentimentos positivos gerados pelo conforto espiritual e sentimento de boa aceitação da cirurgia e sentimentos de esperança e alegria pela chance de cura proporcionada pela mastectomia. Quando questionadas em relação às dificuldades vivenciadas após a mastectomia, observamos que existem dois sentidos, quando relatam que não tiveram dificuldade de aceitação da doença e outras afirmaram que tinha experimentados sentimentos de medo e perda. Essa pesquisa se tornou importante porque nos trouxe evidências sobre as representações sociais sobre a mama, de mulheres mastectomizadas, quanto uma série de dificuldades, como dor, medo de a doença retornar assim como o sentimento de não ser, mas uma mulher normal em virtude da retirada da mama. Desta forma foi possível a averiguação da realidade de cada mulher, sobre as questões que envolvem a feminilidade, dor, medo e constrangimento, assim como os sentimentos positivos relatados pelas mesmas. Observou-se o quanto é necessário compreender as representações sociais dessas mulheres sobre a mama e as consequências do corpo alterado pela doença, reconhecendo, dessa forma, sua complexidade.

Palavras-Chave: Mastectomia. Câncer de Mama. Percepção.

ABSTRACT

Breast cancer is probably the type of cancer most feared by women, due to its high attendance and for their psychological implications, it in turn compromise the perception of sexuality and your body image. Mastectomy is characterized as an aggressive surgical procedure accompanied by traumatic consequences in experiences of life and health of women. The general objective was to analyze the perception of women with mastectomy that is the surgical procedure of breast removal. The specific objectives were to characterize the social situation of women interviewed; Check the perceptions of the women interviewed about the mastectomy procedure; Identify the opinion of women interviewed about the feelings and experiences after mastectomy and you identify the difficulties faced by women interviewed after mastectomy. It is an exploratory type of research with descriptive and qualitative approach. It was developed in three basic health units that make up the central area of the city of Mossoró, Rio Grande do Norte. The population approached was women with mastectomies residing in the enrolled area of UBS's (Antonio Camilo, Francisco Marques da Silva, and Dr. Epitácio C. Carvalho) in question. The sample consisted of 10 women with mastectomies. The interviews were recorded with a tape recorder, with prior approval of the participants. The project was approved with the protocol number 021/201 and 5 CAAE: 41834815.9.0000.5179. In the data analysis when questioned regarding his feelings, the participants have negative feelings generated by physical perception after mastectomy, as well as positive feelings generated by spiritual comfort and sense of well received surgery and feelings of hope and joy for the chance of cure provided by mastectomy. When questioned regarding the difficulties experienced after mastectomy, we observed that there are two senses, when they report that they had no difficulty in accepting the disease and others said they had experienced feelings of fear and loss. This research became important because it brought us evidence them on the social representations of the breast, women with mastectomies, as a number of difficulties, such as pain, fear of the disease return as well as the feeling of not being, but a normal woman because the breast was removed. In this way it was possible to verify the reality of each woman, on issues involving femininity, pain, fear and embarrassment, as well as the positive feelings reported by them. It was observed how much is necessary to understand the social representations of these women on the breast and the consequences of the body changed by the disease, recognizing thus its complexity.

Keywords: Mastectomy. Breast, Cancer, Perception.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO	10
1.2 JUSTIFICATIVA	11
1.3 HIPÓTESE	12
2 OBJETIVOS	13
2.1 OBJETIVO GERAL	13
2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	13
3 REFERENCIAL TEÓRICO	14
3.1 CÂNCER DE MAMA	14
3.2 PERCEPÇÃO DA MULHER.....	18
4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS	24
4.1 TIPO DE ESTUDO	24
4.2 LOCAIS DA PESQUISA	24
4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA	24
4.4 INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS	25
4.5 PROCEDIMENTO PARA COLETA DE DADOS	25
4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	26
4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS	26
4.8 FINANCIAMENTO	26
5 RESULTADOS E DISCUSSÕES	28
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DAS PARTICIPANTES	28
5.2 DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	39
REFERENCIAS	41
APÊNDICES	46
ANEXO	50

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO

O câncer é caracterizado por um desenvolvimento rápido e desordenado de células, que adquirem a habilidade de se multiplicar. Essas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, definindo a formação de tumores malignos (câncer), que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. O câncer de mama é o tumor maligno mais comum em mulheres e o que mais leva as brasileiras à morte, segundo o Instituto Nacional de Câncer (INCA, 2014).

O câncer é uma das causas de maior mortalidade e morbidade no mundo, com mais de dez milhões de casos novos e mais de seis milhões de mortes por ano. De todos os tipos de neoplasias, exceto o câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente nas mulheres no mundo (AURELIANO, 2009 apud MENEZES et al, 2012). No Brasil, o câncer de mama é o mais prevalente no sexo feminino, entre 40 e 69 anos (BARDIN, 1979 apud MENEZES, et al, 2012). De acordo com a avaliação sobre Incidência de Câncer no Brasil, 2014-2015, lançada pelo Inca, o Brasil terá 576 mil novos casos de câncer por ano. Desses, 57.120 mil serão tumores de mama (INCA, 2014).

O câncer de mama expõe as mulheres a diferentes situações em relação à integridade psicossocial, à incerteza do sucesso do tratamento, à probabilidade da recorrência, à morte, entre outros. Atualmente, apesar das dificuldades no diagnóstico precoce e na efetividade do tratamento, a maioria das mulheres acometidas viverá com a doença por muitos anos. Nesse sentido, melhorar a qualidade de vida é um desafio, tanto para elas como para os profissionais de saúde (ALMEIDA et al, 2001).

Mulheres com o câncer de mama passam por reflexões e questionamentos a respeito da vida pregressa e futura à doença que comprometerão diretamente seu modo de vida e seu comportamento em relação à própria saúde (TRUFELLI et al, 2008).

Desde 2008, 63.500 brasileiras fizeram cirurgia de remoção dos seios para tratamento de câncer pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em todo o Brasil. Essa estatística equivale a uma cirurgia realizada a cada 40 minutos nos últimos cinco anos. Os dados, do Departamento de Informática do SUS (Datasus), não avaliam ainda os procedimentos feitos por hospitais particulares (ARAÚJO, 2013).

O câncer de mama pode ser detectado através do autoexame das mamas e/ou pela realização de mamografia e/ou ultrassonografia, devendo ser confirmado por meio da biópsia da lesão. A biópsia deve conter todos os subsídios necessários para uma adequada manipulação clínica da paciente sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico. O estadiamento da doença no momento da instituição do tratamento é um dos fatores mais importantes na determinação prognóstica do paciente (TRUFELLI, et al, 2008).

Atualmente, a ampliação de opções e tecnologias agregadas no diagnóstico e no tratamento do câncer de mama contribuiu para maior sobrevivência das mulheres. Os efeitos colaterais sucedidos da quimioterapia, radioterapia e da hormonioterapia intervêm negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher. As principais implicações desse tratamento são náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispareunia e anorgasmia (INCA, 2007).

É fundamental o estudo do cotidiano dessas mulheres, principalmente na sua (re) elaboração da imagem corporal, tendendo a subsídios à capacitação de profissionais de saúde na promoção da melhoria da qualidade de vida (SANTOS; VIEIRA, 2012).

Mediante ao exposto surgiu o seguinte questionamento: Qual a percepção das mulheres que se submetem a mastectomia?

1.2 JUSTIFICATIVA

Comumente quando se fala de câncer logo se reflete em morte dolorosa, triste e demorada, por isso é relevante que se trabalhe e conheça como essas mulheres se encontram psicologicamente e o quanto essa doença intervém no modo de levar a vida, especialmente como a sexualidade dela fica logo após a realização da mastectomia.

A mastectomia é um procedimento cirúrgico que traz consigo consequências traumatizantes na vida da mulher, pois a mama é um elemento marcante na feminilidade, tanto para a imagem sexual, corporal e para amamentação. Pois, muitas mulheres não fazem os exames necessários de rotina, tais como o auto exame das mamas e a mamografia, por medo de ter que se submeter à cirurgia da mastecto-

mia, e sofre mais ainda com o preconceito, o medo do abandono do marido, e o isolamento da sociedade.

Optei por trabalhar com esse tema câncer de mama no tocante ao estado psicológico e sexualidade de mulheres mastectomizadas, por ser um tema atual, e por ter minha irmã mastectomizada, pois desde então houve um despertar sob o conhecimento da percepção de outras mulheres. O tratamento por ser invasivo e trazer como consequências modificações no corpo da mulher, principalmente a mastectomia as deixam comovidas psicologicamente e se as mesmas ficarem sem informações e apoio tanto da família como dos profissionais de enfermagem esse quadro pode agravar ainda mais a situação.

Este projeto será de grande importância para os acadêmicos e profissionais da área da saúde, uma vez que, contribuirá para seus conhecimentos, enriquecendo seus saberes; de maneira que forneça subsídios que possam auxiliar no planejamento de estratégias que possam minimizar os efeitos decorrentes desse evento. Para as mulheres irá ajudá-las a enfrentar esse momento tão difícil que é a descoberta de um câncer de mama e a mastectomia, deixando para elas relatos de experiências de mulheres que passaram pelo mesmo problema.

1.3HIPÓTESE

Acredita-se que a mastectomia deixa marcas incorrigíveis na vida das mulheres, sejam elas relacionadas ao aspecto social, emocional e principalmente na sua sexualidade, já que a mama faz parte da estética feminina. Muitas mulheres sentem-se deprimidas, revoltadas e sem estímulos para se expor no meio social.

2 OBJETIVOS

2.1 OBJETIVO GERAL

- Analisar a percepção de mulheres mastectomizadas sobre o procedimento cirúrgico de retirada de mama.

2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar a situação social das mulheres entrevistadas;
- Verificar a percepções das mulheres entrevistadas sobre o procedimento da mastectomia;
- Identificar na opinião das mulheres entrevistadas os sentimentos vivenciados após a mastectomia;
- Identificar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres entrevistadas após a mastectomia.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 CÂNCER DE MAMA

De acordo com o INCA – Instituto Nacional de Câncer de Mama (2013) o câncer de mama é provavelmente o tipo de câncer mais receado pelas mulheres, devido a sua elevada assiduidade e, pelas suas implicações psicológicas, que por sua vez comprometem a percepção de sexualidade e a sua imagem corporal.

No Brasil, o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMA-MA-INCA, 2002) avaliou a incidência deste tipo de câncer em quase 49 casos novos para 100 mil mulheres no ano de 2010. As taxas de incidência têm se sustentado elevadas nos últimos anos, o que pode ser entendido, essencialmente, como reflexo da convergência global à predominância de maneiras de vida que provocam a exposição a fatores de risco (MENEZES et al, 2012).

O câncer de mama ocorre de um desenvolvimento desordenado de células alteradas (mutantes) que se alarga nas células do tecido mamário, nas células epiteliais do tecido lobular ou dos ductos. Esse tumor maligno pode proliferar-se e submergir os tecidos adjacentes e difundir-se para outros órgãos do corpo, ocasionando a metástase. Esse tipo de câncer ataca mais o sexo feminino e raramente sucede no sexo masculino na maioria das vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres, através da prática do autoexame. (MOREIRA, 2009).

No que se refere à fisiopatologia, o câncer de mama considerado esporádico, ou seja, sem associação com o fator hereditário, representa mais de 90% dos casos de câncer de mama em todo mundo. Dados clínicos, epidemiológicos e experimentais têm demonstrado que o risco de desenvolvimento de câncer de mama esporádico está fortemente relacionado à produção de esteroides sexuais. Condições endócrinas moduladas pela função ovariana, como a menarca precoce, menopausa tardia e gestação, assim como a utilização de estrógenos exógenos, são componentes relevantes do risco de desenvolvimento do câncer de mama. Em sinergismo com os fatores hormonais, estudos observacionais indicam que o comportamento humano relacionado ao estilo de vida, o que inclui modificações na dieta e na atividade física, podem contribuir para o aumento da incidência do câncer de mama em todo o mundo (TEZZI, 2009).

A medicina aponta a história familiar do ponto de vista genético, onde a co-nhecimento hereditário é conduzido de uma geração para outra, como algo pré-determinado, em relação aos genes, que pode ser lido como um texto de manifestações ocultados dentro de nós e de todos os seres vivos (BROOKES, 2001).

Mas, haveriam genes que conduziriam mensagens mais deficientes, apenas indicando o futuro, em vez de predizê-lo. Estudos nas áreas apontam que os genes mutantes BRCA-1 e BRCA-2 estão relacionados ao câncer de mama numa proporção de 60-85% e que a penetrância das mutações destes genes para câncer de mama é de cerca de 80% (MOREIRA, 2004). De acordo com Nelson (2008), ter dois ou mais casos desta neoplasia entre parentes próximos de quaisquer idades agrega-se a um risco de câncer mamário quatro vezes maior do que o comprovado na população em geral. Portanto, mulheres com histórias familiares expressivas desta patologia, mesmo sendo negativas para essas mutações, continuam em maior risco de desenvolver a doença do que a maioria da população.

Com isso, os especialistas se colocam em alerta a respeito da história clínica familiar de suas pacientes, com desígnio de obter subsídios sobre o estado de saúde ou a origem da morte de todos os parentes de primeiro grau (pais, irmãos, filhos) e de segundo grau (tias, tios, avós), na tentativa de construir assim, uma árvore genealógica, mais conhecida como heredograma.

A partir de símbolos pré-estabelecidos, que incidem em parentescos de indivíduos de uma mesma família, o heredograma é uma ferramenta que simula graficamente a história familiar. Para promover a identificação de algum padrão de herança e consentir uma melhor visualização dos indivíduos em risco, assim como o exemplo de herança das doenças, certa críticas são empregadas. Por ser comum, qualquer pessoa que tenha noção acerca da simbologia que compõe o heredograma é apropriado a interpretá-lo, tornando compreensível e passível de utilização em pesquisas estatísticas. Para estabelecê-lo, a história familiar deve ser conseguida por meio de questionários ou entrevistas que compreendem não só os membros comprometidos (com câncer), mas também os membros não afetados, que, na visão médica, são os indivíduos em risco de desenvolver a doença (LAWALLET al, 2012).

Mas é importante ressaltar que mulheres com histórias familiares significativas, mesmo não exibindo as mutações BRCA 1 e BRCA 2, estão, ainda, em risco muito maior do que as mulheres de forma geral; igualmente, que algumas famílias exibem um risco de câncer acima da média, ao passo que outras o têm abaixo da

média. Avalia-se que a maioria das causas de câncer resulta de um intercâmbio de fatores ambientais e geneticamente transmitidos. Entretanto, é impossível saber se a variação do nível de risco deriva desses ou daqueles fatores. Em ambos os casos, uma história familiar de câncer em um parente de primeiro ou segundo grau deve acordar a suspeita do médico.

De acordo com Almeida (2006), a terapêutica utilizada no câncer de mama é variada, mas para determinar qual será usada vai depender da extensão da doença e de suas particularidades apresentadas. Deste modo, depois de ser realizada a categorização do câncer de mama, é que então é definida a forma de tratamento a ser desenvolvido. Entre os tipos de tratamento disponíveis encontram-se a quimioterapia, a radioterapia, a terapia hormonal e a cirurgia, que podem ser conduzidos individual ou concomitantemente.

A quimioterapia, a radioterapia e a hormônio terapia são tratamentos secundários para a maior parte dos casos de câncer de mama. Os resultados da quimioterapia na maioria das vezes são vivenciados com angústia e estresse pela mulher em tratamento, uma vez que há uma ala de alterações físicas importantes como fadiga, menopausa induzida, ganho ou perda de peso e perda dos cabelos (SANTOS; VIEIRA, 2012).

A cirurgia é ainda a principal solução terapêutica para exercer a função de domínio locorregional da doença e, desse modo, impedir a sua dispersão (PINOTTI, 1997).

Conforme Talhaferro et al (2007), a mastectomia é um dos tratamentos do câncer de mama, ela é um procedimento cirúrgico que pode ser limitada apenas ao tumor (lupectomia), no qual a cura pode ser mais plausível, ou pode ser retirados tecidos circundantes ao tumor ou até a remoção da mama (mastectomia total ou radical modificada-mutilação), todavia é sempre sugerida a cirurgia menos radical possível, isso vai depender de cada caso. Se rodeando assim uma grande mina de temor, sofrimento e mudança física, pois a mama é uma característica atrelada à feminilidade, maternidade e sexualidade.

De acordo com Moreira (2009) os tipos de cirurgia existentes são:

- Tumorectomia: Excisão do nódulo ou tumor da mama;
- Quadrantectomia: Excisão do quadrante da mama afetada (excisão do nódulo e margem de segurança);

- Mastectomia Radical: remoção da mama, músculo peitoral e nódulos axilares linfáticos;
- Mastectomia radical modificada: Remoção da mama, nódulos axilares linfáticos, com permanência do músculo do grande peitoral;
- Mastectomia total simples: Ressecção somente do tecido mamário, sem dissecação de gânglios linfáticos;
- Mastectomia radical de “Halsted”: Excisão da mama, músculos peitorais, tecido adiposo adjacente, fâscias musculares e adenopatias axilares (procedimento raro).

Os efeitos colaterais sobrevividos da quimioterapia, radioterapia e do hormônio terapia também intervêm negativamente no cotidiano, na elaboração da imagem corporal e na vida sexual da mulher. As principais implicações desse tratamento são náuseas, vômitos, fadiga, disfunção cognitiva, alopecia, ganho de peso, palidez, menopausa induzida, redução da lubrificação vaginal e excitação, redução do desejo sexual, dispaurenia e anorgasmia (SANTOS; VIEIRA, 2012).

Segundo Menezes et al., (2012) as mulheres com câncer repetidamente desenvolvem distúrbios de sono após o diagnóstico, que na maioria das vezes evolui para insônia crônica, resultando em diminuição na qualidade de vida, prejuízos no humor e redução de energia.

Apesar disso, diversamente da atenção que recebem outras manifestações físicas ou psicológicas que atacam o paciente oncológico, como fadiga, dor, náusea, depressão e ansiedade, problemas de sono são vistos como uma reação aguardada e temporária, sucedida de circunstâncias estressoras que contornam o diagnóstico (impacto emocional, ansiedade, depressão, sensação de incerteza) e do tratamento (hospitalização, procedimentos cirúrgicos, efeitos colaterais de medicação como náusea e vômito). No entanto, embora tal miríade de estressores seja o evento precipitante, o enigma em conseguir um sono de boa qualidade e de duração apropriada pode se perpetuar em implicação do estabelecimento de hábitos impróprios de sono em resposta a eles (RAHIFI-FERREIRA et al, 2012).

Como também, comumente os profissionais da saúde envolvidos nos cuidados ao paciente oncológico observam a insônia como um sintoma secundário à depressão ou ansiedade, cujo conforto estaria então na vinculação da decisão dessas condições principais. (RAHIFI-FERREIRA et al, 2012).

A alteração da dieta também tem sido referida como um fator de risco. O único estudo em grande escala que evidenciou o impulso da modificação da dieta e

no risco de câncer de mama foi o Women's Health Initiative Dietary Modification Trial. O risco de ampliação de câncer de mama é diminuído em mulheres que perdem peso na pré e pós-menopausa. Mulheres que perdem 5% ou mais de seu peso antes e após a menopausa oferecem uma redução do risco de desenvolver o câncer de mama na pós-menopausa na ordem de 40 e 25%, concomitantemente. O Nurses Health Study (NHS) explicou que mulheres que perdem pelo menos 10 kg após a menopausa têm uma redução de risco de câncer de mama na ordem de 56%¹⁷. (TEZZI, 2009).

Portanto, mulheres com o câncer de mama passam por reflexões e questionamentos a respeito da vida pregressa e futura à doença que comprometerão diretamente seu modo de vida e seu comportamento em relação à própria saúde (TRUFFELLET al, 2008).

3.2 PERCEPÇÃO DA MULHER

A mastectomia tem em si um caráter agressivo e traumático para a vida da mulher, principalmente nas mulheres mais novas, pois condiciona alterações na sua imagem corporal, identidade e autoestima, podendo refletir na expressão da sua sexualidade e também ativar sintomas de depressão e ansiedade. Oliveira afirma que, isto acontece por as mulheres mais jovens se preocuparem mais significativamente com a imagem corporal. Em qualquer idade o diagnóstico de cancro da mama e a própria mastectomia pode originar nas mulheres medos quanto à perda da atratividade sexual e à capacidade de obter prazer sexual, mas em teoria, perder uma mama, pode ser mais angustiante para as mulheres cuja juventude lhes faz criar mais expectativas quanto à beleza física (MOREIRA, 2009).

A perda de uma parte do corpo, de acordo com a literatura, é vivenciada como dano à auto imagem e, portanto, repercute na condição psíquica do indivíduo, ativando um penoso processo de luto e busca de reparação. A amputação de parte ou de toda a mama representa uma situação traumática, potencializada pelos significados psicológicos e culturais atribuídos ao órgão feminino (ARAÚJO, 2013).

Dentre as intervenções cirúrgicas nos diversos tipos de cânceres, a da mama, por deixar sua marca visível no corpo, remete as mulheres permanentemente à situação de perda. Além disso, a mama é um símbolo corpóreo de feminilidade, sen-

sualidade, sexualidade e maternidade, ou seja, trata-se de um órgão que está intimamente relacionado à questão da identidade feminina, alvo de múltiplas e profundas significações pessoais. Portanto, a cirurgia para retirada de massa tumoral não altera apenas a imagem corporal da mulher, como também sua autoimagem (SANTOS; SILVA, 2008).

Alguns autores – Rossi e Santos (2003), Maluf, Mori e Barros (2005) e Pellegrini, Cerqueira e Peres (2008), dentre outros – asseguram que o câncer de mama ocorre sobre o principal símbolo corpóreo da feminilidade, da sensualidade, da sexualidade e da maternidade, de modo que envolve não somente a condição física da paciente, mas também sua saúde mental.

Em diversos casos com a confirmação do diagnóstico do câncer de mama, pode desencadear um sofrimento psicológico marcante à mulher, o qual vale ressaltar, tende a afetar seu universo de relações, levando-a a se aproximar ou se abduzir das pessoas que a circulam (MENEZES et al, 2012).

Mediante ao avanço da sobrevida, é essencial que compreenda-se, a experiência de se viver com o câncer de mama, pois a presença constante da insegurança surge como artifício importante na vidas dessas mulheres e mostrar-se, muitas vezes, por meio do medo de uma repetição da doença (ALMEIDA et al, 2001).

Conviver com uma doença estigmatizante, como o câncer de mama, deu margem a um processo de definição, motivado pela percepção que as mulheres tinham sobre a doença, possibilitando-lhes a reformulação de pré- concepções e a elaboração de novas opiniões sobre ter uma doença incurável. Esse processo foi implicação ainda da interpretação da experiência de viver com a doença e seu tratamento, provocando sentimentos e atitudes que cogitaram um grau de incerteza a partir da manifestação do diagnóstico e das suas concepções a respeito da doença (ALMEIDA et al, 2001).

O adoecimento pelo câncer de mama e seu tratamento causam sérias consequências que podem ser temporárias ou permanentes na vida da mulher. A cirurgia mamária seja ela conservadora ou não, mesmo acompanhada da reconstrução mamária pode ser vivenciada de modo traumático pela mulher, sendo considerada uma mutilação, dependendo da importância desdenhada pela mulher à imagem corporal (SANTOS; VIEIRA, 2011).

A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser analisada um fato multidimensional, pois abrange aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afe-

ta as emoções, pensamentos e o modo de as pessoas relacionarem-se com os outros, influenciando intimamente a qualidade de vida delas (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Entende-se que a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a mulher tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações incididas do conhecimento do próprio corpo e do contato com a imagem corporal expressadas por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma edificação dinâmica e equipotente (SHILDER, 1999).

Os cabelos femininos e a simetria corporal são considerados atributos presentes em ideais de feminilidade, de beleza e de saúde que circundam nas sociedades e no habitual das mulheres que passam pelo câncer de mama; assim, mulheres apegadas a tais ideais podem ter maior sofrimento e angústia por terem vivenciado alterações corporais (SANTOS; VIEIRA, 2011)

O impacto do diagnóstico do câncer de mama comumente insinua em angústia, insegurança e preocupação com o prognóstico da doença e suas repercussões físicas, sociais e psicológicas, que abrangem a possibilidade ou não de sobrevivência (FERREIRA et al, 2011).

Segundo Silva (2008), sentimentos de impotência, desesperança, inquietude e medo de perderem as esposas são comuns aos companheiros das mulheres ao receberem o diagnóstico do câncer de mama. Há, também, a preocupação com o tratamento e condições econômicas para realizá-lo.

A perda do cabelo traz um forte impacto reacional na mulher porque também afeta a sexualidade. A alopecia pode trazer maior sofrimento do que a própria mastectomia já que, no contexto social, a perda do cabelo mostra o diferente, o não belo, a pessoa inquestionavelmente adoecida (PEREIRA et al, 2006).

A interrupção das atividades também pode gerar sentimentos negativos, uma vez que a mulher se sentirá dependente de outra pessoa, tanto financeiramente como na realização de atividades rotineiras. Diante das limitações físicas a mulher também passa a enfrentar as limitações sociais, tais como impossibilidade de desempenhar o trabalho tal como antes, além de delegar o cuidado com os filhos e a casa (ARAÚJO; FERNANDES, 2008).

A vivência do diagnóstico de câncer de mama confronta a mulher com uma série de eventos estressores, compatíveis com o enfrentamento de uma doença que ameaça sua integridade física e que exige cuidados intensivos, além das repercussões emocionais, familiares, laborais e na vida de relações decorrentes de um tra-

tamento longo, invasivo e potencialmente turbulento. O impacto sobre o bem-estar no primeiro ano de tratamento é acentuado, colocando à prova a capacidade adaptativa da paciente que, repentinamente vê a linha de sua existência interceptada pela imersão em uma dimensão da realidade até então completamente desconhecida: o mundo inóspito do hospital, as consultas, exames e procedimentos invasivos, o afastamento das atividades cotidianas e os prejuízos no convívio familiar, sem contar a incerteza quanto ao futuro e o medo do contato com a própria finitude (ROSSI; SANTOS, 2003).

O estresse é marcante por apresentar-se como uma reação psicológica com componentes emocionais, físicos, mentais e químicos a determinados estímulos estranhos que irritam, amedronta, excitam ou confundem a pessoa. Medita-se que existam três fases: alerta, quando o organismo se organiza para as reações de luta ou fuga, acompanhada pela fase de resistência, momento em que tenta uma adaptação ao evento estressor, prevalecendo à sensação de desgaste. Se o estressor é consecutivo e a pessoa não possui estratégias para suportar com o estresse, o organismo esgota sua reserva de energia adaptativa e a fase de exaustão se revela (SILVA; SANTOS, 2008)

São considerados estressores os eventos sociais, psicológicos ou ambientais que exigem um ajustamento do indivíduo ou que causem uma mudança no seu padrão de vida. As fases de alerta, resistência ou mesmo exaustão que caracterizam o estresse podem estar presentes em qualquer etapa da trajetória do adoecimento, desde que as demandas colocadas sobre o indivíduo excedam seus recursos e sua capacidade de organizar uma resposta eficiente para preservar a integridade de seu organismo (SILVA; SANTOS, 2008).

No caso do câncer de mama, as relações e ações afetadas pela doença não são passíveis de serem integralmente resolvidas mesmo com a cura, pois a mastectomia é a parte da doença que não passa por denotar uma interferência definitiva na estrutura corporal que irá redefinir a maneira de atuação e percepção desse corpo. Do mesmo modo, os cuidados com o braço do lado cirurgiado, vão sempre advertir a mulher de uma condição física caracterizada da considerada 'normal' ou 'dada pela natureza'. Mesmo para as mulheres que fazem reconstrução mamária (plástica utilizando tecido e músculos da barriga ou prótese artificial), a transformação em seus corpos ainda vai ser constantemente trabalhada; é um corpo modificado, reconstruí-

do (AURELIANO, 2009). Essa questão analisada sob a perspectiva de gênero nos indica que,

O fato de o pênis, de a vagina, de os seios e assim por diante serem denominadas partes sexuais corresponde tanto a uma restrição do corpo erógeno a essas partes como a um todo. Com efeito, a 'unidade' imposta ao corpo pela categoria do sexo é uma 'desunidade', uma fragmentação e compartimentação, uma redução da erotogenia (AURELIANO, 2009).

De acordo com Matos (2003), o corpo feminino está fragmentado nos seus símbolos (mama, vagina), naquilo que o diferencia do corpo masculino. Ao mesmo tempo, esses símbolos 'cercam' a sua identidade enquanto pessoa na valorização daquilo que a define enquanto mulher, sobretudo na nossa sociedade onde há a celebração do corpo feminino perfeito e erótico.

Como parte do processo de experiência da doença, a mastectomia é o elemento fixamente negociado. As mulheres têm de habituar certos aspectos das suas vidas à ausência de uma das mamas, e em alguns casos das duas. Para eleger uma roupa, ir à praia, ou até mesmo abraçar uma pessoa, todos estes são aspectos da vida da mulher mastectomizada que passam a ser controlados em função da alteração corporal (CARVALHO, 2007).

A unidade do corpo feminino é invalidada com a mastectomia, que o fragmenta em partes, e é preciso repensar esse corpo, atualizá-lo para que ele seja o mesmo e um novo corpo, transformado, mas ainda a principal e primeira ferramenta que possibilita à pessoa a sua relação com os outros. As identidades sociais da mulher que se descobre com câncer de mama sofrem oscilações nos aspectos que vão desde a aparição da doença para os outros, até as mudanças nas relações de trabalho, com a família, entre outros (AURELIANO, 2009).

Todas essas modificações na percepção e formação das identidades procedem da alteração do corpo, elemento social e culturalmente erguido que tem sua apresentação constrangida com a perda de um elemento ao mesmo tempo físico e simbólico como a mama, logo duplamente objetivo. Reestruturar o modo de se ver é também recolocar-se em atuação, rerepresentar-se, bem como representar-se social e simbolicamente (MATOS, 2003).

Sabe-se que a imagem corporal para mulher é algo que tem um grande significado, sendo assim lidar com a questão de alteração em seu corpo, especialmente

a remoção de parte dele, ter algo difícil e doloroso de se lidar, independente da faixa etária em que essa mulher se encontra (ARAÚJO, 2013).

De acordo com Silva (2008) o sofrimento psicológico da mulher que passa pela circunstância de ser portadora de um câncer de mama e de ter de acolher um tratamento difícil, principalmente a mastectomia, transcende ao sofrimento que a própria doença por si causa. É um sofrimento que permite representações e significados atribuídos à doença ao longo da história e da cultura e adentra as dimensões das propriedades do ser feminino, interferindo nas relações interpessoais, principalmente nas mais íntimas e básicas da mulher. Considerar estes aspectos nas propostas de atenção à mulher com câncer de mama é mais que necessário: é indispensável. Principalmente para que seja realizada uma assistência de qualidade a essa mulher diante dessa situação tão difícil.

É assim que nascem os discursos de “vencedora”, de ser “uma nova pessoa”, de ter “recebido uma segunda chance de Deus”, de modo que estar doente/ser doente sugere uma série de tomadas de posição e atitudes cujo objetivo principal é restaurar não apenas a saúde do corpo, mas, sobretudo, recuperar a unidade da pessoa e suas identidades sociais afetadas pela doença e pela mutilação (INCA, 2004).

4 CONSIDERAÇÕES METODOLÓGICAS

4.1 TIPO DE ESTUDO

O presente estudo trata-se de uma pesquisa do tipo exploratória com caráter descritivo e com abordagem qualitativa.

Conforme Gil (2010), as pesquisas exploratórias têm como finalidade proporcionar maior intimidade com o problema, em vista a torná-lo mais explícito ou a levantar hipóteses. Seu planejamento tende a ser bastante flexível, pois interessa analisar os mais variáveis aspectos referentes ao fato ou acontecimento avaliado.

“Um estudo descritivo tem como objetivo a descrição das características de determinada população. Podem ser elaboradas também com a finalidade de identificar possíveis relações entre variáveis” (GIL, 2010, p. 27).

A abordagem qualitativa é a abordagem do problema formulado, estimulando as entrevistadas a pensarem livremente sobre o tema, ela visa o entendimento sobre o problema promovendo clareza na percepção das explicações quanto às informações colhidas. É vista como um método de compreensão da realidade delimitada pelos os locais e sujeitos da pesquisa, identifica as relações entre os aspectos envolvidos em cada fase do estudo (FIGUEIREDO, 2004).

4.2 LOCAL DA PESQUISA

O presente estudo foi desenvolvido em três Unidades Básicas de Saúde que compõem a região central do Município de Mossoró, Rio Grande do Norte. As UBS's estudadas foram: UBS ANTONIO CAMILO (Ilha de Santa), UBS FRANCISCO MARQUES DA SILVA (Alameda) e a UBS DR. EPITÁCIO DA C. CARVALHO (Pintos).

4.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

A população da pesquisa foram mulheres mastectomizadas que residem na área adstrita das UBS's (Antônio Camilo, Francisco Marques da Silva, e Dr. Epitácio da C. Carvalho) em questão.

Segundo Gil (2010), os participantes não são eleitos com base nos critérios de proporcionalidade e representatividade; o que interessa ao pesquisador é eleger

peças que tenham efetivamente participado do processo social que está sendo pesquisado.

A amostra foi composta através do discurso de 10 mulheres mastectomizadas, assistidas pelos profissionais das UBS's, no período de Março de 2015 a Abril de 2015.

Serão determinados como critérios de inclusão no estudo: mulheres mastectomizadas; as mulheres em tratamento preconizado para o câncer de mama; com idade igual ou acima de 18 anos; e que concordem em participar da pesquisa e assinem o termo de consentimento livre e esclarecido.

Os critérios de exclusão foram: mulheres com câncer não mastectomizadas; menores de 18 anos e que não concordem em participar da pesquisa.

4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para atingir os objetivos da investigação foi utilizado como instrumento de coleta de dados um roteiro de entrevista semi estruturada (APÊNDICE B) como fonte básica para a geração de dados, visando coletar informações relacionadas à temática acerca das questões: Caracterizar a situação social das mulheres entrevistadas; Verificar as percepções das mulheres sobre a mastectomia; Identificar os sentimentos vivenciados após a mastectomia; Compreender as principais dificuldades enfrentadas após a realização da mastectomia.

Para Gil (2010), prefere-se o emprego de entrevistas em profundidade porque nestas o informante podem adequar informações bastante ricas sem que se perca o foco.

4.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta dos dados foi realizada através do contato direto com as pacientes, onde o pesquisador foi até a residência das mesmas entre os meses de março a maio de 2015, acompanhada do Agente Comunitário de Saúde, nos turnos manhã e tarde, conforme a disponibilidades dos usuários da Unidade Básica de Saúde.

As entrevistas foram gravadas com um gravador, com autorização prévia das participantes. A seguir, os conteúdos colhidos foram digitados, para após serem analisados em profundidade; de modo a garantir o melhor entendimento das pesquisadas, após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética da FACENE – FAMENE Jo-

ão Pessoa-PB e encaminhamento de Ofício da Coordenação do Curso de Enfermagem da FACENE Mossoró-RN as UBS pesquisadas. As mulheres que concordarem participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido/Apêndice A.

4.6 ANÁLISE E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

A análise dos dados foi feita a partir do método qualitativo utilizando a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), desenvolvido por Lefevre e Lefevre no fim da década de 90, e tem como fundamento a teoria da Representação Social. O DSC é um discurso-síntese elaborado com partes de discursos de sentido semelhante, por meio de procedimentos sistemáticos e padronizados (LEFEVRE; LEFEVRE, 2003).

Optou-se pela análise do discurso (DSC), pois ela permitirá buscar, através dos depoimentos dos sujeitos, o significado da possibilidade da recorrência e como este tem sido incorporado nas suas vidas.

4.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

A pesquisa foi submetida antecipadamente à aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança. Sob número de protocolo: 021/2015 e CAAE: 41834815.9.0000.5179.

Deste modo, no transcorrer de todo o processo de elaboração e construção desta investigação Foram observados os preceitos éticos dispostos na Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde, informando ao participante que haverá o anonimato dos depoentes, assim como, o sigilo das informações confidenciais (BRASIL, 2012).

A pesquisa levará ainda em consideração os aspectos éticos contemplados no Capítulo III – Do ensino, da pesquisa e da produção técnico-científica da Resolução do COFEN 311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

O referido estudo poderá apresentar risco(s) como constrangimento e medo em responder aos questionamentos, mas, os benefícios serão de contribuir com os conhecimentos para a sociedade e para academia superarão esse(s) risco(s).

4.8 FINANCIAMENTO

Todas as despesas decorrentes da viabilização desta pesquisa foram de inteira responsabilidade da pesquisadora associada. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró responsabilizou-se em disponibilizar referências contidas em sua biblioteca, computadores e conectivos, bem como, orientadora e banca examinadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste item, foram apresentadas as informações obtidas a partir do instrumento de coleta de dados que foi aplicado com as pacientes mastectomizadas, como também, a caracterização do perfil das participantes.

Além disso, para manter a privacidade das participantes os nomes foram identificados pela letra “E” seguidos de numeração acíclica sequenciada, sendo do E1 a E10.

5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIAL DAS PARTICIPANTES

Na tabela abaixo, estão apresentados os dados de caracterização social das participantes, em relação a: idade, estado civil, escolaridade, filhos, renda, religião e agregados familiares, onde foram discutidos embasados em literatura pertinente.

Tabela 1: Caracterização social das participantes mastectomizadas acerca dos aspectos relacionados a retirada da mama, Mossoró/RN.

Variáveis	N	%
Idade		
34-50 anos	3	30%
51-67 anos	5	50%
68-87 anos	2	20%
Estado civil		
Casado(a)	4	40%
Solteiro(a)	2	20%
Viúvo(a)	3	30%
Separado(a)	1	10%
Escolaridade		
1º grau incompleto	2	20%
1º grau completo	1	10%
2º grau completo	4	40%
Nível superior incompleto	1	10%
Nível superior completo	2	20%
Filhos		
1-5	7	70%
6-10	0	0
11-15	1	10%
Não	2	20%

Renda		
1-3	8	80%
4-7	1	10%
Autônomo	1	10%
Religião		
Evangélica	4	40%
Católica	6	60%
Agregados		
Sim	0	0
Não	10	100%

Fonte: Pesquisa de campo (2015)

A tabela acima apresenta os dados sociais das participantes da pesquisa, assim se distribui no quesito idade, a prevalência se dar entre 51 a 87 anos o que corresponde a 70% da amostra.

No que tange a idade sobre a mastectomia, a pesquisa teve o mesmo parecer estático da realidade mundial onde a faixa etária predominante é 61-65 anos. Outros estudos também abordam que a faixa etária que apresenta uma maior prevalência de cura a partir do tratamento de câncer de mama, está entre a idade média de 56,4 anos (MANUEL et al, 2010).

Constatamos que dentre a amostra descrita o número mais expressivo responderam ser casadas, e com menos representatividade estão os que confirmaram ser separadas.

Em relação ao estado civil, encontraram-se, respectivamente, uma prevalente de mulheres casadas confirmando assim a realidade brasileira. E confrontando positivamente com, outro estudo que apresenta predominância para mulheres casadas (58,3%) em levando em conta a problemática do trabalho abordado (KOVÁCS et al, 2010).

Os sentimentos em relação à família revelam que não há uma alteração extrema no relacionamento entre os membros da família após a descoberta da doença, sendo aqueles que ocorrem são de natureza psicológica. As vivências são tanto positivas como o aumento de atenção, de cuidado sentido da parte dos outros - quanto negativas depressão, isolamento, vergonha, sendo estas respostas das próprias mulheres a doença. (CHAPADEIRO et al, 2001 apud VIEIRA et al, 2007, p.314).

No que diz respeito à condição educacional constatou-se um linear básico dos que responderam ter o 1º grau incompleto; e um paralelo entre as respostas de

confirmação de conclusão estudantil de 1º grau completo e nível superior incompleto; e uma média dobrada entre os que responderam ter cursado o 2º grau completo e nível superior completo.

Ao se tratar da condição educacional nota-se que a prevalência da mastectomia esta em mulheres numa faixa linear entre ensino fundamental e ensino médio. Entretanto, não foram encontrados estudos quantitativos que utilizaram este parâmetro para pesquisas com mulheres mastectomizadas, isso mostra a relevância e particularidade deste estudo (PEREIRA et al, 2011).

Quanto aos filhos, 80% da amostra confirmaram ter filhos com faixa etária que varia de 1- 15 anos; as demais responderam não ter filhos.

Em relação aos filhos, observou-se que grande parte possuem filhos. Sabe-se que a maternidade é culturalmente um dos papéis femininos na sociedade sendo, portanto, muito valorizada pelas mulheres. Daí que a existência ou não de filhos nos ajuda a compreender como as mulheres deste estudo entendem o cuidado com suas mamas, uma vez que elas desempenham papel importante na alimentação para suprir os primeiros meses de vida de seus filhos (KOVÁCS et al, 2010).

Na condição socioeconômica 90% da amostra tem renda que varia de 1- 7 salários mínimos. A renda foi outro item, abordado e apresenta valores respectivos de 90% entre 1-7 salários.

Acredita-se que o índice elevado decorre de aposentadas ou pensionistas, onde está diretamente ligada à predominância de mulheres entre 61 e 65 anos de idade, ou seja, mulheres idosas, que conseqüentemente representaram uma porcentagem significativa nesse estudo (LOPES; FIGUEIREDO, 2011).

Em relação à religião, 100% declaram-se cristãos onde, 40% se classificam como evangélicos e 60% se denomina católicos. Portanto, houve predominância da católica, com relação das evangélicas.

Entendemos que a identificação do indivíduo com alguma religião facilitará a aceitação da doença e o aumento da esperança de que poderá recuperar sua saúde. A religiosidade é um elemento importante na construção das representações sociais das pessoas uma vez que essa vivência direcionará seus comportamentos, individualmente e em grupo, na saúde e na enfermidade (MANUEL et al, 2010).

5.2 DADOS REFERENTES À PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

Os dados qualitativos foram analisados utilizando a técnica do Discurso do Sujeito Coletivo, onde se trata da organização do material da pesquisa de campo em relação às falas provenientes das entrevistas realizadas com as mulheres mastectomizadas. Sendo apresentados em quadros, destacando as idéias centrais, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo dos pesquisados.

No quadro abaixo, apresenta os discursos das entrevistadas em relação aos questionamentos sobre a percepção sobre o procedimento da mastectomia.

QUADRO I: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo, sobre a pergunta: Qual a sua percepção sobre o procedimento da mastectomia?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Retirada da Mama	<p><i>“[...]... é a retirada da mama.[...]” E 1</i></p> <p><i>“[...]... assim ficar boa do câncer. [...]” E 2</i></p> <p><i>“[...]... processo agressivo e muito invasivo [...]” E 3</i></p> <p><i>“[...]... um momento delicado na vida da mulher [...]” E 6</i></p>
DSC – 1	
<p><i>“É a retirada da mama, um processo agressivo e muito invasivo, e assim ficar boa do câncer. É um momento delicado na vida da mulher.”</i></p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2015).

Seguindo pela análise do discurso do sujeito coletivo (DSC), é possível ver claramente na Ideia Central I que as mulheres demonstraram com conhecimento o que é a mastectomia. Com isso, é possível compreender e evidenciar o relato das mulheres.

Desse modo, o câncer de mama na concepção da mulher é uma doença preocupante e incontrolável, por muitas, encarada como a maior morte agendada, devido seu baixo índice de cura. Ao ser diagnosticado, causa um impacto que decor-

rem do físico emocional da mulher. Isso, talvez, porque é cultural que a mulher precisa ter mamas saudáveis e que qualquer anormalidade poderá ser um fator de discriminação e de sua desvalorização (BRASIL, 2008).

Dentre os tratamentos mais utilizados para o câncer de mama, está a mastectomia. Assim, ao enfrentá-la, a mulher visualiza um risco eminente de morte, trazendo consigo um sentimento de integridade ameaçada, vivenciando períodos de incertezas (BERGAMASCO; ANGELO, [2010]).

O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento. Uma mulher com câncer busca, durante as diferentes etapas da sua doença, atribuir algum tipo de significado aquilo que já está acontecendo com ela. Isso porque os sentimentos que são trazidos juntamente com o diagnóstico são de natureza negativa, como a culpa. (VIEIRA; LOPES, 2007).

Portanto, sendo a mastectomia um procedimento cirúrgico provável para a maioria das mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Ao submeter-se à retirada da mama de forma total ou parcial, a mulher estará passando por grandes transformações, que afeta seu comportamento físico, mental, espiritual. Podendo comprometer ou não o convívio social e familiar (CAVALCANTI, 2008).

Assim, percebemos que é indiscutível a gama de sentimentos em uma mulher diagnosticada portadora do câncer de mama e que defrontará uma mastectomia. Sentimentos como o medo, receio, a culpa, tendem a surgir como forma de insegurança para a vida. Isso ocorre porque a experiência do câncer de mama é ampla e envolvem diferentes momentos com significados distintos, implicações na vida diária e nas relações entre a mulher e as pessoas do seu contexto social. Esses significados afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e as respostas de outras pessoas com relação à sua nova condição (FERREIRA; MAMEDE, 2010).

A ausência da mama pode levar ao sentimento de amputação, significando a diminuição da feminilidade; sentimento de perda. Diante de tal pesar, muitas vezes, sentem-se culpadas, atribuindo o aparecimento do câncer ao estilo de vida vivido e à influência do meio cultural em que se inserem (MELO; SILVA; FERNANDES, [2010]).

Deste modo, pode ser notada uma perda na autoestima da mulher a ser diagnosticada com câncer de mama, devido os fatores associado a essa doença. Sendo a mastectomia um tratamento muito utilizado, a mulher em seu papel, sofre de uma explosão de sentimentos que varia conforme sua estrutura emocional (BRASIL, 2008).

No quadro 2 abaixo, apresenta a ideia central, expressão chaves e discurso do sujeito coletivo dos pesquisados em relação aos sentimentos vivenciados após o procedimento de mastectomia.

QUADRO II: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo, sobre a pergunta: Como você se sente após o procedimento da mastectomia?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Sentimentos de Tristeza e Desânimo	<p><i>“[...]... primeiro eu tive medo de morrer, de não ficar curada[...]” E 01</i></p> <p><i>“[...]...fiquei muito triste, me senti muito feia, esta faltando um pedaço de mim[...]” E 2</i></p> <p><i>“[...]... agente pensa mais nos familiares do que na gente. [...]” E 9</i></p>
DSC – 1	
<i>“Primeiro eu tive medo de morrer, de não ficar curada, agente pensa mais nos familiares do que na gente. Fiquei muito triste, me senti muito feia, esta faltando um pedaço de mim.”</i>	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Sentimentos de Esperança	<p><i>“[...]... Deus me deu uma segunda chance. [...]” E 3</i></p> <p><i>“[...]... me sinto como qualquer outra mulher, não tenho vergonha de falar pra ninguém que perdi uma mama.[...]” E 6</i></p> <p><i>“[...]... sou uma pessoa muito extrovertida e não deixo que as dificuldades da vida me deixem triste [...]” E 7</i></p>

DSC – 2

“Me sinto como qualquer outra mulher, não tenho vergonha de falar pra ninguém que perdi uma mama, sou uma pessoa muito extrovertida e não deixo que as dificuldades da vida me deixem triste. Deus me deu uma segunda chance.”

Fonte: Pesquisa de Campo (2015).

Neste trecho as mulheres expressam seus sentimentos pós- mastectomia. Apontam seus anseios, medos, enfrentamentos. Conceituando novos papéis como uma maneira de adaptação após a mastectomia, tornando-se relevante a presença do suporte social para o desempenho desses papéis.

No que diz respeito ao registro da percepção das mulheres mastectomizadas, na Idéia Central I, constataram-se que os sentimentos mais comumente despertados são: o medo, a rejeição, a culpa, a impotência, a auto depreciação e a perda, pois as mulheres veem a mama como um atributo feminino, de sexualidade e maternidade. Isso ocorre porque a experiência do câncer de mama é diversa e envolve diferentes momentos com significados extremos, com representação na vida cotidiana e nas relações interpessoais. Esses significados afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e as respostas de outras pessoas com relação à sua nova condição.

A grande dificuldade a ser encarada pelas mulheres, após uma mastectomia, é a aceitação, como encarar uma realidade diferente do habitual, e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente é símbolo da feminilidade. A confirmação da perda se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, é um momento agressivo à sua auto imagem (CAVALCANTI, 2008).

Foi possível evidenciar nas entrevistas supracitadas que para algumas, o fato de observarem o corpo em que uma das mamas ou as duas não estão mais presentes provocou um sentimento de estranheza e muito sofrimento.

Para algumas mulheres, a mastectomia destrói a imagem corporal de maneira abrupta, isso se torna mais significativo do que mesmo a própria doença propriamente dita. Isso tudo ocorre pelo fato da sociedade entender que o câncer é uma doença mortal. Para outras, a incorporação da modificação corporal se dá pela forma contínua e gradativa e a imagem corporal e a auto estima são construídas pelas

experiências acumuladas ao longo da vida, o que demonstra a necessidade de um tempo para assimilar sua nova imagem corporal (TIEZZI, 2009).

Após a realização da mastectomia, a mulher comumente encontra-se em um estado de fragilidade emocional e é justamente nesse momento que ela se depara com dificuldades que precisarão ser superadas para que possa viver o mais próximo possível do que possa reconhecer como normalidade (FERREIRA; MAMEDE, 2010).

Segundo Pereira et al, (2006) ele traz que:

O preconceito social é motivo de constrangimento para as mulheres mastectomizadas, dificultando, ainda mais, o enfrentamento desta vivência. Para elas, o conhecimento dos outros sobre seu diagnóstico atua como símbolo do estigma da doença, associado, ainda, à iminência da morte.

O preconceito enfrentado pelas mulheres mastectomizadas contribui para que elas tenham um pré-conceito em relação ao seu próprio corpo, o que leva a outra dificuldade a ser enfrentada no pós-operatório. A maioria delas tem vergonha de mostrar-se na frente de seus parceiros, pois a sensação é de que, na situação em que se encontram, são menos mulheres, preferindo, então, manter relações sexuais com um sutiã, camiseta ou mesmo não realizar o ato sexual (MELO; SILVA; FERNANDES, [2010]).

Esse processo foi visto como sofrimento, angústia, depreciação. Mas, muitas mulheres também veem como uma nova chance, uma forma de remissão. Um acontecimento como o câncer de mama é considerado uma experiência única e inesquecível na vida da mulher acometida. Os relatos de algumas entrevistadas demonstram claramente que a doença provocou uma série de modificações em suas vidas, interferindo sobremaneira no modo como se sentem em relação a si mesmas e no modo como veem a vida (BERGAMASCO; ANGELO, [2010]).

Um número expressivo de mulheres entrevistadas revelou-se, no princípio, tranquilas, atribuindo tudo isso à fé em Deus, como suporte para o enfrentamento do diagnóstico. Como expressada na Tabela 1, onde todas confirmaram serem cristãs independentemente de serem evangélicas ou católicas, confrontando positivamente com as literaturas atuais.

Mulheres com câncer de mama buscam na espiritualidade e nas terapias complementares um novo sentido de vida. O apego com a religião em momentos difíceis é uma prática muito comum. A religião é uma forte aliada das mulheres com câncer de mama em relação a proteção contra a depressão e a neutralização das tensões (BRASIL, 2008).

Os depoimentos apontam que a fé e a crença em Deus, da mesma forma que propiciam as mulheres no processo de adaptação da compreensão e esperança, ajudam a superar o desafio de enfrentar o problema. A fé na cura se assenta na crença no doente num poder superior, um Deus, que lhe dar esperança e crédito. Esta forma de percepção induz ao restabelecimento. Assim a religião se serve de apoio e levando a cura (MELO; SILVA; FERNANDES, [2010]).

Diante de um trecho das falas das entrevistadas podemos perceber os sentimentos vivenciados: “Sinto-me como qualquer outra mulher, não tenho vergonha de falar pra ninguém que perdi uma mama, sou uma pessoa muito extrovertida e não deixo que as dificuldades da vida me deixem triste. Deus me deu uma segunda chance”.

Entre as mulheres entrevistadas, nota-se que sentir-se normal foi fator importantíssimo para que elas encontrassem força e ajuda de que necessitavam para enfrentar a doença, o tratamento, sem desistir, uma vez que são submetidas a tratamentos agressivos podendo perdurar por longos períodos. Dessa forma, a autoconfiança em si contribui na recuperação psicológica dessas mulheres que, muitas vezes encontram-se fragilizadas frente à doença e às consequências do tratamento (PEREIRA, et al, 2011).

Acredita-se que ao reconhecer a perda da mama e não se sentir diferente por essa situação representa um fator de grande importância para elas no sentido de oferecer suporte para sua adaptação e superação diante da doença. Além disso, é possível ressaltar que não se deixar influenciado pelas dificuldades da vida promove um ambiente harmonioso, assim como ajuda física, emocional (KOVÁCS, et al, 2010).

Abaixo, no Quadro 3, apresenta a ideia central, expressões-chaves e discurso do sujeito coletivo, em relação ao questionamento sobre as dificuldades encontradas após a mastectomia.

QUADRO III: Ideia central, expressões chaves e discurso do sujeito coletivo, sobre a pergunta: Quais foram às dificuldades encontradas após a mastectomia?

Ideia Central – 1	Expressões Chaves
Aceitação da doença	<p><i>“[...]...quando se tem deus no coração não existi dificuldades[...]” E 3</i></p> <p><i>“[...]...sempre aceitei a perda, pelo contrário queria que fosse feita a cirurgia o mais rápido possível[...]” E 6</i></p> <p><i>“[...]...nunca me amofinei, trabalho até hoje[...]” E 8</i></p>
DSC – 1	
<p><i>“Sempre aceitei a perda, pelo contrário, queria que fosse feita a cirurgia o mais rápido possível, nunca me amofinei, trabalho até hoje. Quando se tem Deus no coração não existe dificuldades.”</i></p>	
Ideia Central – 2	Expressões Chaves
Sentimentos de Medo e Perda	<p><i>“[...]...fora o medo de não ficar curada [...]” E 1</i></p> <p><i>“[...]...maior dificuldade foi aceitar a perda da mama.[...]” E 2</i></p> <p><i>“[...]...depois que aceitei a doença tudo foi mais fácil. . [...]” E 3</i></p>
DSC – 2	
<p><i>“Fora o medo de não ficar curada a maior dificuldade foi aceitar a perda da mama, depois que aceitei a doença tudo ficou mais fácil.”</i></p>	

Fonte: Pesquisa de Campo (2015).

As falas referentes a ideia central 1 e 2, diziam respeito às dificuldades encontradas pelas entrevistadas em lidar com o próprio corpo no período pós-mastectomia.

Após o diagnóstico do câncer de mama, as mulheres sofrem transformações no corpo, mente e espírito. Os depoimentos expressaram uma sensação de conforto e alívio devido à confiança e fé em Deus, pois, para estas mulheres, a fé ajuda a

reerguer as sua estima, a aceitar a doença, enfrentar as dificuldades imposta pela doença.

Outro ponto a ser apresentado é o impacto que a doença trouxe na rotina dos sentimentos, observou-se nas mulheres a presença da aceitação ao diagnóstico, uma maior segurança no enfrentamento e conhecimento, buscando um melhor enfrentamento a busca da cura. Quanto às atividades sociais, as falas expressadas pelas mulheres enfatizaram a continuidade das suas rotinas habituais.

Os relatos de algumas entrevistadas demonstram claramente que a doença provocou uma série de mudanças em suas vidas, interferindo no modo como se sentiram em relação a si mesmas, os relatos trouxe o desejo de ser realizada com maior rapidez a cirurgia, esta por sua vez foi encarada como uma forma rápida de se chegar à cura.

As diferenças sentidas pela mulher não são apenas no nível corporal, mas também no convívio social, abrangendo a família, amigos e trabalho. Por isso, é importante para a mulher sentir que tem uma rede de apoio social, que não permite desistir, e que torna mais fácil o enfrentamento da doença. Normalmente a família ocupa esse lugar. (SHIMO, LOPES; VIEIRA, 2010, p.34).

Segundo Silva et al (2004), aceitar a doença é como encarar uma longa caminhada em que se faz necessário recriar sua feminilidade e resgatar a sua beleza, pois o processo da mastectomia vai além de perder um seio e espera-se que a mulher refaça a sua imagem e reflita sobre a sua vida, fazendo com que tudo sirva de aprendizado.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A pesquisa nos possibilitou compreender a grande variedade de sentimentos apresentados por mulheres mastectomizadas e as diferentes formas adotadas por elas para enfrentarem a perda da mama.

De acordo com algumas literaturas, as mulheres se dizem tristes e revoltadas pela mutilação causada pelo procedimento, depressivas e com medo da morte. Neste mesmo estudo podemos destacar a grande vontade das mulheres de lutar pela vida e os sentimentos positivos, como esperança e alegria pela chance de cura proporcionada pelo procedimento cirúrgico, além de uma boa aceitação pela mastectomia e suas consequências. Também foi possível ver que todas elas tinham conhecimento sobre o procedimento a ser realizado nelas.

É importante destacar que uma parcela significativa da amostra reagiu a essa situação de maneira semelhante e positiva, conforme algumas variáveis que dizem respeito à aceitação da cirurgia, importância de frequentar a instituição, aspecto familiar/social e a sexualidade. Os relatos mostraram que parte da amostra firmou seu tratamento apoiada na fé divina, remetendo uma possível cura em uma segunda chance oferta de Deus a elas.

Através da análise e interpretação dos significados emergidos, é importante se fazer uma avaliação e reestruturação urgente da assistência prestada à mulher mastectomizada, pelo enfermeiro e também pelos docentes assistenciais, já que são responsáveis pela formação dos futuros profissionais que irão assistir essa clientela.

Essa pesquisa se tornou importante porque nos trouxe evidências sobre as representações sociais sobre a mama, de mulheres mastectomizadas, quanto uma série de dificuldades, como dor, medo de a doença retornar assim como o sentimento de não ser, mas uma mulher normal em virtude da retirada da mama. Desta forma foi possível a averiguação da realidade de cada mulher, sobre as questões que envolvem a feminilidade, dor, medo e constrangimento, assim como os sentimentos positivos relatados pelas mesmas.

No que diz respeito à assistência de enfermagem, esse estudo servira como embasamento para as futuras contribuições para o serviço de enfermagem. Pois trouxe informações que servira como aprimoramento os cuidados prestados de maneira diferenciada nas várias fases das mulheres mastectomizadas. É importante

ressaltar, que a ação de enfermagem não deve ser restrita às habilidades técnicas, mas também à comunicação, destacando-se a importância dos grupos de ajuda.

Portanto, a assistência de enfermagem em pacientes mastectomizados é de extrema relevância a fim desses profissionais participem mais ativamente do tratamento e da reabilitação das mulheres, orientando adequadamente, retirando dúvidas, auxiliando na exposição de medos e angústias, e apoiando também o núcleo social da mulher.

Observou-se o quanto é necessário compreender as representações sociais dessas mulheres sobre a mama e as consequências do corpo alterado pela doença, reconhecendo, dessa forma, sua complexidade. Essa compreensão permite proporcionar a elaboração de estratégias educativas que possam contribuir para um cuidado de saúde eficiente e eficaz a um determinado grupo social.

Assim, essa pesquisa contribuiu para aprofundar meus conhecimentos como acadêmica de enfermagem evidenciando a percepção das mulheres acometidas pelo câncer mamário as quais foi necessário fazer o procedimento da mastectomia, mostrando seus sentimentos, medos, angústia e suas principais dificuldades. Também servirá de fonte de estudo e apoio para mulheres que futuramente poderão passar pelo mesmo problema.

Diante do contexto mostrado a partir das análises e discussões, percebemos que o trabalho comprovou de forma positiva a hipótese abordada, mostrando dados quanto aos sentimentos das mulheres mastectomizadas em sua totalidade.

REFERENCIAS

- ALMEIDA, A. M. de et al. Construindo o Significado da Recorrência da Doença: A Experiência de Mulheres com Câncer de Mama. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.5, pp. 63-69, 2001. ISSN 0104-1169. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692001000500010>. Acesso em: 10 Nov. 2014.
- ALMEIDA, R. A. **Impacto da mastectomia na vida da mulher**. 2006. Disponível em:<<http://scielobvs-psi.org.br/scielo.php?pid=s15160858200600020007&script=scirttext>>. Acesso em: 15 Nov. 2014.
- ARAÚJO, L. M. de A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc. AnnaNery**, v.12, n.4, p. 664-671, 2008.
- ARAÚJO, T. S. O. de. **Câncer de Mama: Estado Psicológico e Sexualidade de Mulheres Mastectomizadas**. 2013. Disponível em: http://www.unemat.br/caceres/enfermagem/docs/2014/projetos_tcc2013_2/prejeto_tc_c_telma.pdf. Acesso em: 10 Nov. 2014.
- AURELIANO, W. de A. "... e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Rev. Estud. Fem.** [online]. 2009, v.17, n.1, p. 49-70. ISSN 0104-026X. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-026X2009000100004>. Acesso em: 25 Out. 2014.
- BERGAMASCO, R.B; ANGELO, M. O Sofrimento de Descobrir-se com Câncer de Mama: Como o Diagnóstico é Experienciado pela Mulher. *Revista Brasileira de Cancerologia*. [2010]. Disponível em:< http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/artigo4.html>
- BRASIL, Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3.ed. Revista Atualizada e Ampliada. Rio de Janeiro: INCA, 2008. Disponível em: < URL: <http://www.inca.gov.br/cancer/mama>>
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2011
- BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde: Prefeitura Municipal de Mossoró**. Brasília, DF, 2014. Disponível em: http://cnes.datasus.gov.br/Listar_Mantidas.asp?VCnpj=08348971000139&VEstado=24&VNome=PREFEITURA%20MUNICIPAL%20DE%20MOSSORO Acesso em: 25 nov.2014
- BROOKES, M. **Fique por dentro da genética**. São Paulo: Cosac e Naify Ed., 2001.
- CARVALHO, R. H. de S. B. F. de. **De peito aberto: câncer e gestão do cotidiano entre mulheres**. 2007. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) – Instituto de Medicina Social da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, 2007.

CAVALCANTI, R. Reconstrução da mama. **Revista de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <<http://www.saudevidaonline.com.br>>

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM - COFEN. 2007. Resolução COFEN 311/2007. **Aprova a Reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem**. Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://se.corens.portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007>. Acesso em: 15 Nov. 2014.

FERREIRA, M.L.S.M; MAMEDE, M.V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino Americana*. 2010. Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org/regional/resources/lil-345595>>

FERREIRA, D. de B.; FARAGO, P. M.; REIS, P. E. D. dos; FUNGHETTO, S. S. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. bras. enferm.**, v.64, n.3, p. 536-544, 2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-71672011000300018>. Acesso em: 01 Nov. 2014.

GANDINI, C. R. **Câncer de mama: evolução da eficácia adaptativa em mulheres mastectomizadas**. Universidade de São Paulo, São Paulo. 2011.

GIL, Antonio Carlos. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5 ed. São Paulo: Atlas 2007.

GIMENES, M. G. G. **A teoria do enfrentamento e suas implicações para sucessos e insucessos em Psicologia : A mulher e o câncer**. São Paulo, 2009.

GIMENES, M. G. G; QUEIROZ, E. **As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia**. São Paulo, 2011.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, A.N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, 2003.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. Coordenação de Prevenção e Vigilância – (Conprev) **Falando sobre câncer de mama**. – Rio de Janeiro: MS/INCA, 2002, 66 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf. Acesso em: 02 Nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Câncer de mama**. Ministério da Saúde: Instituto Nacional do Câncer. 2007. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>. Acesso em: 14 Nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Outubro Rosa: INCA e sociedade unidos pelo controle do câncer de mama**. 2013. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/outubro_rosa_inca_sociedade_unidos_pelo_controle_cancer_mama. Acesso em: 01 Nov. 2014.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER - INCA. **Mama**. 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>. Acesso em: 07 Nov. 2014.

KOVÁCS, M. J., et al. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes oncológicos em estado avançado da doença**. São Paulo, 2010.

LAWALL, F. A. A. et al. Heranças Familiares: entre os genes e os afetos. **Saúde Soc.**, São Paulo, v.21, n.2, p.458-464, 2012.

LOPES, W.M.P.S; FIGUEIREDO, M.L.F. O cuidado transcultural como base para investigar idosas mastectomizadas sobre o conhecimento e o uso de sutiãs e próteses externas. **Enfermagem em Foco**, 2011.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.51, n.2, p.149-154, 2005.

MANUEL, J, et al. Perfil de pacientes submetidas à reconstrução mamária tardia atendidas em hospital universitário do município de São Paulo. **Saúde Coletiva**, 2010.

MATOS, M. I. S. de. "Delineando corpos: as representações do feminino e do masculino no discurso médico". In: MATOS, M. I. S. de; SOIHET, R. (Orgs.). **O corpo feminino em debate**. São Paulo: Editora UNESP, 2003. p. 107-127.

MELO, E. M; SILVA, R. M; FERNANDES, A.F.C. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy.**Revista Brasileira de Cancerologia**. [2010]. Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v03/pdf/artigo4.pdf>

MENEZES, N. N. T. de; SCHULZ, V. L.; PERES, R. S. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. **Estud. psicol.(Natal)**, v.17, n.2, p. 233-240, 2012. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S1413-294X2012000200006>. Acesso em: 05 Nov. 2014.

MOREIRA, C. A. F.; OKAMOTO, O. K. **Medicina genômica e prática clínica**. São Paulo: Editora Associada da Einstein, 2004.

MOREIRA, H.; SILVA, S.; CANAVARRO, M. C. O papel da intimidade conjugal na qualidade de vida da mulher com cancro da mama. **Psic., Saúde & Doenças**, v.10, n.1, p. 127-147,2009.

NELSON, R. Historia familiar aumenta risco de câncer de mama. In: CONFERÊNCIA INTERNACIONAL ANUAL DA ASSOCIAÇÃO AMERICANA DE PESQUISA DE CÂNCER, 7. , 2008, Washington, DC. **Anais eletrônicos...** Washington, DC: AAPC, 2008. Disponível em: <http://www.medcenter.com/Medscape/content.aspx?bpid=81>. Acesso em: 08 Nov. 2014.

PELEGRINI, L. G.; CERQUEIRA, J. A.; PERES, R. S. Indicadores de qualidade de vida e sintomas de ansiedade, depressão e estresse em mulheres mastectomizadas no período de reabilitação. **Revista da Sociedade de Psicologia do Triângulo Mineiro**, v.12, n.2, p168-176, 2008.

PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**,v.59, n.6, p.791-795, 2006.

PEREIRA, S.G, et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, 2010.

SANTOS, M. C. L, et al. Qualidade de vida relacionada à saúde e comorbidade em pacientes mastectomizadas. **Rev Rene**, Fortaleza, 2011.

PINOTTI, J. A.; BARROS, A. C. S. D. Tratamento cirúrgico do câncer de mama. In: OLIVEIRA, H. C.; LEMGRUBER, L.; COSTA, O. T. Tratado de ginecologia. Rio de Janeiro: Revinter; 1997. p.1002- 17apud TALHAFERRO B.; LEMOS, S.; et. al Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP, **ArqCiêncSaúde**, v.14, v.1, p.17-22, jan./mar. 2007.

RAFIHI-FERREIRA, R. E.; PIRES, M. L. N.; SOARES, M. R. Z. Sono, qualidade de vida e depressão em mulheres no pós-tratamento de câncer de mama. **Psicol. Reflex. Crit.**, v.25, n.3, p. 506-513, 2012. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722012000300010>. Acesso em: 07 Nov. 2014.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e do tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia: Ciência e Profissão**, v.23, n.4,p.32-41,2003.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, v.16, n.5, p. 2511-2522,2011. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S1413-81232011000500021>. Acesso em: 07 Nov. 2014.

SCHILDER, P. A. **A imagem do corpo: as energias construtivas da psique**. 3.ed. São Paulo: Martins Fontes; 1999.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237. 2008.

SILVA, G. da;SANTOS, M.A.dos."Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do cancêr de mama. **Texto contexto - enferm.**,v.17, n.3, p. 561-568,2008. Disponível em:<http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072008000300018>. Acesso em: 11 Nov. 2014.

TALHAFERRO,B.; LEMOS, S., OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. **ArqCiênc Saúde** 2007.

TIEZZI, D.G. Epidemiologia do câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, v.31, n.5, p. 213-215, 2009. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0100-72032009000500001>. Acesso em; 10 Nov. 2014.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Rev. Assoc.Med. Bras.**, v.54, n.1, p. 72-76, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302008000100024>. Acesso em: 10 Nov. 2014.

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta KeikoKakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.2, p.311-6, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>. Acesso em: 08 e 27 Maio 2015.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO(TCLE)

Prezada Senhora:

Eu, Giselle dos Santos Costa Oliveira, pesquisadora e professora no Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade Nova Esperança - FACENE, e a aluna Ângela Maria Fagundes da Silva, estamos desenvolvendo uma pesquisa com o título **“PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADASACERCA DOS ASPECTOS RELACIONADOS A RETIRADA DA MAMA”**.

Tem-se como objetivo geral:Analisar a percepção de mulheres mastectomizadas sobre o procedimento cirúrgico de retirada de mama e como objetivos específicos: Caracterizar a situação social das mulheres entrevistadas;Verificar a percepções das mulheres entrevistadas sobre o procedimento da mastectomia; Identificar na opinião das mulheres entrevistadas os sentimentos vivenciados após a mastectomia; Identificar as dificuldades enfrentadas pelas mulheres entrevistadas após a mastectomia.

Justifica-se essa pesquisa pela sua importância e benefícios em contribuir para a academia e profissionais da área da saúde, uma vez que, colaborará para seus conhecimentos, enriquecendo seus saberes; de maneira que forneça subsídios que possam auxiliar no planejamento de estratégias que possam minimizar os efeitos decorrentes desse evento. Para as mulheres irá ajudá-las a enfrentar esse momento tão difícil que é a descoberta de um câncer de mama e a mastectomia, deixando para elas relatos de experiências de mulheres que passaram pelo mesmo problema.

Convidamos a senhora participar desta pesquisa respondendo algumas perguntas sobre a percepção da Mastectomia, onde a entrevista será gravada. Por ocasião da publicação dos resultados, o nome da senhora será mantido em sigilo. Informamos que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa, bem como o direito de desistir da mesma e que não será efetuada nenhuma forma de gratificação da sua participação.

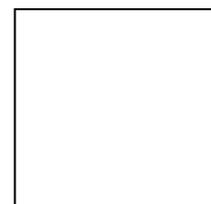
Informamos ainda que o referido estudo poderá apresentar risco(s) como constrangimento e medo em responder aos questionamentos, mas, os benefícios serão de contribuir com os conhecimentos para a sociedade e para academia superarão esse(s) risco(s). A participação da senhora na pesquisa é voluntária e, portanto, não é obrigada a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora. Caso decida não participar da pesquisa, ou resolver a qualquer momento desistir da mesma, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência, caso esteja recebendo.

A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa¹. Diante do exposto, agradecemos a contribuição da senhora na realização desta pesquisa.

Eu, _____, declaro que entendi o(s) objetivo(s), e a justificativa, riscos e benefícios de minha participação na pesquisa e concordo em participar da mesma. Declaro também que a pesquisadora me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE². Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, _____ de _____ de 2015.

Pesquisadora responsável



Participante da Pesquisa/Testemunha

¹Endereço residencial do(a) pesquisador(a) responsável: Av. Presidente Dutra, 701, Alto de São Manoel – Mossoró/RN CEP:59.628-000. Fone: (84) 3312-0143. E-mail: gisellesantos@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: Av. Frei Galvão, 12 – Bairro Gramame – João Pessoa – Paraíba – Brasil CEP: 58.067-695 – Fone: +55 (83)2106 – 4790.E-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B- Instrumento de Coleta de Dados

ROTEIRO DE ENTREVISTA**I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:**

Idade: _____

Estado Civil: _____

Escolaridade: _____

Filhos: _____

Renda: _____

Religião: _____

Agregados Familiares: _____

II – DADOS SOBRE A PERCEPÇÃO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS:

1. Qual a sua percepção sobre o procedimento da mastectomia?
2. Como você se sente após o procedimento da mastectomia?
3. Quais foram as dificuldades encontradas após a mastectomia?

ANEXO