

ESCOLA SUPERIOR DE CIÊNCIAS DA SANTA CASA DE MISERICÓRDIA DE
VITÓRIA – EMESCAM

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM POLÍTICAS PÚBLICAS E
DESENVOLVIMENTO LOCAL

MARILLA DE OLIVEIRA MOURA NÓRA

**HISTÓRIA DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS DA
CIDADE DE TUBARÃO - SC**

VITÓRIA
2012

MARILLA DE OLIVEIRA MOURA NÓRA

**HISTÓRIA DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS DA
CIDADE DE TUBARÃO - SC**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Orientadora: Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos.

Coorientadora: Prof^a. Dr^a. Raquel de Matos Lopes Gentili.

VITÓRIA
2012

Dados Internacionais de Catalogação-na-publicação (CIP)
(Biblioteca da EMESCAM, Espírito Santo, ES, Brasil)

N822h Nóra, Marilla de Oliveira Moura, 1985-

História de vida de mulheres mastectomizadas da cidade de Tubarão -
SC / Marilla de Oliveira Moura Nóra. – 2012.

80f. ilus.

Orientadora: Gilsa Helena Barcellos.

Coorientadora: Raquel de Matos Lopes Gentilli.

Dissertação (mestrado) – Escola Superior de Ciências da Santa Casa
de Misericórdia de Vitória, EMESCAM.

1. Neoplasias da mama. 2. Mastectomia. 3. Política de saúde. I.
Barcellos, Gilsa Helena. II. Gentilli, Raquel de Matos Lopes. III. Escola
Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia. EMESCAM. IV. Título.

CDU: 36

MARILLA DE OLIVEIRA MOURA NÓRA

HISTÓRIA DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS DA CIDADE DE TUBARÃO – SC

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local.

Aprovada em 06 de julho de 2012.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dr^a. Gilsa Helena Barcellos
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória - EMESCAM
Orientadora

Prof^a. Dr^a. Raquel de Matos Lopes Gentili
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
de Vitória - EMESCAM
Coorientadora

Prof^a. Dr^a Nara Cuman Motta
Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia
De Vitória - EMESCAM

Prof^a. Dr^a. Sheila Diniz S. Bicudo
Faculdade Brasileira UNIVIX

Dedico este estudo ao meu esposo, André, pelo incentivo, carinho, amor, pela compreensão dos momentos ausentes, ao meu pai Eros e minha mãe Tânia os quais mesmo com a distância compreenderam o significado máximo deste trabalho na minha vida e acreditaram nos meus esforços para chegar até aqui, e a minha irmã Lya, pela força, apoio, ajuda, boa vontade e palavras estimulantes.

AGRADECIMENTOS

À professora Raquel de Matos Lopes Gentilli, a quem posso hoje chamar de amiga, meus sinceros agradecimentos por me mostrar um jeito simples de sentir a vida, de superar os obstáculos e enfrentar o medo do desconhecido.

À professora Gilsa Barcelos, pela sua contribuição na realização e defesa dessa dissertação. Tenho o desejo de assimilar seu caráter sincero e generoso, pelo qual terei plena admiração enquanto viver.

Agradeço a Sheilla Bicudo, minha eterna mestra, amiga e colega de profissão, por sua compreensão, colaboração, apoio e sua significativa contribuição com seus conhecimentos.

À Graciela Machado Piereck, enfermeira do INCA, que compreendeu a importância deste trabalho e contribuiu na correção do texto específico sobre câncer da dissertação.

Ao Hospital Nossa Senhora da Conceição e ao funcionário Amilton, responsável pelo arquivamento de prontuários do hospital, pela sua atenção e prestatividade.

Às mulheres mastectomizadas que contribuíram para a realização do estudo, meu afeto e eterna gratidão.

RESUMO

Este estudo teve como objetivo analisar a visão de mulheres que sofreram cirurgia de mama sobre a sua vivência com a doença. Para tanto, procurou-se identificar o perfil socioeconômico das mulheres mastectomizadas que residem em Tubarão - SC, analisar como a cirurgia tem repercutido no cotidiano dessas mulheres, além de descrever a percepção sobre a doença e expectativas das pacientes em relação à recuperação e à sua nova condição de vida. Para a construção do perfil partiu-se da coleta de dados nos prontuários das mulheres que haviam sofrido a cirurgia de mastectomia pelo SUS, num hospital em Tubarão – SC, durante todo o ano de 2010. Deste universo, foi definida a amostra para a pesquisa que, a partir dos critérios de inclusão e exclusão, foi definido o número de 15 mulheres para serem entrevistadas. Entretanto somente nove aceitaram participar da mesma. A entrevista foi semi-estruturada e baseada na chamada história oral de vida tópica. Após leitura minuciosa de cada depoimento, foram agrupados e aprofundados os conteúdos, segundo as categorias de estudo. Os resultados mostraram que a maior parte das mulheres que sofreram mastectomia na cidade de Tubarão é casada, católica, dona de casa, tem idade entre 50 e 59 anos, o 1º grau completo e tem em média uma renda mensal de hum mil e quatrocentos e cinqüenta e nove reais; na data da coleta de dados, 2010. O câncer de mama, apesar dos progressos da medicina em relação aos métodos de diagnóstico e tratamento, para muitas mulheres, ainda é visto como uma doença cruel e estigmatizante, que consome o indivíduo aos poucos. O câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis. Os efeitos deletérios dessa doença têm preocupado os profissionais de saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes. Os significados atribuídos ao câncer afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e as respostas de outras pessoas com relação a sua nova condição. Nas considerações finais, são relatadas as dificuldades encontradas pelas entrevistadas para lidarem com a perda da mama, que comprometeu de certa forma todos os âmbitos de suas vidas.

Palavras-chave: Neoplasias da mama. Mastectomia. Política de saúde.

ABSTRACT

This study aimed to analyze the vision of women who have undergone breast surgery about your experience with the disease. To this end, we sought to identify the socioeconomic profile of women with mastectomies who reside in Tubarão - SC, analyze how the surgery is reflected in the daily lives of these women, and describe the perception about the disease and expectations of patients regarding their rehabilitation and new condition of life. To build the profile came from the collection of data from medical records of women who had undergone mastectomy surgery through SUS, a hospital in Tubarão - SC throughout the year 2010. In this universe, the sample was defined for the research, from the inclusion and exclusion criteria, was defined as the number of 15 women to be interviewed. However only nine agreed to participate in it. The interview was semi-structured and based on so-called topical oral history of life. After careful reading of each interview, were grouped and investigated the contents according to the categories of study. The results showed that most of the women who underwent mastectomy in the city of Tubarão is married, Catholic, housewife, is aged between 50 and 59 years, a high school degree and has an average monthly income of one thousand and four hundred and fifty-nine thousand, on the day of data collection, 2010. Breast cancer, in spite of medical advances in the methods of diagnosis and treatment for many women, is still seen as a cruel and stigmatizing disease that slowly consumes the individual. Breast cancer poses a threat on many levels. The deleterious effects of this disease have concerned health professionals involved with the quality of life of these patients. The meanings attributed to cancer profoundly affect the way women perceive their illness and the responses of others in relation to their new condition. As conclusion, we describe the difficulties encountered by the women to cope with the loss of the breast, which compromised somehow all areas of their lives

Keywords: Breast Neoplasm. Mastectomy. Health Policy.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Estado civil das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão - SC e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010	40
Tabela 2 – Faixa etária das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão - SC e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010	41
Tabela 3 – Religião das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão - SC e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010	43
Tabela 4 – Escolaridade das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão - SC e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010	44
Tabela 5 – Profissão das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão - SC e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010	45
Tabela 6 – Tipos de mastectomia realizados pelas mulheres residentes em Tubarão - SC e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010	46

SIGLAS

CEP - EMESCAM -Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória;

DNA - Ácido desoxirribonucléico;

HNSC - Hospital Nossa Senhora da Conceição;

INCA - Instituto Nacional de Câncer;

SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama;

SNC - Serviço Nacional do Câncer;

SUS - Sistema Único de Saúde.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE CÂNCER	19
1.1 A ESTRUTURA BIOLÓGICA DO CÂNCER	19
1.2 A QUESTÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER	22
1.3 CÂNCER DE MAMA	24
2 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DA CIDADE DE TUBARÃO - SC	33
2.1 ATENDIMENTOS PÚBLICOS DE CÂNCER NO BRASIL.....	33
2.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS DA CIDADE DE TUBARÃO - SC	39
3 CÂNCER DE MAMA: A CONSTRUÇÃO DOS SIGNIFICADOS	49
3.1 A VISÃO DAS MULHERES SOBRE VIDA, SAÚDE E DOENÇA	50
3.2 A REPERCUSSÃO DA CIRURGIA NO COTIDIANO DAS MULHERES.....	54
3.3 PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E SUAS EXPECTATIVAS	57
CONCLUSÃO	60
REFERÊNCIAS	63
APÊNDICES	76
APÊNDICE A - Roteiro para Coleta de Dados nos Prontuários	77
APÊNDICE B - Roteiro para suporte na coleta de dados organizada segundo critérios da História Oral de Vida Tópica	78
APÊNDICE C - Formulário baseado na classe de renda da pessoa do ponto de vista de sua capacidade de consumo segundo a ABEP	79
APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	80

INTRODUÇÃO

A **justificativa** do presente trabalho decorreu de uma experiência anterior da mestranda em um Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas (PREMMA), em Vitória - ES, no qual se pode observar que as mulheres, que haviam sofrido a mastectomia, tinham dificuldades de assumir a doença e enfrentarem o preconceito.

Nessa experiência observou-se que, com a ajuda das participantes do programa as próprias mulheres começaram uma mobilização por assumirem a doença, quebrar tabus e enfrentar o preconceito; passando também a mostrar condição para outras pessoas, de forma a contribuir para diminuir a mistificação que rodeia o indivíduo portador de câncer. Ouvi muitas histórias de pacientes que se dizem viver em função da família, de servir aos outros, responsabilizando-se por tudo e de negligenciar a sua saúde; muitas vezes não reconhecendo a necessidade de cuidar de si mesmas. Esses fatores interferem no processo de tratamento, ocasionando por vezes abandono à terapia proposta.

Percebeu-se ainda que as pacientes e suas famílias necessitam se adaptar aos diversos estágios impostos pelo tratamento, fatos que contribuem para a exacerbação de reações e sentimentos. A questão se agrava ainda mais quando se refere à doença com tratamentos mutiladores que podem provocar diversos impedimentos, além da interrupção da carreira profissional, no cuidado da casa e dos filhos alterando significativamente seu cotidiano.

Apesar de o Brasil se dedicar a estudos epidemiológicos sobre o câncer desde a década de 1920 e hoje contar com uma rede de instituições especializadas em pesquisa, atenção e prevenção dos diversos tipos de cânceres existentes, o adoecimento por câncer vem sempre acompanhado de medo, preconceito e representações carregadas de mistérios e dúvidas, sobretudo pelo fato dos cânceres possuírem etiologias diversas e multicausais.

Essa motivação tornou-se mais consistente quando foi possível verificar que muitas inovações na perspectiva psicossocial na atenção às pacientes de câncer de mama,

que já vêm sendo realizadas no Brasil, ainda não haviam chegado à cidade de Tubarão - SC, apesar de já existirem muitos recursos terapêuticos no campo clínico e cirúrgico. Nesse sentido, espera-se poder contribuir com as reflexões aqui produzidas para diminuir as dificuldades relacionadas aos mitos, preconceitos, desinformações e sofrimentos que rodeiam o indivíduo portador de câncer, afinal as mulheres mastectomizadas apresentam muito sofrimento e estão sujeitas a diversos impedimentos na sua vida.

Neste universo complexo de ações multiprofissionais e interdisciplinares, esse estudo tem como **objeto** o estudo das formas como as mulheres que foram mastectomizadas lidam com o câncer de mama e com a mastectomia, uma vez que acontecimentos como esses são visto como estressores e que provocam uma série de transformações na vida pessoal e social da mulher e de seus familiares.

O trabalho teve como **objetivo geral** analisar a visão de mulheres mastectomizadas sobre a sua vivência com a doença e como **objetivos específicos**: identificar o perfil socioeconômico das mulheres mastectomizadas que residem em Tubarão – SC, analisar como a cirurgia tem repercutido no cotidiano dessas mulheres e descrever a percepção sobre a doença e expectativas das pacientes em relação à recuperação e à sua nova condição de vida.

O cenário dessa pesquisa localiza-se na cidade de Tubarão - SC, conta com serviços de internações, cirurgias, atendimentos ambulatoriais, de alta complexidade, de oncologia e oferece um moderno centro de diagnóstico por imagem. Possui maior número de leitos do Estado, atendendo toda Região Sul com 406 leitos, sendo que a maioria destes, 292, é destinada aos clientes do Sistema Único de Saúde (SUS).

O serviço também atua como Hospital de Ensino, oferecendo estágio a alunos da Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL, nos cursos de medicina e enfermagem; além de cursos técnicos e auxiliares que formam profissionais de enfermagem e vagas para Residência Médica, nas áreas de clínica médica, cirurgia geral, anestesiologia e radiologia. O hospital é referência em neurocirurgia, ortopedia e gestação de alto risco.

A cidade de Tubarão situa-se na porção Sul do Estado de Santa Catarina, com uma área de 300, 273 Km². Atualmente de acordo com o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) sua população total observada no último recenseamento realizado em 2010 foi de 97.281 habitantes. Ressaltando que as mulheres somam o total de 50.134 habitantes.

Tubarão - SC destaca-se por ser o segundo centro comercial do sul do estado, principalmente na área de cerâmica. A cidade conta com mais de 1.700 lojas, a cidade possui um amplo comércio que atendem vários municípios da região, totalizando uma população de 350 mil pessoas. Destaque também para o turismo, centrado em suas estâncias hidrominerais.

Segundo a **metodologia**, o estudo realizado caracterizou-se como uma pesquisa de natureza descritiva e exploratória; de abordagem qualitativa visando conhecer a realidade da mulher que se encontra em tratamento de câncer de mama.

Desde o contato inicial com o hospital, durante a entrevista com a equipe para apresentar a proposta da pesquisa e também durante as entrevistas com as pacientes foi realizada uma observação assistemática, com elaboração de relatórios. Esta observação, para fins desse estudo, também foi considerada coleta de dados para auxiliar na compreensão de determinados aspectos da realidade, até então estranha para a pesquisadora, recém chegada à cidade. Como ela não possuía roteiro, foi utilizado um diário de campo, onde foram anotadas as informações consideradas relevantes pela pesquisadora.

Na fase do estudo documental, foi realizada uma coleta de dados nas informações disponíveis nos prontuários no universo de mulheres que atenderam aos critérios de inclusão: realizaram cirurgias de câncer de mama no hospital, em qualquer estadiamento da doença (0, I, II, III, IV)¹, pelo sistema de Atenção à Alta

¹ Estadiar um caso de neoplasia maligna significa avaliar o seu grau de disseminação. Para tal, há regras internacionalmente estabelecidas, as quais estão em constante aperfeiçoamento. O sistema de estadiamento mais utilizado é o preconizado pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), denominado Sistema TNM de Classificação dos Tumores Malignos. Este sistema baseia-se na extensão anatômica da doença, levando em conta as características do tumor primário (T), as características dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática do órgão em que o tumor se localiza

Complexidade do Sistema Único de Saúde (SUS), durante todo o ano de 2010, residem em Tubarão, no estado de Santa Catarina; foram consideradas diferentes faixas etárias, pois a doença tem acometido pessoas de diferentes idades e, inclusive, aumentando sua incidência em mulheres com menos de 50 anos e com mais de 60, faixas etárias não frequentemente relacionadas a essa doença; que não tinham comorbidades psicológicas associadas, que concordaram em participar da pesquisa e em assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Para a coleta de dados nos prontuários foi elaborado um instrumento que atendia aos objetivos de identificação das pacientes e outras informações como: estado civil, idade, grau de instrução, profissão, religião, data da realização da cirurgia e tipo de mastectomia realizada em mulheres de Tubarão - SC. Obtivemos um universo de 87 mulheres. E, das 87 mulheres, 45 residem em Tubarão.

Posteriormente, definimos a amostra do estudo intencionalmente. Selecionamos as mulheres que apresentavam os critérios de inclusão anteriores e que realizaram as cirurgias de mastectomia total, radical ou radical modificada para serem entrevistadas (APÊNDICE A). Obtivemos uma amostra de 15 mulheres, porém nove aceitaram a participar da pesquisa e foram entrevistadas.

Considerando a sugestão de Meihy e Holanda (2007), a entrevista semiestruturada foi baseada em expressões dinâmicas e abrangentes do vivido, por meio de narrativas pessoais, onde foram abordados episódios específicos sobre a vida dos sujeitos, permitindo aprofundar a análise de uma etapa ou setor da vida pessoal, que compõe a chamada história oral de vida tópica. Esta estratégia de coleta de dados permitiu a compreensão do entrevistado tanto em sua complexidade e especificidade, quanto em relação à valorização de sua experiência de vida. Por meio desse manejo, a paciente identificada pela teoria dos autores como “colaborador”, foi ajudada a dissertar o mais livremente possível, segundo sua vontade e, assim, o entrevistador também obteve mais informações.

(N), e a presença ou ausência de metástase à distância (M). Estes parâmetros recebem graduações, geralmente de T0 a T4, de N0 a N3 e de M0 a M1, respectivamente.

A história de vida oral pode ser completa ou tópica. Segundo Meihy e Holanda (2007), essa classificação está ligada à forma como o colaborador produz sua fala. Na história de vida completa, como o próprio nome sugere, o entrevistado narra sua vida de forma livre, quase que num monólogo, conduzindo o ritmo e o conteúdo da narrativa. Na história oral de vida tópica é o pesquisador quem define os temas e conduz à abordagem, controlando o entrevistado mais prolixo e impondo limites ou cortes quando absolutamente necessários, porém, ambas as técnicas estimulam a narrativa livre e espontânea.

A história oral é como uma metodologia de pesquisa qualitativa que envolve a “apreensão de narrativas feita por meio do uso de meios eletrônicos e destinada a recolher testemunhos, promover análises de processos sociais do presente e facilitar o conhecimento do meio imediato” (MEIHY, 2002, p.13).

No caso da história oral de vida são exploradas ligações entre memória, história, narrativas e texto redefinindo as relações entre passado e presente da pessoa em questão (MEIHY; HOLANDA, 2007).

Na história oral de vida tópica, além dos procedimentos gerais da técnica deve-se levar em consideração também o próprio modo de narrar do colaborador, daí a importância de nos atermos ao momento da entrevista, com cuidados éticos para garantir ao entrevistado o espaço para que sua história seja encadeada, segundo sua vontade e condição (MEIHY; HOLANDA, 2007). Entretanto o pesquisador pode interferir nos momentos mais prolixos, redimensionando o papel do entrevistado colocando-o no centro da pesquisa não mais como simples depoente, mas como colaborador, um participante imprescindível (MEIHY, 1990).

Durante as narrativas, quando a pesquisadora considerou necessária foram realizadas perguntas, que tinham sido previamente elaboradas num roteiro (APÊNDICE B), com o objetivo de estimular os depoimentos dos participantes em relação a sua vivência com a doença desde que receberam o diagnóstico; entretanto estas permitiram estímulos à livre narração em que o entrevistado ia apresentando espontaneamente seu pensamento e experiências.

Para tanto, a pesquisadora respeitou a forma utilizada pelo entrevistado para construir a sua narrativa, na tentativa de captar a sua interpretação da realidade, ignorando suas próprias crenças e valores; providenciando previamente o agendamento das entrevistas, segundo a conveniência do colaborador, que decidiu por local, horário e data.

Antes de começar a entrevista foi criado um clima de solidariedade aberto ao aconchego, à confiança e ao respeito; preenchido um formulário baseado na classe de renda da pessoa do ponto de vista de sua capacidade de consumo (APÊNDICE C), segundo metodologia da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP), com a finalidade de identificar uma classificação socioeconômica da família do entrevistado. Foi solicitado consentimento para gravar, a fim de garantir a fidedignidade da base de dados da modalidade técnica escolhida para a pesquisa, cujo depoimento necessita ser gravado.

Antes de iniciada a gravação, foram registrados os dados de identificação das entrevistadas (nome do projeto, data, nome do entrevistador, pseudônimo do entrevistado, local da entrevista). Após a realização da entrevista, o relato oral foi transformado em texto escrito para torná-lo disponível a realização desta dissertação, lembrando que nada foi gravado sem a autorização prévia da pessoa entrevistada.

Ao término de cada entrevista, efetuaram-se anotações com o propósito de melhor compreender aquele momento, bem como as emoções que dele emergiram. Em seguida, foram realizadas as seguintes etapas: 1) *transcrição literal* (grafia de todas as palavras e sons que foram pronunciados na ocasião da entrevista, diferenciando as falas ou perguntas do entrevistador das respostas do entrevistado); 2) *textualização* (um desprendimento em relação à objetividade impressa na transcrição literal, corresponde à supressão das perguntas feitas pelo entrevistador, passando a composição de um texto escrito de maneira uniforme), e a 3) *transcrição* (uma opção de se recriar o texto, de forma que não seja exatamente aquilo que foi dito, mas que seja reconhecido por parte de quem disse o que foi escrito sobre suas palavras, ou seja, é uma ação criativa, sem invenção de situações, com reordenação dos fatores dados na entrevista, a fim de propor melhor

clareza na exposição dos fatos). Após leitura minuciosa de cada depoimento, os conteúdos foram agrupados e aprofundados.

As entrevistas foram realizadas nos meses de setembro e outubro de 2011, após a obtenção da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido dos participantes (APÊNDICE D), onde foi enfatizada a importância da sua participação neste estudo para que se pudesse ajudar com compreensão de como a doença e seu tratamento afetam as pessoas, bem como foi enfatizada sua liberdade de, a qualquer momento, desistir da participação.

Apesar da preocupação do Comitê de Ética em Pesquisa sobre os eventuais riscos psicológicos às entrevistadas em decorrência da abordagem, durante a entrevista, de situações delicadas e dolorosas vivenciadas por essas mulheres, nenhuma cliente se sentiu constrangida em algum momento, não foi necessário interromper, nem reiniciar as entrevistas.

Foi também assegurado o sigilo das informações obtidas, mediante a não identificação das pacientes, as quais estão sendo referidas por um pseudônimo definido por elas mesmas. As gravações, após transcrição literal, textualização e transcrição, foram destruídas, e tais documentos (transcrição literal, textualização e transcrição), ficarão sob guarda da pesquisadora por um prazo aproximado de um ano após a defesa da dissertação, sem comprometer o sigilo em relação à identidade dos sujeitos da pesquisa.

O projeto que originou esta pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP-EMESCAM), Espírito Santo.

1 BREVES CONSIDERAÇÕES SOBRE CÂNCER

1.1 A ESTRUTURA BIOLÓGICA DO CÂNCER

O câncer é um grupo invasivo de células que crescem descontroladamente no organismo. É através do ácido desoxirribonucleico (DNA) celular que os cromossomos passam todas as informações e modificam as células (FERNANDES; QUEIROZ, 2010).

As células cancerosas multiplicam-se de maneira desordenada e acumulam-se formando o tumor. Essas células ainda podem invadir o tecido vizinho, pois adquirem capacidade de se desprender do tumor e migrar até outros órgãos, construindo a metástase. Assim, essas perdem sua função especializada e à medida que substituem as células normais, comprometem a função do órgão afetado, prejudicando ainda mais o funcionamento do organismo do paciente, podendo levá-lo a óbito. Os cânceres graves, normalmente, reagem de forma diferente ao tratamento médico, têm diferentes padrões de crescimento e costumam levar o cliente a óbito (FERNANDES; QUEIROZ, 2010).

As células que constituem o corpo humano são formadas por três partes: a membrana celular, parte mais externa da célula; o citoplasma, que constitui o corpo da célula; e o núcleo, que contém os cromossomos, que por sua vez, são compostos de genes. Os genes são arquivos que guardam e fornecem instruções para a organização das estruturas, formas e atividades das células no organismo. Toda a informação genética encontra-se inscrita nos genes, numa "memória química": o DNA. É por meio do DNA que os cromossomos passam as informações para o funcionamento da célula (BRASIL, 1996).

Uma célula normal pode sofrer alterações no DNA, sendo esse evento denominado mutação genética. As células cujo material genético foi modificado passam a receber informações erradas. Essas alterações podem ocorrer em genes especiais que são inativos em células normais. Quando ativados, acontece a cancerização das células normais. As células cancerosas passam então a se comportar de forma anormal:

multiplicam-se de maneira descontrolada, mais rapidamente do que as células normais do tecido à sua volta, invadindo-o. Geralmente, têm capacidade para formar novos vasos sanguíneos que as nutrirão e manterão as atividades de crescimento descontrolado e formam os tumores malignos. Posteriormente, migram para os tecidos vizinhos, podendo chegar ao interior de um vaso sanguíneo ou linfático e, por meio desses, disseminar-se, chegando a órgãos distantes do local onde o tumor se iniciou, desencadeando as metástases (BRASIL, 1996).

O processo de carcinogênese, ou seja, de formação de câncer, em geral se dá lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. Segundo Silva (2000), esse processo passa por vários estágios:

- Estágio de Iniciação: Nele as células sofrem o efeito dos agentes cancerígenos que provocam modificações em alguns de seus genes.
- Estágio de Promoção: As células geneticamente alteradas sofrem o efeito de agentes cancerígenos e a célula é transformada em célula maligna, de forma lenta e gradual. Para que ocorra essa transformação, é necessário um longo e continuado contato com o agente cancerígeno.
- Estágio de Progressão: Se caracteriza pela multiplicação descontrolada das células alteradas. Nesse estágio o câncer já está instalado, evoluindo até o surgimento das primeiras manifestações clínicas da doença.

Ao longo da vida o corpo produz células anormais, mas os mecanismos de defesa possibilitam, muitas vezes, a interrupção desse processo. Esses mecanismos, próprios do organismo, são na maioria das vezes geneticamente pré-determinados, e variam de um indivíduo para outro. Esse fato explica a existência de vários casos de câncer numa mesma família, bem como o porquê de nem todo fumante desenvolver câncer de pulmão (BRASIL, 1996).

O sistema imunológico desempenha um importante papel nesse mecanismo de defesa. Ele é constituído por um sistema de células distribuídas numa rede

complexa de órgãos, como o fígado, o baço, os gânglios linfáticos, o timo e a medula óssea. Esses órgãos são denominados órgãos linfoides e estão relacionados ao crescimento, desenvolvimento e a distribuição das células especializadas na defesa do corpo. Dentre essas células, os linfócitos desempenham um papel muito importante nas atividades do sistema imune, relacionadas à produção de defesa deste processo de carcinogênese. Cabe aos linfócitos a atividade de atacar as células do corpo infectadas por vírus oncogênicos, bem como de secretar substâncias chamadas de linfocinas; essas regulam o crescimento e o amadurecimento de outras células e do próprio sistema imune (BRASIL, 1996).

A vida da célula compreende uma sequência de eventos, cujo modelo é chamado ciclo celular, e conforme o Instituto Nacional do Câncer (INCA) (BRASIL, 2008b), tem cinco fases: G1, S, G2, M e GO. A duração de cada fase é variável até mesmo nas células sob reprodução controlada, mas os processos ocorridos no interior das células são iguais para todas elas. A duração do ciclo celular da maioria das células humanas normais é de 24 a 48 horas, enquanto que das células dos tumores malignos humanos mais comuns é de 72 a 120 horas:

Um tumor apresenta tempos diferentes de duplicação em momentos diferentes de sua história natural. Três aplicações práticas derivam destes conhecimentos sobre a cinética celular (BRASIL, 2008b):

- Quanto menor o tumor, maior a sua fração proliferativa, portanto mais sensível será a quimioterapia e a radioterapia.
- Quanto mais precoce for à aplicação de quimioterapia ou radioterapia após o tratamento cirúrgico do tumor, mais eficazes elas serão, pois maior será o número de células em fase proliferativa.
- Quando um tumor maligno alcança cerca de um centímetro de diâmetro, torna-se detectável pelos métodos diagnósticos disponíveis e contém cerca de 110 células. Acredita-se que é necessário um longo período de tempo para o tumor alcançar este tamanho, talvez alguns anos.

1.2 A QUESTÃO EPIDEMIOLÓGICA DO CÂNCER

O câncer é definido como uma enfermidade multicausal crônica, caracterizada pelo crescimento descontrolado das células. Sua prevenção tem tomado uma dimensão importante no campo da ciência, uma vez que recentemente foi apontada como a primeira causa de mortalidade no mundo (WHO, 1998).

O Comitê de Peritos da *World Cancer Research Fund* registra medidas - além do aumento da atividade física, da manutenção de peso corporal adequado e do não uso de tabaco -, que promovem modificações para que se adote uma dieta mais saudável e capaz de reduzir cerca de 60% a 70% a incidência de câncer no mundo (WHO, 1998).

No mundo, 12% das causas de mortes são provocadas por câncer (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005). No Brasil, estima-se 52.680 novos casos de câncer da mama, um risco estimado de 52 casos a cada 100 mil mulheres (INCA, 2011). Estima-se que em 2020, o número de novos casos anuais seja da ordem de 15 milhões e que até 2030 o câncer deverá alcançar a maior taxa de mortalidade (17 milhões) comparada a outras doenças até então consideradas como de maior ocorrência. Para 2050 estima-se 24 milhões de novos casos, mais do que o dobro dos casos estimados em 2002 (10,8 milhões) (WHO, 2007 e JEMAL et al, 2008 e THUN et al, 2010).

O câncer de mama representa o segundo tipo mais frequente na população geral e o mais comum entre as mulheres (PARKIN; BRAY; DEVESA, 2001 e BRASIL, 2011). No Brasil, a doença constitui a primeira causa de morte por câncer entre as mulheres (BOING; VARGAS; CRISPIM-BOING, 2007). Por isso, segundo Jemal et al (2008), o câncer de mama constitui um problema de saúde pública no Brasil.

Com o crescente aumento populacional e o envelhecimento contínuo da população, o perfil epidemiológico do câncer tem sofrido alterações, afetando significativamente o impacto das neoplasias no cenário mundial (VERAS, 2007). Portanto, é de grande importância que existam políticas públicas para que se estabeleçam estratégias, em âmbito nacional, a fim de que o diagnóstico de câncer de mama seja identificado o mais precocemente possível. Atualmente, já existem vários países com programas

de rastreamento muito bem estabelecidos, como Canadá, Holanda, Noruega e Itália (BRASIL, 2009).

No Brasil, os primeiros incentivos à compreensão da epidemiologia do câncer começaram na década de 1920, com o Departamento Nacional de Saúde Pública, mas a necessidade de ampliar as ações de controle do câncer levou à criação do sistema nacional do câncer, nos anos 1940, momento em que houve um avanço das iniciativas filantrópicas, ocasionando abertura para o surgimento das primeiras ligas, associações e redes de combate ao câncer (BARRETO, 2005).

Somente no Estado de São Paulo, contam-se mais de 250 instituições que assistem doentes oncológicos e providenciam subsídios para um melhor enfrentamento da doença através de ações assistenciais, educacionais e preventivas. A assistência oncológica está entre as mais dispendiosas no âmbito social, pois inclui não somente custos diretos com exames preventivos, testes diagnósticos e tratamentos, mas também custos indiretos consequentes da incapacidade produtiva do doente e morbimortalidade relacionada ao câncer e ao tratamento (BITTENCOURT; SCALETZKY; BOEHL, 2004).

Pivetta (2004) diz que a incidência do câncer tem aumentado por causa do estilo de vida do homem moderno que se expõe mais aos fatores de risco como o fumo, a exposição ao sol em excesso, ao hábito de beber demais e ter contato prolongado com produtos químicos, potencialmente carcinogênicos. Existe ainda a questão genética, já que 15% das causas são hereditárias. Atribui também que a elevação da incidência da doença também está relacionado à melhoria dos processos de identificação das mesmas, na medida em que, devido ao progresso da ciência, dos avanços do conhecimento, somados a maior informação sobre a doença ajudaram no diagnóstico precoce de vários tipos de câncer, aumentando as estatísticas de casos e mortes atribuídas a ele.

O Câncer representa um grande desafio para a saúde pública. Os altos índices de casos e de óbitos por câncer de mama na população feminina levaram à necessidade de se traçar estratégias que favoreçam o seu controle no futuro (BRITO; PORTELA; VASCONCELOS, 2005). Apesar dos anos de sobrevida terem

aumentado para pacientes com tumores diagnosticados e tratados em seus estágios iniciais, o prognóstico para os casos em que a doença já se mostra disseminada no organismo praticamente não se alterou (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005 e BRASIL, 2011).

Segundo o INCA (BRASIL, 2008a) para o aumento da sobrevida associada a esse tipo de câncer é necessário à adoção de uma política que favoreça o diagnóstico precoce aliado ao tratamento adequado em tempo hábil, uma assistência qualificada, uma educação permanente dos profissionais de saúde e a Política de Atenção Oncológica, em acordo com os princípios da integralidade e da humanização. Por isso, especial atenção deve ser dada a integração das equipes de saúde, buscando a construção de uma abordagem interprofissional, integrada a experiência dos usuários.

Afinal, para mudar o panorama atual do câncer, é imprescindível que haja estímulo à busca de informações precisas e de qualidade, sobre a incidência e prevalência da doença nas populações, propiciando a implantação de políticas públicas que levem à realização de ações efetivas de prevenção e detecção precoce, visando à redução de danos, às taxas de mortalidade e às despesas públicas.

1.3 CÂNCER DE MAMA

No Brasil, informações processadas pelos Registros de Câncer de Base Populacional mostram que na década de 1990, esta é uma das doenças mais temidas no mundo e foi a mais frequente no país. O câncer de mama constitui-se na primeira causa de morte, por câncer, entre as mulheres (BRASIL, 2004a).

Esta pode surgir em qualquer idade, mas seu risco aumenta de maneira significativa com o decorrer da idade, apesar de ser uma doença rara entre as mulheres jovens (BRASIL, 2008a).

Entre os principais fatores de risco associados ao adoecimento encontram-se: história familiar positiva para o câncer de mama; idade maior que 35 anos;

anormalidades histológicas anteriores na mama; menarca precoce; menopausa tardia; primeiro parto após os 30 anos; nuliparidade; uso de anticoncepcionais por mais de quatro anos; reposição hormonal; obesidade; dieta rica em gorduras; uso de álcool e exposição prévia à radiação ionizante; susceptibilidade genética (BRASIL, 2008a).

Vale destacar que, até o presente momento, o câncer de mama não pode ser evitado considerando a multiplicidade de fatores associados do desencadeamento da doença. Entretanto, a detecção precoce se torna a forma mais eficiente de reduzir suas taxas de morbimortalidade; afinal, no Brasil, o aumento da incidência tem sido acompanhado do aumento da mortalidade, o que pode ser atribuído, principalmente, a um retardamento no diagnóstico. O prognóstico se torna mais favorável quando são utilizados métodos de rastreamento regularmente como o exame clínico das mamas, mamografia e ultrassonografia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2007).

A prevenção é classificada em dois níveis primária e secundária. A prevenção primária busca eliminar ou modificar os fatores de risco para a neoplasia, através da consulta ginecológica anual com exame de mama. A prevenção secundária tem como objetivo identificar e tratar os cânceres em estágios iniciais (BRASIL, 2008b).

O autoexame de mama é uma técnica indolor, sem custo e de fácil realização, que propicia a mulher examinar suas próprias mamas a fim de detectar precocemente uma neoplasia e permitir uma alerta precoce para uma terapêutica eficaz, prolongando a sobrevivência da mulher com qualidade. Constatou-se que 80% dos tumores são detectados pela própria mulher ao se tocar (BORGHESAN, 2003).

Por isso, o autoexame pode e deve ser realizado de forma sistemática pela própria mulher. Para detectar os nódulos e participar de forma ativa na prevenção dessa doença. A recomendação é que esse exame seja feito mensalmente, entre o sétimo e o décimo dia após o início da menstruação, período em que as mamas não apresentam edema. Essa recomendação é necessária porque a mama, durante o ciclo menstrual, modifica-se pela ação dos hormônios sexuais femininos. A progesterona, na segunda fase do ciclo, provoca na mama aumento de volume,

endurecimento e dor. Apesar de importante o autoexame não substitui o exame clínico das mamas (BRASIL, 2008b).

Machado, Pinho e Leite (2009) acreditam que mesmo as mulheres tendo conhecimento acerca do autoexame das mamas, uma parcela desconhece a importância de estar realizando-o mensalmente, demonstrando certa defasagem no que diz respeito a quando e o por que de ser feito uma vez por mês, pois quando este assunto foi abordado, algumas relataram que sabiam como fazer o autoexame, mas não tinham ciência da frequência que deveria ser seguida.

O exame clínico é parte fundamental do diagnóstico de câncer de mama e deve ser realizado como parte do exame físico e ginecológico, por um profissional capacitado, constituindo-se como base para a solicitação dos exames complementares (BRASIL, 2008b).

A mamografia é um método de rastreamento por imagem capaz de identificar um nódulo ainda em sua forma subclínica, ou seja, quando ele ainda não pode ser percebido através da palpação (BRASIL, 2008b). Por isso, a mamografia, por muitos, é considerado o procedimento mais importante para rastreio de câncer de mama. Esta quando executada por pessoal habilitado e com aparelho de qualidade, diminuindo muito a mortalidade por câncer de mama, servindo de complemento ao exame clínico. O rastreamento feito pela mamografia deve ter periodicidade de um a três anos.

Faz-se, hoje, cerca de 2,5 milhões de mamografias pelo SUS por ano, alcançando um público-alvo de 34% na faixa etária dos 50 aos 69 anos. Desde a implantação, em 1983, do PAISM (Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher), nota-se uma preocupação crescente em relação ao câncer de mama, cuja demonstração mais objetiva foi por meio da Lei 11.664, de 2008 e da criação do Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA).

A Lei 11.664 (Lei de Atenção Integral à Mulher) dispõe sobre as ações de saúde integral da mulher e reforça os princípios estabelecidos pelo SUS, como universalidade, ou seja, o direito universal à saúde. Com esta lei, todas as mulheres

passam a ter direito à mamografia de rastreamento a partir dos 40 anos, com o intuito de rastreamento, como estratégia de monitoramento das mulheres sem sintomas, com a realização de exames regulares, com finalidade de diagnosticar precocemente casos de doenças na faixa etária de maior risco (BRASIL, 2009).

A ultrassonografia tem sido um procedimento de escolha dos ginecologistas para mulheres jovens e método importante para diagnóstico de patologias mamárias, principalmente quando associado à mamografia.

O diagnóstico do câncer de mama em estágio inicial possibilita um tratamento mais efetivo e menos agressivo; apresentando assim um prognóstico relativamente bom (BRASIL, 2008b). Por isso o aumento global na sobrevivência de mulheres com câncer de mama ocorre principalmente para os casos em que a doença se encontra em estágios clínicos iniciais (BRASIL, 2009).

Segundo Bland et al (1998), considerando a sobrevivência de 1,3 milhões de mulheres com câncer de mama em 10 anos de seguimento (1985 a 1996), apenas 5% a 12% das pacientes em estágio inicial (0, I ou II) morreram. Porém, para os casos mais avançados (III ou IV) cerca de 90% foram a óbito.

De acordo com dados do Ministério da Saúde, 60% dos casos de câncer de mama no Brasil são detectados em estágios mais avançados, o que tem por consequência o aumento de recidivas, aparecimento de metástases e redução da sobrevivência. Na população mundial, a sobrevivência média após cinco anos é de 61% (BRASIL, 2009).

Após detecção existem vários tratamentos para o câncer de mama, como o tratamento cirúrgico, a quimioterapia, radioterapia e a hormonioterapia. A cirurgia foi o primeiro tratamento que alterou significativamente o curso da doença neoplásica e, até hoje, é um dos principais métodos terapêuticos. Estima-se que a maioria das portadoras de câncer de mama precisa de se submeter à cirurgia como forma de tratamento (BRASIL, 2008a).

O câncer em sua fase inicial pode ser curado cirurgicamente e os tumores de crescimento lento são os melhores candidatos. Ressaltando ainda, que a cirurgia

inicial tem maior chance de cura do que a cirurgia para recidivas. A cirurgia pode ser realizada com finalidade diagnóstica, preventiva, curativa ou paliativa (BRASIL, 2008b).

A biópsia é um procedimento cirúrgico realizado com finalidade diagnóstica. O tratamento cirúrgico com finalidade curativa ou paliativa é indicado nos casos iniciais da maioria dos tumores sólidos. A ressecção curativa é aquela em que todo câncer visível é removido. Um limite macroscópico de dois centímetros pode ser suficiente em uma margem de ressecção. O tratamento cirúrgico paliativo tem a finalidade de diminuir a população de células tumorais e de controlar sintomas maléficos para a vida do cliente e comprometem sua qualidade de vida (BRASIL, 2008b).

O tratamento cirúrgico pode ser conservador ou não, dependendo de algumas características do tumor como estadiamento, tamanho, tipo histológico, além de poder estar associado ou não à linfadenectomia (BRASIL, 2008b).

O Ministério da Saúde (2004) classifica as cirurgias de tratamento de câncer de mama em dois grupos: as cirurgias conservadoras seriam a quadrantectomia, a tumorectomia e a setorectomia e as não conservadoras seriam os diferentes tipos de mastectomia. Porém, com o passar dos anos alguns autores da literatura clássica consideraram qualquer tipo de procedimento cirúrgico de câncer de mama como mastectomia (BRASIL, 2004)

Segundo o INCA (2004), a cirurgia conservadora é qualquer ressecção de um segmento da mama, que engloba a setorectomia (segmentectomia), a tumorectomia (nodulectomia) e a quadrantectomia, com retirada dos gânglios axilares ou linfonodo sentinela. Esta diversidade na abordagem local é associada à utilização de incisões únicas ou separada para a dissecação axilar e à remoção da fáscia profunda da mama sobre o músculo peitoral, assim uma simples nodulectomia, passa pela setorectomia até realização de uma quadrantectomia, isso pode proporcionar resultados estéticos diferentes (SPINA et al, 2000).

A mastectomia é a cirurgia de retirada total da mama. São modalidades da mastectomia: Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo

aréolo papilar); Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar (radical modificada); Mastectomia com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) acompanhada de linfadenectomia axilar (radical); Mastectomia com reconstrução imediata; Mastectomia poupadora de pele (BRASIL, 2004a).

A mastectomia é um dos tratamentos a que a maioria das mulheres com câncer de mama é submetida; seus resultados poderão comprometer-las física, emocional e socialmente. A mutilação dela decorrente favorece o surgimento de muitas questões na vida dessas pacientes, especialmente aquelas relacionadas à imagem corporal. Isso pode provocar alterações negativas na autoestima dessas (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

Vale destacar que a linfadenectomia² é o fator indicador de prognóstico mais importante e fornece algumas vantagens terapêuticas. A informação prognóstica contribui para o planejamento do tratamento sistêmico e a excisão de doença linfonodal foi demonstrada como fator preventivo de recorrência local (TIEZZI, 2007).

Em pacientes com câncer de mama em estágio inicial, a biópsia do linfonodo sentinela³ demonstrou ser um método eficaz para predição da disseminação metastática para os linfonodos axilares e é o procedimento atual de escolha para pacientes com axila clinicamente negativa (HAAGENSEN, 1986).

Quando a mastectomia radical é associada à linfadenectomia, a prevenção e o tratamento da infecção e linfedema no membro homolateral a cirurgia⁴ se tornará uma preocupação constante por resto da vida dessa mulher.

² Retirada total ou parcial de linfonodos.

³ É o conceito anatômico que foi definido como o principal linfonodo a receber a drenagem de um carcinoma.

⁴ Edema ou inchaço do membro superior do lado onde foi realizada a cirurgia de mama devido a uma insuficiência do sistema linfático. Ocorre acúmulo de líquido altamente proteico nos espaços intersticiais, principalmente na gordura subcutânea, devido a falhas de transporte, por alterações da carga linfática, por deficiência de transporte ou por falha da proteólise extra linfática, geralmente ocorrente pelo rompimento dos canais linfáticos. Em pacientes submetidas ao tratamento de câncer primário da mama, o linfedema é uma complicação preocupante, podendo variar de um leve aumento mensurável do braço até uma extremidade superior grotescamente aumentada, pesada e incapacitada.

O linfedema é o edema de parte do corpo, que ocorre como resultado de uma insuficiência no sistema linfático (DENNIS, 1993). Alguns autores somente consideram edema aquela diferença de medidas, quando da realização da citometria dos membros superiores, for igual ou maior que três centímetros. Para outros, a simples diferença de um a um e meio centímetros pode estabelecer um diagnóstico de linfedema (MAMEDE, 1991; HUMBLE, 1995).

O linfedema pós mastectomia causa para a mulher, não somente o dano estético, mas também o prejuízo funcional do membro afetado. O linfedema do membro superior homolateral à cirurgia é uma das mais estressantes experiências para a paciente e pode preceder um linfangiossarcoma.

O aumento do linfedema pode, também, acrescentar as dificuldades na realização das tarefas em casa e no trabalho. Além disso, geralmente essas mulheres se sentem aflitas quando se faz necessário mudar o estilo de roupa que usavam. Isso pode vir a causar perda de interesse com a aparência e a perda da autoestima, contribuindo assim para dificultar o relacionamento interpessoal e sexual (PANOBIANCO, 2002).

Os exercícios de reabilitação, que essas pacientes precisam adotar, são importantes, pois previnem diversas complicações, como: limite a amplitude dos movimentos, linfedema. Essa prática desencadeia benefícios não somente na área física, mas também no psicológico dessas mulheres (OLIVEIRA, 2007).

A quimioterapia é um tratamento sistêmico que atinge todas as células em proliferação, inclusive as células tumorais; pode ser realizada antes do tratamento cirúrgico com objetivo de citorredução⁵, a fim de diminuir o tamanho do tumor e torná-lo operável, ou no pós-cirúrgico para evitar metástases (BRASIL, 2008a).

A radioterapia é um tratamento local utilizada para eliminar as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Usa-se uma dose pré-calculada de radiação ionizante, capaz de destruir

⁵ Reduzir os focos de células tumorais do(s) local(is) onde se encontra(m) no organismo.

essas células, causando o menor dano possível às células normais circunvizinhas (BRASIL, 2004a).

E, por fim, a hormonioterapia que é indicada quando as células tumorais possuem receptores para hormônios (estrogênio e/ou progesterona). Esta bloqueia a produção desses hormônios, fazendo com que a mulher entre precocemente no climatério (BRASIL, 2004a). Vale destacar que a hormonioterapia neoadjuvante tem sido cada vez mais utilizada na prática clínica para melhorar as opções cirúrgicas para mulheres pós-menopáusicas com tumores localmente avançados, com receptores hormonais fortemente positivos. Estudos recentes indicam que a resposta do tumor nesta população pode prever o resultado em longo prazo de pacientes em terapia endócrina adjuvante, defendendo a sua ampla aplicação no tratamento da doença nas pacientes com receptores hormonais positivos (MATTAR; ELLIS; HEGG, 2011).

No seguimento das pacientes com câncer de mama devem-se proceder à história, exame físico, mamografia e o exame ginecológico, quando a mulher faz uso de tamoxifeno⁶; não esquecendo as intervenções interdisciplinares que tem como objetivo fazer uma junção entre os conhecimentos dos diversos profissionais, interferindo efetivamente na qualidade de vida destas mulheres após o tratamento.

Já há uma década, conforme observação de Aleixo (2002), as Unidades Básicas de Saúde, bem como a Estratégia de Saúde da Família, considerada como o maior programa assistencial de todo o território brasileiro, possui um enorme potencial para estruturar de maneira sólida a atenção primária no país, desenvolvendo atividades básicas de saúde voltadas para a educação da população a respeito da profilaxia de patologias, tratamento das enfermidades e previsão e provimento dos remédios essenciais.

Hoje o Brasil os programas de atenção à saúde da mulher, elaborados pelo Ministério da Saúde e outros setores da sociedade, já se encontram mais

⁶ O tamoxifeno é uma substância antiestrogênica não esteroidal utilizada na terapia adjuvante do câncer de mama. Seu uso foi aprovado em 1978. É a principal terapia endócrina adjuvante em pacientes com câncer de mama e também vem sendo utilizado na prevenção do câncer em pacientes saudáveis sob alto risco.

disseminados, dispendo sobre os direitos femininos no que tange à sua saúde. No entanto, o Brasil ainda não possui um programa de rastreamento homogêneo, em relação à neoplasia mamária, totalmente eficaz. Embora o câncer de mama tenha um prognóstico razoável, as taxas de mortalidade continuam elevadas no Brasil, muito provavelmente devido ao diagnóstico tardio (BRASIL, 2009).

Portanto, percebe-se a necessidade em se investir no desenvolvimento de ações mais eficazes para no controle do câncer de mama, como um rastreamento que possibilite a intervenção precoce promovendo a saúde, identificando precocemente, realizando a assistência aos pacientes, a vigilância epidemiológica, a formação de recursos humanos, assim como uma gestão satisfatória do SUS.

2 CÂNCER DE MAMA EM MULHERES DA CIDADE DE TUBARÃO - SC

2.1 ATENDIMENTOS PÚBLICOS DE CÂNCER NO BRASIL

Apesar de no final da década de 1910 as principais preocupações de saúde pública se relacionar ao campo das endemias rurais de maior incidência, alguns países desenvolvidos já apontavam o câncer como uma das doenças mais preocupantes, pois já era evidenciado como um dos fatores de elevado índice na taxa de mortalidade (TEIXEIRA; FONSECA, 2007).

A medicina dessa época considerava que comportamentos da sociedade industrial seriam as possíveis causas do câncer, e os doentes eram considerados quase “inimigos da sociedade”, pois não contribuíam para a produção da riqueza coletiva e oneravam os cofres públicos dos Estados e os privados da filantropia (TAVARES; TRAD, 2005).

Já para a sociedade, o câncer nas mulheres era visto como resultante da pobreza, da falta de higiene e de pecados e vícios; como um castigo. Diante disso, as mulheres com câncer de mama não tinham acesso às informações e se viam diante de atitudes silenciosas da família e da equipe de saúde, afinal ainda se considerava uma crueldade falar do diagnóstico e dos efeitos da medicação para a cliente e apenas a família era comunicada (TAVARES; TRAD, 2005).

Segundo Pinell (1992) e Pickstone (2007), nos últimos anos da década de 1910, na Europa e nos Estados Unidos, operou-se uma importante transformação em relação ao controle do câncer no que diz respeito à intensificação da utilização da radioterapia como terapêutica específica para a doença. Surgida no final do século XIX a partir das descobertas no campo da química, essa terapia por algum tempo foi vista com reservas pelos médicos e utilizada em pequena escala para problemas dermatológicos e redução de tumores inoperáveis.

Na década de 1920, o maior domínio da nova tecnologia possibilitou a ampliação de sua utilização, transformando-a em opção a cirurgias ou tratamentos indicados em casos específicos.

Neste ano, os Estados Unidos e a Europa determinaram que o Brasil deveria ter propostas para uma política anticâncer na legislação sanitária brasileira. O primeiro plano anticâncer brasileiro ocorreu em setembro de 1922 no primeiro congresso nacional dos práticos no Distrito Federal apresentado por Fernando Magalhães. Após esse congresso, o câncer deixou de ser um encargo exclusivo da área médica e passou a ser um problema de saúde pública. O primeiro centro, Instituto do Radium de Belo Horizonte, destinado à luta contra o câncer no país, foi fundado em Belo Horizonte no ano de 1922 (CARDOSO et al, 2010).

Em 1929, foi inaugurado em São Paulo, o Instituto Dr. Arnaldo, mantido por uma instituição filantrópica e funcionava nas instalações do Hospital Central da Santa Casa da Misericórdia de São Paulo (TEIXEIRA; FONSECA, 2007). Ainda naquele ano, no Rio de Janeiro, foi elaborado pela Academia Nacional de Medicina em parceria com a Sociedade de Medicina e Cirurgia do Rio de Janeiro, a Semana do Câncer que visava colocar o câncer em maior evidência tanto para os médicos como para o público leigo. Essas iniciativas mostram que, no decorrer da década, o campo da cancerologia brasileira ampliou-se e tornou-se mais complexo, englobando um número maior de profissionais e dando origem a instituições diretamente ligadas ao controle da doença.

Segundo Teixeira (2010), em 1934, o médico paulista Antonio Prudente criou a Liga Paulista de Combate ao Câncer; no mesmo ano, no Rio de Janeiro, foi criada, por Ugo Pinheiro Guimarães, a Liga Brasileira Contra o Câncer. Em 1936, o ginecologista Aristides Maltez criou a Liga Baiana Contra o Câncer. As três tinham o objetivo de arrecadar fundos para a construção de centros de diagnóstico e tratamento; e as duas primeiras também objetivavam organizar campanhas educativas para a prevenção do câncer. Essas iniciativas estimularam a criação de instituições similares em diversas regiões do país.

Em 1937, a saúde pública passava por um novo processo de transformações, em virtude da implantação de mais um período ditatorial – o Estado Novo. Com essa nova reforma, o então denominado Ministério da Educação e Saúde passou a enfatizar as ações verticais contra doenças específicas, caracterizadas como entraves ao desenvolvimento do país.

Em setembro de 1941 a publicação de um novo decreto acrescia um serviço nacional dedicado ao câncer. O decreto que criou o Serviço Nacional do Câncer (SNC) lhe conferia a responsabilidade de orientar e controlar, em todo o país, uma batalha permanente contra a doença, a Campanha Nacional Contra o Câncer (BRASIL, 1941).

A segunda metade dos anos 1940 marca o início de uma transformação no controle do câncer no país. Embora o projeto iniciado com a criação do SNC, inicialmente avançasse a passos lentos – com poucos recursos e ações limitadas. Além disso, fortalecia-se, entre os cancerologistas, a noção de que a doença deveria ser alvo de políticas públicas especialmente direcionadas à sua prevenção (TEIXEIRA, 2010).

Os anos 1950 marcam a ampliação da rede de instituições locais filiadas à Campanha Nacional Contra o Câncer. No entanto, esse processo de ampliação de atividades e consolidação institucional de nenhuma maneira se traduziria no atendimento às demandas sociais, pois as ações médico-hospitalares permaneceram insuficientes e restritas às cidades maiores e as doenças infecciosas e parasitárias de mais fácil controle ainda eram os principais problemas de saúde (TEIXEIRA, 2010).

A partir dessa década, no Brasil, no âmbito mais geral da medicina brasileira, a cancerologia se expandia com a criação de novas instituições e formação de especialistas e os movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres começam a reivindicar mudanças, produzindo alterações e avanços nos diagnósticos e tratamento. Observou-se ainda, nessa época, o que atualmente também evidencio no programa, que o acompanhamento das pacientes proporciona maior qualidade de vida para essas mulheres, evidenciando a importância das adaptações psicossociais das pacientes.

A partir da década de 1970, as experiências com mulheres mastectomizadas passam a ser mais enfatizadas na mídia. Afinal, a ideia de essas mulheres estarem cumprindo um castigo, comum no início do século, foi dando lugar a uma nova concepção da doença e o enfrentamento do câncer passou a implicar em luta, em conhecer o próprio corpo, a subjetividade, falar, expor a doença e história de vida. E, essas mudanças contribuíram para o desenvolvimento de novas teorias e também para tratamentos mais eficientes. Entretanto, apesar de todo avanço alcançado nas pesquisas sobre a doença (diagnóstico, fatores de risco, tratamento) o câncer permanece como uma doença de causa obscura, cujo tratamento ainda não é totalmente eficaz (SANT'ANNA, 1997).

No início do século XXI, a literatura médica e as campanhas governamentais destacam o papel da determinação genética e as repercussões da vida moderna, como os fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Identificam também que certas condições emocionais como estresse, dificuldades nas relações sócio-afetivas, ações diante dos problemas, podem ter um papel fundamental no desencadeamento do câncer. Assim, a alta incidência, as repercussões psicossociais e as incertezas quanto à etiologia e ao tratamento, apesar dos avanços tecnológicos, colocam o câncer como um dos grandes males da sociedade moderno-industrial (BRASIL, 1997).

O câncer representa também um grande desafio para a saúde pública. Os altos índices de casos e de óbitos por câncer de mama na população feminina levaram à necessidade de se traçar estratégias que favoreçam o seu controle no futuro (BRITO; PORTELA; VASCONCELOS, 2005).

Dessa forma, as recomendações enfatizadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) para o aumento da sobrevivência associada a esse tipo de câncer são relativas à adoção de uma política que favoreça o diagnóstico precoce, aliado ao tratamento adequado em tempo hábil.

Nesse sentido o credenciamento de serviços oncológicos no SUS pode ser analisado a partir de dois momentos: antes e depois de setembro de 1998. Pois, em setembro de 1998, com a publicação da Portaria nº 3535, o Ministério da Saúde

conduziu as transformações regulamentares na área da assistência oncológica, definindo diretrizes para o mapeamento da oferta e demanda pela prestação desses serviços, seguido pelo conseqüente aumento do aporte financeiro. Até outubro de 1998, não era possível identificar os tumores dos pacientes que eram tratados no SUS, nem a finalidade terapêutica dos procedimentos executados. Além disso, era urgente a necessidade de recadastrar todos os serviços oncológicos, visando garantir a integralidade da assistência. As normas para credenciamento das unidades oncológicas eram menos específicas e restringiam-se à perspectiva de quem realizava procedimentos de alta complexidade em câncer. Ela não enfocava aspectos da integralidade da assistência e não exigia referências formais (BRITO, 2004).

Houve então a necessidade de individualizar e ampliar as informações sobre os tumores e os pacientes; facilitar o controle dos procedimentos executados e elaboração de um Sistema de Informações. Assim, o Ministério da Saúde publica a portaria nº 3536 de 02/09/98, republicada em 02/12/98, que determina a implantação do Sistema de Autorização de Procedimentos de Alta Complexidade na área de oncologia. A descrição dos procedimentos quimioterápicos passou a ser baseada nas denominações tumorais e nas finalidades terapêuticas, e não mais em esquemas terapêuticos utilizados. Posteriormente essa Portaria foi substituída pela Portaria nº 296, de 15/07/99, ainda em vigência (BRITO, 2004).

O Ministério da Saúde estabeleceu também que somente hospitais que dispusessem na mesma estrutura de todos os recursos para o tratamento das neoplasias mais frequentes no País seriam credenciados para a assistência oncológica no SUS. A esses hospitais, deu-se o nome de Centros de Alta Complexidade em Oncologia (BRASIL, 2008a).

O Ministério da Saúde, em março de 1999, publica a Portaria nº 113, que abre a possibilidade de credenciamento de unidades Isoladas de Radioterapia e Quimioterapia (BRASIL, 1999).

Segundo o INCA (BRASIL, 2008a) os Centros de Alta Complexidade em Oncologia foram classificados da seguinte forma:

- Centros de Alta Complexidade em Oncologia I (CACON I) – São hospitais gerais em que se procede ao diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil que são as de: pele, mama, colo uterino, pulmão, estômago, intestino, próstata, além dos tumores e da infância e da juventude. Caracterizam-se por disporem de todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional e prestarem atendimento ao paciente numa perspectiva multiprofissional integrada.

- Centros de Alta Complexidade em Oncologia II (CACON II) – São instituições dedicadas prioritariamente ao controle do câncer, para o qual desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento das neoplasias malignas mais frequentes no Brasil, e caracterizam-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos instalados dentro de uma mesma estrutura organizacional, pelos quais são diretamente responsáveis.

- Centros de Alta Complexidade em Oncologia III (CACON III) - São instituições dedicadas exclusivamente ao controle do câncer, para o qual desenvolvem ações de prevenção, detecção precoce, diagnóstico e tratamento de qualquer tipo e localização de neoplasias malignas, caracterizando-se por possuírem todos os recursos humanos e equipamentos próprios.

Vale ressaltar que o Projeto de Expansão da Assistência Oncológica (Projeto Expande) foi uma estratégia criada pelo INCA juntamente com o Ministério da Saúde, aprovado em 2000, com o objetivo de aumentar a assistência oncológica, do SUS, no Brasil. Já que a oncologia é uma especialidade que demanda a alta complexidade assistencial durante todo o processo terapêutico.

Entretanto, mesmo reconhecendo o importante passo dado pelo Ministério da Saúde com a adoção dessas modificações regulamentares, não se sabe qual é a aderência a essa política pelos serviços e o quanto que a sua introdução contribuiu para a melhoria da qualidade da assistência oncológica no país.

Por isso, para as mulheres, lidar com o câncer de mama é uma tarefa difícil, porque além de afetar um órgão que está diretamente associado à feminilidade, sexualidade, maternidade e estética, além do medo de morrer, de como realizar o exercício cotidiano de cuidadoras do lar e dos filhos. Por isso, ao ter um diagnóstico de câncer de mama, a mulher vive um período de grande estresse com a notícia; agravado pelo desconhecimento da patologia a leva a enfrentar sentimentos ambíguos como esperança e finitude, fato que constatamos na pesquisa.

Quando a mulher realiza a mastectomia, a sua perda tende a repercutir tanto no âmbito afetivo quanto no seu desempenho social. Inclusive, as mulheres relatam sofrimentos vivenciados quanto aos impactos físicos e os psicossociais derivados do preconceito e desencadeado pelo estigma do câncer de mama. A mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades em lidar com seu corpo em decorrência da influência da imagem corporal feminina que é extremamente divulgada pela mídia, que valoriza um corpo jovem e bonito. Esse aspecto desencadeia nessas mulheres sentimento de perda da feminilidade e de não serem mais atraentes para o sexo oposto, reduzindo assim sua autoestima. Devido a estas questões, Amâncio, Santana e Costa (2007) em seu trabalho, observam que o adoecer envolve cuidados que necessitam de uma abordagem total.

2.2 PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS DA CIDADE DE TUBARÃO - SC

No Brasil, o câncer de mama também apresenta alta incidência entre as mulheres e a cada ano estima-se que mais casos de câncer de mama ocorrem em todas as regiões do país. Nas regiões sudeste e sul a neoplasia de mama é a mais frequente (BRASIL, 2011). Nesse sentido, o presente trabalho vai se preocupar com uma pequena localidade geográfica da Região Sul, focando a pesquisa no município de Tubarão, que durante o período de realização desta pesquisa, encontrou-se apenas um trabalho realizado nesta cidade com mulheres mastectomizadas.

O estudo foi realizado no Hospital Nossa Senhora da Conceição de Tubarão – SC, que identificou todas as mulheres que foram submetidas à cirurgia de câncer de

mama no período de 01 de agosto de 2002 a 01 de agosto de 2003, teve como amostra 43 mulheres mastectomizadas, sem distinção de idade e raça. Com isso percebemos que em sete anos a quantidade de mulheres mastectomizadas na cidade de Tubarão dobrou (FONTANELLA; SILVA, 2003).

Na atual pesquisa, foi realizada uma análise nos prontuários de mulheres que sofreram cirurgia de mastectomia pelo SUS durante todo o ano de 2010 (época da coleta de dados para o presente estudo), onde foram identificadas no total 87 mulheres, cujo perfil será apresentado na Tabela 1 a seguir, das quais foi retirada a amostra de 15 mulheres para serem entrevistadas posteriormente para a pesquisa (APÊNDICE A), conforme já detalhado na metodologia da pesquisa, apresentada na Introdução desta Dissertação.

A seguir apresentaremos os dados da pesquisa que realizamos para esta Dissertação. Na Tabela 1 abaixo, será descrito o total dos sujeitos, segundo dados encontrados nos prontuários, residentes na cidade de Tubarão e o total de sujeitos que sofreram cirurgia no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Tabela 1 – Estado civil das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010

Estado civil	No. de residentes em Tubarão		No. de pacientes que realizaram cirurgia no HNSC	
	No.	%	No.	%
Casada	25	55,55	53	60,91
Viúva	7	15,55	11	12,67
Solteira	6	13,33	12	13,79
União Consensual	4	8,88	7	8,04
Divorciada	3	6,66	4	4,59
TOTAL	45	99,97	87	100

Fonte: Dados da pesquisa.

Observou-se que entre as mulheres mastectomizadas, a maioria é casada (Tabela 1), a seguir. Estes dados correspondem a outro estudo realizado no Programa de Reabilitação para Mulheres Mastectomizadas – PREMMA -, que identificara o perfil das mulheres que tiveram câncer de mama (BOLDRINI; FRANÇA, 2004 e PRIMO et al, 2010).

Na tabela 2 abaixo, serão apresentados, segundo dados encontrados nos prontuários, a faixa etária do total de sujeitos residentes na cidade de Tubarão e o total de sujeitos que sofreram cirurgia no Hospital Nossa Senhora da Conceição.

Tabela 2 – Faixa etária das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010

Faixa etária	No. de residentes em Tubarão		No. de pacientes que realizaram cirurgia no HNSC	
	No.	%	No.	%
- de 19	1	2,22	2	2,29
20 a 29	4	8,88	6	6,89
30 a 39	5	11,11	12	13,79
40 a 49	4	8,88	15	17,24
50 a 59	21	46,66	33	37,93
60 a 69	8	17,77	14	16,09
70 a 79	2	4,44	5	5,74
TOTAL	45	99,96	87	99,97

Fonte: Dados da pesquisa.

A idade dessas mulheres variou entre 19 e 74 anos, a média foi de 49,42 anos (desvio padrão= 13,57 em relação à idade das mulheres mastectomizadas). Notou-se que 37,93% das mulheres encontram-se na faixa etária entre 50 e 59 anos (Tabela 2).

Segundo Fontanella e Silva (2003), 37 mulheres, de uma amostra de 43 indivíduos, tiveram câncer de mama após os 30 anos de idade, representando 97% da amostragem. Apenas 1 (uma) mulher, o que corresponde a 2,32% da amostra, teve o câncer antes dos 30 anos; 7 (sete) tiveram câncer entre 31 e 40 anos (16,27% da amostra) 8 (oito) tiveram entre 41 a 50 anos (18,6% da amostra), 18 tiveram entre 51 e 60 anos (41,8% da amostra) e 4 (quatro) (9,3% da amostra) mulheres tiveram acima de 61 anos.

Pode-se observar que existe uma pequena variação entre as mulheres residentes em Tubarão e as demais pacientes que foram operadas no hospital, o que vai acontecer em todas as tabelas apresentadas abaixo.

Segundo o INCA (BRASIL, 2011), a idade continua sendo o principal fator de risco para o câncer de mama e as taxas de incidência veem aumentando rapidamente até os 50 anos e, posteriormente, esse aumento ocorre de forma mais lenta. Sua incidência predomina na faixa etária entre 40 e 60 anos (BRASIL, 2007). Entre as mulheres, de 40 a 60 anos, o número de novos casos saltou de 2.042, no ano 2000, para 2.744, em 2008, um aumento de 34,3% (JUNQUEIRA, 2011).

O período crítico de oncogênese de câncer de mama, para mulheres mais jovens parece corresponder ao intervalo entre a menarca e a primeira gestação a termo, pois o lóbulo mamário, nessa fase, encontra-se em amplo processo de divisão celular até o final da adolescência (BARROS, 1994). Sabe-se que não tem havido um aumento na ocorrência de câncer de mama em mulheres jovens, ou seja, aquelas com menos de 45 anos. Tem havido um aumento no número total dos casos de câncer, predominando nas mulheres pós-menopausadas e idosas. A proporção de mulheres jovens com câncer de mama tem se mantido estável na maioria dos países, com sinais de queda nos Estados Unidos e Reino Unido. A doença acomete pacientes jovens, proporcionalmente a todos os casos diagnosticados nas diversas faixas etárias, em 15% a 18% dos casos (RICCI; RUIZ, 2012).

Quando a proliferação é intensa, a célula fica mais susceptível a agentes carcinogênicos, podendo resultar em mutações e transformações malignas. O desenvolvimento tumoral é lento, expressando-se com maior frequência a partir dos 35 anos, sendo cada vez mais frequente com o progredir da idade (BARROS, 1994). Tais dados estão em consonância com o presente estudo, uma vez que 88,88% das mulheres encontram-se com mais de 30 anos.

Outros fatores de risco já estão bem estabelecidos nessa faixa etária como, por exemplo, aqueles relacionados à vida reprodutiva da mulher (menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima dos 30 anos, anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal), história familiar de câncer da mama e alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Além desses, a exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também é considerada um fator de risco,

particularmente durante a puberdade, segundo mostram alguns estudos (BRASIL, 2011).

Tabela 3 a seguir, serão apresentados os dados referentes à religião das mulheres que fizeram cirurgia no HNSC, durante o ano de 2010.

Tabela 3 – Religião das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010

Religião	No. de residentes em Tubarão		No. de pacientes que realizaram cirurgia no HNSC	
	No.	%	No.	%
Católica	39	86,66	72	82,75
Evangélica/ Assembleia de Deus	4	8,88	11	12,64
Testemunha de Jeová	1	2,22	2	2,29
Espírita	1	2,22	2	2,29
TOTAL	45	99,98	87	99,7

Fonte: Dados da pesquisa.

Em relação à religião das mulheres mastectomizadas 82,75% são católicas (Tabela 3). O estudo se equipara ao de Lobos et al (2006), no qual a maioria das mulheres são católicas. Esse autor informa também que a maioria das pacientes entrevistadas por ele acreditava no tratamento que estava fazendo e tem uma fé religiosa associada a sua cura. O fato da maioria das mulheres serem católicas pode ser atribuído a ocupação de praticantes católicos, desde a abertura do caminho entre Lages e Laguna (1773) e a Concessão de Sesmarias (1774) (PREFEITURA MUNICIPAL DE TUBARÃO – SC, 2007).

Segundo Santos et al (2008), das 8 (oito) mulheres entrevistadas, a maioria (75%) é de religião católica, sendo as demais (25%) pertencentes a igrejas evangélicas; dados semelhantes a este estudo.

A seguir serão apresentados, na tabela 4, as informações sobre o grau de instrução referente ao perfil das mulheres mastectomizadas deste estudo.

Tabela 4 – Escolaridade das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010

Escolaridade	No. de residentes em Tubarão		No. de pacientes que realizaram cirurgia no HNSC	
	No.	%	No.	%
1º grau incompleto	6	13,33	10	11,49
1º grau completo	16	35,55	43	49,42
2º grau incompleto	3	6,66	3	3,44
2º grau completo	15	33,33	25	28,73
Superior incompleto	1	2,22	2	2,29
Superior completo	4	8,88	4	4,59
TOTAL	45	99,97	87	99,96

Fonte: Dados da pesquisa.

Das 87 mulheres que realizaram a cirurgia de mastectomia no HNSC, no ano de 2010, 60,91% apresentam o ensino fundamental completo ou incompleto; 32,17% tem o ensino médio completo ou incompleto; e 6,88% tem ensino superior completo ou incompleto (Tabela 4).

Observa-se que a maioria tem o 1º grau completo (Tabela 4). Dado que corresponde com a caracterização da amostra do estudo de Gutiérrez et al (2007), realizado no Ambulatório de Oncomastologia do Hospital São Paulo/ Universidade Federal de São Paulo.

Segundo Paraná (2002), o grau de escolaridade está diretamente relacionado às complicações das doenças; pois se observa que quanto menor a escolaridade maior o obituário, maior a dificuldade de compreensão dos tratamentos e orientações a serem seguidas, tanto para a prevenção como para o tratamento da doença. E, segundo ele e outros autores (OLIVEIRA; FERNANDES; SAWADA, 2008) indivíduos que tenha o 1º grau completo ou incompleto são considerados com baixa escolaridade e estão mais sujeitos a complicações.

A Tabela 5 a seguir, apresenta os dados relacionados à profissão das mulheres deste perfil. Os dados da tabela são os que constam do prontuário, onde não se consegue estabelecer a relação com a ocupação e/ou desocupação declarada e faixa de renda, entretanto dá pra perceber que algumas caracterização não

conseguem atender à questão do enquadramento profissional como dona de casa, desempregada, pensionista e autônoma.

Tabela 5 – Profissão das mulheres mastectomizadas residentes em Tubarão e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010

Profissão	No. de residentes em Tubarão		No. de pacientes que realizaram cirurgia no HNSC	
	No.	%	No.	%
Dona de casa sem profissão	12	26,66	19	21,83
Pensionista	8	17,77	17	19,54
Auxiliar de serviços gerais	5	11,11	9	10,34
Agricultora	2	4,44	7	8,04
Costureira	1	2,22	6	6,89
Cozinheira	4	8,88	5	5,74
Operadora de caixa	2	4,44	3	3,44
Funcionária pública	1	2,22	2	2,29
Estudante	1	2,22	2	2,29
Pescadora	-	-	2	2,29
Técnica de enfermagem	1	2,22	2	2,29
Técnica judiciária	1	2,22	1	1,14
Operária	-	-	1	1,14
Oficial de justiça	1	2,22	1	1,14
Faxineira	1	2,22	1	1,14
Autônoma	-	-	1	1,14
Assistente administrativa	1	2,22	1	1,14
Vendedora	1	2,22	1	1,14
Empacotadora	-	-	1	1,14
Assessora parlamentar	-	-	1	1,14
Ceramista	-	-	1	1,14
Professora	1	2,22	1	1,14
Desempregada	1	2,22	1	1,14
Coordenadora financeira	1	2,22	1	1,14
TOTAL	45	99,94	87	99,8

Fonte: Dados da pesquisa.

Quanto à profissão das mulheres mastectomizadas observa-se que a maioria é dona de casa sem profissão ou pensionista ou auxiliar de serviços gerais (Tabela 5). Estes dados mostram que essa população é constituída por mulheres que têm seus afazeres relacionados, sobretudo a cuidados com a família.

Segundo Dias (2005), a maior parte das pacientes com câncer de mama teve que se afastar do trabalho devido à cirurgia de mastectomia. Os estudos de Avis, Crawford e Manuel (2005) afirmam que o afastamento do trabalho foi um dos fatores que interferiram negativamente na avaliação da qualidade de vida destas pacientes, principalmente das mulheres com menos de 40 anos.

Em relação aos tipos de mastectomia, a maior parte das mulheres, que residem em Tubarão - SC, havia realizado tratamento cirúrgico conservador (66,66%), sendo submetida a mutilações mínimas, o restante da amostra havia realizado tratamento cirúrgico não conservador (33,33%) (Tabela 6).

Tabela 6 – Tipos de mastectomia realizado pelas mulheres residentes em Tubarão e que realizaram cirurgia no HNSC em 2010

Tipos de mastectomia	No. de residentes em Tubarão		No. de pacientes que realizaram cirurgia no HNSC	
	No.	%	No.	%
Mastectomia radical	4	8,88	15	17,24
Mastectomia radical modificada	9	20	16	18,39
Mastectomia simples	2	4,44	3	3,44
Quadrantectomia	11	24,44	22	25,28
Segmentectomia ou Setorectomia	15	33,33	21	24,13
Tumorectomia ou Nodulectomia	4	8,88	10	11,49
TOTAL	45	99,97	87	99,97

Fonte: Dados da pesquisa.

A cirurgia foi o primeiro tratamento que alterou significativamente o curso da doença neoplásica e, até hoje, é um dos principais métodos terapêuticos (BRASIL, 2008).

Um estudo realizado por Prado (2004) demonstrou que a tendência atual de utilizar os procedimentos cirúrgicos conservadores, como a quadrantectomia, tumorectomia e setorectomia, é porque essa favorece uma melhor qualidade de vida, o que pode contribuir para uma melhora da aceitação da imagem corporal. No entanto, o Mistério da Saúde (BRASIL, 2004) afirma que a indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico da doença.

Vale ressaltar que o perfil das mulheres entrevistadas é o mesmo das mulheres que realizaram cirurgia de mastectomia, no Hospital Nossa Senhora da Conceição, no

ano de 2010 (87 mulheres), como também se selecionarmos somente as mulheres que residem em Tubarão – SC (45 mulheres).

Em relação à amostra para as entrevistas, as mulheres foram escolhidas de forma intencional segundo os critérios de inclusão anteriores: estado civil, idade, grau de instrução, profissão, religião, data da realização da cirurgia e que tinham realizado mastectomia total, radical ou radical modificada para serem entrevistadas no referido hospital, conforme consta na Metodologia do estudo. Obtivemos uma amostra com 15 mulheres, porém somente 9 (nove) aceitaram a participar da pesquisa e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE D), que foram entrevistadas. Destas 9 (nove) mulheres, 7 (sete), correspondente a 77,77% eram casadas e 2 (duas), ou seja, 22,22% eram solteiras. Não existiram mulheres com outro estado civil na amostra.

A faixa etária das entrevistadas variou mais. Com relação à faixa etária, entre as entrevistadas, as idades variavam entre 20 a 59 anos. Destas, entre as da faixa etária de 50 a 59 anos, 4 (quatro) pessoas, ou seja, 44,44% correspondem a amostra. Outras 2 (duas), correspondentes a 22,22% correspondiam à faixa etária de 40 a 49 anos; mais 2 (duas), que também correspondem a 22,22%, estavam na faixa etária de 30 a 39 anos. Apenas 1 (uma) referindo-se à 11,11% da amostra se encontrava na faixa etária compreendida entre 20 a 29 anos. Na amostra das mulheres entrevistadas não encontramos nenhuma mulher igual ou abaixo de 20 anos e nem igual ou acima de 60 anos de idade, apesar de existirem pessoas nessas faixas etárias em Tubarão e também entre as operadas no Hospital e não residentes no município.

Segundo a religião das entrevistadas, 8 (oito) são católicas, correspondente a 88,88%, e 1 (uma) é evangélica, correspondente a 11,11%. Os relatos indicam que as mulheres tomam consciência da finitude da vida, porém a percepção de que deveriam enfrentar o problema se fez presente e a cura passou a ser sua principal meta, que poderia ser alcançada por confiar em Deus.

Quanto a escolaridade das entrevistadas, 6 (seis) mulheres, que correspondem a 66,66%, tem o ensino fundamental completo ou incompleto; 2 (duas) tem o ensino

médio completo, que corresponde a 22,22% e 1 (uma) tem o ensino superior completo, que corresponde a 11,11%. Segundo Paraná (2002) e Oliveira, Fernandes, Sawada (2008) a maioria possui baixa escolaridade.

Quanto a profissão das entrevistadas, quando questionamos sua profissão, 8 (oito) mulheres, que correspondem a 88,88%, se intitulam como dona de casa sem profissão e 1 (uma) como vendedora, que corresponde a 11,11%.

Em relação à classe de renda das mulheres mastectomizadas, que foram entrevistadas, do ponto de vista de sua capacidade de consumo, a maioria se encontra na classe C1 e apenas um na classe B2, conforme a metodologia adotada. O valor bruto em dinheiro da renda média familiar dos indivíduos que estão na classe C1 é de hum mil quatrocentos e cinquenta e nove reais por mês⁷ e dos que estão na classe B2 é de dois mil seiscentos e cinquenta e seis reais por mês.

⁷ Na data da coleta de dados, 2010, o valor do salário mínimo era entre quinhentos e oitenta e sete reais e seiscentos e setenta e nove reais.

3 CÂNCER DE MAMA: A CONSTRUÇÃO DOS SIGNIFICADOS

No século XIX e início do século XX, o câncer, além de considerado contagioso, associado à falta de higiene e resultado de “pecados e vícios” (TAVARES; TRAD, 2005).

As orientações sanitárias quanto à etiologia e às possibilidades de cura do câncer disseminadas pelos órgãos de saúde eram confusas e divergentes entre si (BERTOLLI FILHO, 1996). O que dificultava e complicava ainda mais o entendimento e o preconceito com a doença. Em relação à atitude dos médicos, considerava-se um ato de crueldade informar ao paciente o diagnóstico e os efeitos dos medicamentos utilizados (TAVARES; TRAD, 2005).

Nessa época, o pudor, a vergonha, o isolamento e o silêncio faziam parte da história do enfrentamento do câncer. No entanto, a partir dos anos 50, ocorreram mudanças consideráveis nos significados e formas de enfrentamento do câncer. Como aponta Bertolli Filho (1996), entre práticas sexuais consideradas “monstruosas”, o coito bucal era identificado como causa principal das neoplasias nas mulheres, formando-se nódulos cancerosos inicialmente na cavidade bucal e trato digestivo, seguindo-se a disseminação por todo o organismo.

Certas mudanças foram incentivadas pelos movimentos sociais em defesa dos direitos das mulheres e, em grande parte, pelos avanços nos métodos de diagnóstico e tratamento que possibilitaram o aumento do número de sobreviventes e do tempo de sobrevivência dos pacientes (TAVARES; TRAD, 2005). No século XXI, apesar de todo o avanço alcançado nas pesquisas dos fatores genéticos, em seu diagnóstico e tratamento, o câncer permanece como uma doença de causa obscura e cujo tratamento ainda não é totalmente eficaz (BRASIL, 2003).

Atualmente, percebe-se que o câncer tem sido associado à dor, à morte, à culpa, ao medo e à estigmatização social e é uma doença sobrecarregada de significados, que tentam controlar, ainda que ilusoriamente, a doença, a vida e a morte.

3.1 A VISÃO DAS MULHERES SOBRE VIDA, SAÚDE E DOENÇA

O câncer de mama, apesar dos progressos da medicina em relação aos métodos de diagnóstico e tratamento, para muitas mulheres, ainda é visto como uma doença cruel e estigmatizante, que consome o indivíduo aos poucos. Sontag (1984) afirma que as várias metáforas construídas e partilhadas socialmente ao longo da história a respeito do câncer contribuem para que essa doença ainda hoje seja vista como uma sentença de morte. No excerto abaixo podemos ressaltar essa visão de algumas entrevistadas:

Deus me livre! Não gosto nem que me fale dessa doença! É uma coisa muito triste! Muito ruim! (VALÉRIA)

Dia 22 de abril fui ao médico e descobri que tinha câncer de mama! Pensava assim: recebi um castigo e não posso me livrar dele! (ORQUÍDEA)

Neste momento, eu fiquei muito revoltada, foi muito difícil, chorei muito! (SOL)

Foi horrível! Bah! Porque você não tem muita noção do que é... Só pelo o nome você já acha que vai morrer! (GIRASSOL)

Bah! Foi terrível! Entrei em desespero! Achei que ia morrer em dois meses! (ÁRVORE)

Algumas, inclusive, relatam como nas falas abaixo, terem sido mais felizes antes do aparecimento do câncer:

Eu era mais feliz! Não vou dizer que era felicidade, mas era mais feliz! (VALÉRIA)

Eu era mais feliz! Não vou dizer que era felicidade, mas era mais feliz! Depois que eu tirei a mama toda, então! Acabou tudo! Não sou feliz! (ÁRVORE)

Felicidade? Felicidade pra mim hoje é minha filha! (TULIPA)

Felicidade, bah! Coisa que não tenho mais! (SOL)

Conforme se pode observar nos depoimentos acima, as entrevistadas falam do sofrimento com a doença. Tristeza, castigo, revolta, expectativa de eminência de morte e desespero são sentimentos muito fortes que aparecem nas falas das entrevistadas. Segundo Boff (1999), o câncer de mama é um acontecimento

marcante com implicações sociais, psicológicas e sexuais. Podemos confirmar tal observação com algumas falas das pacientes nos excertos abaixo:

Distanciei-me um pouco dos amigos, até porque no começo tinha vergonha! (ORQUÍDEA)

Eu sentia solidão, tristeza, queria ficar isolada, quietinha no meu canto! Não gosto nem de lembrar! (SOL)

Às vezes a agente tem vergonha, né! Com meu marido mesmo... Eu não fico nua na frente dele... Às vezes ele olha e eu me arrepio! (ROSA)

Bah, não sei! Penso o tempo todo ainda em mim sem meu seio sabe, ai é ruim! (GIRASSOL)

Você não tira mais o sutiã perto de ninguém, você não troca de roupa perto de ninguém, você acha que alguém vai perceber, vai ficar olhando... é ruim! (VALÉRIA)

Não para o meu marido, mas para mim ficava ruim, eu já ficava de camisola, e quando eu estava de baby dool, eu não tirava a parte de cima! (MARIA)

O câncer de mama representa uma ameaça em vários níveis. Os efeitos deletérios dessa doença têm preocupado os profissionais de saúde envolvidos com a qualidade de vida dessas pacientes. Entre as atitudes declaradas pelas entrevistadas aparecem o recolhimento e isolamento social, que levava à solidão e provocava tristeza. Falam de sentimentos de vergonha do corpo nu na intimidade da vida íntima e até da roupa utilizada para disfarçar a mutilação.

O impacto do diagnóstico de câncer de mama é influenciado pelo contexto sociocultural no qual o indivíduo está inserido, por interferir no seu comportamento e em suas atitudes quando da descoberta. As mulheres têm suas próprias crenças a respeito do câncer de mama. Tais significados são formados ao longo da vida, de modo especial em suas interações familiares e sociais (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Podemos observar, entre as pacientes diagnosticadas com câncer de mama, que esse estudo demonstra que, tanto o diagnóstico quanto o tratamento e suas sequelas são muito estressantes. A sensação de ter adquirido uma vida ruim, de pior qualidade é muito comum para as mulheres que passaram pelo diagnóstico de câncer e a cirurgia de retirada da mama, já que acreditam que a sua vida não será

mais a mesma e que os aspectos psicossociais ficaram muito prejudicados. Podemos observar essas questões nos excertos abaixo:

Depois que descobri que tinha câncer, foi muito triste! Meu chão saiu! Você fica pensando: Porque comigo? O que eu fiz? O que vai me acontecer? (GIRASSOL)

Horrível! Eu olhava pra mim... Ai meu Deus, faltou um pedaço de mim! Agora eu sou uma pessoa inválida! (ROSA)

Muito ruim foi a fase que fiz a “quimio” e caiu o cabelo! Bah, aquilo foi o fim! Eu tinha vontade de não sair, só ficar dentro de casa! (MARIA)

É muito ruim! Eu sinto vergonha! A gente não sai porque não se sente bem, deixa as amizades. Porque por mais que a gente bote o “sutiãzinho” de bojo, mas está sempre desconfiada de que alguém está olhando, rindo. É assim. Fico o tempo toda incomodada! (VALÉRIA)

Foi a mesma coisa que me dar um tapa no rosto! Ficar sem o seio é muito ruim! (SOL)

Tem um peito, o outro não tem. Não dá para você olhar no espelho, sabe? Na verdade, acho que tenho receio de olhar no espelho, a imagem me assusta. Eu estou deficiente, né! (ORQUÍDEA)

Na verdade fiquei mais revoltada, minha maneira de ser não é mais como antes, eu me irrita à toa, às vezes, trato as pessoas mal. Você lembra quando falou comigo a primeira vez para agendarmos a entrevista? Nem sei por que aceitei! A doença e a cirurgia abalaram minha vida, até hoje me sinto nervosa, irritada. (ÁRVORE)

A vergonha e o isolamento são sentimentos muito recorrentes nos depoimentos. Sempre fizeram parte do enfrentamento do câncer, desde os anos 40 do século XX e afetam particularmente mulheres, com câncer de mama, ameaçadas por uma cirurgia mutiladora. Tal situação tem sido atribuída ao fato da mama ser um dos principais símbolos de sua feminilidade (RZEZNIK; DALL'AGNOL, 2000).

O câncer, depois de instalado, mesmo que tratado, se torna uma ameaça constante para maioria dessas mulheres. Verificamos que entre as 9 (nove) pacientes entrevistadas, 7 (sete) dessas vivem preocupadas e com medo da recorrência da doença, conforme um depoimento que exemplifica esse dado:

Bah! Eu morro de medo de voltar! (VALÉRIA)

Segundo Silva et al (2010), o temor pela reincidência da doença faz com que elas tomem consciência da necessidade de mudar os hábitos de vida, refletindo na declaração de que têm tomado maior cuidado com a saúde delas próprias. Das entrevistadas, quatro falaram sobre esse aspecto:

Bah! Muda tudo! Sua vida... sua maneira de ver as coisas... sua forma de pensar... de valorizar a vida, as coisas. Eu faço o que quero, e penso em mim também! (ORQUÍDEA)

Seu jeito, as pessoas com você, sua forma de olhar a vida, de se comportar, de agir, tudo muda! Valorizo mais minha vida, minhas coisas! (SOL)

Mudou minha visão de ver as coisas! De pensar em mim! Eu pensava mais antes de agir e agora não! (MARIA)

Tive que parar de trabalhar e cuidar de mim, né! (TULIPA)

Com tantas dificuldades a serem enfrentadas, essas mulheres precisam de informações sobre todas as etapas da doença, desde o diagnóstico até após a reconstrução da mama. E como podemos identificar nos relatos de algumas mulheres elas sentem necessidade de mais informações, como segue o excerto abaixo:

No hospital eles falam rápido algumas poucas coisas e só! Depois é só mesmo o que você pergunta pro médico nas consultas! (ORQUÍDEA)

Eu queria ter mais informações! Igual quando a gente faz a cirurgia, volta, e eles só te falam assim: "Agora tu vai tomar esse remédio aqui que é um hormônio por cinco anos." E você não sabe que hormônio é esse, pra que ele serve como ele age, o que ele faz... Eles não te falam! Falta informação! (SOL)

Hoje vejo que, se tivesse mais informação, seria diferente! Talvez não tivesse tanto medo e tanta frustração! (FLOR)

As pessoas me atenderam bem! Mas não dão muita atenção! Não tive nenhuma orientação! De ninguém! (MARIA)

Desse modo, ao determinar novas perspectivas de vida, a mulher ultrapassa os limites da doença. Reintegrando dessa maneira sua identidade dentro de novas concepções pessoais, sentimentos sobre a doença e conceito de si mesma, aceitando-se como uma mulher portadora de câncer de mama. Portanto, deve-se

reconhecer que essas vivências podem interferir no tratamento dessas mulheres, considerando que as emoções têm muita relação na saúde emocional.

3.2 A REPERCUSSÃO DA CIRURGIA NO COTIDIANO DAS MULHERES

Para a mulher com câncer de mama, a experiência pode ser bem dolorosa, mas também implicar em adaptação e até amadurecimento emocional à nova identidade, e é representada pelos ajustamentos às novas condições que passam fazer parte da sua vida após o diagnóstico (BERGAMASCO, ANGELO, 2001). As entrevistadas abaixo explicitam isso:

Eu considero o câncer no passado! Eu consigo vencer ele! (SOL)

Não sei o que dizer! É porque, hoje em dia, quando você descobre que está com câncer a gente fica muito apavorada, mas depois passa, fica normal! (MARIA)

Nossa é difícil. Mas eu acho que antigamente eu ia ficar mais chocada porque acho que não era uma doença tão comum! (TULIPA)

Entretanto, observar-se que algumas outras não conseguem se adaptar a essa nova realidade, que parece afetar a sua identidade, levando a um adoecimento mental, como é o caso da paciente que se declara com depressão, a uma sensação constante de vergonha, invalidez e mutilação:

Quando tive o diagnóstico foi horrível! Procurei ajuda para me tratar! Mas tomo remédio para depressão até hoje! (VALÉRIA)

Eu sinto muita vergonha! Deixo de sair, de fazer as coisas por conta disso! (FLOR)

Eles cortam um pedaço da gente! Você fica inválida! Deixo de sair, de ir a praia! (MARIA)

Ainda pra mim é muito difícil! Me incomoda bastante ainda! Tirar a mama é complicado! Sempre tem vergonha! (ÁRVORE)

Parece que você tira só um pedacinho, mas é tanta coisa! Só quem tira pra saber! (ORQUÍDEA)

O resultado da interpretação da experiência da doença, seu tratamento e suas sequelas desencadeiam também sentimentos e emoções a partir do significado de viver com uma doença estigmatizante (BERGAMASCO; ANGELO, 2001). Podemos confirmar essas questões nos excertos abaixo, quando as pacientes falam de sentimentos como medo, raiva, tristeza, solidão:

Eu tenho medo de voltar, né! (FLOR)

Sentia raiva, dor, tristeza, angústia, dúvida, medo! (GIRASSOL)

Raiva, desespero quando o cabelo caiu, solidão, dor! (ORQUÍDEA)

Revolta, medo, angústia, tristeza! Pra mim a parte mais difícil foi da “quimio”. Além da tristeza, eu tinha muita náusea! (ÁRVORE)

Raiva, medo, dor! Chorei muito! O que foi mais difícil foi fazer aquela “quimio”! Foi pra matar! Criei um cascão grosso na língua, não comia, não dormia, o cabelo caiu tudo, tudo, tudo! (VALÉRIA)

Os significados atribuídos ao câncer afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e as respostas de outras pessoas com relação a sua nova condição. Goffman (1988) afirma que o indivíduo estigmatizado acaba por enfrentar outra crise ao rever sua condição.

O estigma do câncer, em nossa sociedade, está relacionado à crença de que seu portador está condenado a morrer. Este estigma é histórico devido às poucas chances de cura que um paciente oncológico dispunha tempos atrás, com técnicas cirúrgicas extremamente mutiladoras e ausência de tratamentos adjuvantes eficazes. Porém, com o avançar da tecnologia na área médica, essas pacientes têm maiores chances de reabilitação e de retomada de suas vidas cotidianas (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009), mas esse horizonte parece distante para muitas.

Para a mulher mastectomizada, as limitações impostas pela intervenção cirúrgica refletem na necessidade de realizar novos papéis e tarefas, pois se ela não enfrentar essas limitações sociais terá de abrir mão de suas atividades rotineiras. Como podemos observar 8 (oito) mulheres, das 9 (nove) entrevistadas, deixaram seus empregos e restringiram suas atividades a domésticas:

Ah, não dá pra trabalhar mais fora de casa; né? Até dentro de casa é difícil! Às vezes tem que arrumar devagar... um quarto; parar; arrumar o outro; parar... É assim! O braço dói muito, incha! (GIRASSOL)

Hoje eu não trabalho mais! Sou dona de casa! (ORQUÍDEA)

Por causa disso eu não trabalho fora! Só em casa que eu faço serviço, mas quando faço serviço a mais, meu braço incha! Não tenho força pra nada nesse braço! Até pra abrir um refrigerante eu não consigo! (VALÉRIA)

Eu estou sem trabalhar por causa disso, né! Porque a gente perde a força do braço! Nem varrer a casa... É ruim, porque não dá! (FLOR)

Interferiu, né, porque eu fiquei sem resistência! O braço dói, incha! Ai eu parei de trabalhar e agora estou tentando na justiça me aposentar. (ROSA)

Sou dona de casa, mas mesmo assim me canso e sinto dor no braço até hoje! (MARIA)

Deixei meu emprego que eu tinha antes pra me tratar! Esse braço aqui está com sequela. Eu sinto muita dor nele! Não tenho força. Ele incha direto. Não conseguia fazer as coisas nem em casa! Fiquei completamente parada no início! (TULIPA)

o braço fica sem força! Ele não é mais o mesmo! Ele fica pesado e dificulta fazer suas tarefas. Dar dormência! Até pra escrever é difícil! (ÁRVORE)

Conforme observamos na nossa pesquisa, corroborando Araújo e Fernandes (2008), isso contribui para acelerar o comportamento depressivo e o isolamento social, pois as mulheres, por não desempenharem tarefas que outrora eram suas, se sentem diferentes. Uma até chegou a dizer que se sente inútil. Suas relações pessoais e também as de amizade ficam comprometidas.

Devido a estas questões, a assistência prestada a essas clientes deve privilegiar a elevação da qualidade de vida em todos os segmentos de sua vida. Dessa forma, a assistência de enfermagem deve estimular as mudanças nos aspectos psicossociais, assim como a readaptação no atual estilo de vida da mulher (CAETANO; SOARES, 2005).

Um trabalho em equipe multiprofissional, com suporte terapêutico de enfermagem, social e psicológico, contribuiria de forma significativa para a qualidade de vida dessas mulheres. Assim, a mulher com diagnóstico de câncer de mama deve estabelecer novos propósitos na vida e integrar seu novo ser de forma produtiva e saudável.

A esperança de voltar à normalidade é um importante fator facilitador no enfrentamento de situações de crise. Para a mulher com câncer de mama, compreender a doença e seus significados faz com ela seja capaz de refletir sobre o papel que exerce na vida diária de família e sobre as pessoas de seu convívio, bem como descobrir maneiras de ter uma melhor qualidade de vida.

3.3 PERCEPÇÕES SOBRE A DOENÇA E SUAS EXPECTATIVAS

Durante toda a vivência do câncer, os sentimentos mudam muito. Há um aprendizado muito grande no sentido de buscar uma reorganização de sua vida, para saber o que pode ser feito para não perder o controle da situação (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

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. Podemos confirmar isso na fala da maioria das mulheres; sendo que 1 (uma) falou que tinha medo do insucesso do tratamento e 7 (sete), 1 (uma) nada declarou. Entre as 9 (nove) entrevistadas, falaram que tem medo do retorno da doença. Ilustramos essas questões no depoimento abaixo:

Eu tinha medo de me tratar e tenho medo até hoje de voltar! (MARIA)

As mulheres que realizam a mastectomia além do preconceito e do estigma social em torno da doença e da cirurgia, que afeta de forma dramática as pessoas acometidas ainda expressam um sentimento de ambivalência após o procedimento cirúrgico. A mulher aceita a retirada da mama, porque acredita que após esse procedimento ficará curada e espera que não precise mais se preocupar. Entretanto, ao mesmo tempo, existe o medo de enfrentar um corpo que já não é mais o mesmo, que agora se encontra mutilado, que causa uma estranheza. Essas questões podem ser observadas nos depoimentos abaixo:

Depois que me deu isso (câncer de mama), ele (marido) se afastou de mim! Ele foi saindo assim aos poucos da minha vida! (VALÉRIA)

Nossa, quando soube que teria que tirar todo peito, bah! Aceitei porque sabia que assim era a única maneira de melhorar! (ORQUÍDEA)

Bah! Foi horrível me ver pela primeira vez sem peito! Demorei a me acostumar. Chorei muito! Até hoje pra te falar a verdade sinto vergonha! (GIRASSOL)

Bah! É ruim nessas horas... Vai botar uma roupa e fica um buraco... Não pode usar uma blusa decotada... (TULIPA)

Não tem jeito de fugir da cirurgia. Bah! Eu tenho medo do câncer porque ele pode ir para outro lugar, né?! Os médicos que façam o que acharem melhor, só quero ficar curada! (ÁRVORE)

A gente acaba se acostumando porque não tem jeito de fazer nada, a gente só quer ficar curada! (FLOR)

Vale acrescentar ainda que o impacto da mastectomia sobre a imagem corporal é maior em mulheres casadas do que em mulheres solteiras (KING et al, 2000). Cohen et al (2000) ainda acrescenta que mulheres mais jovens (casadas ou solteiras) têm maior dificuldade de adaptação após o diagnóstico da doença e da mastectomia. Essa situação tem sido agravada pelo abandono de alguns maridos e companheiro, conforme aparece em um dos relatos.

Segundo Kenny et al (2000), entretanto observou que mulheres mais velhas apresentam melhor escore de qualidade de vida porque essas valorizam menos a mama e a feminilidade. Onde se pode observar que o câncer é uma doença mais bem aceita pelas mulheres mais velhas.

Segundo Duarte e Andrade (2003), as sequelas existem porque ocorre uma mudança de identidade, já que a autoimagem não é mais a mesma e a forma como entendem, sentem e interpretam o mundo também mudou. Assim, dificilmente a mulher que passa pela experiência do câncer de mama retoma sua vida anterior normalmente.

Holzner et al (2001) mostram que as mulheres são bastante afetadas em seus domínios emocional, social e sexual, não somente no período de um a dois anos após o tratamento inicial, mas também, constatou que o mesmo ocorre com

mulheres após cinco anos de diagnosticada a doença. Devido a isso, sugerem que o cuidado psico-oncológico deve ser oferecido à paciente após o término do tratamento, sem previsão para alta da terapia psicológica.

CONCLUSÃO

Após analisar a visão de mulheres mastectomizadas sobre a sua vivência com a doença, concluímos que a cada fase a mulher enfoca numa questão.

Começamos com a confirmação do diagnóstico, e percebemos que emoções, quase sempre associadas ao medo, desespero e morte já são desencadeadas. Assim vem às dificuldades encontradas pelo tratamento e a mutilação, em que a luta pela vida é bastante evidente e para elas é o pior momento.

Assim as mulheres passam a conviver diariamente com a possibilidade de morte associada às representações presentes nas ideias sociais sobre o câncer de mama. Apesar disso, para algumas entrevistadas, as mudanças provocadas pelo câncer de mama lhe deram uma nova visão, porque passaram a dar mais valor às suas vidas.

Posteriormente, vem à fase de retomada das mulheres ao seu cotidiano, que observamos que com os relacionamentos sociais, atividades de lazer, trabalho e família, é que surgem as preocupações relacionadas ao próprio corpo. Através dessas relações sociais vimos que ocorre um enfrentamento das mulheres com a realidade, fazendo com que elas passem a avaliar e reelaborar as suas ações e as formas de relacionar-se com o próprio corpo e com os outros.

Notamos que para se adequarem a uma nova situação e, em particular, à perda da mama, comprometem de certa forma, todos os âmbitos de suas vidas. As alterações do próprio corpo implicaram também em transformações afetivas, refletidas na forma de como as mulheres percebem a si mesmas e na forma como vivenciam suas vidas.

A reconstrução mamária é uma opção para melhorar a qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia, pois pode atenuar o impacto emocional e físico provocado pela cirurgia radical, e tem como objetivo imediato a reparação da mutilação da mastectomia; restaurando a forma e o volume da mama amputada, preservando assim a autoimagem da paciente; contribuindo para a recuperação psicossocial mais rápida.

Entretanto, muitas vezes, as mulheres criam uma expectativa enorme com essa cirurgia e acham que terão novamente uma mama, esteticamente, *como antigamente*, e não é assim; a forma e o volume da mama são reconstituídos, mas a parte estética nem sempre fica tão boa, então as mulheres ficam frustradas e algumas passam por grandes conflitos devido a essa nova questão. No nosso estudo não enfocamos nas pacientes que realizaram a reconstrução, porém uma das pacientes havia realizado a reconstrução e disse: “*Colocaram um “bolo de carne” em mim em vez de fazerem meu peito!*” (SOL).

Por isso, vale acrescentar que estudos que pudessem aprofundar a questão sobre reconstrução da mama com essas mulheres seriam de grande relevância, pois muitas fazem a reconstrução achando que suas mamas voltariam a ser iguais eram anteriormente a cirurgia de retirada da mama e com isso enfrentam um novo dilema em sua vida. Imagina-se que a cirurgia será vista por elas como uma coisa boa, mas muitas após a cirurgia se decepcionam.

É importante destacar que cada mulher reage a essas situações conforme algumas variáveis que dizem respeito à sua história de vida, ao contexto social, econômico e familiar de cada uma.

Observamos também que as mulheres em Tubarão recebem pouca informação à respeito da doença, cirurgia, tratamento, cuidados e que não possuem nenhuma referência para auxílio na cidade, como também nenhum grupo de apoio ou programa de reabilitação voltado as mulheres mastectomizadas.

Apontamos também a necessidade dessas pacientes serem melhor orientadas por profissionais de saúde, como médicos, enfermeiros, psicólogos e assistentes sociais, os quais poderiam contribuir, não só para a redução das consequências associadas ao estresse, ansiedade, medo e insegurança provocado pelo tratamento, mutilação, possibilidade de retorno da doença e até de reconstrução da mama, mas também para oferecerem situações de apoio e acolhimento para que possa ocorrer uma melhor qualidade de vida durante e posteriormente ao tratamento.

Segundo Anderson (2008), a Atenção Primária é muito importante, pois é onde começam as ações desenvolvidas para a promoção da saúde através da educação, prevenção, recuperação e reabilitação para os problemas mais recorrentes de saúde.

Conforme relatos, identificamos também que foi o processo de adoecimento que despertou medos e fantasias produzidos pelo estigma da doença, provocando também mudanças de comportamento. Algumas entrevistadas revelaram que antes do câncer eram mais sociáveis e alegres, e após a doença se tornaram mais reservadas e procuraram se isolar do contato social. Algumas ao se referirem aos relacionamentos amorosos, durante as relações sexuais sentem-se inibidas e tentam ocultar a mama mutilada. Além disso, percebemos que todas as mulheres que fizeram quimioterapia e perderam seus cabelos, nenhuma delas tirou fotografias enquanto estava sem cabelo, somente após o cabelo crescer novamente.

Essas questões apontam que para melhorarmos a qualidade de vida dessas mulheres, e conseqüentemente a visão dessas sobre o câncer, precisa-se contar com grupos de apoio, de reabilitação e uma equipe interdisciplinar e multiprofissional para realizar o acompanhamento psicossocial dessas mulheres no momento do diagnóstico e durante todo o processo de tratamento do câncer, já que para elas a experiência tem se revelado muito difícil, cheia de medos e angústias.

Por isso, as políticas públicas de saúde contra o câncer de mama devem estudar todos os aspectos envolvidos, de forma a descentralizar a assistência, ampliando e facilitando o acesso da população ao atendimento, a informações, aos exames, aos tratamentos. Ressaltando ainda que o SUS, por meio do SISMAMA, tem potencial como mecanismo determinante no controle do câncer de mama, permitindo, assim, que a atenção à saúde da mulher realmente seja algo tangível e completo na realidade brasileira.

REFERÊNCIAS

- ALEIXO, José Lucas Magalhães. **A Atenção Primária à Saúde e o Programa de Saúde da Família: Perspectivas de Desenvolvimento no início do Terceiro Milênio.** Revista Mineira de Saúde Pública. Disponível em: <<http://www.epidemioufpel.org.br/proesf/2%20Aleixo%202002.pdf>>. Acesso em: 23 de jul. 2012.
- AMÂNCIO V. M.; SANTANA N.; COSTA S. Mulher mastectomizada e sua imagem corporal. **Revista Baiana de Enfermagem**, Salvador, v. 21, n. 1, p. 41-53, jan/abr 2007.
- ANDERSON, Maria. **Atenção Primária.** Jornal do povo. Disponível em: http://www.esp.ce.gov.br/index.php?option=com_content&task=view&id=237>. Acesso em: 27 de jul. 2012.
- BARRETO, E. M. T. Acontecimentos que fizeram a história da oncologia no Brasil: Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Revista brasileira de cancerologia**, v. 51, n. 3, p. 267-75, 2005.
- BARROS, A.; NAZÁRIO, A.. Fatores de risco para o câncer de mama. In: **Câncer da mama - diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro - RJ: Editora Medsi, 1994.
- 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, v. 47, n. 3, p. 277-82, 2001.
- BERGMANN, A. **Prevalência de linfedema subsequente a tratamento cirúrgico para câncer de mama no Rio de Janeiro.** 2000. 142f. Dissertação. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública; 2000. Disponível em: <http://portaldeseres.icict.fiocruz.br/transf.php?script=thes_chap&id=00004703&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 06 de out. 2011.
- BERTOLLI FILHO, C. Fontes para o estudo do câncer em São Paulo. In: **Temas em psico-oncologia, III encontro e I congresso de psico-oncologia.** São Paulo: Medina; p. 8-12, 1996.
- BITTENCOURT, R.; SCALETZKY, A.; BOEHL, J. A. R. Perfil epidemiológico do câncer na rede pública em Porto Alegre – RS. **Revista brasileira de cancerologia**, v. 50, n.2, p. 95-101. 2004.

BOFF, A. R. **Repercussões associadas à terapêutica cirúrgica de mulheres com câncer de mama**. 1999. Dissertação - Programa de Pós-Graduação em Ciências na área de Saúde Pública. Universidade de São Paulo, São Paulo. 1999.

BOING, A. F.; VARGAS, S. A. L.; CRISPIM-BOING, A. A carga das neoplasias no Brasil: mortalidade e morbidade hospitalar entre 2002-2004. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, SP, v.53, n. 4, p. 317-322, 2007.

BOLDRINI, R. C.; FRANÇA, T. **Perfil de mulheres mastectomizadas de um programa de reabilitação em Vitória**. 2004. Monografia. Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Espírito Santo. Vitória, 2004.

BORGHESAN, D. H. P et al. Autoexame das mamas: conhecimento e prática entre profissionais da área da saúde de uma instituição pública. **Acta Scientiarum: Health Sciences**, Maringá, PR, v. 25, n. 1, p. 103-113, 2003. Disponível em: <<http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/ActaSciHealthSci/article/viewFile/2304/1479>> . Acesso em: 10 Ago. 2009.

BLAND, K. I. et al. The National Cancer Data Base 10-year survey of breast carcinoma treatment at hospitals in the United States. **Cancer**, United State, USA, v. 83, n. 6, p. 1262-1273, 1998.

BRASIL. Decreto - lei n.3.643, de 23 de setembro de 1941. Institui, no Departamento Nacional de Saúde do Ministério da Educação e Saúde, o Serviço Nacional de Câncer e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 23 set. 1941.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Nacional de Controle de Tabagismo - CONTAPP. "**Falando Sobre Câncer e Seus Fatores de Risco**". Rio de Janeiro, 1996.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, Coordenação de Programas de Controle de Câncer (Pro - Onco) e Instituto Nacional de Câncer, 1997.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2002.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa da incidência e mortalidade por câncer no Brasil**. Rio de Janeiro: 2003. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2003/>>. Acesso em: 16 mai. 2009

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer de mama: Documento de Consenso**. Rio de Janeiro: INCA, 2004a.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2008: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, 2008a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2008/>>. Acesso em: 16 mai. 2009.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço**. 3.^a edição. Revista atualizada e ampliada. Rio de Janeiro: INCA, 2008b.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. **Encontro internacional sobre rastreamento do câncer de mama: resumo das apresentações**. – Rio de Janeiro: INCA, 2009.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2010: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2009. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>>. Acesso em: 16 mai. 2009.

BRASIL. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2012: incidência de câncer no Brasil**. Rio de Janeiro, RJ, 2011. Disponível em: <<http://www1.inca.gov.br/estimativa/2012/estimativa20122111.pdf>>. Acesso em: 19 dez. 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência integral à saúde da mulher: bases da ação programática**. Brasília: Ministério da Saúde, 1984.

BRASIL. Ministério da Saúde. **2004 - Ano da mulher**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**, para o período compreendido entre os anos de 2004 e 2007. Brasília: Ministério da Saúde, 2004c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **TNM: classificação de tumores malignos / traduzido por Ana Lúcia Amaral Eisenberg**. 6. Edição, Rio de Janeiro: INCA, 2004d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Estimativas da Incidência de câncer no Brasil. Estimativas 2008**. Rio de Janeiro: INCA, 2007. Disponível em: <www.inca.gov.br>. Acesso em: 10 abr. 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Humaniza SUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008c.

BRASIL. **Critério de Classificação Econômica Brasil**. ABEP - Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. 2011. Dados com base no Levantamento Sócio Econômico 2009 – IBOPE. Disponível em: <<http://www.abep.org/novo/Content.aspx?ContentID=302>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

BRASIL. Portaria SAS n. 113, de 31 de março de 1999. Cria a possibilidade de credenciamento de UI de radioterapia e quimioterapia. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Brasília, DF, 1 abr. 1999. Seção T, n. 62-E, p. 11-12.

BRITO, C. **Avaliação do tratamento à paciente com câncer de mama nas unidades oncológicas do sistema único de saúde no estado do Rio de Janeiro**. 2004. 130f. Dissertação (Ciências na área de Saúde Pública) – Programa de Pós-Graduação em Ciências na área de Saúde Pública. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2004.

BRITO, C.; PORTELA, M. C.; VASCONCELLOS, M. T. L. de. Assistência oncológica pelo SUS a mulheres com câncer de mama no Estado do Rio de Janeiro. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 39, n. 6, Dec. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000600002&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Ago. 2010. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102005000600001>.

CAETANO, E. A., GRADIM, C. V. C., SANTOS, L. E. S. Câncer de mama diante do diagnóstico. **Revista de Enfermagem**, abr/jun; v. 17, n.2, p. 257-61, Rio de Janeiro, 2009.

CAETANO, J. A., SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self físico e self pessoal. **Revista de Enfermagem**, maio/ago, v. 13, n. 2, p. 210-16, Rio de Janeiro, 2005.

CALDAS, A. L. **Oralidade, texto e história:** para ler a história oral. São Paulo: Loyola, 1999.

CAMARGO, M. C.; MARX, A. G. **Reabilitação física no câncer de mama.** São Paulo: Roca, 2000.

CARDOSO, A. A. et al. **Dados epidemiológicos sobre o câncer.** 2010. Disponível em: <<http://fisioterapiapucminas.blogspot.com/2010/10/dados-epidemiologicos-sobre-o-cancer.html>>. Acesso em: 17 dez. 2010.

COELHO, M. R. S. **Atenção básica à saúde da mulher:** subsídios para a elaboração do manual do gestor municipal. 2003. 152f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) - Instituto de Saúde Coletiva. Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2003.

COHEN, L., HACK, T. F., MOOR, C., KATZ, J., GOSS, P. E. **The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in women after breast cancer treatment.** Ann Surgery Oncology, v. 7, n. 6, p. 427-34, 2000.

COSTA, M. C. C. **Sociologia:** introdução à ciência da sociedade. São Paulo: Moderna, 1987.

CYRILLO, P. I. Aspectos psicológicos. In: **Reabilitação física no câncer de mama - xi congresso brasileiro de mastologia.** 2000, Foz do Iguaçu.

DENNIS B. Acquired lymphedema: a chart review of nine women's responses to intervention. **The American journal of occupational therapy**, Bethesda, USA, v. 47, n. 10, p. 891-899, oct. 1993. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8109609>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, v. 8, n. 1, p.155-163, 2003.

FERNANDES, A. F. C.; MAMEDE, M. V. **Câncer de mama:** mulheres que sobreviveram. Fortaleza (CE): Ed UFC; 2003.

FERNANDES, D. T.; QUEIROZ, P. R. Processos Desencadeadores do Câncer. **Revista Actamonographica**, n.5, p.1-38, 2010.

FERREIRA, M. L. S. M., MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 11, n. 3, p.299-304, mai./jun. 2003.

FISHER B., WOLMARK N., FISHER E. R., DEUTSCH M. Lumpectomy and axillary dissection for breast cancer: surgical, pathological, and radiation considerations. **World Journal of Surgery**, Portland, USA, v. 9, n. 5, p. 692-698, 1985. Disponível em: <<https://springerlink3.metapress.com/content/wm31263264567548/resource-secured/?target=fulltext.pdf&sid=dwey0ba025xcls45i0oo3abn&sh=www.springerlink.com>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

FISHER B., ANDERSON S., BRYANT J., MARGOLESE R. G., DEUTSCH M., FISHER E. R. et al. Twenty-year follow-up of a randomized trial comparing total mastectomy, lumpectomy, and lumpectomy plus irradiation for the treatment of invasive breast cancer. **The New England journal of medicine**, Massachusetts, USA, v. 347, n. 16, p.1233-1241, oct. 2002. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12393820>>. Acesso em: 11 jun. 2009.

FONTANELLA, F.; SILVA, D. J. **Os principais fatores de risco referentes ao câncer de mama entre as pacientes submetidas à cirurgia, no período de 01 de agosto de 2002 a 01 de agosto de 2003, no hospital nossa senhora da conceição de tubarão – sc.** 2003. Graduação em Fisioterapia. Universidade do Sul de Santa Catarina - UNISUL. Tubarão - SC. 2003.

GERSCHMAN, S.; SANTOS, M. A. B. dos. O Sistema Único de Saúde como desdobramento das políticas de saúde do século XX. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, São Paulo, v. 21, n. 61, Jun. 2006. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-69092006000200010&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Ago. 2010.

GODINHO, E. R.; KOCH, H. A. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiologia Brasileira**, São Paulo, SP, v.37, n.2, mar/abr. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-39842004000200006&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 14 mar. 2009.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4 edição. Rio de Janeiro: Guanabara, 1988.

GUERRA, M. R., et al. A sobrevivência em cinco anos e fatores prognósticos em uma coorte de pacientes com câncer de mama tratadas em Juiz de Fora, Minas Gerais, Brasil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, RJ, v.25, n.11, p. 2455-2466, 2009.

GUTIÉRREZ, M. G. R.; BRAVO, M. M.; CHANES, D. C.; VIVO, M. C. R.; SOUZA, G. O. Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.20, n. 3, p. 249-54, 2007.

HAAGENSEN, C. D. **Diseases of the breast**. 3ª edição. Philadelphia: Saunders, 1986.

HOCHMAN, G.; FONSECA, C. M. O. "O que há de novo? Políticas de saúde e previdência, 1937-1945", In: PANDOLFI, Dulce (org.). **Repensando o Estado Novo**. Rio de Janeiro: Editora da FGV, 1999.

HOLANDA, F. Construção de narrativas em história oral: em busca dos narradores plenos. **Revista de História Oral: Oralidades**, n. 6, p.15-32, jul-dez. 2009.

HOLZNER, B., KEMMLER, G., KOPP, M., MOSCHEN, R. Quality of life in breast cancer patients-not enough attention for longterm survivors? **Psychosomatics**, v. 42, n. 2, p.117-23, 2001.

HUMBLE, C. A. Lymphedema: incidence, pathophysiology, management, and nursing care. **Oncology nursing forum**, Pittsburgh, USA, v. 22, n.10, p. 1503-1509, nov./dez. 1995.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Censo Populacional 2010**. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/total_populacao_santa_catarina.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2011.

JEMAL, A. et al. Cancer Statistics, 2008. **A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, USA, v. 58, p. 71-96, 2008.

JUNQUEIRA, D. **Câncer de mama em idosas aumenta 42% em São Paulo**: Tumor em mulheres jovens representa cerca de 10% de novos casos. Disponível em: <http://noticias.r7.com/saude/noticias/cancer-de-mama-em-idosas-aumenta-42-em-sao-paulo-20120124.html>. Acesso em: 09 ago. 2012.

KENNY, P., KING, M., SHEILL, A., SEYMOUR, J., HALL, J., LANGLANDS, A., et al. Early stage breast cancer: costs and quality of life one year after treatment by mastectomy or conservative surgery and radiation therapy. **Breast**, v. 9, n. 1, p. 37-44, 2000.

KING, M. T, KENNY, P., SHEIL, A., BOYAGES, H. J. Quality of life three months and one year after first treatment for early stage breast cancer: influence of treatment and patient characteristics. **Qual. Life Res.**, v. 9, p. 789-800. 2000.

KISSIN, M.W.; QUERCI DELLA ROVERE, G.; EASTON, R. D.; WESTBURY, G. Risk of lymphedema following treatment breast cancer. **British Journal of Surgery**, v. 73, n. 7, p. 580-584. jul. 1986.

LAKATOS, E. M.; MARCONI, M. A. **Técnicas de pesquisa**. 3ª edição. São Paulo: Editora Atlas, 1996.

LAROSA, M. A.; AYRES, F. A. **Como produzir uma monografia passo a passo... Siga o mapa da mina**. 4ª edição. Rio de Janeiro: Walk, 2005.

LEITE, F. M. C.; MARQUES, G. M. T.; AMORIM, M. H. C. **Rastreamento do câncer de mama: atuação dos profissionais de Estratégia de Saúde da Família**. 2006. Especialização (Saúde da Mulher) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Família. Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória. Vitória, 2006.

LEOPARDI, M. T. **Metodologia da Pesquisa na Saúde**. 2ª edição. Revista atualizada. Florianópolis: UFSC/Pós-Graduação em enfermagem, 2002.

LOBO, R. C. M. M. et al. Crenças relacionadas ao processo de adoecimento e cura em mulheres mastectomizadas: um estudo psicanalítico. **Psicologia hospitalar**, São Paulo, SP, 2006. Disponível em:
<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092006000100003&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em 5 set. 2011.

MACHADO, F. S.; PINHO, de I. G.; LEITE, C. de V. A prevenção do câncer de mama pela atenção primária sob a Ótica de mulheres com esta patologia. **Revista de Enfermagem Integrada**, Ipatinga, MG, 2009. Disponível em:
<http://www.unilestemg.br/enfermagemintegrada/artigo/v2_2/Iani_Flavia_e_Celina.pdf>. Acesso em 23 jul. 2012.

MAMEDE, M. V. **Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial**. 1991. 163f. Tese (Assistência a Saúde da Mulher no Ciclo Vital) – Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Ribeirão Preto, SP, 1991.

MATTAR, ANDRÉ; ELLIS, MATTHEW; HEGG, ROBERTO. **Hormonioterapia neoadjuvante no câncer de mama.** Disponível em: < http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=4765 >. Acesso em: 29 Fev. 2011.

MEIHY, J. C. S. B. **A colônia brasilianista:** história oral de vida acadêmica. São Paulo: Nova Stella, 1990.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral.** São Paulo: Loyola, 1994.

MEIHY, J. C. S. B. **Manual de História Oral.** São Paulo: Edições Loyola, 2002.

MEIHY, J. C. S. B.; HOLANDA, F. **História oral:** como fazer, como pensar. São Paulo: Contexto: 2007.

MINAYO, M. C. S.; DESLANDES, S. F. **Pesquisa Social:** teoria, método e criatividade. 23ª edição. Petrópolis: Vozes, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento:** pesquisa qualitativa em saúde. 8ª edição. Rio de Janeiro: Hucitec, 2004.

MONTEIRO, A. P. S. et al. Autoexame das mamas: frequência do conhecimento, prática e fatores associados. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia,** Belém, PA, v. 25, n. 3 p. 201-205, 2003.

OLIVEIRA, M. M. F. **Eficácia da fisioterapia realizada durante a radioterapia na prevenção de complicações loco regionais em mulheres em tratamento por câncer de mama:** ensaio clínico controlado. 2007. Dissertação (Ciências Biomédicas) – Programa de pós - graduação em Toco ginecologia. Universidade Estadual de Campinas. Faculdades de Ciências Médicas. Campinas, São Paulo, 2007.

OLIVEIRA, M. S., FERNANDES, A. F. C., SAWADA, N. O. Manual educativo para o cuidado da mulher mastectomizada: um estudo de validação. **Texto Contexto Enfermagem.** v. 17, n. 1, p. 115-23. 2008.

PANOBIANCO, M. S. **Significado do linfedema na vida de mulheres com câncer de mama.** 2002. 137p. Tese de doutorado apresentada a Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP. Ribeirão Preto, São Paulo, 2002.

PARKIN, D. M.; BRAY, F.; DEVESA, S. S. Cancer burden in the year 2000. **European Journal of Cancer**, Budapest, Hungria, v. 37, n. 8, p. 4-66, out. 2001.

PICKSTONE, J. V. Contested accumulations: configurations of cancer treatments through the twentieth century. **Bulletin of the History of Medicine**, Baltimore, USA, v.81, n.1, p.164-196. 2007.

PINELL, P. **Naissance d'un fléau**: histoire de la lutte contre Le cancer en France (1890-1940). Paris: Métailié. 1992.

PIVETTA, M. Câncer, esperanças divididas. **Revista Pesquisa FAPESP**, São Paulo, SP, n. 98, p.46-53, mai. 2004.

PRADO, M. A. et al. A prática da atividade física em mulheres submetidas à cirurgia por câncer de mama: percepção de barreiras e benefícios. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 3, bim. 2004. Disponível em:
<http://www.revistasusp.sibi.usp.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010411692004000300007&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 16 mai. 2009.

PRIMO, C. C.; LEITE, F. M. C.; AMORIM, M. H. C.; SIPIONI, R. M.; SANTOS, S. H. Uso da classificação internacional para as práticas de enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 6, p. 803-10, 2010.

QUEIRÓZ, M. I. de P. O pesquisador, o problema da pesquisa, a escolha de técnicas: algumas reflexões. In: LANG, A. B. S. G. (org.). **Reflexões sobre a pesquisa sociológica**. São Paulo: Centro de Estudos Rurais e Urbanos, 1992. p.13-29 (Coleção Textos; 2ª série, 3).

RICCI, M. D.; RUIZ, C. A. **Mito na Imprensa**: "Câncer de mama aumenta em jovens". Sociedade Brasileira de Mastologia. Disponível em: <<http://www.sbmastologia.com.br/entrevista.php>>. Acesso em: 09 ago. 2012.

RZEZNIK C.; DALL'AGNOL, C. M. (Re) descobrindo a vida apesar do câncer. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 21, n. especial, p. 84-100, 2000.

SANT'ANNA, D. B. A mulher e o câncer na história. In: GIMENES, M. G. (org.). **A mulher e o câncer**. São Paulo: Editorial Psy, 1997. p. 43-70.

SANTOS, L. N.; DIAS, C. A.; LACERDA, G. L.; BARRETO, W. W. P.; SANTOS, T. R. **Sexualidade e câncer de mama: relatos de oito mulheres afetadas**. *Psicol. hosp.* São Paulo, v. 6, n. 2, jun. 2008. Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1677-74092008000200002&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 09 ago. 2012.

SCHRAIBER, L. B. Pesquisa qualitativa em saúde: reflexões metodológicas do relato oral e produção de narrativas em estudo sobre a profissão médica. **Revista de Saúde Pública**, v. 29, n.1, p. 63-74, 1995.

SCLOWITZ, M. L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer de mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, Pelotas, RS, v. 39, n. 3, p. 340-349, 2005. Disponível em: <<http://www.scielosp.org/pdf/rsp/v39n3/24786.pdf>>. Acesso em: 13 abr. 2009.

SILVA, M. R. Carcinogênese no câncer da pele. **Dermatologia Atual**, v. 6, n. 2, p. 13-17, 2000.

SILVA, N. C. B. da; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, Ribeirão Preto, SP, v. 15, n. 32, p. 409-416, dez. 2005.

SILVA, S. E. D. et al. Representações de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n. 5, p. 727-34. 2010.

SINGLETARY, S. E.; CONNOLLY, J. L. Breast cancer staging: working with the sixth Edition of the AJCC Cancer Staging Manual. **A Cancer Journal for Clinicians**, Atlanta, USA, v. 56, n. 1, p. 37-47, 2006.

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G. Histórico e tratamento de pacientes com distúrbios da mama. In: BRUNNER E SUDDARTH. **Tratado de Enfermagem Médico Cirúrgica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002.

SONTAG, S. **A doença como metáfora**. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984.

SPINA, L. A. R., MARANA, H. R. C., ANDRADE, J. M., CARRARA, H. A., MATHES, Â. C. S., BIGHETTI, S. Análise dos Resultados Estéticos da Cirurgia Conservadora para Câncer de Mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 22, n. 2, mar. 2000.

TAVERES, A. S.; ANDRADE, M.; SILVA, J. L. L. Do programa de assistência integral à saúde da mulher à política Nacional de atenção integral à saúde da mulher: breve histórico. **Informe-se em promoção da saúde**, v. 4, n. 2.p. 30-32, 2008.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Metáforas e significados do câncer de mama na perspectiva de cinco famílias afetadas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, Abr. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000200009&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 29 Ago. 2010.

TEIXEIRA, L. A.; FONSECA, C. M. O. **De doença desconhecida a problema de saúde pública**: o INCA e o controle do câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2007.

TEIXEIRA, L. A. O controle do câncer no Brasil na primeira metade do século XX. **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, Rio de Janeiro, RJ, v.17, supl.1, p.13-31, jul. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v17s1/02.pdf> >. Acesso em: 17 dez. 2010.

TELLES, O.; CARMO, P.; GONÇALVES, A. Estadiamento Clínico do Câncer de mama. In: FRANCO, J. **MASTOLOGIA - FORMAÇÃO DO ESPECIALISTA**. 1º edição. Rio de Janeiro: Atheneu, 1997.

TIEZZI, D. G. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, Ago. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/sci>. Acesso em: 27 jun. 2010.

THUN, M. J. et al. The global burden of cancer: priorities for prevention. **Carcinogenesis**, Oxford, UK, v.31, n.1, p.100-110, 2010.

PREFEITURA MUNICIPAL DE TUBARÃO - SC. 2007. Disponível em: <<http://www.tubarao.sc.gov.br/f/a-cidade/Historia-da-Cidade.pdf>>. Acesso em: 09 ago. 2012.

VERAS, R. Fórum. Envelhecimento populacional e as informações de saúde do PNAD: demandas e desafios contemporâneos. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n.10, p. 2463-66, 2007.

VERONESI, U.; SACCOZZI, R.; DEL VECCHIO, M.; BANFI, A.; CLEMENTE, C.; DE LENA, M. et al. Comparing radical mastectomy with quadrantectomy, axillary dissection, and radiotherapy in patients with small cancers of the breast. **The New England journal of medicine**, Massachusetts, USA, v. 305, n. 1, p. 6-11, 1981.

VERONESI, U.; CASCINELLI, N.; MARIANI, L.; GRECO, M.; SACCOZZI, R.; LUINI, A. et al. Twenty-year follow-up of a randomized study comparing breast-conserving surgery with radical mastectomy for early breast cancer. **The New England journal of medicine**, Massachusetts, USA, v. 347, n. 16, p.1227-1232, 2002.

VERONESI, U.; PAGANELLI, G.; VIALE, G.; LUINI, A.; ZURRIDA, S.; GALIMBERTI, V. et al. Sentinel-lymph-node biopsy as a staging procedure in breast cancer: update of a randomized controlled study. **The Lancet Oncology**, v. 7, n. 12, p. 983-990, dec. 2006.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **The World Health Report 1998**: Life in the 21st century a vision for all. Geneva: WHO; 1998. p. 61-111.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **National cancer control programmers: policies and managerial guidelines**. 2th edition. Geneva, 2002. Disponível em: <<http://www.who.int/cancer/publications/en/#guidelines>>. Acesso em: 21 mai. 2009.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Mortality database**: tables. Geneve, 2007. Disponível em: <<http://www.who.int/whosis/whostat2007.pdf>>. Acesso em: 21 mai. 2009.

WOODS M., TOBIN M., MORTIMER P. The psychosocial morbidity of breast cancer patients with lymphedema. **Cancer Nursing**, UK, v. 18, n. 6, p.467-471, dec. 1995.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Roteiro para Coleta de Dados nos Prontuários

- Nome:
- Local de residência:
- Idade:
- Estado civil:
- Escolaridade:
- Profissão:
- Religião:
- Data da realização da cirurgia de mastectomia:
- Tipo de mastectomia realizada:
- Outras informações relevantes para a pesquisa identificadas no prontuário:

APÊNDICE B - Roteiro para suporte na coleta de dados organizada segundo critérios da História Oral de Vida Tópica

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO:

- Nome do projeto: História de vida de mulheres mastectomizadas da cidade de Tubarão - SC
- Local da entrevista: _____ Data: _____
- Nome do entrevistador: _____
- Pseudônimo do entrevistado: _____
- Data do diagnóstico de câncer de mama: _____
- Tratamento já realizado (quimioterapia; radioterapia e/ou hormonioterapia): _____
- Orientações da equipe médica que foram realizadas: _____

PERGUNTAS PREVIAMENTE ELABORADAS:

1. Fale dos principais momentos de sua vida desde a sua infância até o momento que recebeu o diagnóstico de câncer (conte-nos sobre onde nasceu, sua família, o bairro onde morava...)
2. Que sonhos você tinha quando era jovem?
3. E hoje, que sonhos você tem?
4. Como era sua vida antes de você ter o câncer? O câncer mudou na sua vida?
5. O que é o câncer de mama na sua vida hoje?
6. O que você sentiu diante do fato de ter realizado a cirurgia na mama? Como foi?
7. Como você se vê hoje após essa cirurgia? O que significa essa cirurgia pra você e para sua vida?
8. Quais são os sofrimentos mais difíceis de serem suportados?
9. Quais as dúvidas e incertezas que mais preocuparam você, desde que recebeu o diagnóstico? O que mais você temia e/ou teme?
10. Como a vivência da doença e a mastectomia interferiram na sua rotina de trabalho?
11. Como a vivência com a doença e a mastectomia interferiram na sua relação com a sua família (filhos, marido, namorado)?
12. Você se sente discriminada porque fez mastectomia? Por quê?
13. Fale um pouco sobre os profissionais de saúde que te atenderam?
14. O que é felicidade pra você?
15. Você possui fotografias antes e depois do câncer? Pode nos mostrar?

APÊNDICE C – Formulário baseado na classe de renda da pessoa do ponto de vista de sua capacidade de consumo segundo a ABEP

Pseudônimo da participante:

Quantos itens abaixo tem na sua casa?

Televisão	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Rádio	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Banheiro	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Automóvel	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Empregada mensalista	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Máquina de lavar	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Videocassete/ DVD	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Geladeira	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +
Freezer	() 1	() 2	() 3	() 4 ou +

Qual o grau de Instrução do chefe da família?

- () Analfabeto/ Primário incompleto
 () Primário completo/ Ginásial incompleto
 () Ginásial completo/ Colegial incompleto
 () Colegial completo/ Superior incompleto
 () Superior completo

SISTEMA DE PONTOS

Posse de itens:	Quantidades:	(0)	(1)	(2)	(3)	(4 ou +)
Televisão em cores		0	1	2	3	4
Rádio		0	1	2	3	4
Banheiro		0	4	5	6	7
Automóvel		0	4	7	9	9
Empregada mensalista		0	3	4	4	4
Máquina de lavar		0	2	2	2	2
Videocassete e/ou DVD		0	2	2	2	2
Geladeira		0	4	4	4	4
Freezer (aparelho independente ou parte da geladeira duplex)		0	2	2	2	2

Grau de Instrução do chefe de família

(0) Analfabeto/ Primário incompleto Analfabeto/ Até 3ª série Fundamental/ Até 3ª série 1º. Grau

(1) Primário completo/ Ginásial incompleto Até 4ª série Fundamental / Até 4ª série 1º. Grau

(2) Ginásial completo/ Colegial incompleto Fundamental completo/ 1º. Grau completo

(4) Colegial completo/ Superior incompleto Médio completo/ 2º. Grau completo

(8) Superior completo Superior completo

CORTES DO CRITÉRIO BRASIL

Classe:	Pontos:	Classe:	Pontos:	Classe:	Pontos:
A1	42 – 46	B2	23 – 28	D	8 - 13
A2	35 – 41	C1	18 – 22	E	0 - 7
B1	29 – 34	C2	14 – 17		

APÊNDICE D - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Nome do Projeto: “História de vida de mulheres mastectomizadas da cidade de Tubarão - SC”.

Pesquisadora Responsável: Marilla de Oliveira Moura Nóra.

Caro entrevistado,

A sua participação nesta pesquisa é muito importante, pois estamos tentando analisar a história de vida de mulheres mastectomizadas. Para isto realizaremos uma entrevista baseada em narrativas pessoais, onde contarão sobre as suas vidas, desde a infância até o momento atual. A entrevista será gravada. Durante as narrativas, quando julgarmos necessário, com o objetivo de estimular os depoimentos, realizaremos perguntas como: Fale dos principais momentos de sua vida desde a sua infância até o momento que recebeu o diagnóstico de câncer; sonhos que você tinha quando era jovem e atualmente; o câncer de mama na sua vida antes e depois de descobrir a doença; sobre a cirurgia de mastectomia; mudanças na sua vida, aprendizagens, sofrimentos, dúvidas, sequelas e preconceito devido à doença/mastectomia; a interferência do câncer de mama/mastectomia na sua vida familiar e profissional; o que é felicidade pra você; e se possui fotografias antes e depois do câncer. Para que você não tenha nenhuma dúvida sobre a pesquisa, vamos fazer alguns esclarecimentos: a) A sua participação é voluntária; você poderá optar por deixar a pesquisa a qualquer momento ou não participar da pesquisa; b) Você não receberá e não terá nenhum gasto com a pesquisa; c) Esta pesquisa não trará nenhum risco ou transtorno para você; d) Todas as informações dadas por você serão mantidas em segredo e ficarão comigo por cinco anos após o término desta pesquisa; e) Ao terminar a pesquisa ela será publicada e os resultados serão importantes para melhorar a assistência as mulheres mastectomizadas; f) Se você tiver mais dúvidas, reclamações ou quiser saber informações sobre a pesquisa, fale conosco nos telefones abaixo.

Pesquisadora: Marilla de Oliveira Moura Nóra - Tel: (48) 9600-7594.

Co-orientadora: Raquel de Matos Lopes Gentili – Tel: (27) 8826-2909.

Comitê de Ética em Pesquisa da Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória (CEP-EMESCAM): Contato: comite.etica@emescam.br

Endereço: Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM (Prédio Principal da EMESCAM), Tel: (27) 3334-3586.

Assinatura do entrevistado

Assinatura da pesquisadora

Tubarão - SC, ____ de _____ de _____.

