



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
CURSO DE ENFERMAGEM**

ANÁLIA RABELO OLIVEIRA

**IMPACTO EMOCIONAL NAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA
ONCOLÓGICA DE MAMA**

São Luís
2018

ANÁLIA RABELO OLIVEIRA

**IMPACTO EMOCIONAL NAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA
ONCOLÓGICA DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão para obtenção do grau de Bacharel em Enfermagem.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Teresa Frias Rios

Co-orientadora: Prof^ª. Ma. Paula Cristina Alves da Silva

São Luís

2018

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a) autor(a).
Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Oliveira, Anália Rabelo.

Impacto emocional nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama / Anália Rabelo Oliveira. - 2018.

74 f.

Coorientador(a): Paula Cristina Alves da Silva.

Orientador(a): Cláudia Teresa Frias Rios.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,
Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2018.

1. Aceitação. 2. Câncer de mama. 3. Emocional. 4.
Impactos. 5. Mastectomia. I. Rios, Cláudia Teresa Frias.
II. Silva, Paula Cristina Alves da. III. Título.

ANÁLIA RABELO OLIVEIRA

**IMPACTO EMOCIONAL NAS MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA
ONCOLÓGICA DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem apresentado à banca de defesa do Curso de Graduação de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão.

Aprovado em: _____ de _____ de _____ Nota: _____

Banca Examinadora:

Prof^ª. Dr^ª. Cláudia Teresa Frias Rios (Orientadora)
Doutora em Saúde Coletiva
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Ma. Paula Cristina Alves da Silva (Co-orientadora)
Mestre em Ciências Ambientais e Saúde
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Dr^ª. Lena Maria Barros Fonseca
Doutora em Biotecnologia
Universidade Federal do Maranhão

Prof^ª. Ma. Maria do Carmo Rodrigues Araujo
Mestre em Ciências da Saúde
Universidade Federal do Maranhão

AGRADECIMENTOS

A Deus, pelo dom da vida, por sua infinita bondade e misericórdia, por todas as graças derramadas até hoje, pelas alegrias e também pelos momentos de dificuldades que Ele me permitiu passar, pois me ajudaram a crescer e amadurecer.

À Universidade Federal do Maranhão por ter me proporcionado um ensino de qualidade durante a graduação e diversas oportunidades de cursos, projetos e pesquisas para que eu pudesse me aprimorar cada vez mais como profissional.

Aos professores do curso de Enfermagem por terem contribuído, com toda dedicação e ensinamentos, para a minha formação profissional.

À professora e orientadora, Cláudia Frias Rios, a qual considero um exemplo de profissional e pessoa, por ter aceitado o convite de me orientar, mesmo que por um curto período, dedicando-se e dando contribuições para o término desta monografia.

À professora e co-orientadora, Paula Alves da Silva, a quem muito admiro pelo seu profissionalismo, por ter ajudado no meu crescimento profissional e pessoal, por toda sua dedicação, paciência, incentivo e contribuições na pesquisa.

Aos alunos que fazem parte do projeto de pesquisa, pela ajuda e empenho na coleta de dados, sem vocês eu não conseguiria. Em especial, à Thanmyris Cutrim, que esteve comigo desde o início desse processo de realização da monografia.

Aos Hospitais Aldenora Belo e Tarquínio Lopes por abrirem as portas e permitirem que a coleta de dados fosse realizada, e aos funcionários e profissionais pelo acolhimento.

À todas as mulheres que participaram da pesquisa, pela disponibilidade e paciência em responder aos questionários e confiança ao me permitirem conhecer um pouco da história de cada uma.

Aos meus colegas de turma por todos esses 5 anos de convivência com muitas alegrias, tristezas, estresses, brincadeiras, despedidas e festinhas a cada fim de período. Em especial, ao meu grupo de estágio, Adya Botelho, Anne Matias, Carol Oliveira, Daniela Sousa e Nathália Rabelo, por todo apoio e por fazer esse último ano se tornar mais leve e divertido.

À meus pais, Ana Rabelo e Edson Oliveira, pela educação que me deram, por todos os valores ensinados, por todos os investimentos para o meu

conhecimento, por toda renúncia que fizeram para que eu estivesse aonde estou hoje e por todo amor, carinho e paciência.

À minha irmã, Nathália Rabelo, por todo apoio e companheirismo, inclusive, durante a vida acadêmica, em que pudemos dividir todas as angústias, preocupações e estresses, mas, principalmente, as vitórias, que não teriam sentido se não estivéssemos juntas comemorando.

À minha tia, Fátima Falcão, que considero uma segunda mãe, pelo exemplo de pessoa e profissional que é e por todo o incentivo dado durante o período da minha graduação.

Às minhas amigas de escola, Jessyca Silva, Mariana Uchoa e Camilla Corrêa pela amizade e por se esforçarem para estarem sempre presentes. Em especial, à Carol Nascimento, pelos conselhos, incentivos e torcida pela minha vitória.

Ao grupo de jovens Um Novo Caminho, da paróquia São Paulo Apóstolo, por ser sinal de Deus na minha vida.

RESUMO

As mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama sofrem alterações não apenas físicas, mas emocionais. Podem apresentar alterações na imagem corporal, de identidade, na autoestima, sexualidade, desencadeando, algumas vezes, quadros de depressão, contribuindo negativamente para a qualidade de vida dessas mulheres. Objetivou-se conhecer o impacto emocional ocasionado às mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório, com abordagem quantitativa, realizado com 70 mulheres em dois hospitais de referência no estado do Maranhão. Os dados foram coletados nos meses de setembro e outubro de 2018 por meio da aplicação de um questionário e do instrumento WHOQOL-bref. Da amostra pesquisada, 88,6% das mulheres aceitam o seu corpo após a cirurgia, 52,9% estão muito satisfeitas consigo mesmas e 81,4% não sentem medo de sofrer rejeição. Não se sentem tristes, 70,0%, no entanto, 51,4% afirmaram ter algumas vezes sentimentos negativos, 82,9% não foram diagnosticadas com depressão e 57,1% não têm medo de tê-la. A cirurgia conservadora foi realizada em 60,0% das mulheres, 37,1% apresentaram 3 ou mais sintomas colaterais associados, mas quando avaliados isoladamente, 7,1% sofreram mais com a queda de cabelo. Este estudo permitiu constatar que as mulheres estudadas não apresentaram impacto emocional tão significativo, apesar de estudos afirmarem o contrário. Isto tornou-se evidente ao analisar as variáveis autoaceitação do corpo, satisfação consigo mesma e com suas relações pessoais, medo de sofrer rejeição, presença do sentimento de tristeza e depressão. Mas ressalta-se a importância de conhecer os impactos emocionais que as mulheres com câncer de mama sofrem, para que se possa ajudá-las durante todo o processo da doença.

Palavras-chave: Câncer de Mama. Mastectomia. Impactos. Emocional. Aceitação.

ABSTRACT

Women submitted to oncologic surgery suffer not only physical changes, but also emotional. They can show modifications in their physical image, of identity, in their self-esteem, sexuality, triggering, sometimes, depression cases, contributing negatively for these women's quality of life. The aim was to know the emotional impact caused to women submitted to breast oncological surgery at Maranhão. A descriptive and exploratory study was dealt, with quantitative approach, made with 70 women in two reference hospitals in the state of Maranhão. The data were collected during September and October of 2018 through the application of a questionnaire and the WHOQOL-bref instrument. Of the sample researched, 88.6% of the women accept their body after the surgery, 52.9% are very satisfied with themselves and 81.4% are not afraid of being rejected. Do not feel sad, 70.0%, however, 51.4% declare having, sometimes, negative feelings, 82.9% were not diagnosed with depression and 57.1% are not afraid of having it. The conservative surgery was conducted in 60.0% of the women, 37.1% showed three or more associated side effects, but when individually evaluated, 7.1% suffer the most with hair loss. This study allowed to confirm that the studied women did not show a significant emotional impact, despite studies confirm otherwise. It became evident during the analysis of the self-acceptance of their body, satisfaction with themselves and with their personal relationships, fear of suffering rejection, presence of sadness and depression. Nevertheless, the significance of knowing the emotional impacts that women with breast cancer suffer is emphasized, in order to help them during the disease process.

Keywords: Breast cancer. Mastectomy. Impacts. Emotional. Acceptance.

LISTA DE ILUSTRAÇÃO

Gráfico 1 – Tratamentos realizados pelas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 43

Gráfico 2 – Efeitos colaterais dos tratamentos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	31
Tabela 2 – Autoaceitação do corpo e rejeição familiar e/ou social das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	33
Tabela 3 – Relação da autoaceitação com o medo da rejeição nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	34
Tabela 4 – Satisfação com a qualidade de vida e com a saúde das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	35
Tabela 5 – Satisfação e importância da vida das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	37
Tabela 6 – Presença de sentimentos negativos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	38
Tabela 7 – Modalidade cirúrgica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	40
Tabela 8 – Relação da modalidade cirúrgica e presença de sentimentos negativos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	41
Tabela 9 – Diagnóstico de depressão e o medo de ter das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	45

Tabela 10 – Relação do diagnóstico de depressão e o medo de ter das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018	46
--	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

CNS – Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde

HCTLF – Hospital Geral Tarquínio Lopes Filho

UFMA – Universidade Federal do Maranhão

IMOAB – Instituto Maranhense de Oncologia Hospital Aldenora Belo

INCA – Instituto Nacional do Câncer

NEPESM – Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher

OMS – Organização Mundial da Saúde

SISCOLO – Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA - Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama

SUS – Sistema Único de Saúde

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL-bref – The World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	15
2 OBJETIVO	18
2.1 Geral	18
2.2 Específicos	18
3 REVISÃO DE LITERATURA	19
3.1 Neoplasia Mamária	19
3.2 Repercussões Emocionais	21
4 METODOLOGIA	25
4.1 Desenho do estudo	25
4.2 Local e período do estudo	25
4.3 Participantes do estudo	26
4.4 Cálculo amostral	26
4.5 Variáveis de estudo	27
4.6 Métodos de coleta de dados	28
4.7 Análise estatística dos dados	29
4.8 Riscos e benefícios	30
4.9 Questões éticas	30
5 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	49
REFERÊNCIAS	51
APÊNDICES	57
APÊNDICE A	58
APÊNDICE B	60
ANEXOS	65
ANEXO A	66
ANEXO B	69

ANEXO C	74
----------------------	-----------

1 INTRODUÇÃO

Por definição, câncer é o termo dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células com potencial invasivo nos tecidos e órgãos, que se dá a partir de alterações genéticas - hereditárias ou adquiridas -, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA, 2004; OMS, 2010; MALTA *et al*, 2014; HOFELMANN *et al*, 2014).

Entre os fatores que favorecem o desenvolvimento de um câncer na atualidade, além de traços genéticos, pode-se citar como principais: as mudanças no estilo de vida e a maior exposição a agentes cancerígenos (OLIVEIRA *et al*, 2010; HOFELMANN *et al*, 2014; INCA, 2014).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o câncer é um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento com mais de 20 milhões de casos novos estimados para 2025. Uma estimativa mundial realizada pelo projeto Globocan/larc, em 2012, mostrou que, dos 14 milhões de novos casos, mais de 60% ocorreram nos países em desenvolvimento e 70% dos 8 milhões de óbitos (INCA, 2015).

O câncer de mama é o tipo de câncer com mais incidência e maior mortalidade entre as mulheres em todo o mundo. Dados foram avaliados para os anos de 2018 e 2019, apontando uma estimativa de 59.700 casos novos de tumores com localização primária na mama feminina e a cada 100 mil mulheres um risco estimado de 56,33 casos (INCA, 2017).

No Nordeste, as estimativas de incidência por 100 mil mulheres, apontam 11.860 casos. No Maranhão, esse número é de 720 casos/20,26*, destes 280/49,26* distribuídos na capital, São Luís. O principal grupo de risco para o desenvolvimento e diagnóstico do câncer de mama são mulheres com idade entre 40 e 69 anos (INCA, 2017).

O tratamento para este tipo de câncer pode ser a cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora) e a radioterapia, quando local; e a quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica, quando sistêmico. A escolha do tratamento está relacionada com o estadiamento da doença, ou seja, o grau de comprometimento tumoral, das características do tumor e das condições da paciente (INCA, 2011).

Para a OMS (2012), a mastectomia é uma cirurgia de retirada da mama, podendo ser parcial ou total e pode está associada ou não a retirada dos gânglios

* Cálculo realizado com as taxas brutas de incidência por 100 mil mulheres.

linfáticos da axila (esvaziamento axilar). Subdivide-se em mastectomia simples, que consiste na retirada de apenas uma mama, mastectomia radical, em que se remove a mama, linfonodos regionais, músculos, tecidos adiposos e pele e, mastectomia modificada, remoção da mama e de uma parte da musculatura (SAWIN, 2012; GRISALES-NARANJO *et al*, 2013).

O câncer de mama desencadeia diversas alterações com uma sobrecarga emocional muito grande com quadros de depressão podendo surgir desde o início, com a descoberta da doença, até o final do tratamento, trazendo impactos que vão interferir na vida da mulher (KOCH *et al*, 2017). E, de acordo com Ramos *et al*. (2012), o diagnóstico dessa patologia é quase sempre associado com a morte, atrelado aos altos índices de morbidade e mortalidade, fazendo com que seja aterrorizante e difícil de ser enfrentado e trazendo grandes mudanças na vida e no cotidiano da mulher.

As mulheres submetidas à cirurgia de retirada de mama sofrem alterações não apenas físicas, mas emocionais também, alterações na imagem corporal, identidade, autoestima, sexualidade, podendo ainda despertar sintomas de depressão e ansiedade, contribuindo negativamente para a qualidade de vida dessas mulheres (KOCH *et al*, 2017; TALHAFERRO *et al*, 2007). Seara *et al*. (2012) identificaram sentimentos de inferioridade, insegurança e medo da rejeição após a mastectomia, uma vez que elas se sentiam menos femininas e que não eram desejadas pelo parceiro, afetando, assim, a sexualidade delas.

Além disso, a alteração na imagem corporal gera, também, nessas mulheres, uma descarga de sentimentos e emoções, como ansiedade, depressão, medo, tristeza, culpa, lamento e vergonha. Esse impacto psicossocial causa desestruturação, uma vez que traz muitas incertezas: sobre a vida, o sucesso do tratamento e a recorrência da doença (BOSSOIS *et al*, 2013).

É de suma importância a mulher ter uma rede de apoio sólida que a ajude no processo de enfrentamento da doença. A família é o principal suporte, a sua participação ativa desde o diagnóstico até o tratamento faz com que essa mulher aceite mais facilmente a notícia do câncer de mama e a encoraje a passar por esse momento. Além do apoio da família, há também o apoio psicossocial por meio dos grupos de apoio, onde essas mulheres podem partilhar de suas experiências, tirar suas dúvidas, dividir suas aflições, fazer atividade de lazer, criar novas amizades e

encontrar motivação para seguir em frente (MARTINS *et al*, 2015; ALMEIDA *et al*, 2015).

O acompanhamento e a participação de uma equipe multiprofissional no cuidado integral e de qualidade à mulher com câncer de mama durante o diagnóstico, tratamento e reabilitação são necessários e indispensáveis, sendo considerados esses profissionais, também, uma fonte de apoio. A equipe de enfermagem, em especial, sensível e presente à situação de saúde da paciente, está apta para ajudar, também, a família, incentivando-a a participar mais ativamente de todo o processo, permanecendo disponível para esclarecer dúvidas e medos e oferecer apoio emocional com o intuito de diminuir o desgaste emocional que essa mulher e sua família estão vivendo (LEITE *et al*, 2016; PEITER *et al*, 2016).

Nessa perspectiva, considerando que o câncer de mama traz à mulher comprometimentos, influenciando significativamente no seu bem-estar e nos aspectos físicos, psicológicos e sociais da sua vida, despertando muitos sentimentos e emoções desde a sua descoberta até o final do tratamento (BOSSOIS *et al*, 2013; HECH *et al*, 2014; KOCH, *et al*, 2017), levanta-se o seguinte questionamento: qual o impacto emocional que as mulheres sofrem ao serem submetidas à cirurgia oncológica de mama?

Esta pesquisa se faz necessária pela importância de conhecer o que o câncer e seu tratamento trouxeram de consequências para cada mulher, principalmente no aspecto psicoemocional, uma vez que é uma doença bastante estigmatizada com a presença de preconceitos, medos, fantasias e ameaça à vida e esses sentimentos são intensificados quando se trata de câncer de mama, já que a mama é considerada como um órgão cheio de simbolismo e representatividade.

2 OBJETIVO

2.1 Geral

Conhecer o impacto emocional ocasionado às mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

2.2 Específicos

Investigar a presença de sentimentos negativos nas mulheres que se submeteram à tratamento oncológico de mama.

Conhecer quais efeitos colaterais do tratamento causam mais sofrimento.

Identificar o quantitativo de mulheres em tratamento oncológico de mama diagnosticadas com depressão.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 Neoplasia Mamária

O Instituto Nacional de Câncer (Inca) define o câncer como um conjunto de doenças que se caracterizam pelo crescimento desordenado das células nos tecidos e órgãos. Essas células cancerosas crescem e se dividem de forma rápida, agressiva e incontrolável e podem se espalhar em outras regiões do corpo, desenvolvendo a metástase (BRASIL, 2012). Entre os fatores que favorecem o seu desenvolvimento na atualidade, além de traços genéticos, pode-se citar como principais: as mudanças no estilo de vida e a maior exposição a agentes cancerígenos (HOFELMANN *et al*, 2014; OLIVEIRA *et al*, 2010; INCA, 2014).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) considera o câncer um problema de saúde pública, principalmente nos países em desenvolvimento. E o câncer de mama é o tipo de câncer com mais incidência e maior mortalidade entre as mulheres em todo o mundo, com estimativa para os anos de 2018 e 2019 de 59.700 casos novos de tumores com localização primária na mama feminina e a cada 100 mil mulheres um risco estimado de 56,33 casos (INCA, 2015, 2017).

As taxas de mortalidade por câncer de mama, no Brasil, continuam elevadas, apesar de ser considerado como um câncer que possui bom prognóstico quando detectado e realizado tratamento precocemente, devendo-se este fator à demora no diagnóstico da doença, sendo realizado em estádios avançados. Contribuindo, dessa forma, para uma sobrevivência média, após cinco anos, de aproximadamente 60% em uma população de países em desenvolvimento e em países desenvolvidos em torno de 85% (INCA, 2011).

Esse tipo de câncer é o mais incidente em todas as regiões do Brasil, exceto na região Norte. No Nordeste, as estimativas de incidência por 100 mil mulheres, apontam 11.860 casos, no Maranhão, esse número é de 720 casos e em São Luís, 280 casos (INCA, 2011, 2017).

A idade é o principal fator de risco e a incidência aumenta com a sua progressão, porém, torna a diminuir quando atinge a senilidade, devido a redução dos hormônios. Monte *et al*. (2015) desenvolveram um estudo que apresenta os percentuais de idade em que ocorre a incidência do câncer de mama: 20% entre 30-49 anos, 60% entre 50-69 anos e 20% entre 70-89 anos. De acordo com o Inca

(2017), o principal grupo de risco para o desenvolvimento e diagnóstico desse câncer são mulheres com idade entre 40 e 69 anos.

Mas um fator preocupante também é o aparecimento e desenvolvimento do câncer de mama em mulheres jovens, uma vez que possui pior prognóstico em relação às outras idades, apresentando uma mortalidade de 46,9% em mulheres com menos de 40 anos e 26,9% mais de 40 anos (LIMA *et al*, 2011).

Além do envelhecimento, o câncer de mama possui outros fatores de risco que contribuem para o seu desenvolvimento, como fatores relacionados à vida reprodutiva da mulher, história familiar de câncer de mama, alta densidade do tecido mamário, consumo de álcool, excesso de peso, sedentarismo e exposição à radiação ionizante (INCA, 2015).

Após diagnosticada a doença e identificadas as características do tumor, será definido o tratamento mais adequado. De acordo com o Instituto Nacional de Câncer - Inca (2016) os tratamentos médicos disponíveis atualmente para o câncer de mama são a cirurgia (mastectomia ou cirurgia conservadora) e a radioterapia, quando local; e a quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia, quando sistêmico. A escolha do tratamento está relacionada com o estadiamento da doença, ou seja, o grau de comprometimento tumoral, das características do tumor e das condições da paciente.

Esses tratamentos, que podem ser utilizados de forma independente ou concomitante, tem como principais objetivos a cura, o prolongamento do tempo de vida e melhora da qualidade de vida das pacientes com neoplasias mamárias (BRASIL, 2012).

Os processos cirúrgicos são os mais utilizados para tratar o câncer de mama. Segundo a OMS (2012), a mastectomia é uma cirurgia de retirada da mama, podendo ser parcial ou total e pode estar associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar). Subdivide-se em mastectomia simples, que consiste na retirada de apenas uma mama, mastectomia radical, em que se remove a mama, linfonodos regionais, músculos, tecidos adiposos e pele e, mastectomia modificada, remoção da mama e de uma parte da musculatura (SAWIN, 2012; GRISALES-NARANJO *et al*, 2013).

E as cirurgias conservadoras - chamadas também de quadrantectomia, lumpectomia, mastectomia parcial ou mastectomia segmentar - removem apenas a parte da mama onde está localizado o tumor, optando por retirar com ou sem

margem de segurança. O quanto da mama que é removido vai depender, principalmente, da localização e tamanho do tumor. Essa cirurgia permite melhores resultados, em especial, estéticos. Com as novas perspectivas terapêuticas, elas estão passando a ser utilizadas sempre que possível (*AMERICAN CANCER SOCIETY*, 2016; *FRASSON et al*, 2011).

3.2 Repercussões Emocionais

O diagnóstico do câncer de mama é quase sempre associado com a morte, acompanhado de altos índices de morbidade e mortalidade, fazendo com que seja aterrorizante e difícil de ser enfrentado e trazendo diversos impactos físicos, psicológicos e sociais, ocasionando grandes mudanças na vida, no cotidiano e no comportamento em relação à própria saúde. A mulher passa por diversos questionamentos e reflexões acerca da sua vida, o sucesso do tratamento, como será sua vida após a doença e a recorrência da mesma (*SILVA*, 2012; *RAMOS et al*, 2012; *BOSSOIS et al*, 2013).

Sentimentos como medo, preocupação, tristeza, sofrimento e angústia são muito comuns, afirma *Vieira et al.* (2012). Sendo assim, *Bossois et al.* (2013) descrevem em três áreas o impacto psicossocial que o câncer de mama pode trazer:

desconforto psicológico, que causa ansiedade, depressão e raiva; mudanças no estilo de vida, conseqüente ao desconforto físico, disfunção sexual, e alteração do nível de atividade; medo e preocupações com a possibilidade ou a ocorrência da mastectomia, o reaparecimento da doença e a morte (*Bossois et al.* 2013, p.13-14).

Considerando que a mama é um órgão cheio de simbolismo, representando a feminilidade, maternidade, sexualidade e atrativo da beleza corporal, a mulher pode se sentir inferior e rejeitada quando esse órgão é ameaçado (*SEARA et al.*, 2012; *ABREU*, 2014; *GOMES et al.*, 2015). Por ser uma doença estigmatizada socialmente, a autoimagem dessa mulher é diretamente afetada, pois ela conhece que o tratamento pode apresentar alterações como náuseas e vômitos, alopecia, perda de partes do corpo, diminuição da imunidade, dentre outras (*VIEIRA et al*, 2012).

Quando submetidas à mastectomia, as mulheres sofrem não apenas uma mutilação física, mas uma mutilação emocional também, ao se olharem e

perceberem que a mama não está mais presente no corpo, o que ocasiona alterações na imagem corporal, na identidade, na autoestima, na sexualidade e podendo ainda despertar sintomas de depressão e ansiedade, contribuindo negativamente para a qualidade de vida dessas mulheres (TALHAFERRO *et al*, 2007; PEREIRA *et al*, 2016; KOCH *et al*, 2017).

Os sentimentos negativos se agravam mais ainda devido ao medo da retirada da mama e, conseqüentemente, a desfiguração do corpo ao se olhar no espelho, segundo relata um estudo de Ramos *et al*. (2012). A primeira grande dificuldade após a cirurgia é a aceitação da mulher de que seu corpo está diferente e ao perceber a assimetria do corpo e visualizar a marca da cirurgia, que elas consideram uma agressão à sua autoimagem (BOSSOIS *et al.*, 2013).

A alteração na imagem corporal gera na mulher pós-mastectomizada, uma descarga de sentimentos e emoções, como ansiedade, depressão, medo, tristeza, culpa, lamento e vergonha (BOSSOIS *et al*, 2013).

Os tratamentos para o câncer de mama e seus efeitos colaterais podem causar modificações significativas na qualidade de vida da mulher, que passa a vivenciar um cotidiano limitado e precisa se adequar a uma nova rotina, além do sofrimento psicológico e social que vivem (SILVA, 2009).

A perda de cabelo, em decorrência do tratamento de quimioterapia, torna-se um agravante que afeta diretamente na imagem corporal dessa mulher, causando ansiedade diante de toda as modificações pessoais e sociais que as mulheres passam (HECH *et al*, 2014). Lago *et al* (2015, p. 17) relatam nos seus estudos a presença do “sofrimento diante da perda da mama, associada a baixa-estima, o não se sentir mulher e a ausência de significado na vida em consequência da mutilação”.

Além disso, há, também a alteração na sexualidade, que, segundo destacam Seara *et al*. (2012) e Santos *et al*. (2012) gera sentimentos de medo da rejeição do parceiro, vergonha de ficar sem roupa na frente do mesmo, insegurança e inferioridade, uma vez que elas se sentiam menos femininas e menos desejadas pelos parceiros. Resultados obtidos de um estudo sobre qualidade de vida pós-mastectomia realizado por Silva *et al*. (2014), conclui que menor será a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas nos aspectos referentes à saúde física e emocional, quanto mais afastadas dos seus companheiros elas estiverem – devido ao medo ou vergonha de sua condição.

Após a mastectomia há mudanças significativas nas atividades diárias e de trabalho dessas mulheres, apresentando fatores dificultadores que vão interferir na realização dessas atividades, dentre os principais estão a dor no processo da cirurgia, a perda da força do braço e a necessidade de repouso. Mas há, também, sintomas como náuseas e vômitos, diminuição do apetite, fadiga, dispneia, insônia, constipação e diarreia (FURLAN *et al*, 2013; SORATTO *et al*, 2013; LAGO *et al*, 2015). Levando-as a buscarem se adaptar a essas novas condições.

O câncer de mama ao ser diagnosticado acarreta modificações não só na vida da mulher, mas de toda a sua família, que precisa se reorganizar para atender aos cuidados que exigem a doença e o tratamento da paciente, uma vez que a família tem um importante papel no processo de adoecimento dessa mulher, servindo de suporte para a sua recuperação (SALES, 2010; SORATTO *et al*, 2013).

Mas, geralmente, ela não está preparada emocionalmente para lidar com esse processo de adoecimento, o que contribui para o sofrimento da mulher mastectomizada. Por isso, é necessário a inclusão dos familiares e a participação ativa desde o diagnóstico até o tratamento e durante todas as orientações que são fornecidas à mulher, para que eles possam ter conhecimento sobre todo o processo e possam ajuda-la e encorajá-la a passar por esse processo (ALMEIDA, 2010; SORATTO *et al*, 2013).

Além do apoio da família, há também o apoio psicossocial por meio dos grupos de apoio, que são muito importantes na vida de mulheres diagnosticadas com câncer de mama, pois possibilitam a elas um melhor enfrentamento da doença e ajudam a diminuir o sofrimento emocional que passam. No grupo de apoio as mulheres podem partilhar de suas experiências, tirar suas dúvidas, trocar conhecimentos e informações, dividir suas aflições, fazer atividade de lazer, criar novas amizades e encontrar motivação para seguir em frente, sem contar que ajuda na melhora da autoestima e, conseqüentemente, na qualidade de vida (MARTINS *et al*, 2015; ALMEIDA *et al*, 2015).

A atuação da equipe de saúde multiprofissional, sendo uma fonte de apoio, também é de extrema importância para que atenda às necessidades de saúde da mulher mastectomizada de forma qualificada para a readaptação da sua rotina. A enfermagem, sensível e presente à situação de saúde da paciente, está apta para ajudar, também, a família, incentivando-a a participar mais ativamente de todo o processo, permanecendo disponível para esclarecer dúvidas e medos e

oferecer apoio psicológico com o intuito de diminuir o desgaste emocional que essa mulher e sua família estão vivendo (PEITER *et al*, 2016).

Conhecer, também, os sentimentos vivenciados por essas mulheres ajuda a compreendê-las melhor e a desenvolver e implementar ações de educação em saúde buscando a qualidade e integralidade da assistência (RAMOS *et al*, 2012).

4 METODOLOGIA

4.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa.

A pesquisa descritiva realiza o estudo, a análise e a interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador. A finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos ou sistemas técnicos, sem, contudo, entrar no mérito dos conteúdos (TAMANINI *et al*, 2003; WHOQOL, 1995).

A pesquisa exploratória estabelece critérios, métodos e técnicas para elaboração de uma pesquisa e visa oferecer informações sobre o objeto desta e orientar a formulação de hipóteses. Visa ainda, a descoberta, a elucidação de fenômenos ou a explicação daqueles que não eram aceitos apesar de evidentes (TAMANINI *et al*, 2003; WHOQOL, 1995).

4.2 Local e período do estudo

O estudo foi desenvolvido no período de outubro de 2017 a novembro de 2018 em dois hospitais de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, ambos situados na capital São Luís.

- Instituto Maranhense de Oncologia – Hospital Aldenora Belo (IMOAB)

O IMOAB é um centro de alta complexidade oncológica, considerado hospital de referência oncológica no Estado do Maranhão. Fundado em 1966, atende pacientes do Sistema Único de Saúde – SUS, convênios e particulares. Composto por enfermarias para adultos e setor de oncopediatria, um centro cirúrgico, unidade de terapia intensiva, serviço de pronto atendimento oncológico, de quimioterapia, radioterapia, além de atendimentos ambulatoriais.

- Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho (HCTLF)

O HCTLF oferece todas as especialidades envolvidas no tratamento do câncer desde 2014. Nos últimos dois anos foram realizadas no hospital 11.076

sessões de quimioterapia, 2.502 cirurgias, 52.765 consultas ambulatoriais e 11.689 internações. O hospital realiza por mês mais de 1.700 tomografias computadorizadas, além de outros procedimentos diagnósticos, como mamografias, biópsias de próstata, mama e tireoide. Dentre os avanços recentes na assistência, estão a Neurocirurgia Oncológica e a Cirurgia Oncológica Minimamente Invasiva, realizada através de videolaparoscopia e videotoracoscopia, com incisões mínimas e rápida recuperação do paciente portador de câncer.

A coleta de dados foi realizada durante os meses de setembro e outubro de 2018.

4.3 Participantes do estudo

Participaram do estudo mulheres previamente tratadas em cirurgias oncológicas da mama (mastectomias totais, mastectomias conservadoras), encontradas em sala de espera para consultas de acompanhamento pós-cirúrgico com mastologistas, fisioterapeutas e psicólogos, sessões de radioterapia, atividade física com educadores físicos, além das reuniões do grupo de apoio.

Como critérios de inclusão foram definidos: mulheres maiores de 18 anos, que receberam tratamento cirúrgico para câncer de mama unilateral (no período de até 10 anos retroativos), seja por cirurgias classificadas como mastectomias ou conservadoras, tendo realizado ou não reconstrução mamária, independente da terapia coadjuvante já realizada e que tenham finalizado o tratamento com quimioterápicos.

Foram excluídas mulheres que trataram câncer de mama bilateral, que possuíam o diagnóstico de câncer de mama e sistêmico, ou qualquer outra neoplasia, e que tenham realizado o procedimento cirúrgico há menos de 06 (seis) meses. As participantes que não tiveram os prontuários identificados também foram excluídas da coleta.

4.4 Cálculo amostral

Os dados utilizados para conhecimento do cenário e cálculo amostral são oriundos do SISCOLO/SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer do Colo do

Útero e Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama. Estes, são sistemas informatizados de entrada de dados desenvolvido pelo DATASUS em parceria com o Instituto Nacional de Câncer (INCA), a fim de coletar e processar informações sobre identificação de pacientes e laudos de exames citopatológicos e histopatológicos.

O cálculo do tamanho amostral do número de pacientes a serem entrevistados nos locais de estudo foi realizado utilizando-se o programa estatístico PASS 15 (2017) e os seguintes parâmetros: Total de mulheres com câncer de mama atendidas no ano de 2015 (410). Prevalência de cirurgias oncológicas mamárias de 70,7%, nível de significância (α) de 5% e erro tolerável de 5%, o tamanho mínimo da amostra foi de 249 mulheres. No entanto, ao considerar 5% de possíveis perdas, o número final de mulheres a serem entrevistadas é de 262 (PASS 15, 2017).

Este estudo apresenta os resultados preliminares coletados em setembro e outubro de 2018, apresentando um 'n' de 70 entrevistadas.

4.5 Variáveis de estudo

Foram analisadas no estudo as seguintes variáveis:

Questionário	WHOQOL-bref
✓ Idade	✓ Percepção da qualidade de vida
✓ Local de Residência	✓ Satisfação com a saúde
✓ Atividade laboral	✓ Limitação
✓ Hábitos	✓ Segurança/Apoio Emocional
✓ Procedimento cirúrgico	✓ Percepção do ambiente
✓ Rastreamento	✓ Capacidade
✓ Diagnóstico	✓ Auto percepção
✓ Estado Clínico	✓ Satisfação pessoal
✓ Tratamento	✓ Sexualidade
✓ Suporte Emocional	✓ Emocional
✓ Grupo de Apoio	
✓ Impacto na Sexualidade	

4.6 Métodos de coleta de dados

Este estudo é parte integrante do projeto “Qualidade de Vida das Mulheres Submetidas a Mastectomia”, vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e ao Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher – NEPEM.

Os instrumentos deste projeto foram aplicados em uma única etapa e, além da coleta com as participantes, foi realizada consulta aos prontuários. Dentre as perguntas do questionário (APÊNDICE B) e do instrumento WHOQOL-bref (ANEXO A), foram trabalhadas nessa pesquisa as variáveis em negrito do quadro acima que se referem às perguntas número 1-7, 10-14, 34, 43, 58-63 do questionário; 1, 2, 6, 19, 20 e 26 do instrumento WHOQOL-bref, também destacadas em negrito. Os dados encontrados foram tabulados em planilhas do Microsoft ExcelR.

As participantes foram abordadas, de forma aleatória, nos dois hospitais e durante os dias de atendimento dos serviços que estes oferecem: 63 mulheres no Aldenora Belo, enquanto esperavam as consultas de acompanhamento pós-operatório (com as especialidades médica, fisioterapia e psicologia), sessões de radioterapia e educação física, além das reuniões dos grupos de apoio. Quando necessário, a participação da mesma foi interrompida para não ocasionar danos no compromisso original da paciente, retomado, após o término da consulta ou da reunião no grupo de apoio. E no Hospital Tarquínio Lopes foram abordadas 7 mulheres, enquanto esperavam as consultas de acompanhamento pós-operatório com o profissional médico.

Inicialmente foi apresentado o TCLE e após esclarecimento do teor da pesquisa e concordância na participação, foram aplicados os instrumentos de forma assistida pelos entrevistadores. A fim de complementar a entrevista, confirmando dados e buscando outros não informados, foi realizada a consulta ao prontuário.

Quanto ao estudo sobre qualidade de vida, uma análise realizada pelo Grupo de Qualidade de Vida da OMS, demonstrou que é possível desenvolver uma medida de qualidade de vida aplicável e válida para uso em diversas culturas e organizou um projeto colaborativo em 15 centros, cujo resultado foi a elaboração do World Health Organization Quality of Life-10019. Devido à necessidade de instrumentos curtos e de rápida aplicação, foi, então, desenvolvida a versão

abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref, cuja versão final ficou composta por 26 questões, sendo um instrumento que pode ser utilizado tanto para populações saudáveis como para populações acometidas por agravos e doenças crônicas (CONDE *et al*, 2006; RODARY *et al*, 2004).

A versão em português foi realizada segundo metodologia preconizada pelo Centro WHOQOL para o Brasil e apresentou características psicométricas satisfatórias (CONDE *et al*, 2006).

O The World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) é um questionário multidimensional dividido em cinco domínios que avaliam dimensões distintas da qualidade de vida da entrevistada: físico; relações sociais; meio ambiente e psicológico; o que permite a avaliação geral de qualquer tipo de câncer (CONDE *et al*, 2006; AMADO *et al*, 2006; RODARY *et al*, 2004).

A qualidade de vida também foi avaliada através da elaboração de um questionário para coleta de dados, utilizado para complementar os aspectos avaliados pelo instrumento WHOQOL-bref, disposto de 65 questões fechadas através do agrupamento das categorias de hábitos, características hereditárias, rastreamento, diagnóstico, características clínica e de tratamento, suporte emocional, grupo de apoio e sexualidade. Assim, foi possível descrever o cenário da população em estudo (CONDE *et al*, 2006; AMADO *et al*, 2006; RODARY *et al*, 2004). E para esta pesquisa, foram avaliados apenas alguns aspectos da qualidade de vida utilizando-se de 19 perguntas do questionário e 6 do WHOQOL-bref.

4.7 Análise estatística dos dados

A análise dos dados foi realizada através das variáveis dos dois instrumentos utilizados para coleta de dados.

Na avaliação entre os dois grupos as variáveis nominais foram realizadas através do teste do Qui-quadrado e o nível de significância adotado para todos os testes foi $\alpha \leq 0,0524$.

Para digitação e tabulação dos dados, utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010® e o pacote estatístico utilizado foi o Epi Info 7 (versão 7.2.2.6). Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

4.8 Riscos e benefícios

Conforme o item V da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco”, em tipos e gradações variados. Esta pesquisa se propôs a gerar riscos de impacto leve e indireto não ocasionando prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa tivesse apresentado qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), teria direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte da pesquisadora.

Quanto aos benefícios, acredita-se que os resultados advindos deste estudo contribuirão para a sociedade com o avanço científico da temática de qualidade de vida, proporcionando o retorno social com a elaboração de estratégias que estejam empenhadas a proporcionar e garantir o aumento da qualidade de vida das mulheres cirurgicamente tratadas do câncer de mama.

4.9 Questões éticas

O estudo foi desenvolvido respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto foi encaminhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) sob o parecer de número 2.892.351 (ANEXO B) e pelo Colegiado do curso de Enfermagem (ANEXO C).

O trabalho atendeu as exigências científicas e éticas que envolvem pesquisas com seres humanos, implicando, conforme a resolução vigente no consentimento livre e esclarecido dos sujeitos sociais.

As participantes foram orientadas sobre as características da pesquisa através do TCLE (APÊNDICE A).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram obtidos de 70 mulheres que participaram desta pesquisa, a partir de 13 variáveis avaliadas dos instrumentos aplicados e que foram reunidas apresentando um total de 10 tabelas e 2 gráficos.

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (**Continua**)

VARIÁVEIS	N	%
Faixa etária		
<35 anos	2	2,8
35 a 39 anos	4	5,7
40 a 45 anos	8	11,4
46 a 52 anos	23	33
53 a 60 anos	18	25,7
>60 anos	15	21,4
Estado civil		
Casada	21	30,0
Divorciada	10	14,3
Solteira	25	35,7
União estável	7	10,0
Viúva	7	10,0
Filhos		
Não	8	11,4
Sim	62	88,5
Caso sim, quantos?		
1	14	22,6
2	31	50,0
3	7	11,4
4	3	4,8
Acima de 4	7	11,2
Cor		
Amarela	5	7,1
Branca	6	8,6
Parda	46	65,7
Preta	13	18,6
Município		
Outros Municípios	9	12,8
Paço do Lumiar	2	2,9

Tabela 1 – Perfil sociodemográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (**Conclusão**).

VARIÁVEIS	N	%
Raposa	1	1,4
São José de Ribamar	2	2,9
São Luís	56	80,0
Renda		
Até 1	28	40,0
1 a 3	30	42,9
3 a 5	11	15,7
> 15	1	1,4
Ocupação		
Do lar	20	28,6
Autônoma	13	18,6
Aposentada	10	14,3
Desempregada	5	7,1
Professora	6	8,6
Outras	16	22,9
Religião		
Agnóstica	5	7,1
Católica	40	57,1
Evangélica	25	35,7
Escolaridade		
Ensino Fundamental Completo	8	11,4
Ensino Fundamental Incompleto	11	15,7
Ensino Médio Completo	30	42,9
Ensino Médio Incompleto	6	8,6
Ensino Superior Completo	13	18,6
Ensino Superior Incompleto	2	2,9
Orientação sexual		
Heterossexual	70	100,0
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

As mulheres participantes, como mostra a Tabela 1, possuíam faixa etária predominante de 46 a 52 anos, a maioria se considerava parda, de religião católica, com nível de escolaridade ensino médio completo, solteira, com filhos, todas afirmaram serem heterossexuais. Em relação à ocupação, uma grande parte era do

lar e possuía renda familiar de 1 a 3 salários mínimos. E quando perguntadas sobre onde moravam, prevaleceu as mulheres que residiam no município de São Luís.

Tabela 2 – Autoaceitação do corpo e rejeição familiar e/ou social das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Aceita que seu corpo está diferente		
Não	8	11,4
Sim	62	88,6
Total	70	100,0
Tem medo de rejeição familiar e/ou social		
Não	57	81,4
Sim	13	18,6
Total	70	100,0
Caso sim, de quem		
Sim (ambas)	7	53,9
Sim (familiar)	2	15,4
Sim (sociedade)	4	30,7
Total	13	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Na Tabela 2, pode-se observar que 88,6% (n= 62) das mulheres aceitam a mudança no seu corpo após a cirurgia e 81,4% (n= 57) não têm medo de sofrer rejeição, no entanto, das mulheres que afirmaram ter medo, 53,9% (n= 7) disseram sentir medo da rejeição por parte da família bem como da sociedade.

A imagem corporal é baseada na autopercepção física de si mesma e da observação do modo como os outros reagem diante da sua aparência. Com isso, pode-se inferir que a imagem corporal depende da satisfação ou não da mulher com o seu corpo. Em oposição ao resultado encontrado neste estudo, Rhondali *et al*, no estado do Texas, em 2015, investigou o grau de insatisfação com a imagem corporal em pacientes com câncer avançado e encontrou um percentual de 58% (n= 47) de 81 pacientes participantes. Neste outro estudo, realizado em Natal, no ano de 2016, Guedes, também encontrou um valor alto quando avaliou a insatisfação com a imagem corporal em mulheres que foram submetidas à tratamento de câncer de mama, 74,8% (GUEDES, 2016).

Para as mulheres que passam pela mastectomia, uma cirurgia agressiva e mutiladora, a autoaceitação é uma das primeiras dificuldades que enfrentam, sentindo preconceito em relação ao seu próprio corpo. Ter que se olhar no espelho e não ver a mama, notar a assimetria e aceitar que o seu corpo está diferente, vai repercutir diretamente na autoimagem dessa mulher (GASPARELO, 2011; BOSSOIS *et al*, 2013).

A maioria das mulheres que participaram deste estudo relatou não ter medo de sofrer rejeição nem da família e nem da sociedade, porém, a pesquisa feita por Silva *et al*, em 2012, traz relatos sobre o preconceito que as mulheres sofrem diariamente devido ao câncer, uma doença estigmatizante e que possui uma desvalorização social, uma vez que a doença não afeta só o biológico, mas suas relações sociais. A mulher que passa por isso se sente desvalorizada, rejeitada pelas limitações que a doença causa.

Tabela 3 – Relação da autoaceitação com o medo da rejeição nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.

Aceita que seu corpo está diferente	Tem medo de rejeição familiar e/ou social								Total	
	Não		Sim (ambas)		Sim (familiar)		Sim (sociedade)			
	N	%	N	%	n	%	N	%	n	%
Não	4	50,0	3	37,5	0	0,0	1	12,5	8	11,4
Sim	53	85,5	4	6,5	2	3,2	3	4,8	62	88,6
Total	57	81,4	7	10,0	2	2,9	4	5,7	70	100,0

$$\chi^2 = 8,9122 \quad p = 0,0305$$

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Na Tabela 3, pode-se notar que houve uma relação estatisticamente significativa ($p = 0,0305$) entre os dados das variáveis abordadas na Tabela 2. Das mulheres que não são capazes de aceitar o seu corpo, 11,4% ($n = 8$), foi identificado o mesmo percentual, 50,0% ($n = 4$), entre o número de mulheres que disseram não ter medo de sofrer rejeição e as que disseram ter medo. Da população estudada que aceita a mudança no seu corpo, apesar da maioria, 85,5% ($n = 53$), afirmar não ter medo de sofrer rejeição, 14,5% ($n = 9$) afirmam ter, sendo 6,5% ($n = 4$) referentes a rejeição familiar e social.

Na sua pesquisa, Lopes (2012), afirma que a insatisfação com o próprio corpo gera na mulher repercussões negativas que afetam suas relações sociais e familiares, o que é evidenciado no estudo realizado por Silva *et al*, em Belém (PA), no ano de 2012, em que 72% das mulheres estudadas afirmaram em seus depoimentos que se sentem constrangidas diante do seu corpo alterado e por possuir uma doença tão estigmatizada pela sociedade e isso as leva ao afastamento do convívio com o seu meio social e a encontrarem maneiras de esconder ou “disfarçar” a doença. Tudo isso provoca alterações no estilo de vida e nas relações pessoais.

No entanto, os resultados encontrados acima não condizem com o do presente estudo, uma vez que as participantes se sentiam muito bem com o seu corpo, apesar de algumas terem se submetido a um tipo de cirurgia mais radical em que a mama foi retirada completamente e de outras não terem realizado nenhum tipo de reconstrução mamária, elas eram capazes de se olharem no espelho e aceitar o que viam, o corpo como estava, apresentando grandes ou pequenas assimetrias. A atitude delas ao lidarem com a doença e com a mudança no corpo refletiu na forma de enfrentamento sobre o olhar do outro, muitas vezes carregado de preconceitos, o que proporcionou um índice baixo de mulheres com medo de sofrer rejeição.

Tabela 4 – Satisfação com a qualidade de vida e com a saúde das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (Continua)

VARIÁVEIS	n	%
Como você avaliaria sua qualidade de vida		
Muito ruim	0	0
Ruim	1	1,4
Nem ruim nem boa	14	20,0
Boa	39	55,7
Muito boa	16	22,9
Total	70	100,0
Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde		
Muito insatisfeita	2	2,9
Insatisfeita	5	7,1
Nem satisfeita nem insatisfeita	14	20,0

Tabela 4 – Satisfação com a qualidade de vida e com a saúde das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (Conclusão)

VARIÁVEIS	n	%
Satisfeita	35	50,0
Muito satisfeita	14	20,0
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Observa-se na Tabela 4 que 55,7% (n= 39) avaliaram como “boa” a sua qualidade de vida e se consideraram satisfeitas com a sua saúde, 50,0% (n= 35), ao passo que nenhuma avaliou a sua qualidade de vida como “muito ruim” e apenas 2,9% (n= 2) afirmaram muita insatisfação com a sua saúde. Aquelas que não souberam dizer e consideraram “nem ruim nem boa” a sua qualidade de vida e “nem satisfeita nem insatisfeita” com a sua saúde, obtiveram o mesmo percentual de 20,0% (n= 14).

Levando em consideração que a satisfação com a saúde implica na qualidade de vida, essas duas variáveis apresentam dados que se confirmam, à medida que a mesma mulher que julga sua qualidade de vida como nem ruim nem boa é a mesma que não está nem satisfeita nem insatisfeita com a sua saúde, assim como a que julga como boa ou muito boa sua qualidade de vida com está satisfeita ou muito satisfeita com a sua saúde.

De acordo com os dados da revisão de literatura de Majewski *et al* (2012), a qualidade de vida tende a melhorar com o passar dos anos e acredita-se que é mais afetada, apresentando os piores índices, nos primeiros meses após o início do tratamento oncológico. Ainda nessa revisão, foi identificado que na maioria dos estudos, as mulheres submetidas à mastectomia, apresentavam qualidade de vida inferior as que se submeteram à cirurgia conservadora. Um estudo de Gomes *et al* (2016) também apresenta dados sobre a qualidade de vida ser mais baixa em mulheres que fizeram a cirurgia não conservadora da mama.

Os dados desta pesquisa não foram analisados de forma estatística para obter essa relação do tempo de tratamento com a qualidade de vida e nem desta com a modalidade cirúrgica, como foram citadas anteriormente nos estudos, no entanto, foram corroborados pelo estudo de Bezerra *et al* (2013) que analisou a qualidade de vida da população estudada e obteve o resultado que dos domínios observados, dentre eles o psicológico, o físico e as relações sociais, os valores

encontrados se aproximavam da amplitude máxima, sendo possível afirmar que a população apresentava uma qualidade de vida relativamente boa.

Tabela 5 – Satisfação e importância da vida das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.

VARIÁVEIS	N	%
Em que medida você acha que a sua vida tem sentido		
Nada	1	1,4
Muito pouco	1	1,4
Mais ou menos	1	1,4
Bastante	27	38,6
Extremamente	40	57,2
Total	70	100,0
Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo		
Muito insatisfeita	0	0
Insatisfeita	1	1,4
Nem satisfeita nem insatisfeita	6	8,6
Satisfeita	26	37,1
Muito satisfeita	37	52,9
Total	70	100,0
Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais		
Muito insatisfeita	0	0
Insatisfeita	1	1,4
Nem satisfeita nem insatisfeita	7	10,0
Satisfeita	32	45,7
Muito satisfeita	30	42,9
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Na Tabela 5, quando perguntadas sobre a vida ter sentido, a maioria, 57,2% (n= 40), considerou “extremamente” e 1,4% (n= 1) consideraram as opções “nada” ou “muito pouco” ou “mais ou menos”. Em relação à satisfação consigo mesmo, a maioria considerou-se “muito satisfeita” com 52,9% (n= 37) e com suas relações pessoais, 45,7% (n= 32) consideraram-se “satisfeitas”.

No ano de 2015, no estudo publicado por Lago *et al*, em um hospital referência na cidade de Teresina (PI), por meio de entrevista aplicada após a

cirurgia de mastectomia, as mulheres relataram a presença do sofrimento em relação a perda da mama associada a baixa autoestima e ausência de significado na vida (LAGO *et al*, 2015). O estudo de Fernandes *et al* em 2013 com 14 mulheres no estado do Ceará, constatou que a maneira como elas se sentiam consigo mesmas e com as suas relações com as pessoas interferia diretamente na autoestima delas. Esses dados corroboram com os apresentados por essa pesquisa, visto que é possível observar que existe uma relação proporcional entre as três variáveis estudadas.

Gomes e Silva, em 2013, revelam através de um estudo, que buscou fazer a relação entre o tipo de cirurgia com a autoestima, que todas as mulheres que realizaram a cirurgia conservadora e a mastectomia avaliaram a sua autoestima como alta. No entanto, uma pesquisa feita em Pouso Alegre (MG), identificou que todas as mulheres do grupo das pacientes portadora de câncer de mama no seu primeiro dia de pós-operatório apresentaram baixa autoestima (OLIVEIRA *et al*, 2013). Esse resultado é esperado que aconteça, visto que, após a cirurgia oncológica, a mulher se encontra fragilizada em relação ao seu corpo e a si mesma, se sentindo incompleta e até mesmo, menos mulher.

Miranda *et al*, em 2015, analisaram algumas variáveis em uma população de pacientes com câncer, e considerou o bem-estar existencial como satisfatório pela maioria. Cerca de 60% da população estudada, relatou possuir muitas relações afetivas significativas e isso levou os autores a afirmar que o apoio do companheiro, dos familiares e dos amigos formam uma rede de suporte para o paciente oncológico e que ter vínculos sociais e afetivos contribuem para o enfrentamento da doença.

Tabela 6 – Presença de sentimentos negativos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (**Continua**)

VARIÁVEIS	N	%
Sente-se triste		
Não	49	70,0
Sim	21	30,0
Total	70	100,0
Com que frequência você tem sentimentos negativos		
Nunca	20	28,6

Tabela 6 – Presença de sentimentos negativos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (**Conclusão**)

VARIÁVEIS	N	%
Algumas vezes	36	51,4
Frequentemente	9	12,9
Muito frequentemente	5	7,1
Sempre	0	0
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

A Tabela 6 apresenta que 70,0% (n= 49) do total de mulheres, afirmaram não se sentir tristes, contra 30,0% (n= 21) que reconheceram se sentir. E quando perguntadas sobre a frequência de ter sentimentos negativos, 51,4% (n= 36) afirmaram ter “algumas vezes”; 28,6% (n= 20) disseram “nunca”; 12,9% (n= 9) “frequentemente”; 7,1% (n= 5) “muito frequentemente” e nenhuma afirmou possuir esses sentimentos “sempre”.

Apesar das mulheres, em sua maioria, neste estudo referirem que a tristeza não é um sentimento comum em suas vidas, outros sentimentos negativos, como o mau humor, ansiedade e desespero, afirmaram que possuem algumas vezes e por meio desses dados, pode-se perceber que a qualidade de vida delas no âmbito emocional está um pouco afetada.

Segundo revela um estudo do Rio Grande do Sul, publicado em 2015, quando a mulher descobre o câncer de mama, o medo é um sentimento inevitável, pois ela se remete logo ao tratamento terapêutico e a possibilidade da morte. Além do medo, outros sentimentos comumente apresentados são raiva, inquietação, tristeza, ansiedade, angústia e luto. Após o tratamento, o medo permanece, mas associado à recorrência da doença (CLAAS, 2015; OLIVEIRA, 2012).

Bossois *et al* (2013), relatam também, que as mulheres têm a sensação de que não são compreendidas pelas pessoas, uma vez que não sabem o sofrimento pelo qual elas estão passando devido ao câncer de mama e acabam se isolando. É sabido que o câncer de mama traz consequências que afetam a qualidade de vida dessas mulheres, tendo que conviver com a incerteza da vida e do sucesso do tratamento, além da recorrência da doença. Sentimentos de natureza negativa se tornam muito presentes e ao longo de todo o processo de adoecimento, a mulher busca encontrar um sentido para o que está vivendo.

Tabela 7 – Modalidade cirúrgica das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.

MODALIDADE CIRÚRGICA	N	%
Mastectomia	28	40,0
Cirurgia conservadora	42	60,0
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Na Tabela 7, pode-se observar que a modalidade cirúrgica mais realizada entre as mulheres foi a cirurgia conservadora com 60,0% (n= 42), e a mastectomia apresentou 40,0% (n= 28).

De acordo com *American Cancer Society* (2016), existem dois tipos principais para tratar cirurgicamente o câncer de mama, a cirurgia conservadora, também chamada por quadrantectomia, lumpectomia, mastectomia parcial ou mastectomia segmentar, que consiste na retirada somente da parte da mama que contém o tumor. E Barros *et al* (2001) divide a cirurgia conservadora em exérese do tumor com margem (setorectomia ou ressecção segmentar) e sem margem (tumorectomia).

A cirurgia não conservadora, a mastectomia, é a remoção completa da mama e todo o tecido mamário, às vezes, podendo incluir outros tecidos próximos (*AMERICAN CANCER SOCIETY*, 2016). Existem diferentes tipos de mastectomia, que o estudo de Barros *et al* (2001) traz: preservando-se pele e complexo aréolo-papilar (adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea); retirada com pele e complexo aréolo-papilar (mastectomia simples ou total); preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (mastectomia radical modificada) e com retirada do(s) músculo(s) peitoral(is) com linfadenectomia axilar (mastectomia radical).

A modalidade cirúrgica escolhida vai depender do estadiamento do câncer e das condições clínicas da paciente. Durante a coleta de dados desta pesquisa, encontrou-se mulheres que fizeram os diferentes tipos de cirurgia de cada modalidade, mas para facilitar o entendimento e melhor análise, optou-se por dividir nas principais categorias, que foram cirurgia conservadora e mastectomia.

Os dados deste estudo se assemelham a um estudo de mesmo caráter realizado por Gomes e Silva em um hospital de Uberaba (MG) no ano de 2013, este identificou que a maioria das mulheres abordadas para a pesquisa foram submetidas

à cirurgia conservadora 54,1% (n= 20) contra 45,9% (n= 17) que foram submetidas à mastectomia.

Outros estudos apontam os mesmos resultados, a cirurgia conservadora como sendo a técnica cirúrgica mais realizada nas mulheres estudadas em relação à não conservadora (GUEDES, 2016; SIMEÃO *et al*, 2013).

A mastectomia é a modalidade cirúrgica mais temida pelas mulheres com câncer de mama por ser mais agressiva fisicamente e emocionalmente. Frasson *et al* (2011), afirma que no tempo atual o número de casos de realização de cirurgia conservadora para tratamento do câncer de mama tem crescido. Esse tipo de cirurgia é indicado para tumores não palpáveis detectados por exames de imagem.

Tabela 8 – Relação da modalidade cirúrgica e presença de sentimentos negativos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.

Modalidade de cirurgia	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?								Total	
	Nunca		Algumas vezes		Frequentemente		Muito frequentemente		n	%
	N	%	N	%	n	%	n	%		
Cirurgia conservadora	11	26,2	21	50,0	5	11,9	5	11,9	42	60,0
Mastectomia	9	32,1	15	53,6	4	14,3	0	0,0	28	40,0
Total	20	28,6	36	51,4	9	12,9	5	7,1	70	100,0

$$\chi^2 = 3,6574 \quad p = 0,3009$$

Notas: A opção “sempre” não foi relatada por nenhuma mulher participante da pesquisa. Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

A Tabela 8 apresenta a relação do tipo de cirurgia realizada com a frequência de sentimentos negativos. Não houve significância estatística (p= 0,3009) entre essas variáveis. Das mulheres que se submeteram à cirurgia conservadora, 50,0% (n= 21) relataram ter tido algumas vezes sentimentos negativos; 26,2% (n= 11) nunca tiveram; e 11,9% (n= 5) afirmaram ter tido com frequência ou com muita frequência esses sentimentos. As submetidas à mastectomia, a maioria, 53,6% (n= 15) também relatou ter tido algumas vezes; 32,1% (n= 9) nunca tiveram; 14,3% (n= 4) tiveram com frequência e nenhuma relatou ter tido com muita frequência sentimentos negativos.

A relação dessas duas variáveis apresentadas, aponta que independente do tipo de cirurgia a que foram submetidas, a maior parte da população estudada relatou possuir algumas vezes sentimentos negativos, apesar da revisão de literatura realizada por Bossois *et al*, publicada no ano de 2013, afirmar que as mulheres que se submeteram à mastectomia passam por uma experiência diferente das que não são submetidas. Relata ainda que o sentimento de ambivalência é muito comum após a cirurgia, sobre isso explicam:

[...] a mulher deposita na cirurgia a possibilidade da cura e espera que, após a realização da mesma, não precise mais se preocupar. Ao mesmo tempo, existe o medo de enfrentar um corpo que já não é mais o mesmo, a sensação de que a doença vai voltar e as necessidades de se preparar para as novas etapas. A realidade da mutilação traz para a mulher uma quantidade grande de sentimentos, com os quais ela se sente perturbada e muitos sentimentos psicológicos de ordem negativa podem surgir nesta etapa (BOSSOIS *et al*, 2013, p. 11).

Outro ponto que é possível observar é quando se analisa a alternativa “muito frequentemente”, que algumas mulheres que passaram pela cirurgia conservadora relataram ter essa frequência, enquanto que não houve nenhum relato das que tiveram a mama retirada completamente. Esses dados vão levemente divergir com o resultado encontrado em um estudo referente ao aspecto emocional afirmando que quanto menos mutilante for o resultado da cirurgia realizada, melhor será o desempenho nesse aspecto (SIMEÃO *et al*, 2013).

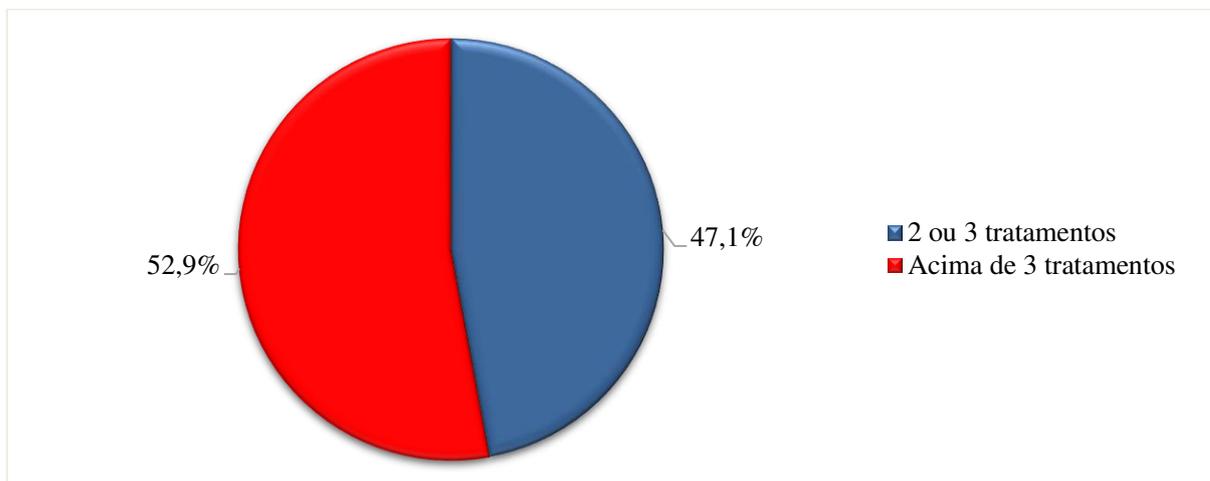
Ao serem submetidas ao procedimento cirúrgico que vai retirar a mama total ou parcialmente, essa mulher passará por grandes mudanças na sua vida no âmbito físico, emocional e social (BANDEIRA *et al*, 2013).

Os achados do estudo de Ramos *et al*, realizado com 14 mulheres diagnosticadas com câncer de mama e que estavam em tratamento em um hospital de referência em oncologia na cidade de Campina Grande (PB), identificou nos relatos das mulheres sentimentos de tristeza, depressão e aceitação. Quando perguntadas sobre a tristeza, elas relacionaram com o fato de ter perdido a mama, o que produziu alterações na sua imagem corporal e na percepção do seu corpo como fora do padrão de beleza instituídos atualmente (RAMOS *et al*, 2012).

Ainda sobre o estudo citado anteriormente Ramos *et al* (2012) conclui: “desse modo, considerando-se a simbolização social e individual da mama feminina,

o câncer de mama promove uma ruptura da identidade feminina pela retirada da mama, mesmo quando esta ocorre parcialmente”.

Gráfico 1 – Tratamentos realizados pelas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.



Notas: 11,4% (n= 8) realizaram 2 tipos de tratamentos, os mais relatados foram a cirurgia + quimioterapia. 35,7% (n= 25) realizaram 3 tipos de tratamentos, os mais mencionados foram a cirurgia + quimioterapia + radioterapia. E das que realizaram mais de 3 tipos, 52,9% (n= 37), relataram mais a cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia. Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

No gráfico 1, nota-se que as mulheres que realizaram mais de 3 tratamentos, com 52,9% do total, foram a maioria em relação as que passaram por 2 ou 3 tipos de tratamentos, 47,1%. Na coleta de dados, todos os tipos de terapêuticas foram citados pelas entrevistadas, mas, os mais mencionados das que realizaram mais de 3 tipos de tratamentos foram a cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia; cirurgia + quimioterapia + radioterapia foram os mais relatados pelas que realizaram 3 tipos; e cirurgia + quimioterapia, pelas mulheres que passaram por 2.

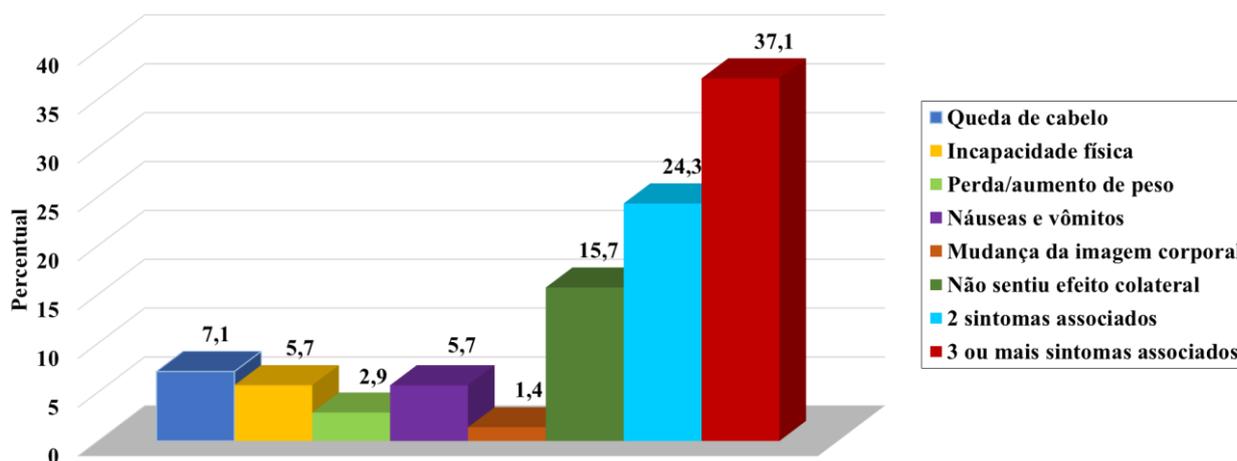
De acordo com Almeida Júnior *et al* (2011), o tratamento do câncer de mama deve ser baseado em um conjunto de fatores e características individuais da mulher que apresenta o tumor. São essas características que vão determinar a eficácia ou não do tratamento proposto. O tratamento vai variar dependendo do estadiamento da doença, das suas características biológicas e das condições da paciente (INCA, 2016).

As modalidades de tratamento são divididas em locais e sistêmicas. As locais vão atuar diretamente no local onde está o tumor, são as cirurgias e a radioterapia; já as sistêmicas consiste em medicamentos orais ou intravenosos que

vão atingir as células cancerígenas em qualquer parte do corpo, são a quimioterapia, a hormonioterapia e a terapia biológica (ou imunoterapia) (MAJEWSKI *et al*, 2012). Segundo Coutinho *et al* (2010), a combinação entre as terapêuticas aumenta a possibilidade da cura e diminui as chances da paciente com câncer de mama sofrer uma mutilação, preservando assim, a estética e a funcionalidade orgânica.

Um estudo feito em um Centro de Oncologia, na cidade de Barbalha (CE), com 51 mulheres apresentou resultados semelhantes em relação aos tipos de tratamentos realizados, assim como o deste presente estudo, na categoria 2 ou 3 tratamentos, apresentou maior número as que realizaram três tipos, sendo a cirurgia + quimioterapia + radioterapia; as que realizaram dois tipos, foram submetidas à cirurgia + quimioterapia. Na categoria acima de 3 tratamentos, a quantidade de mulheres que realizaram foi oposta, no entanto, foram os mesmos tipos de tratamentos realizados, cirurgia + quimioterapia + radioterapia + hormonioterapia (CARVALHO *et al*, 2015).

Gráfico 2 – Efeitos colaterais dos tratamentos nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.



Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

No gráfico 2, os dados mostram que 37,1% das mulheres apresentaram 3 ou mais sintomas associados; 24,3% com 2 sintomas associados; 15,7% não sentiram nenhum efeito colateral durante os tratamentos; 7,1% apontaram a queda de cabelo como principal efeito colateral sentido; 5,7% a incapacidade física; 5,7% náuseas e vômitos; 2,9% perda/aumento de peso; e 1,4% apontaram a mudança da imagem corporal como principal efeito colateral sentido durante os tratamentos.

Como já dito anteriormente, sentimentos como medo, tristeza, preocupação, angústia e sofrimento podem surgir juntamente com a descoberta do câncer de mama, uma vez que a mulher se remete a situações pelas quais ela terá que passar, procedimento e tratamentos que vão causar um impacto na sua vida, tanto física quanto emocionalmente. Os efeitos colaterais tornam-se uma preocupação que advém de um conhecimento prévio que ela tem de que quando submetida ao tratamento sentirá náuseas, vômitos, alopecia, amputações de partes do corpo, perda de peso e outros, refletindo assim, na sua autoimagem (VIEIRA *et al*, 2012).

Dos efeitos colaterais, quando avaliados de forma independente, o mais referido pelas mulheres como o que causou mais sofrimento foi a queda de cabelo. Vieira *et al* (2012) afirmam que esse efeito colateral durante o tratamento causa sério impacto na vida dessas mulheres, bem como quando são submetidas à mastectomia, pois os cabelos e os seios são considerados símbolos da feminilidade e por estarem atrelados ao padrão que a sociedade considera de beleza.

Os dados apresentados neste estudo são confirmados quando A *American Cancer Society* (2016) aponta como efeitos colaterais mais comuns dos tratamentos as náuseas e vômitos, perda de cabelo, alterações de peso, diarreia na quimioterapia; fadiga e alterações na pele na radioterapia; e na hormonioterapia, ondas de ondas, náuseas leves e dores de cabeça.

Em um estudo realizado por Ramos *et al* (2012), com 14 mulheres entrevistadas das quais todas foram submetidas à cirurgia de mastectomia radical, a maioria realizou os tratamentos de radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia ou a combinação entre eles. Nos depoimentos dessas mulheres foram relatadas ainda as experiências que elas tiveram durante o tratamento, relacionando a perda da mama, o mal-estar e a queda de cabelo, esses dois últimos devido ao tratamento com quimioterápicos.

Tabela 9 – Diagnóstico de depressão e o medo de ter das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (**Continua**)

VARIÁVEIS	n	%
Durante o tratamento oncológico e após a cirurgia de mama, foi diagnosticada com depressão		
Não	58	82,9
Sim	12	17,1

Tabela 9 – Diagnóstico de depressão e o medo de ter das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018 (**Conclusão**)

VARIÁVEIS	n	%
Tem medo de ter depressão		
Não	40	57,1
Sim	30	42,9
Total	70	100,0

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Na Tabela 9, 82,9% (n= 58) das mulheres não foram diagnosticadas com depressão nem durante o tratamento e nem após a cirurgia, contra 17,1% (n= 12) que afirmaram terem sido diagnosticadas. Quanto ao medo de ter depressão, os resultados não ficaram tão distantes, com 57,1% (n= 40) dizendo que não tinham medo e 42,9% (n= 30) que tinham.

Tabela 10 – Relação do diagnóstico de depressão e o medo de ter das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em dois hospitais de referência, São Luís – MA, 2018.

Durante o tratamento oncológico e após a cirurgia de mama, foi diagnosticada com depressão	Tem medo de ter depressão					
	Não		Sim		Total	
	N	%	N	%	n	%
Não	37	63,8	21	36,2	58	82,9
Sim	3	7,5	9	30,0	12	17,1
Total	40	57,1	30	42,9	70	100,0

$$x^2 = 6,1099 \quad p = 0,01344$$

Fonte: Dados sintetizados pela autora a partir da coleta de dados.

Observa-se na Tabela 10 uma relação do número de mulheres diagnosticadas ou não com depressão com o medo de ter, apresentando significância estatística (p= 0,01344) entre os dados obtidos. Apesar de a maior parte das mulheres não ter sido diagnosticada com depressão, 82,9% (n= 58), 63,8% (n= 37) afirmam não ter medo de ter e 36,2% (n= 21) dizem ter medo. Quanto as que responderam que tinham sido diagnosticadas, 17,1% (n= 12), 30,0% (n= 9) disseram que tinham medo de ter novamente contra 7,5% (n= 3) que não tinham medo da possibilidade de recorrência dessa doença.

Os resultados da Tabela 9 se aproximam dos estudos que identificaram maior predominância a de mulheres portadoras de neoplasia mamária que não

foram diagnosticadas com depressão em nenhuma fase da doença (CARVALHO *et al*, 2015; NUNES *et al*, 2012; OLIVEIRA *et al*, 2013).

A depressão é definida pela *World Health Organization* como um “transtorno mental caracterizado por humor deprimido, tristeza, perda de interesse, ausência de prazer, baixa autoestima, atenção reduzida, sentimento de culpa e pode apresentar ainda distúrbios do sono ou do apetite” (WHO, 1993). De acordo com Abelha (2014), é considerada um problema de saúde pública, podendo levar ao suicídio em casos mais graves.

Somado a isso, nos estudos encontrados na revisão de literatura feito por Bottino *et al*, publicado no ano de 2009, a depressão se mostra prevalente em pacientes com câncer de mama variando as percentagens de 10 a 25% (BOTTINO *et al*, 2009). Essa taxa de prevalência corrobora com a presente pesquisa conforme revela a Tabela 9.

Um estudo apontou que 30 a 50% das mulheres que não apresentam um diagnóstico fechado e/ou conclusivo de depressão irão apresentar em algum momento níveis de estresse psicossocial, relacionado ou ao diagnóstico ou ao tratamento (SHEPPARD *et al*, 2014).

Para Jassin *et al* (2015), o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama, além de serem etapas angustiantes, trazem consequências psicológicas sérias para a qualidade de vida dessas mulheres, sendo a ansiedade e a depressão os sintomas psicológicos mais comuns, afirmado também por Bredal *et al* (2014).

Além do medo da recorrência, os possíveis quadros de ansiedade e depressão são considerados um dos maiores temores que as mulheres com câncer de mama apresentam (CASTRO *et al*, 2010), esses sintomas foram manifestados de forma expressiva na maioria da população de um estudo que abordou as reações psicoafetivas provocadas pelo diagnóstico de neoplasia mamária, na cidade de Divinópolis (MG) (FERREIRA *et al*, 2015).

Ferreira *et al* (2015) ainda em seus estudos, afirmam que quanto mais cedo for identificado os sinais e sintomas da ansiedade e da depressão, melhor e mais importante será para a prevenção das complicações do âmbito emocional que acometem as mulheres com câncer de mama.

Dessa forma, nota-se que a literatura fala que desenvolver uma depressão ao longo de todo o processo da doença, desde a descoberta até após o tratamento, é muito comum, uma vez que o câncer de mama é tido como algo

assustador e, muitas vezes, fatal pela maioria das mulheres. Diante dessa situação ela passa por diversas alterações, principalmente psicológicas, que refletem diretamente na maneira como elas vivem, se sentem consigo mesmas e em relação às pessoas, além da piora na qualidade de vida.

Em contraste com esses dados da literatura, os resultados deste estudo revelam que na população estudada não há relação do câncer com o desenvolvimento de quadros depressivos, mas, conforme a Tabela 10, algumas pareceram mais temerosas e afirmaram ter medo de serem acometidas pela depressão.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo permitiu constatar que as mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, abordadas nos dois hospitais de referência para câncer no estado do Maranhão, não apresentaram impacto emocional tão significativo, apesar de estudos afirmarem o contrário.

O câncer de mama faz com que a mulher passe por questionamentos e reflexões acerca da vida e vivencia um turbilhão de sentimentos desde o momento do diagnóstico, que vão afetar e causar repercussões no âmbito emocional, como dificuldade para se aceitar e aceitar seu corpo, para enfrentar o preconceito da sociedade e os receios com os efeitos colaterais dos tratamentos.

Nesse sentido, os resultados analisados apontaram que as mulheres em tratamento oncológico e que já passaram pela cirurgia são capazes de aceitar a mudança no seu corpo, se sentem bem consigo mesmas, sabem lidar com as suas relações pessoais sem medo de sofrer rejeição seja pela sociedade ou até mesmo pela própria família. Tudo isso refletiu na forma como elas avaliaram a qualidade de suas vidas, considerando como muito boa.

Também foi observado que essas mulheres não relataram sentir tristeza diante da situação a qual estão vivendo, mas outros sentimentos negativos, como a ansiedade, o mau humor, o desespero e a depressão, alegaram sentir algumas vezes. A depressão é um sintoma psicológico esperado de ocorrer nos casos de câncer, principalmente, no câncer de mama, no entanto, na população estudada apresentou números baixos.

O crescimento do número de cirurgia conservadora foi evidenciado pelos resultados encontrados neste estudo, que apontaram a prevalência de mulheres que foram submetidas à cirurgia conservadora em relação às mulheres que passaram pela mastectomia. Independentemente do tipo de modalidade cirúrgica realizada, a presença de alguns sentimentos negativos foi evidenciada algumas vezes.

Os tratamentos quando associados aumentam as chances da cura e a possibilidade de passar por uma mastectomia, o que foi constatado nesta pesquisa que observou a realização nas mulheres com neoplasia mamária mais de três tipos de tratamentos, incluindo o cirúrgico.

Atrelados aos tratamentos estão os seus efeitos colaterais, que se tornam uma preocupação para as mulheres quando descobrem a doença. Neste estudo, os

resultados apontaram que, dos efeitos investigados sem associação de sintomas, o que mais causou sofrimento foi a queda de cabelo, seguida da incapacidade física e das náuseas e vômitos.

Se faz necessária e de elevada importância a realização de pesquisas como esta para conhecer quais os principais impactos causados emocionalmente na vida das mulheres com câncer de mama que vão interferir na sua autoestima, na sua saúde e nas suas relações pessoais, ou seja, na sua satisfação com a qualidade de vida, para que se possa dar orientações acerca da doença, desmistificando-a e oferecer serviços com acompanhamento profissional para superação do impacto da perda da mama e as mudanças na rotina de vida.

Este estudo apresenta algumas limitações, como a diminuição no tempo para realizar a coleta de dados devido ao atraso na liberação da pesquisa pelo CEP/UFMA, o número da amostra ser pequeno impedindo a generalização dos resultados e os demais serviços oferecidos pelo Hospital Tarquínio Lopes não estarem funcionando durante o período da coleta, somente os atendimentos de consultas médicas, o que impediu uma amostra equilibrada dos dois hospitais estudados. Apesar disso, foi possível responder ao problema de pesquisa e atingir os objetivos propostos no estudo.

REFERÊNCIAS

- ABELHA, L. **Depressão, uma questão de saúde pública**. In: Caderno Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2014.
- ABREU, T. M. A. **A feminilidade e sexualidade da mulher com câncer de mama**. CATUSSABA - Rev Científ Esc Saúde, v. 3, n.1, p. 43-53, 2014.
- ALMEIDA, R. A. **Mastectomia: Aspectos Psicológicos e Adaptação Psicossocial**. 2010.
- ALMEIDA, D. R. **“Mãos dadas”**: Experiência da doença em um grupo de apoio ao câncer de mama. Rev. Práxis, v. 2, p. 133-145, ago., 2015.
- ALMEIDA JUNIOR, W. J. et al. **Fatores preditivos e prognósticos do câncer de mama**. In: CHAGAS, et al. Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter. v. 2, 2011.
- AMADO, F. *et al.* **Metastatic breast cancer: do current treatments improve quality of life?** A prospective study. Sao Paulo Med J. 2006;124(4):203-7.
- AMERICAN CANCER SOCIETY. **Surgery for Breast Cancer**. 2016.
- BANDEIRA, D. et al. **Repercussões da mastectomia nas esferas pessoal, social e familiar para a mulher mastectomizada: uma revisão**. Revista Contexto & Saúde, v. 11, n. 20, p. 473-482, 2013.
- BEZERRA, K. B. *et al.* **Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama em uma cidade do nordeste do Brasil**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 18, n. 7, p. 1933-1941, 2013.
- BOSSOIS, E. *et al.* **Sentimentos da mulher mastectomizada**. Universo da Enfermagem / Faculdade Capixaba de Nova Venécia– v. 2. n.1, 2013.
- BOTTINO, S. M. B. *et al.* **Depressão e câncer**. Rev. Psiquiatr. Clín., v. 36, suppl. 3, p. 109-115, 2009.
- BRASIL. Ministério da Saúde. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer**. Rio de Janeiro: Inca, 2012. p.128.
- BREDAL, I. S. et al. **Effects of a psychoeducational versus a support group intervention in patients with early-stage breast cancer: Results of a randomized controlled trial**. In: Cancer nursing, v. 37, n. 3, p. 198 – 207, 2014.
- CARVALHO, S. M. F. *et al.* **Prevalência de depressão maior em pacientes com câncer de mama**. Journal of Human Growth and Development, v. 25, n. 1, p. 68-74, 2015.

CASTRO, T. B. *et al.* **Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia.** Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 44, n. 1, p. 113-119, 2010.

CLAAS, F. R. D. **Redes de apoio e sistemas de cuidado em saúde à mulheres com câncer de mama.** 2015. 57f. Trabalho para a disciplina de Trabalho de Conclusão II (Graduação em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Cruz do Sul, Santa Cruz do Sul, 2015.

CONDE, D.M., Pinto Neto A.M., Freitas Jr RF, Aldrighi J.M. **Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama.** Rev Bras Ginecol Obstet., v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

COUTINHO, L.T.M. *et al.* **Correlação da depressão em pacientes com câncer de mama mastectomizadas e não mastectomizadas.** Rev Min Educ Fís., v.1, n. 5, p. 171-179, 2010

FERLAY, J. *et al.* **Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns** in GLOBOCAN 2012. International journal of cancer, Genève, v. 136, n. 5, p. 359-386, 2015.

FERNANDES, M. M. J. *et al.* **Autoestima de mulheres mastectomizadas – aplicação da escala de Rosenberg.** Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste, v.14, n.1, p.101-108, 2013.

FERREIRA, A. S. *et al.* **Câncer de Mama: Estimativa da Prevalência de Ansiedade e Depressão em Pacientes em Tratamento Ambulatorial.** In: Arq. Cienc. Saúde UNIPAR. Umuarama: UNIPAR, v. 19, n. 3, 2015. p. 185-189.

FRASSON, A. L., *et al.* **Evolução da cirurgia conservadora no tratamento do câncer de mama.** In: CHAGAS, *et al.* Tratado de Mastologia da SBM. Rio de Janeiro: Revinter, v. 2, 2011.

FURLAN, V. L. A. *et al.* **Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama.** Rev Bras Cir Plást., v. 28, n. 2, p. 264-9, 2013.

GASPARELO, Cláudia *et al.* **Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal.** Ciência, Cuidado e Saúde, v. 9, n. 3, p.535-42, 2011.

GOMES, N. S. *et al.* **Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.** Rev Reme, v. 19, n. 2, p. 120-126, 2015.

_____. **Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária.** Texto Contexto Enfermagem, v. 22, n. 2, p. 509-16, abr./jun., 2013.

_____. **Qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.** Rev Enferm., v. 24, n. 3, 2016.

GRISALES-NARANJO, L. V., ARIAS-VALENCIA, M. M. **Humanized care; the case of patients subjected to chemotherapy.** Invest Educ Enferm. 2013;31(3): 364-376.

GUEDES, T. S. R. **Imagem corporal de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama.** 2016. 99f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2016.

HECH, A. B. V. *et al.* **O sofrimento da mulher mastectomizada diante das demandas do contemporâneo: um olhar psicanalítico.** Monografia (Graduação em Psicologia). 77p. Lins, São Paulo. Centro Universitário Católico Salesiano *Auxilium* – UNISALESIANO, 2014.

HOFELMANN, D. A. *et al.* **Sobrevida em dez anos e fatores prognósticos em mulheres com câncer de mama em Joinville, Santa Catarina, Brasil.,** Ciênc. saúde coletiva [online], v.19, n.6, p.1813-1824. 2014.

INCA; **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama:** versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010), elaborado pela Divisão de Apoio à Rede de Atenção Oncológica em abril de 2011.

INCA. Instituto Nacional de Câncer. Normas e Recomendações do Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama. Controle do Câncer de Mama - Documento de Consenso.** Revista Brasileira de Cancerologia 2004; 50(2): 77-90.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **A mulher e o câncer de mama no Brasil/** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação Geral de Prevenção e Vigilância, Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede – Rio de Janeiro: INCA, 2014.

_____. Instituto Nacional do Câncer. **Ações e Programas no Brasil – Controle do Câncer de Mama.** Rio de Janeiro: INCA, 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **Estimativa 2012: incidência de câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: INCA, 2011

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018:** incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2017.

_____. Instituto Nacional de Câncer. **Diretrizes para a detecção precoce do câncer de mama no Brasil/** Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

JASSIM, G. A *et al.* **Psychological interventions for women with non-metastatic breast cancer (Review).** In: Cochrane Database of Systematic Reviews, 2015.

KOCH, M. O. *et al.* **Depressão em pacientes com câncer de mama em tratamento hospitalar.** Rev Saúde e Pesquisa, v.10, n.1, p. 111-117, 2017.

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

LEITE, J. C. *et al.* **Assistência de enfermagem às mulheres acometidas por câncer de mama com consequente mastectomia.** Revista Universo e Extensão, v. 4, n. 4, 2016.

LIMA, A.L.P. *et al.* **Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil.** Cad Saude Publica. 2011; 27(7): 1433-39.

LOPES, W. M. P. S. **Conhecimento e uso de sutiãs e próteses externas por idosas mastectomizadas.** 2012. 88f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2012.

MAJEWSKI, J. M. *et al.* **Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura.** Revista Ciência e Saúde Coletiva, v. 17, n. 3, p. 707-716, 2012.

MALTA, D. C, JORGE, A. O. **Análise de tendência de citologia oncótica e mamografia das capitais brasileiras.** Ciência e Cultura, v.66, n.1, p.25-29. 2014.

MARTINS, A. R. B. *et al.* **Compartilhando vivências: contribuição de um grupo de apoio para mulheres com câncer de mama.** Rev. SBPH, v.18, n.1, jan./jul. de 2015.

MIRANDA, S. L. *et al.* **Espiritualidade, Depressão e Qualidade de Vida no Enfrentamento do Câncer: Estudo Exploratório.** Revista Psicologia: Ciência e Profissão, v. 35, n. 3, p. 870-885, 2015.

MONTE, L. R. S. *et al.* **Avaliação dos níveis de depressão identificados em mulheres com diagnóstico de câncer de mama.** R Interd., v. 8, n. 4, p. 64-70, 2015.

NUNES, F. A. *et al.* **Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária.** Rev. Med. Res., v. 14, n. 3, p. 157-164, jul./set., 2012.

OLIVEIRA, C. L. *et al.* **Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina.** Rev RENE, v. 11, (special number), p. 53-60, 2010.

OLIVEIRA, G. **Sentimento da mulher após diagnóstico de câncer de mama: uma revisão integrativa da literatura.** Voos Revista Polidisciplinar Eletrônica da Faculdade Guairacá, v. 3, n. 2, p. 68-81, 2012.

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

Organização Mundial de Saúde (OMS). **Health Promotion Glossary.** 2010. Disponível em:<<http://whqlibdoc.who.int/hq.2010>>. Acesso em: 20 de Julho de 2017.

PASS 15 Power Analysis and Sample Size Software (2017). NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA, ncss.com/software/pass.

PEITER, C. C. *et al.* **Gestão do cuidado de enfermagem ao paciente oncológico num hospital geral: uma Teoria Fundamentada nos Dados.** Rev. de Enfermagem Referência, v. IV, n. 11, 2016.

PEREIRA, D., BRAGA, A. A. M. **A mastectomia e a ressignificação do corpo no feminino.** Revista Psicologia, Diversidade e Saúde, v. 5, n. 1, p. 47-64, 2016.

RAMOS, W. S. R. *et al.* **Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama.** J Health Sci Inst. 2012.

RHONDALI, W. *et al.* **Screening for body image dissatisfaction in patients with advanced câncer: a pilot study.** Journal of Palliative Medicine, v. 18, n. 2, 2015.

RODARY, C., Pezet-Langevin V, Garcia-Acosta S, Lesimple T, Lortholary A, Kaminsky MC, Bennouna J, Culine S, Bourgeois H, Fizazi K. **Patient Preference for Either the EORTC QOQ-C30 or the FACIT Quality of Life (QOL) Measures: a study performed in patients suffering from carcinoma of na unknown primary site (CUP).** Eur J Cancer. 2004;40(4):521-8.

SALES, C. A. *et al.* **Cuidar de um familiar com câncer: o impacto no cotidiano de vida do cuidador.** Rev. Eletr. Enf., v. 12, n. 4, p. 616-21, 2010.

SANTOS, L. R. *et al.* **Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy.** Esc Anna Nery, v. 16, n. 3, p. 459-465, jul/set, 2012.

SAWIN, E. M. **“The bods gives way, things happen”:** olden women describe breast cancer with a non-supportive intimate partner. Eur J Oncol Nurs. 2012; 16 (2012): 64-70.

SHEPPARD, V. B. *et al.* **The importance of contextual factors and age in associati on with anxiety and depression in Black breast cancer pati ents.** Psychooncology. 2014;23:143-50.

SEARA, L. S. *et al.* **Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada.** Rev. Internacional Andrologia, v. 10, n. 3, p. 106-112, 2012.

SILVA, L. C. **O cuidado na vivencia do doente de câncer: uma compreensão fenomenológica.** Maringá: Eduem, 2009.

SILVA, S. H. *et al.* **Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior.** *Fisioter Pesq.*, v. 21, n. 2, p. 180-185, 2014.

SILVA, S. E. D. *et al.* **Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas.** *Revista Eletrônica Gestão e Saúde*, v. 3, n. 2, 2012.

SIMEÃO, S. F. A. P. *et al.* **Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama.** *Ciência e Saúde Coletiva*, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013.

SORATTO, M. T. *et al.* **As vivências da mulher com câncer frente a mastectomia.** *Rev.Saúde.Com.*, v. 9, n. 3, p. 195-206, 2013.

TALHAFERRO, B. *et al.* **Mastectomia e suas consequências na vida da mulher.** *Arq. Ciência Saúde*, v.14, n.01, p. 17-22, jan./mar. de 2007.

TAMANINI, J.T.N, D'Ancona CAL, Botega N, Netto NR. **Tradução, confiabilidade e validade do “King’s Health Questionnaire” para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária.** *Rev Saude Publica.* 2003;37:203-11.

The Whoqol Group. **The World Health Organization Quality of Life assesement (WHOQOL): position paper from World Heath Organization.** *Soc Sei Med.* 1995; 41 (10): 1403-1409.

VIEIRA, G. B. *et al.* **Impacto do câncer na autoimagem do indivíduo: uma revisão integrativa.** *Revista Baiana de Enfermagem*, v. 26, n. 2, p. 533-540, maio/ago. 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Classificação de transtornos mentais e de comportamentos da CID – 10.** Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

APÊNDICES

APÊNDICE A

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO **Fundação Instituída nos termos da Lei 5.152, de 21/10/1966. São Luís – Maranhão**

A Sra. está sendo convidada a participar como voluntária, sem ter custos ou ganhos, da pesquisa: **Qualidade de vida das mulheres submetidas a mastectomia**. A pesquisadora responsável pelo estudo é a Prof.^a Mestre Paula Cristina Alves da Silva. O motivo que nos leva a estudar o assunto é conhecer as dificuldades e vitórias que geram qualidade de vida as mulheres que fizeram cirurgia da mama por causa do câncer.

Sua participação é importante, pois os resultados desta pesquisa vão ajudar a contribuir para melhorar a sua qualidade de vida e de muitas outras mulheres que passam pela mesma situação.

Sua participação será respondendo noventa e uma (91) perguntas rápidas e objetivas. Prometemos que iremos fazer de tudo para que a senhora se sinta bem durante as perguntas, que o seu nome não será dito em nenhum momento da pesquisa e que suas respostas serão guardadas de forma segura. Qualquer dúvida a senhora poderá perguntar, interrompendo ou pedindo para parar se desejar. A Sra. é livre para dizer que não quer participar, sem nenhum problema ou punição para a senhora.

As pessoas que fazem parte da equipe de pesquisa ficarão responsáveis por garantir que seu nome ou qualquer coisa que indique a sua participação não serão divulgados sem a sua permissão. Uma cópia deste papel ficará comigo e outra com a senhora. Para participar a Sra. não terá nenhum custo e nem vai receber nenhum valor ou outra coisa.

E se ainda surgirem dúvidas, a Sra. poderá entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Maranhão (CEP-UFMA) que é órgão que permite que façamos essa pesquisa e que cuida para que nada de ruim aconteça com a senhora durante a nossa conversa. O CEP-UFMA fica localizado na Av. dos Portugueses, 1966 - Vila Bacanga, São Luís - MA, 65065-545 nº 227. A Sra. também pode falar com eles através da internet, pelo e-mail cepufma@ufma.br ou pelo telefone (98) 3272-8708. Se preferir, também pode fazer contato com o

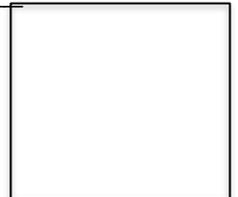
pesquisador responsável por esta pesquisa pelo e-mail dr.paulacristina@yahoo.com.br ou ligar para ela (98) 98734-3164.

Consentimento pós-informação

São Luís, _____ de _____ de 2018

Eu, _____, fui informada sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha ajuda. Por isso, livremente, concordo em participar da pesquisa sabendo que não irei receber nenhum dinheiro ou outra coisa pela minha participação e que posso parar na hora que eu quiser independente do motivo. Este documento tem duas vias, uma é minha e a outra é do pesquisador, eu assino e ele assina também e uma cópia é minha e outra é dele.

Assinatura do participante ou impressão digital



Assinatura do pesquisador

APÊNDICE B

QUESTIONÁRIO DE COLETA DE DADOS

Formulário Nº: _____

Hospital: _____

Nome: _____

Data de Nascimento: _____

Número do prontuário: _____

Data da entrevista: ____/____/____

Nome do entrevistador: _____

Caracterização da amostra

1. Identificação:

2. Idade:

3. Situação Conjugal: casada união estável solteira viúva
 outros:

4. Filhos: Sim Não

5. Caso sim, quantos:

6. Raça/cor da pele auto referida: branca preta parda amarela
 indígena

7. Endereço de residência:

8. Onde mora atualmente: casa ou apartamento quarto ou cômodo alugado
 em casa de outros familiares em casa de amigos em habitação coletiva:
 hotel, hospedaria, pensionato, outros

9. Quem mora com você: moro sozinha(o) pai/mãe cônjuge filhos
 irmãos

outros parentes amigos desconhecidos

10. Renda familiar: até 01 salário mínimo de 01 a 03 salários mínimos
 de 03 a 05 salários mínimos de 05 a 15 salários mínimos + de 15
 salários mínimos

11. Ocupação:

12. Religião:

13. Escolaridade: ensino fundamental incompleto ensino fundamental
 completo

ensino médio incompleto ensino médio completo

ensino superior incompleto ensino superior completo

14.Orientação Sexual: Heterossexual Homossexual Bissexual Transexual*

Pansexual Intersexual* Assexual

Caracterização de Hábitos

15.Etilismo (consumo de bebidas alcoólicas): não ingere álcool ex-etilista
 baixo – < 1 dose por dia ou <7 doses por semana moderado – de 1 a 3 doses por dia ou de 7 a 21 doses por semana alto – > 3 doses por dia ou > 21 doses por semana

16.Tabagismo: não fumou ou fumou menos de 100 cigarros durante toda a vida)
 ex-fumante (já fumou pelo menos 100 cigarros durante a vida, mas parou de fumar)
 fumante atual (já fumou 100 ou mais cigarros durante a vida e que continua fumando).

17.Outra dependência química, caso sim, qual: Sim _____ Não

18.Prática de atividade física, caso sim, qual: Sim _____ Não

leve moderada intensa

19.Frequência da atividade física: 1 a 2 vezes por semana 3 a 4 vezes por semana
 5 a 7 vezes por semana

20.Consume grãos, frutas, legumes e verduras, caso sim, qual frequência:

Sim Não

1 a 2 vezes por semana 3 a 4 vezes por semana 5 a 7 vezes por semana

21.Consome embutidos, enlatados, frituras, açucars, caso sim, qual frequência:

Sim Não

1 a 2 vezes por semana 3 a 4 vezes por semana 5 a 7 vezes por semana

Caracterização hereditária

22.História familiar de câncer, caso sim, qual: Sim_____ Não

23.História familiar de cirurgia oncológica de mama, caso sim, qual o parentesco:

Sim_____ Não

Caracterização do rastreamento

24.Faz exames de rotina, caso sim, quais e com que frequência: Sim_____

Não

06 meses a 01 ano 02 a 03 anos 04 a 06 anos

25.Já realizou auto exame da mama, caso sim, qual a frequência: Sim Não

mensal por trimestre por bimestre anual

26.Já realizou mamografia, caso sim, qual a frequência: Sim Não

06 meses a 01 ano 02 a 03 anos 04 a 06 anos

Caracterização do diagnóstico

27.Motivo de procura do serviço de saúde: alterações observadas por si mesmo

alterações observadas por um profissional

28.Mês/ano de detecção de alterações:

29.Tipo de alterações: dor inchaço nódulo palpável mudança de cor da pele

mudança de característica da pele

30.Origem do encaminhamento: Sistema Único de Saúde – SUS Não- SUS

Conta própria

31.Mês /ano do diagnóstico confirmado:

Caracterização clínica

32.Origem do encaminhamento ao tratamento: Sistema Único de Saúde – SUS Não- SUS Conta própria

33. Mês/ano do início do tratamento:

34. Modalidade cirúrgica:

35. Localização detalhada: _____

36. Tipo histológico: () carcinoma ductal invasivo () carcinoma lobular in situ () carcinoma lobular invasivo () outros

37. Lateralidade: () direita () esquerda

38. Ocorrência de mais de um tumor: () sim () não

39. Tamanho do tumor: () T0 () T1 () T2 () T3 () T4

40. Número de linfonodos acometidos: () N0 () N1 () N2 () N3

41. Metástases: () Sim () Não

42. Estadiamento clínico: () 0 () IA () IB () IIA () IIB () IIIA () IIIB () IIIC () IV

43. Tratamentos realizados: () cirurgia e quimioterapia () cirurgia, quimioterapia e radioterapia

() cirurgia isolada () Cirurgia, quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia () outros tratamentos _____

44. Resposta Terapêutica: () SG () TRO () SLD () SLP

45. Estado atual da doença: () Sem evidência da doença () Doença estável () Doença sem progressão () Remissão parcial () Suporte terapêutico

46. Apareceram doenças oportunistas, caso sim, quais: () sim _____ () não

47. Fez reconstrução da mama, caso sim, qual modalidade: () sim _____ () não

Caracterização do suporte familiar e social

48. Considera que sua família apoia o tratamento: () sim () não

49. Tem acompanhante durante o tratamento, caso sim, grau de parentesco: () sim _____ () não

50. Faz parte de algum grupo de apoio, caso sim, qual: () sim, ainda participo _____

() não, mas já participei _____ () nunca participei

51. Como foi informada sobre o grupo de apoio: () por profissionais () por familiares, amigos, vizinhos () mídia (TV, rádio, internet, outros) () outro _____

52.Com qual frequência participa, caso já tenha participado, por quê não faz mais parte:

() não participo _____ () 1 vez por semana () 1 a 3 vezes ao mês

53.Considera o grupo de apoio importante para o enfrentamento e seguimento ao tratamento: () sim () não

54.O grupo de apoio influencia na melhora da sua autoestima: () sim () não

55.Como se sente durante as terapias: () feliz () triste () a terapia não tem impacto na minha vida

56.Como considera a participação da equipe multiprofissional durante este processo: () muito importante () importante () sem importância

57.Como classifica sua interação com a equipe multiprofissional: () muito boa () boa () regular () ruim

Caracterização do cenário emocional

58.Sente-se triste: () sim () não

59.Durante o tratamento oncológico e após a cirurgia de mama, foi diagnosticada com depressão: () sim () não

60.Tem medo de ter depressão: () sim () não

61.Aceita que seu corpo está diferente: () sim () não

62.Tem medo de rejeição familiar e/ou social, caso sim, de quem () sim _____ () não

63.Diante da vivência dos efeitos colaterais dos tratamentos, quais trazem mais sofrimento: () náuseas e vômitos () queda do cabelo () perda/aumento de peso () mudança da imagem corporal () incapacidade física () não sentiu efeito colateral () não realizou nenhum tratamento

64.Houve alteração no seu desejo sexual após a cirurgia: () sim () não

65.Está sexualmente ativa: () sim () não

ANEXOS

ANEXO A

Questionário WHOQOL-bref

Instrumento de Avaliação de Qualidade de Vida
The World Health Organization Quality of Life – WHOQOL-bref
Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	nada	Muito pouco	médio	muito	completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número *que lhe parece a melhor resposta*.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOA	BOA	MUITO BOA
1	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5
		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		NADA	MUITO POUCO	MAIS OU MENOS	BASTANTE	EXTREMAMENTE
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		NADA	MUITO POUCO	MÉDIO	MUITO	COMPLETAMENTE
10	Você tem energia suficiente para seu dia a dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		MUITO RUIM	RUIM	NEM RUIM NEM BOM	BOM	MUITO BOM
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		MUITO INSATISFEITO	INSATISFEITO	NEM SATISFEITO NEM INSATISFEITO	SATISFEITO	MUITO SATISFEITO
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
--	--	-------	------------------	----------------	-------------------------	--------

26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5
-----------	--	----------	----------	----------	----------	----------

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO B

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES SUBMETIDAS A MASTECTOMIA

Pesquisador: Paula Cristina Alves da Silva

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 85800318.9.0000.5087

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHAO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.892.351

Apresentação do Projeto:

Desde a pré-história até os tempos modernos, pinturas e esculturas deram destaque aos seios, síntese da feminilidade, expressão de maternidade e de fertilidade, mas também de erotismo e compromissos cívicos e políticos. Contudo, a mama também adoece. Entre as doenças que atingem essa glândula, a que mais preocupa é o câncer, por ser o mais incidente e a principal causa de mortalidade por câncer em mulheres no Brasil. Entre os fatores que favorecem o seu desenvolvimento na atualidade, além de traços genéticos, pode-se citar como principais: as mudanças no estilo de vida e a maior exposição a agentes cancerígenos. No Brasil, dados do Instituto Nacional de Câncer (INCA) para o biênio 2016-2017, apontam que, a estimativa de casos novos de tumores com localização primária na mama feminina, representam 57.960 mulheres que foram acometidas. O Sudeste, desponta com o maior número (29.760 casos), o Rio de Janeiro com a incidência de 91,25 mulheres para cada 100 mil. Em contraste, o Norte apresenta os menores índices (1.810 casos), a incidência do Amapá é de 14,93*. O Nordeste, aponta 11.190* casos, no Maranhão, esse número é de 650 casos/19,30*, destes 240/43,51* distribuídos na capital, São Luís. O principal grupo de risco para o desenvolvimento e diagnóstico do CM são mulheres com idade entre 40 e 69 anos. As maiores taxas de mortalidade são observadas nas regiões Sul e Sudeste. Atualmente, o tratamento do câncer de mama combina várias abordagens: Local: envolve a cirurgia (mastectomia, adenectomia, quadrantectomia) e radioterapia; e Sistêmico: atinge o corpo todo e incluem: quimioterapia, hormonioterapia e tratamento com anticorpos. A mastectomia é um

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho

Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040

UF: MA **Município:** SAO LUIS

Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.892.351

procedimento cirúrgico empregado para a retirada da mama afetada. Não obstante, há que considerar que apesar de e com todas essas possibilidades de tratamento, surgem também os efeitos colaterais (náuseas, perda de apetite, queda dos pelos, depressão, dificuldade respiratória, ganho de peso) a depender da terapêutica utilizada, além dos agravos psicossociais. A mutilação, decorrente das mastectomias, e os prejuízos da autoimagem, como a queda de cabelo e dos pelos corporais, são dois dos aspectos mais difíceis para as mulheres com CM. A cirurgia de reconstrução mamária é uma das fases mais reconfortantes do doloroso processo de tratamento. A reconstrução ou plástica mamária com uso de próteses, tem impacto positivo sobre a saúde mental e a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, e, quanto mais precocemente for realizada, maiores são os benefícios. Na última década o impacto psicossocial do câncer tornou-se um aspecto central tanto no que tange aos cuidados com a doença quanto às pesquisas sobre ela. Vários estudos existentes na literatura têm focado a relação do câncer de mama com a qualidade de vida, dando destaque em aspectos específicos, antes negligenciados, como a imagem corporal e a sexualidade^{12,16}. Assim, a avaliação da qualidade de vida utilizada dentro da área de saúde tem como meta avaliar o impacto da doença sentido pela paciente, criar indicadores da gravidade e progressão da doença e prever a influência dos tratamentos sobre condições da mesma. A importância da avaliação da QV vem aumentando expressivamente nos últimos anos e isso se deve principalmente por ser um enfoque que valoriza a perspectiva da paciente e permite avaliar o real impacto da doença e aspectos multidimensionais de cada paciente. Diante dessa elevada incidência de CM e, do impacto ocasionado pelo diagnóstico e tratamento cirúrgico (que geralmente acompanham uma sobrecarga emocional, disparando desordens relacionadas a alteração da imagem corporal e sexualidade, medo de recidivas, ansiedade, dor, baixa autoestima, ou até mesmo depressão), ressaltam-se a importância da abordagem do tema no contexto atual, viabilizando, desta forma, conhecer os aspectos que compõem a qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão. Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, com procedimentos investigativos bibliográficos e documentais. O estudo será desenvolvido em dois hospitais de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, ambos situados na capital São Luís: Instituto Maranhense de Oncologia – Hospital Aldenora Belo (IMOAB) e Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho (HCTLF). Serão abordadas mulheres previamente tratadas cirurgicamente para câncer de mama. O número final de mulheres a serem entrevistadas é de 262. A amostragem será estratificada em relação a faixa etária. Os instrumentos serão aplicados em uma única etapa, por uma equipe de pesquisadores treinados. Além da coleta com as participantes, será realizado consulta aos prontuários. Os dados

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.892.351

a serem encontrados serão tabulados em uma planilha do Microsoft Excel. A análise dos dados será realizada através das variáveis dos dois instrumentos utilizados para coleta de dados. Esta pesquisa se propõem a gerar riscos de impacto leve e indireto que não tragam prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), terá direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte do pesquisador. O estudo será desenvolvido respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS).

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Conhecer os aspectos que compõem a qualidade de vida das mulheres submetidas a cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil sociodemográfico, clínico e epidemiológico;
- Compreender o fluxo e o período destinado entre o diagnóstico e o início do tratamento do câncer de mama no Maranhão;
- Identificar as técnicas cirúrgicas utilizadas para tratamento de câncer de mama e reconstrução mamária;
- Conhecer o estadiamento clínico mais frequente nas mulheres que submeteram-se a cirurgia oncológica;
- Verificar quais as divergências existentes na qualidade de vida das mulheres que realizaram cirurgias conservadoras e mastectomias;
- Reconhecer o impacto das cirurgias oncológicas de mama na autoimagem e sexualidade;
- Conhecer o quantitativo de mulheres que estão ou não inseridas em grupos de apoio e a influência na qualidade de vida;
- Identificar como a cirurgia oncológica de mama reflete no aspecto emocional;
- Verificar se há e/ou qual distinção existe entre a qualidade de vida das mulheres que realizaram a reconstrução de mama e as que não reconstruíram.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Conforme o item V da Resolução 466 de 12 de Dezembro de 2012 "Toda pesquisa com seres humanos envolve risco", em tipos e gradações variados. Esta pesquisa se propõem a gerar riscos

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO



Continuação do Parecer: 2.892.351

de impacto leve e indireto que não tragam prejuízos nas dimensões física, moral, intelectual, social, cultural e espiritual. Ainda assim, caso alguma participante da pesquisa venha a sofrer qualquer tipo de dano resultante de sua participação, previsto ou não no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), terá direito a retirar-se da pesquisa e à indenização, caso necessário, por parte da pesquisadora.

Benefícios:

Quanto aos benefícios, gerar-se-á amplos para a sociedade advindos da pesquisa e de seus resultados que contribuirão com o avanço científico da temática de qualidade de vida, proporcionando o retorno social com a elaboração de estratégias que estejam empenhadas a proporcionar e garantir o aumento da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa esta bem elaborada e com todos os elementos necessários ao seu pleno desenvolvimento.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos de apresentação obrigatórios foram entregues e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Recomendações:

Não existem recomendações.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as pendências foram acatadas e corrigidas pela pesquisadora e estão de acordo com a resolução 466/12 do CNS.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1046891.pdf	20/08/2018 02:49:40		Aceito
Outros	RESPOSTA_AO_PARECER_PENDENTE.pdf	20/08/2018 02:47:09	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	PROJETO_PRONTO_PLATAFORMA_A_GOSTO_2.pdf	20/08/2018 02:45:05	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura	PROJETO_PRONTO_PLATAFORMA_A_GOSTO_2.docx	20/08/2018 02:44:37	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

**UFMA - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO MARANHÃO**



Continuação do Parecer: 2.892.351

Investigador	PROJETO_PRONTO_PLATAFORMA_A GOSTO_2.docx	20/08/2018 02:44:37	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CORRIGIDO.docx	03/08/2018 10:35:29	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_GRUPO_DE_PES QUISA.pdf	11/03/2018 18:27:51	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_ALDENORA_BELO.pdf	11/03/2018 18:25:27	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Folha de Rosto	FOLHA_DE_ROSTO.pdf	11/03/2018 18:16:10	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	TERMO_DE_ANUENCIA.pdf	18/01/2018 18:28:51	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLRACAO_RESPONSABILIDADE_F INANCEIRA.pdf	18/01/2018 18:28:14	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_UTILIZACAO_DE_ DADOS.pdf	18/01/2018 18:27:35	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Outros	DECLARACAO_DE_DIVULGACAO_DO S_DADOS.pdf	18/01/2018 18:26:27	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Pesquisadores	DECLARACAO_DO_PESQUISADOR.p df	18/01/2018 18:08:53	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AUTORIZACAO_SES.pdf	18/01/2018 18:08:35	Paula Cristina Alves da Silva	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

SAO LUIS, 13 de Setembro de 2018

Assinado por:
FRANCISCO NAVARRO
(Coordenador)

Endereço: Avenida dos Portugueses, 1966 CEB Velho
Bairro: Bloco C, Sala 7, Comitê de Ética **CEP:** 65.080-040
UF: MA **Município:** SAO LUIS
Telefone: (98)3272-8708 **Fax:** (98)3272-8708 **E-mail:** cepufma@ufma.br

ANEXO C



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO
CCBS – CURSO DE ENFERMAGEM

PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** o impacto emocional nas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama
2. **ALUNO(A):** Anália Rabelo Oliveira
3. **ORIENTADOR(A):** Profa. Ma. Paula Cristina Alves da Silva
4. **INTRODUÇÃO:** adequada
5. **JUSTIFICATIVA:** adequada
6. **OBJETIVOS:** faltam os objetivos específicos
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** adequada, porém como o estudo é transversal, sugiro deixar claro qual é a hipótese do trabalho (estudo transversal precisa ter hipótese e verificar associação para testar a hipótese).
8. **CRONOGRAMA:** adequado
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** não consta
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** adequada
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** aprovado

São Luís, 27 de 04 de 2018

Rosângela D. do. Brito
(Professor(a) Relator(a))

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia 30/04/2018
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em / /
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia / /

Lena Maria Barros Fonseca
Prof^a Dr^a Lena Maria Barros Fonseca
Coordenadora do Curso de Enfermagem

