



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

**ANA CLÁUDIA LISBOA SERRÃO**

**O PAPEL DO GRUPO DE APOIO PARA MULHERES SUBMETIDAS À  
CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NO MARANHÃO**

SÃO LUÍS

2019

**ANA CLÁUDIA LISBOA SERRÃO**

**O PAPEL DO GRUPO DE APOIO PARA MULHERES SUBMETIDAS À  
CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NO MARANHÃO**

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

Orientadora: Prof<sup>a</sup> Dra. Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias

Co-orientadora: Prof<sup>a</sup>. Ma. Paula Cristina Alves da Silva

**SÃO LUÍS**

**2019**

Ficha gerada por meio do SIGAA/Biblioteca com dados fornecidos pelo(a)  
autor(a).

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Serrão, Ana Cláudia.

O papel do grupo de apoio para mulheres submetidas à  
cirurgia oncológica de mama / Ana Cláudia Serrão. - 2019.  
96 f.

Coorientador(a): Paula Cristina Alvez da Silva.

Orientador(a): Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias  
Pastor Santos Frias.

Monografia (Graduação) - Curso de Enfermagem,  
Universidade Federal do Maranhão, São Luís-MA, 2019.

1. Câncer de mama. 2. Cirurgia oncológica. 3.  
Grupo de apoio. I. Alvez da Silva, Paula Cristina. II.  
Pastor Santos Frias, Luzinéa de Maria Pastor Santos  
Frias. III. Título.

**ANA CLÁUDIA LISBOA SERRÃO**

**O PAPEL DO GRUPO DE APOIO PARA MULHERES SUBMETIDAS À  
CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA**

Trabalho de Conclusão do 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.<sup>a</sup> Luzinéa de Maria Pastor Santos  
Frias (Orientadora)  
Doutora em Políticas Públicas  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup> Claudia Teresa Frias Rios (1º membro)  
Doutora em Saúde Coletiva  
Universidade Federal do Maranhão

---

Prof.<sup>a</sup>. Poliana Pereira Costa Rabelo (2º membro)  
Doutora em Enfermagem  
Universidade de São Paulo

## **AGRADECIMENTOS**

A Deus, pela dádiva a vida e coragem para questionar realidades e propor sempre um novo mundo de possibilidades.

A minha família, por sempre estar ao meu lado me apoiando nas horas que eu mais precisei, sendo sempre meu maior incentivo, base e motivação.

Em especial a minha madrinha Claudilene Serrão, por todo incentivo, coragem, exemplo, fé, apoio, otimismo e por sempre ser confiante em minhas vitórias, nunca medindo esforços para me proporcionar a melhor educação, sempre me dando força e encorajando a prosseguir. Além de toda minha admiração dedico esta vitória a você.

A Leandro Veiga, pela preocupação, companheirismo, paciência e incentivo desde criança, e por ser motivo de minha admiração desde criança.

A Zequinha Veiga, por todo apoio, preocupação e encorajamento durante minha jornada.

Ao meu companheiro de vida Thaynan Barros, por toda paciência, carinho, amor, e, por vezes achar soluções quando elas pareciam não aparecer.

À Pablo Júnior, meu felino amado, por sempre ser presente em minha mesa de estudos, tornando o andamento deste estudo muito mais feliz.

Aos meus amigos, pela presença e companheirismo em momentos alegres e tristes, em especial a minha amiga-irmã de escola e de vida Anne Jakelyne Silva.

As amigas de curso Ana Carolina Silva, Cleidiane Silva, Alessandra Martins, e Ana Lídia Santos, que a Enfermagem me deu e que levarei para a vida. Agradeço pelo suporte e por me fazerem acreditar que a amizade verdadeira transcende as adversidades.

Ao Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão e corpo docente que oportunizaram a janela que hoje vislumbro de um horizonte superior, eivado pelo acendrado profissionalismo e exemplos pessoais de vida.

À minha orientadora Luzinéa Frias, por aceitar me orientar mesmo que por um curto período, dedicando-se e dando contribuições para a finalização deste estudo, por contribuir com seu conhecimento acerca do tema com observações e alterações pertinentes.

À minha co-orientadora Paula Alves por ser um exemplo de profissional e de mulher, por toda atenção, compreensão, por oportunizar minha aprovação neste

projeto exigindo de mim muito mais do que eu supunha ser capaz de fazer, e por estar sempre disponível no desenvolvimento desta pesquisa.

Aos Hospitais Aldenora Belo e Tarquínio Lopes por abrirem as portas e possibilitar que a coleta de dados fosse realizada, e também aos funcionários e profissionais pela receptividade.

A todas as mulheres que participaram da pesquisa, pela paciência em responder aos questionários e confiança ao me permitirem adentrar um pouco em suas histórias.

*Assumir o câncer é aceitar a mudança, a transformação, o limite com afimco enfrentando cada passo sem medo do desconhecido. A vivência do câncer de mama ultrapassa o componente físico, transformando-se em possibilidade de renovação.*

*(Autor desconhecido)*

## RESUMO

O câncer de mama é a segunda neoplasia maligna mais incidente entre a população feminina mundial, influenciando nas taxas de morbidade e mortalidade. Entende-se que desde o diagnóstico, a mulher se depara com mudança da rotina, procedimentos invasivos, incerteza quanto ao futuro e à própria finitude, podendo afetar suas relações e a qualidade de vida. Desse modo, os grupos de apoio foram criados visando suporte a essa clientela, na tentativa de amenizar o sofrimento emocional relacionado à doença. Objetivou-se conhecer o papel de um grupo de apoio para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em um hospital no Maranhão. Trata-se de um estudo descritivo e exploratório com abordagem quantitativa, realizado com 63 mulheres no período de setembro a outubro de 2019. Para a coleta de dados utilizou-se um questionário contendo 65 questões e o instrumento WHOQOL-bref com 26 questões. O estudo demonstrou que 31,7% estão na faixa etária de 46 a 52 anos, 36,5% são solteiras, 88,8% possuem filhos, 69,8% se declaram pardas, 79,3% residem em São Luís, 44,4% possuem renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. A religião predominante é a católica, 58,7%, e 100% se declaram heterossexuais. 71% das mulheres aceitam o seu corpo após a cirurgia, 44,1% estão muito satisfeitas consigo mesmas e 50% sentem-se seguras em sua vida diária. 100% reconhecem a importância do grupo de apoio e afirmam o impacto positivo em sua autoestima, 82,3% relataram sentir-se feliz durante as terapias. Os resultados alcançados neste estudo permitiram constatar que a vivência em um grupo de apoio e a boa relação com a equipe multiprofissional tem repercussão positiva na vida das mulheres. Portanto, concluiu-se, que o grupo de apoio foi de grande importância para melhor aceitação do câncer de mama, sendo avaliado como muito importante no decorrer do tratamento, bem como a participação da equipe multiprofissional. Dessa forma, ressalta-se a relevância em conhecer os impactos emocionais após a cirurgia oncológica de mama e a importância do grupo de apoio, para que desse modo, orientações acerca da doença possam ser dadas pelos profissionais envolvidos, a fim de oferecer serviços com acompanhamento profissional para minimização do impacto da perda da mama, bem como as mudanças físicas e emocionais.

**Palavras-chave:** Câncer de mama; Cirurgia oncológica; Grupo de apoio.



## ABSTRACT

Breast cancer is the second most malignant neoplasm among the world's female population, influencing morbidity and mortality rates. It is understood that since the diagnosis, the woman is faced with routine change, invasive procedures, uncertainty about the future and the finitude itself, which may affect their relationships and quality of life. In this way, the support groups were created to support this clientele, in an attempt to alleviate the emotional suffering related to the disease. The objective of this study was to determine the role of a support group for women undergoing breast cancer surgery in a hospital in Maranhão. It is a descriptive and exploratory study with a quantitative approach, with 63 women from September to October. For data collection, a questionnaire containing 65 questions and the WHOQOL-bref instrument with 26 questions were used. The study showed that 31.7% are in the age range of 46 to 52 years, 36.5% are single, 88.8% have children, 69.8% are brown, 79.3% are in São Luís, 44 , 4% have a monthly income of 1 to 3 minimum wages. The predominant religion is catholic, 58.7%, and 100% declare themselves heterosexual. 71% of women accept their body after surgery, 44.1% are very satisfied with themselves and 50% feel safe in their daily lives. 100% recognize the importance of the support group and affirm the positive impact on their self-esteem, 82.3% reported feeling happy during the therapies. The results achieved in this study showed that the experience in a support group and the good relationship with the multiprofessional team has a positive impact on women's lives. Therefore, it was concluded that the support group was of great importance for the better acceptance of breast cancer, being evaluated as very important during the treatment. Thus, the importance of knowing the emotional impacts after breast cancer surgery and the importance of the support group are emphasized, so that guidelines about the disease can be given in order to offer services with professional follow-up to minimize the impact of breast loss, as well as physical and emotional changes.

**Keywords:** Breast cancer; Oncologic surgery; Support group.

## LISTA DE ILUSTRAÇÃO/ FIGURAS

- Tabela 1** – Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....37
- Tabela 2** – Modalidade cirúrgica e incidência de reconstrução mamária realizada pelas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....39
- Tabela 3.** O quantitativo de mulheres que estão inseridas no grupo de apoio para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e frequência ao qual participam das reuniões em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....40
- Tabela 4.** Modo como as mulheres souberam da existência do grupo de apoio e disponibilidade de informações pertinentes sobre o tratamento oncológico em um hospital de referência, São Luís– MA, 2019.....41
- Tabela 5** – A influência do grupo de apoio na qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....42
- Tabela 6** - A importância da equipe multiprofissional e a interação no processo de reintegração biopsicossocial de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....42
- Gráfico 1** -. Aceitação do corpo em mulheres após cirurgia oncológica de mama, inseridas em grupo de apoio, em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....43

**Tabela 7.** Grau de impedimento físico e a satisfação em realizar atividades diárias de mulheres que estão inseridas no grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.....44

**Tabela 8.** Nível de segurança na vida diária de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama e que estão inseridas no grupo de apoio em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019..... 45

**Tabela 9 –** Satisfação com a qualidade de vida, saúde e com os serviços ofertados para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019..... 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

**INCA** – Instituto Nacional de Câncer

**IMOAB** – Instituto Maranhense de Oncologia Hospital Aldenora Belo

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

**OMS** – Organização Mundial da Saúde

**PAISM** – Programa de Assistência Integral a Saúde da mulher

**QV** – Qualidade de vida

**SISMAMA** - Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama

**SUS** – Sistema Único de Saúde

**TCLE** – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**UFMA** – Universidade Federal do Maranhão

**WHOQOL-bref** – The World Health Organization Quality of Life

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	<b>14</b>
<b>2 OBJETIVOS</b> .....	<b>16</b>
<b>2.1 Objetivo geral:</b> .....	<b>17</b>
<b>2.2 Objetivos específicos:</b> .....	<b>17</b>
<b>3. REVISÃO DE LITERATURA</b> .....	<b>18</b>
<b>3.1 O câncer de mama</b> .....	<b>18</b>
<b>3.2. Qualidade de vida pós cirurgia oncológica:</b> .....	<b>27</b>
<b>3.3. A influência do grupo de apoio:</b> .....	<b>30</b>
<b>4. METODOLOGIA</b> .....	<b>32</b>
<b>4.1 Desenho de estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>4.2 Local e período do estudo</b> .....	<b>32</b>
<b>4.3. Participantes do estudo</b> .....	<b>33</b>
<b>4.4. Cálculo Amostral</b> .....	<b>33</b>
<b>4.5 Variáveis de estudo</b> .....	<b>39</b>
<b>4.6. Métodos de coleta de dados</b> .....	<b>34</b>
<b>4.7. Análise estatística</b> .....	<b>36</b>
<b>4.8. Questões éticas</b> .....	<b>36</b>
<b>5. RESULTADOS</b> .....	<b>37</b>
<b>6. DISCUSSÃO</b> .....	<b>39</b>
<b>7. CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	<b>63</b>
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	<b>65</b>
<b>APÊNDICE A</b> .....	<b>78</b>
<b>APÊNDICE B</b> .....	<b>80</b>
<b>ANEXO A</b> .....	<b>85</b>
<b>ANEXO B</b> .....	<b>91</b>
<b>ANEXO C</b> .....	<b>96</b>

## 1. INTRODUÇÃO

Segundo o Instituto Nacional do Câncer (INCA), "câncer" é o nome dado às doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células (malignas) que invadem tecidos e órgãos, podendo também disseminar-se (metástase) para outros órgãos. (INCA 2016)

O câncer de mama é uma doença causada pela multiplicação desordenada de células da mama. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. (INCA, 2019)

É um importante problema de saúde pública, sendo a neoplasia mais frequente entre as mulheres e corresponde a principal causa de óbitos nesse grupo populacional. A maioria dos diagnósticos é realizada em estágios tumorais avançados, onde se faz necessário instituir tratamentos radicais, com aumento significativo de morbidade e pior qualidade de vida. (BRASIL, 2012)

É o segundo tipo mais frequente de câncer no mundo e o mais comum entre as mulheres, representando 25% novos casos ao ano. 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 desta neoplasia são mulheres com idade entre 40 e 69 anos. (INCA 2017)

O câncer de mama está relacionado a vários fatores, sendo que a idade é um os fatores de risco mais importantes, no entanto fatores de ordem ambiental e comportamental como obesidade e sobrepeso após a menopausa; sedentarismo; consumo de álcool e exposição frequente a radiações ionizante; assim como, aqueles ligados à história reprodutiva e hormonal, principalmente àquelas situações onde a mulher tem maior exposição ao hormônio estrogênio aonde as evidências vêm colocando como um dos mais importantes para etiologia do câncer de mama, aqui se colocam a menarca precoce e menopausa tardia, idade avançada da primeira gestação, nuliparidade, uso de contraceptivos orais por mais de cinco anos e terapia de reposição hormonal.

Importante assinalar, além dos fatores citados acima, aqueles de ordem genética e hereditária, entre eles câncer de mama na família; alteração genética, especialmente nos genes BRCA1 e BRCA2, entre outros. (INCA 2019; TIAN et all, 2018)

A pessoa que se defronta com um diagnóstico do câncer na mama independentemente da idade ou gênero, apresenta uma forte sensação de perda, medo, vulnerabilidade e, principalmente, a preocupação ao futuro. As mulheres que recebem o diagnóstico interpretam-no como algo que não tem volta, dessa forma sentindo-se impotente, permitindo inferir na estabilidade emocional da mulher, as quais podem apresentar tanto momentos de fragilidade e força, como também, desorientação. (ZAPPONI; TOCANTINS; VARGENS, 2015)

Portanto, a necessidade de intensificar e aprimorar a assistência em saúde ao câncer de mama não se dá, apenas, pelo seu perfil epidemiológico, mas pelos efeitos e repercussões negativas que esta doença provoca na vida das mulheres acometidas.

Nesse contexto, salienta-se a importância de que a compreensão dos sentimentos pelas mulheres durante o tratamento, auxilia nas ações a serem implementadas pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, tendo em vista a instituir um cuidado humanizado e assistência integral. (CRIST e GRUNFELD, 2013)

Segundo Gomes et al (2013) o impacto psicossocial do câncer tornou-se um aspecto central tanto no que tange aos cuidados com a doença quanto às pesquisas sobre as mulheres acometidas. Mais e mais pesquisas têm se focado em aspectos específicos da qualidade de vida, outrora negligenciados.

As opções terapêuticas para o câncer de mama são variadas, incluindo desde as cirurgias, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica. A escolha dependerá de variáveis como: o estágio em que o a neoplasia se encontra e a condição da paciente, visto que o tratamento tem por objetivo a cura ou prolongar a sobrevivência do paciente e melhorar a qualidade de vida. Vale acentuar, que a detecção precoce, aumenta significativamente as chances de cura. (INCA 2017)

Desse modo, o período que precede a confirmação diagnóstica e o início do tratamento carrega sensações relacionadas ao sofrimento psicológico que afetam o universo de relações da mulher acometida, levando-a a uma aproximação ou afastamento daqueles que a cercam. (MENEZES; SCHULZ; PERES, 2012)

Assim, a avaliação e a posterior decisão devem ser dialogadas com a mulher a fim de que ela possa ter conhecimento e uma percepção clara sobre sua

patologia, os riscos e benefícios de determinados procedimentos quanto a que será submetida, caso aceite o tratamento proposto. Todos esses cuidados são muito importantes e podem ajudá-la a lidar previamente com a situação. (CHABNER & LONGO, 2015)

Conviver com uma doença atrelada a estigmas, possuir constantemente incertezas em relação a sua qualidade de vida futura, com a possibilidade de recorrência da doença e até a associação com a morte, constituem-se algumas das várias dificuldades que a mulher acometida por esta enfermidade terá de enfrentar em seu cotidiano. (RÊGO; NERY, 2013)

A experiência de um grupo de autoajuda revela que mulheres submetidas à mastectomia apresentam os seguintes problemas: dificuldade de aceitação, de acesso aos programas de reabilitação no período pós-operatório e dificuldades financeiras, decorrentes do tratamento e do abandono do emprego por familiares para auxiliar no tratamento. (RIBEIRO et al., 2014)

Um estudo realizado por Lacerda, Sampaio, Silva e Oliveira (2011) sobre mulheres com câncer que frequentavam grupos de apoio revela que através da comunicação, ou seja, através da troca de informações, as mulheres puderam aliviar suas tensões, tirar dúvidas e ampliar os conhecimentos de interesses comuns.

Os grupos de apoio, nesse contexto, são considerados elementos relevantes e necessários para o processo de recuperação da mulher e aceitação do câncer de mama e após o processo cirúrgico, possibilitando dessa forma o compartilhar de experiências de vida a respeito da convivência com a enfermidade e procura coletiva de meios de resolução para os seus problemas. (MAMEDE, 1991)

Assim, existe uma série de fatores que podem levar mulheres com diagnóstico de câncer de mama a participar de um grupo de reabilitação, destacando-se, dentre eles, a troca de experiências relacionadas ao tratamento, o acolhimento das participantes e dos profissionais, as informações necessárias ao entendimento do câncer de mama e do tratamento e o vínculo de afeto estabelecido entre as participantes. (SOSTER et al, 2013)

Diante do exposto, e com base no objeto e problemática evidenciados, o estudo buscou responder a seguinte questão: Qual a influência que o grupo de apoio causa às mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama?



## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo geral:**

Conhecer a influência do grupo de apoio para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

### **2.2 Objetivos específicos:**

Analisar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão.

Levantar o quantitativo de mulheres que estão inseridas no grupo de apoio e a influência na autoestima.

Identificar a importância da equipe multiprofissional e a disponibilidade de informações no processo de reintegração da mulher.

Avaliar a interação entre equipe multiprofissional e paciente, e impacto na qualidade de vida.

### 3. REVISÃO DE LITERATURA

#### 3.1 O câncer de mama

Por definição, câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado (maligno) de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo espalhar-se (metástase) para outras regiões do corpo (INCA 2018).

No Brasil, é o câncer mais frequente entre as mulheres e o segundo com maior frequência em toda população. Alertando-nos para a importância da conscientização e orientação da população feminina sobre sua prevenção, pois são os tumores que estão entre as principais causas de óbito feminino (CRUZ; PAIXÃO; RODRIGUES, 2015).

Em seu funcionamento normal, o corpo substituiu as células antigas por células novas e saudáveis. As mutações genéticas podem alterar a habilidade da célula de manter sua divisão e reprodução sob controle, produzindo células em excesso, formando o tumor (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2015).

As células cancerizadas multiplicam-se de maneira descontrolada, acumulam-se formando tumor, e invadem o tecido vizinho; adquirem capacidade de se desprender do tumor e migrar, chegando a órgãos distantes, constituindo as metástases; perdem sua função especializada e, a medida que substituem as células normais, comprometem a função do órgão afetado. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1997).

Os cânceres de mama dividem-se em não hereditários ou esporádicos (90% a 95% dos casos) e familiares ou hereditários (5% a 10% dos casos). Destes últimos, mutações como a dos genes BRCA 1 e BRCA 2 são as mais encontradas, sendo responsáveis por quase a metade dos cânceres dessa origem. Estes genes possuem efeito protetor contra a neoplasia mamária por estarem associados ao reparo do dano no DNA celular. Contudo, sua mutação aumenta de modo significativo o risco de neoplasia mamária, especialmente em mulheres de idade mais jovem (BARROS, 2006; IKHUORIA; BACH, 2018).

O surgimento de nódulos, geralmente indolores, duros e irregulares, compõem os sintomas mais comuns de câncer de mama, podendo ainda haver tumoração de consistência branda, globosos e bem definidos. Há estudos que

apontam os nódulos como 90% da apresentação inicial de casos sintomáticos confirmados de câncer (KÖSTERS; GØTZSCHE, 2008; LOSTUMBO et al., 1995).

Segundo Cândido, et al., 2016, existem variados tipos de câncer de mama, porém alguns se destacam por serem mais comuns e outros por serem extremamente raros. Dentre os mais comuns destacam-se quatro tipos:

Carcinoma Ductal in situ (CDIS) / Carcinoma Intraductal considerado não invasivo ou pré-invasivo, neste tipo de carcinoma as células não se espalharam para o tecido mamário ao redor por meio dos ductos.

Carcinoma Lobular in situ (CLIS): considerado não invasivo, permanece nos lóbulos da mama, não se prolifera nos tecidos mamários adjacentes.

Carcinoma Ductal Invasivo (CDI): mais comum tipo de câncer de mama, se inicia no ducto e se propaga para os tecidos mamários adjacentes.

Carcinoma lobular invasivo (CLI): corresponde a 10% dos casos de câncer de mama invasivos e é mais difícil de ser diagnosticado pela mamografia quando comparado com o carcinoma ductal invasivo. Inicia nos lóbulos e se espalha para tecidos mamários adjacentes.

Ainda segundo Cândido, et al., 2016, existem alguns casos especiais do carcinoma invasivo, que podem ter melhor, igual ou pior prognóstico que o carcinoma ductal invasivo, são eles: Carcinoma cístico adenoide; carcinoma metaplásico; carcinoma medular; carcinoma papilífero; carcinoma tubular; carcinoma misto (tem características de ducal e lobular invasivo).

Durante quase todo o século XIX, a incidência do câncer não configurou como um problema sanitário no Brasil. Neste período, as doenças infectocontagiosas grassavam pelo território brasileiro causando surtos epidêmicos e milhares de mortes, ocupando, assim, a centralidade nas ações sanitárias. De acordo com Teixeira:

O desconhecimento das origens do câncer, a incapacidade terapêutica da medicina para tratá-lo e sua pequena incidência, se comparado às doenças epidêmicas da época, tornavam-no distante das preocupações da saúde pública, não havendo nesse período nenhuma iniciativa específica objetivando seu controle (TEIXEIRA, 2012).

Foi, principalmente, o intercâmbio entre médicos brasileiros e estrangeiros, bem como o contato com as pesquisas científicas desenvolvidas na Europa e nos Estados Unidos que despertou a atenção da comunidade médica brasileira para o câncer. (ARAÚJO, 2016)

As décadas de 1920 e 1930 representaram um maior esforço no sentido de inserção do câncer no cenário da saúde brasileira. Foram criados hospitais para atendimento de cancerosos em São Paulo e Minas Gerais. O crescimento do interesse médico no debate sobre as causas e sintomas do câncer também pode ser percebido através da realização de eventos acadêmicos.

O Primeiro Congresso Brasileiro de Câncer foi realizado em 1935 na cidade do Rio de Janeiro. Este evento teve importância central na divulgação das novas pesquisas a respeito da doença, atraindo novos adeptos à discussão. A partir desse momento, tais encontros tornaram-se mais frequentes, demonstrando a intenção dos médicos em desenvolver a área da cancerologia no Brasil. (ARAÚJO NETO, 2016)

As ações na rede básica direcionadas ao câncer de mama tiveram como objetivo implementar as ações nas unidades que já desenvolvessem atividades de prevenção para o câncer de colo do útero, dessa forma incluindo o exame clínico das mamas na rotina de prevenção. Cabe salientar que neste período, o câncer de colo uterino ainda constituía o de maior incidência no sexo feminino. Sendo por isto o principal foco das ações de controle. O câncer de mama ainda caminhava no aumento de sua incidência até se tornar o mais comum entre as mulheres. (IBIDEM, Pág. 13)

O contexto social deste período é marcado pela intensificação da discussão sobre a saúde da mulher. O PAISM foi uma importante conquista no que concerne aos direitos da saúde feminina. Ao identificar os principais problemas de saúde que atingem a população feminina, o câncer cérvico-uterino e mamário são postos em pauta. De acordo com o programa:

O câncer do colo uterino e da mama tem apresentado altas taxas de morbimortalidade, devido às baixas coberturas dos serviços, em termos de identificação precoce da patologia, e das dificuldades de acesso aos serviços [...] No caso do câncer de mama, a técnica diagnóstica é ainda mais simples, pois se resume na apalpação sistemática das mamas e no ensino de técnicas de autoexame. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1985)

Na população feminina, o câncer de mama concentra seu maior percentual nas faixas etárias compreendidas entre 40 a 65 anos. No entanto, recomendam-se a palpação clínica e o autoexame para todas as mulheres adultas, dado o potencial de malignidade desses tumores.

Na década de 1990 surge o programa denominado “Viva Mulher”, esboço da saúde pública no controle dos cânceres femininos, inicialmente voltado para o câncer de colo uterino. Em 1998, uma subdivisão do “Viva mulher” denominada “Módulo de Controle de 21 Câncer de mama” propôs ações voltadas para o combate ao câncer de mama, inicialmente visando a percepção de tumores exclusivamente detectados pelo autoexame e exame clínico das mamas.

Somente em 2003, deu-se enfoque a tumores não palpáveis através do rastreamento mamográfico, destinado a mulheres acima de 50 anos de idade. Neste mesmo ano, o INCA e o Ministério da Saúde difundiu no Brasil o exame clínico das mamas a partir de 40 anos e mamografia a cada dois anos entre 50 e 59 anos, com início da mamografia aos 35 anos para as mulheres de alto risco (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 2006, após verificação da importância do diagnóstico precoce dessa neoplasia após ações pelo “Pacto pela Saúde”, orientaram a ampliação para 60% a cobertura mamográfica no país e por punção biópsia em 100% dos casos necessários. Houve posteriormente, uma ação conjunta entre INCA e DataSUS, para desenvolver o Sistema de Informação de Controle ao Câncer de Mama (SISMAMA), ferramenta que propicia gerenciamento de ações para detecção precoce e informações para melhorar o rastreamento e o diagnóstico, com melhor controle de gestão a respeito de sua rede diagnóstica. (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013)

A implantação do SISMAMA - Sistema de Informação do Câncer de Mama, em 2009, favoreceu o aumento da oferta de mamografias pelo Ministério da Saúde e a publicação de documentos técnicos sobre a área, dinamizando a organização das ações de controle. (INCA 2009)

Em 2011, a priorização do controle do câncer de mama foi reafirmada com o lançamento do plano nacional de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer pelo Ministério da Saúde. (INCA 2012)

Percebemos assim, que a inserção do câncer enquanto objeto de preocupação médica e social no Brasil dialoga com o processo ocorrido a nível internacional. O efeito das pesquisas e políticas aplicadas ao câncer nos principais países da Europa e nos Estados Unidos contribuiu para a gradual atenção dada ao câncer por médicos brasileiros interessados em desenvolver esta especialidade.

O câncer de mama possui impacto na saúde pública, com taxas de sobrevivência em 5 anos muito piores em países em desenvolvimento, como Brasil (58,4%), Índia (52%), Gambia (12%), comparado aos EUA (83,9%), Suécia (82,0%) e Japão (81,6%). Esta discrepância pode ser explicada pela falta de programas para rastreio do câncer de mama e locais com 35 condições satisfatórias para o atendimento, contribuindo para o diagnóstico de doença em estágios mais avançados. (RIVERA-FRANCO; LEON-RODRIGUEZ, 2018)

O Instituto Nacional de Câncer (2018) estima que para cada ano do biênio 2018/2019, seja diagnosticado 59.700 novos casos de câncer de mama no Brasil, com um risco estimado de 56,33 casos a cada 100 mil mulheres. É o tipo mais frequente em outras regiões do país, excetuando a região Norte, onde é o segundo tumor mais incidente, superado apenas pelo câncer de colo uterino.

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 desta neoplasia são mulheres com idade entre 40 e 69 anos. (INCA 2017)

Permanece como o mais comum tanto em regiões desenvolvidas quanto subdesenvolvidas ou em desenvolvimento. As taxas de incidência são elevadas na América do Norte e países como a Austrália, Nova Zelândia, Norte da Europa (Reino Unido, Suécia, Finlândia e Dinamarca), Europa ocidental (Bélgica, Holanda e França) e sul da Europa (Itália). Apresenta os maiores índices de mortalidade do mundo na região da Melanésia, onde se encontram as Ilhas Fiji. (BRAY et al, 2018)

De acordo com o American Cancer Society (2018), estimam-se para os EUA 266.120 novos casos da doença para mulheres neste ano. Embora este mal atinja com maior frequência o sexo feminino, também pode afetar os homens, com estimativa de 2.550 casos novos para esta população em 2018 e 41.400 mortes em ambos os sexos, representando cerca de 15,3% de todos os cânceres nos EUA

Segundo o Grupo Brasileiro de Estudos do Câncer de Mama (2012) afirma que por ano no Brasil os casos giram em torno de 52.680 novos casos de tumor de mama são diagnosticados, e cerca de 13.000 pacientes morrem em virtude destes tumores.

Em países desenvolvidos, a redução da mortalidade é o fruto de anos de ações voltadas para o diagnóstico precoce e melhor acesso populacional aos serviços de tratamento adequados. (URBAN et al, 2017)

Segundo o INCA (2015), o rastreamento pode ser oportunístico ou organizado, sendo o primeiro oferecido no momento em que o paciente busca atenção para cuidados de saúde. Já o segundo, é dirigido a uma faixa etária específica, que realiza exames de modo periódico, sendo este o modelo que apresenta melhores resultados.

O câncer de mama não tem uma causa única. Diversos fatores estão relacionados ao aumento do risco de desenvolver a doença, tais como: idade, fatores endócrinos/história reprodutiva, fatores comportamentais/ambientais e fatores genético-hereditários. (ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D, 2008)

A faixa etária de maior incidência crescente do câncer de mama é acima dos 35 anos, sendo que antes dessa idade é relativamente raro o aparecimento desta doença. No mundo a sobrevivência das mulheres acometidas pelo câncer após cinco anos é, de aproximadamente 61%. (INCA, 2018)

Diversos estudos epidemiológicos ainda demonstram que o câncer tem uma estreita relação com o estilo de vida. Os indivíduos obesos, com consumo exagerado de carnes vermelhas, gorduras, álcool, dietas hipercalóricas, pobres em fibras, que normalmente levam uma vida sedentária, apresentam uma correlação ainda maior do risco de surgimento do câncer de mama. (HYPPOLITO; RIBEIRO, 2014; BOTELLALÓPEZ et al., 2011, p. 13-18)

No entanto, foram identificados vários fatores de risco que não podemos modificar, como o envelhecimento, antecedentes familiares do câncer da mama, ter tido a primeira menstruação antes dos 12 anos, menopausa depois dos 55 anos, não ter filhos, ter tido um filho depois dos 30 anos de idade ou não ter amamentado. (PORTAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE ONCOLOGIA, 2016)

Condições relacionadas com a obesidade, gestação tardia e nuliparidade, maior abrangência do rastreamento e conscientização sobre o câncer de mama, têm levado a uma detecção mais precoce em países como os da América do Sul, África e Ásia.

Por outro lado, nos EUA (Estados Unidos da América), Canadá e Reino Unido, tem ocorrido uma diminuição da mesma, parcialmente por conta do

decréscimo do uso de terapia hormonal na menopausa, após maior informação a respeito do seu risco. (BRAY et al, 2018)

Ainda assim, existem ainda outros fatores de risco que podemos evitar, como o consumo de álcool, obesidade, consumir alimentos ricos em gordura, não fazer exercício regular, terapêuticas hormonais e exposição a radiações ionizantes. (PORTAL SOCIEDADE PORTUGUESA DE ONCOLOGIA, 2016)

Segundo o Instituto Oncoguia (2017) ter um fator de risco ou mesmo vários, não significa que você vai ter a doença. Muitas pessoas com a enfermidade podem não estar sujeitas a nenhum fator de risco conhecido. Se uma pessoa com câncer de mama tem algum fator de risco, muitas vezes é difícil saber o quanto esse fator pode ter contribuído para o desenvolvimento da doença.

Para a população em geral, o risco de ter câncer de mama ao longo da vida em nosso país é da ordem de 8%, ou seja, uma em cada doze mulheres desenvolverá câncer de mama ao longo da vida e este risco é tido como o risco basal da população do sexo feminino.

O câncer de mama surge com um significado de ameaça à vida e à integridade física e emocional da mulher. Após o diagnóstico a mulher passa a vivenciar a expectativa de um futuro incerto com medo da morte e da mutilação. (COSTA; PEREIRA; VASCONCELOS; et al., 2015)

Desse modo, o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem, em muitos casos, desencadear sintomas de estresse, ansiedade e depressão. (Burgess, Cornelius, Graham, Richards, & Ramirez, 2005)

O único método que permite o diagnóstico precoce do câncer de mama é o exame mamográfico. Por meio desse método, podemos identificar tumores mamários mesmo antes de serem detectáveis clinicamente. Embora o exame mamográfico seja o melhor método para detectar precocemente a doença, particularmente se as mamas forem densas, ou poderá demonstrar áreas suspeitas que podem não corresponder ao câncer. Nesses casos, para melhorar a acuidade diagnóstica pode-se associar outros exames, como a ultrassonografia, a ressonância magnética e as punções percutâneas, que melhoram as chances diagnósticas pré-terapêuticas. (INSTITUTO BRASILEIRO DE CONTROLE AO CÂNCER, 2015)



Sabe-se que se diagnosticado e tratado oportunamente, a doença pode apresentar bom prognóstico, mas no Brasil ainda é um sério problema de saúde pública em decorrência das taxas de mortalidade continuar elevadas (14 óbitos a cada 100 mil mulheres em 2013). (INCA 2015)

Nesse sentido, estratégias como o exame clínico das mamas e a mamografia mostram-se eficazes no rastreamento e no controle dessa doença, visto que os estádios menos avançados no momento do diagnóstico aumentam a probabilidade de sucesso no tratamento e, conseqüentemente, elevam a sobrevivência das pacientes.

O aumento da mortalidade ocorre principalmente devido a pouca adesão aos exames de rastreamento, gerando diagnóstico tardio e atraso na realização do tratamento adequado. As causas são multifatoriais, mas o profissional da saúde merece destaque, pois ele é a principal fonte de informação dessas mulheres, sendo fundamental na desconstrução de limitações socioculturais, de conhecimento e questões organizacionais que envolvem o rastreamento do câncer de mama. (SILVA, 2012, p.1017)

A paciente pode dispor de dois tipos de tratamento, que se resume em clínico e/ou cirúrgico. O tratamento clínico envolve vários tipos de medicamentos chamados quimioterápicos e hormonioterápicos, cada qual com sua função e efeitos colaterais. Os cirúrgicos envolvem tratamentos conservadores, aqueles que preservam as mamas como as tumorectomias, quadrantectomias e o radical conhecido como mastectomia que é a cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não da retirada de gânglios linfáticos da axila com esvaziamento axilar. (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2015)

Os tipos de tratamento não são utilizados isoladamente, podendo ser utilizados uma combinação para que a reincidência do tumor não ocorra. Para isto, o tratamento deve ser feito de forma individualizada e integrativa desse indivíduo. (SLEDGE, et al., 2014)

Oncologistas reconhecem o papel fundamental da reconstrução mamária no tratamento do câncer de mama e têm incorporado a consulta com o cirurgião plástico como parte do cronograma do tratamento do câncer de mama. (NCCN, 2016)

Na escolha da técnica cirúrgica a ser utilizada na reconstrução mamária, devem ser levados em consideração fatores como: a história clínica e cirúrgica, a anatomia, o estilo de vida, a preferência da paciente e a programação do tratamento oncológico a ser realizado. (KIM, 2014)

A reconstrução bem sucedida das mamas pode restabelecer a qualidade de vida ao melhorar a imagem corporal da paciente. (SERLETTI, 2011).

Geralmente, o tratamento requer a combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos. (Rossi & Santos, 2003)

A prevenção do câncer de mama pode ser dividida em prevenção primária e secundária. Na prevenção primária, encontram-se as medidas mais simples, relacionadas aos hábitos de vida, controle da obesidade, sedentarismo, alimentação gordurosa e ingestão alcoólica em excesso. Consiste também na orientação para que as mulheres realizem a auto palpação das mamas sempre que sentirem-se confortáveis, sem a utilização de técnicas mais específicas. (INCA 2014)

A prática regular de atividade física e a amamentação são fatores de proteção para o câncer de mama. A ingestão de frutas e verduras, peixe e azeite de oliva podem resultar em menor risco de câncer. (Pizot C, Boniol M, Mullie P, et al, 2016)

Um estilo de vida saudável, que envolve alimentação com baixo consumo de alimentos processados e redução do consumo do álcool e cigarro, aliados à prática de atividade física, promove efeito protetor contra o câncer de mama. (ISABELLE ROMIEU; AMADOU; CHAJES, 2017)

Segundo (VELOSO, 2014p. 15) recomenda-se o rastreamento para mulheres acima de 40 anos e independente da idade também recomendado em todas as consultas clínicas compreendendo a partir do atendimento integral a saúde da mulher.

O prognóstico é bom quando diagnosticado precocemente e tratado oportunamente, mas taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estágios avançados, devido às limitações dos serviços de saúde. (INCA 2014)

### 3.2 Qualidade de vida pós-cirurgia oncológica de mama:

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida (QV) como “[...] a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (WHOQOL, 1993). Depreende-se que o conceito de QV é subjetivo e multidimensional, e que a QV é influenciada por fatores socioculturais.

A QV é um parâmetro importante que pode auxiliar os médicos e pacientes no momento da decisão terapêutica e neste momento pode ser considerada como a terceira dimensão para avaliação, além da eficácia e segurança do tratamento. (RABIN et al., 2008)

Qualidade de vida é um termo que inclui uma variedade potencial de condições que envolvem a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados ao seu funcionamento diário, incluindo a sua condição de saúde e intervenções médicas. (HUGUET, 2009)

Minayo (2000), quatro anos antes, em discussões sobre o tema, cita que nas últimas décadas, estados subjetivos como, depressão e solidão, atitudes relacionadas à sexualidade e a qualidade de vida passaram a ser intensivamente investigados em estudos epidemiológicos. Já Rufino Netto em 1994, (apud Minayo 2000), construiu o conceito de qualidade de vida, de acordo com as necessidades humanas que ele constatou, afirmando o seguinte:

Vou considerar como qualidade de vida boa ou excelente, aquela que ofereça o mínimo de condições, para que os indivíduos nela inseridos possam desenvolver o máximo de suas potencialidades, sejam estas: viver, sentir ou amar, trabalhar, produzindo bens e serviços, fazendo ciência ou artes. Falta o esforço de fazer da noção um conceito e tomá-lo operativo.

Entretanto no contexto da oncologia, a QV, pode ser definida como, a percepção subjetiva do indivíduo em relação a sua incapacidade e à satisfação com seu nível atual de funcionamento, fazendo com que a pessoa considere que esteja bem ou não, comparativamente ao que percebe como possível ou ideal. (LIMA e BORGES, 2008 p6)

Portanto, os instrumentos utilizados para mensurar a qualidade de vida em portadores de neoplasias malignas promove a visualização de uma nova perspectiva da doença e auxilia na formulação de estratégias para a otimização do bem-estar do paciente. (WHO, 1997)

A avaliação da qualidade de vida considera a percepção subjetiva do paciente, isto é, um passo importante em direção a uma abordagem mais abrangente e humanista para o tratamento do câncer. Esta tendência é bem documentada na literatura, devido ao aumento do número de estudos de câncer da mama que registram resultados de avaliação de qualidade de vida. Dessa maneira a aplicação do questionário World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-bref) poderá servir com instrumento para o conhecimento e valorização da qualidade de vida dessa população.

Com o objetivo de disponibilizar um instrumento que demande menor tempo para preenchimento e com características psicométricas satisfatórias, o Grupo WHOQOL desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-bref. (THE WHOQOL GROUP, 1998)

O WHOQOL-bref é um instrumento genérico de qualidade de vida, desenvolvido pela OMS, que considera a QV como um construto multidimensional, composto por 26 questões. As duas primeiras questões avaliam a QV geral, e calculada em conjunto, geram um escore independente dos domínios. A primeira refere-se à QV de modo geral e a segunda à satisfação com a própria saúde. As outras 24 questões representam cada uma das 24 facetas que compõem o instrumento original distribuídas em quatro domínios: físico (sete itens), psicológico (seis itens), relações sociais e meio ambiente

Segundo Regis & Simões (2005), a mama não corresponde apenas ao aspecto físico, ela é vista como um símbolo de feminilidade, por isso é motivo de orgulho para a mulher e admiração para os homens, possuindo um significado afetivo e psicológico. Sendo assim, a palavra câncer traz um estigma muito forte para a mulher, pois além de estar associada à morte, pode afetar uma parte tão valorizada do seu corpo.

A qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia da mama depende dos aspectos sociais, psicológicos e fisiológicos, que afeta diretamente as emoções pensamentos e o modo que as pessoas relacionam, pode se considerar um fenômeno multidimensional. Entendemos que a imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma. (SANTOS VIEIRA, 2011)

No Brasil, há dois tipos de oferta de serviços de saúde para a população: o Sistema Único de Saúde (SUS) e o sistema privado. Apesar de 75% da população brasileira utilizar os serviços do SUS e o progresso em direção à cobertura universal da saúde alcançar todo o país, ainda permanecem grandes disparidades em relação aos cuidados com o câncer. Mulheres tratadas no serviço público manifestam doença mais avançada comparada às do serviço privado, evoluindo com pior sobrevida livre de doença, o que se deve a longos atrasos no diagnóstico e início de tratamento. (BUKOWSKI et al., 2016)

Com isso, apresenta grande chance de redução da qualidade de vida após o acometimento do câncer, em especial do câncer de mama quando a paciente é submetida ao tratamento cirúrgico do câncer, devido ao estigma da doença, a mutilação da mama, conflitos estéticos, limitações das atividades após a cirurgia, a rotina de exames, acompanhamento clínico, tratamento e as possíveis sequelas de curto e médio prazo.

A ausência ou alteração da mama traz consigo diversos efeitos físicos, psicossociais e até mesmo sexuais que apresenta um elevado potencial para afetar a qualidade de vida dessas pacientes de forma regressiva. (MOREIRA; MANAIA, 2005)

Nas mulheres, a repercussão psicológica do diagnóstico de câncer de mama se apresenta com parâmetros extremos, pois reflete mudanças no estilo de vida, assim como, nas condições sociais, econômicas, físicas e sexuais. Conde et al. (2006) relata, “o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama associam-se a consideráveis repercussões psicológicas. Foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insônia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até a recidiva e morte”.

Concordando com essa idéia Bergamasso e Angelo apud Makluf et al (2006), consideram que o câncer da mama tem um profundo impacto psicossocial nas pacientes e seus familiares, enfatizando a importância da avaliação da QV em mulheres com câncer de mama.

Aceitar a mudança e adaptar-se à nova imagem corporal exige um esforço muito grande para o qual a maioria das mulheres submetidas à mastectomia não estão preparadas. (SILVA, 2010)

Portanto, é importante que a ênfase na avaliação da qualidade de vida, em pacientes com câncer de mama, acompanhe o avanço do tratamento, uma vez que, como previamente citado por Paiva (2006), em dissertação de mestrado, "o termo também está ligado às prioridades de cada indivíduo e ao seu contexto de vida, existindo uma semelhança entre uma variedade de termos de QV, aos atributos como satisfação de vida, bem-estar, saúde, trabalho, felicidade, lazer, autoestima e valores de vida".

### **3.3 A influência do grupo de apoio:**

O câncer de mama e o seu tratamento representam um trauma psicológico, já que a mama é um símbolo corpóreo da feminilidade. A mastectomia gera na autoimagem da mulher alterações, causando sentimentos de medo, rejeição e inferioridade. (ROSSI, 2003)

Segundo Isabelle Bazsanger (1992), as pessoas atingidas por doenças crônicas passam por um processo de restituição do sentido que conferem às suas experiências, ou seja, estabelecem estratégias e trajetórias para lidar com a enfermidade. (Bazsanger, 1992 apud Lima; Trad, 2008)

Segundo Michael Bury, essas "estratégias" são as adaptações pela qual o enfermo passa como uma reação e tentativa de retomar sua vida cotidiana anteriores. Segundo esse autor, podemos distinguir três aspectos importantes buscando entender a enfermidade e a sociedade, como a ruptura biográfica ao descobrir a doença, o impacto do seu tratamento e as adaptações e gerenciamento de longo prazo da enfermidade. (Bury, 1997, apud Montagner, 2011)

O grupo de apoio tem o propósito de oferecer um espaço permissivo, no qual as participantes possam discutir, livremente, questões relacionadas ao enfrentamento do câncer de mama. Dessa forma, é possível promover um ambiente que favoreça suporte social, compartilhamento de experiências, desenvolvimento de habilidades para enfrentamento de situações difíceis, educação, informação e discussão de questões existenciais. (SANTOS et al, 2011)

Para Freire (1989), as rodas de conversa são um processo que possibilita a fala e a escuta do outro, a vivência e o respeito pelas diferentes opiniões.

Segundo um estudo realizado com 30 mulheres, revelou que a participação em grupos de apoio a portadoras de câncer de mama promove a troca

de experiências com outras que convivem com problemas semelhantes, o que lhes possibilita a constatação de que não estão sozinhas nesta jornada.

Um estudo realizado por Lacerda, Sampaio, Silva e Oliveira (2011) sobre mulheres com câncer que frequentavam grupos de apoio revela que através da comunicação, ou seja, através da troca de informações, as mulheres puderam aliviar suas tensões, tirar dúvidas e ampliar os conhecimentos de interesses comuns.

As mulheres revelam que a oportunidade de partilhar experiências com pessoas que sofrem dos mesmos problemas é forma de se sentirem incluídas no grupo, apoiadas, e, a partir daí, conseguem externar sentimentos. (CAVALCANTI, 2002)

Nesse contexto, os grupos de apoio, são considerados elementos relevantes e necessários para o processo de recuperação e reabilitação da mulher e aceitação do câncer de mama e da mastectomia, possibilitando o compartilhar de experiências de vida a respeito da convivência com a enfermidade e procura coletiva de meios de resolução para os seus problemas. (RODRIGUES et al, 2013)

Para Pinho et al (2007), após o diagnóstico de câncer de mama, as mulheres procuram adotar hábitos saudáveis, revelando um aumento no cuidado com sua saúde, tornando-se pessoas mais amáveis, menos rancorosas, buscando a prática de sentimentos bons, procurando abster-se dos sentimentos ruins, elegendo essas práticas para o aumento da autoestima, acreditando, assim, que essa atitude possa colaborar para a recuperação da sua saúde e adequação ao seu novo estilo de vida.

As atividades realizadas, no grupo de mulheres mastectomizadas dentro das ações de educação popular em saúde, buscam empreender uma relação de troca de saberes entre o saber popular e o científico, em que ambos compartilham suas vivências reciprocamente. (ALMEIDA, 2006)

As reuniões do grupo de apoio do Hospital Aldenora Belo aconteciam toda sexta feira no turno da manhã. Com a presença da equipe multiprofissional: psicóloga, terapeuta ocupacional e enfermeira, onde as reuniões e atividades eram em forma de rodas de conversa, onde as mulheres realizavam atividades distintas a cada semana, desse modo compartilhando vivências e experiências sobre suas dificuldades e forma de enfrentamento durante o tratamento do câncer de mama.

## **4. METODOLOGIA**

### **4.1 Desenho de estudo**

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, com procedimentos investigativos bibliográficos e documentais. O trabalho é um recorte da pesquisa maior intitulada “*Qualidade de Vida das Mulheres Submetidas à Mastectomia*” do Núcleo de Estudo, Pesquisa e Educação em Saúde da Mulher – NEPEM, do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão. A referida pesquisa tem como objetivo avaliar a qualidade de vida das mulheres e explorar as repercussões da vivência do câncer de mama em vários âmbitos (emocional, sexual, autoimagem, etc).

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; The Whoqol Group, 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; The Whoqol Group, 1995)

### **4.2 Local e período do estudo**

O estudo foi desenvolvido no hospital de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, situado 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.

O Hospital do Câncer Aldenora Bello conta com uma área de 8.145,19m<sup>2</sup>, com 4444,50m<sup>2</sup> de área construída. Possui 175 leitos de internação, divididos em



enfermarias clínica, cirúrgica, pediatria, UTI e apartamentos. Além disso, conta com um serviço de radioterapia e braquiterapia, que está sendo ampliado para duplicar sua capacidade de atendimento neste setor. Possui também um Serviço de Pronto Atendimento exclusivo para pacientes em atendimento oncológico. São diagnosticados mais de 3500 casos novos de câncer ao ano, o que representa mais de 50% do número de casos esperados para o estado. São realizadas mais de 56.756 consultas, 896 cirurgias, 30.141 quimioterapias e 6.025 radioterapias ao ano.

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.

Optou-se não incluir mulheres que trataram câncer de mama bilateral, pois estudos demonstram que as repercussões e danos foram maiores comparados a mulher que tratou apenas uma mama. Mulheres que possuíam o diagnóstico de câncer de mama e sistêmico, ou qualquer outra neoplasia e as participantes que não tiveram os prontuários localizados.

### **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 câncer e 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 no Hospital Aldenora Belo foi realizado utilizando-se o programa estatístico *PASS 15* (2017) e os seguintes parâmetros: Total de mulheres com câncer de mama atendido por ano (2015) nestes hospitais, (410). Prevalência de cirurgias oncológicas mamárias de 70,7%, nível de significância ( $\alpha$ ) de 5% e erro tolerável de 5%, o tamanho mínimo é de 249 mulheres. No entanto, ao considerar 5% de possíveis perdas, o número final de mulheres a serem entrevistadas é de 262.

Este estudo apresenta os resultados preliminares coletados nos meses de setembro e outubro de 2018, apresentando um 'n' total de 63 entrevistadas.

#### 4.5. Variáveis de estudo

As seguintes variáveis foram analisadas nos instrumentos de estudo:

<b>QUESTIONÁRIO</b>	<b>WOQOL-bref</b>
Idade	Percepção da qualidade de vida
Local de residência	Satisfação com a saúde
Procedimento cirúrgico	Segurança/Apoio Emocional
Autoestima	Limitação
Grupo de apoio	Auto percepção

#### 4.6. Métodos de coleta de dados

Este estudo é parte integrante do projeto “Qualidade de Vida das Mulheres Submetidas à 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 do quadro acima que se referem às perguntas número: 1-7, 10-14, 34, 47, 50-57, 61 do questionário; e as perguntas 1, 2, 3, 8, 13, 17, 24 do instrumento WHOQOL-bref. Os dados encontrados foram tabulados em planilhas do Microsoft ExcelR.

As participantes foram abordadas, de forma aleatória durante os dias de atendimento dos serviços que este oferece: contabilizando o total de 63 mulheres, onde foram abordadas enquanto esperavam as consultas de acompanhamento pós-operatório com as especialidades (médica, fisioterapia e psicologia), sessões de radioterapia e educação física, e também nas 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.

Inicialmente foi apresentado a elas 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 foi realizada a consulta ao prontuário, com objetivo de confirmar e agregar dados necessários.

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-100 (RODARY *et al*, 2004). 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 de um questionário para coleta de dados (APÊNDICE B), 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, será 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 aspectos da qualidade de vida utilizando-se de 22 perguntas do questionário desenvolvido pelos pesquisadores e 7 do WHOQOL-bref.

#### **4.7. Análise estatística**

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

Para digitação e tabulação dos dados, utilizou-se o Microsoft Office Excel 2010®. Os dados foram apresentados em tabelas e gráficos.

#### **4.8. 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. 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

Os resultados foram obtidos de 63 mulheres que participaram desta pesquisa.

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Faixa etária</b>		
< 35 anos	1	1,5
35 a 39 anos	4	6,3
40 a 45 anos	6	9,5
46 a 52 anos	20	31,7
53 a 60 anos	17	26,9
> 60 anos	15	23,8
<b>Estado civil</b>		
Solteira	23	36,5
Casada	21	33,3
União estável	6	9,5
Divorciada	7	11,1
Viúva	6	9,5
<b>Filhos</b>		
Sim	56	88,8
Não	7	11,1
<b>Caso sim, quantos?</b>		
1	12	21,4
2	27	48,2
3	7	12,5
4	3	5,3
> 4	7	12,5
<b>Cor</b>		
Amarela	3	4,7
Branca	5	7,9
Parda	44	69,8
Preta	11	17,4
<b>Município</b>		
São Luís	50	79,3
São José de Ribamar	2	3,2
Paço do Lumiar	2	3,2
Outros municípios	9	14,2
<b>Renda</b>		
Até 1	24	38
1 a 3	28	44,4
3 a 5	10	15,8
> 15	1	1,5
<b>Ocupação</b>		

**Tabela 1** – Perfil socioeconômico e demográfico de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (conclusão)

Do lar	<b>21</b>	<b>33,3</b>
Autônoma	<b>12</b>	<b>19</b>
Aposentada	9	14,2
Desempregada	4	6,3
Outras	17	26,9
<b>Religião</b>		
Agnóstica	3	4,8
Católica	37	58,7
Evangélica	23	36,5
<b>Escolaridade</b>		
Ensino fundamental incompleto	11	17,4
Ensino fundamental completo	6	9,5
Ensino médio incompleto	6	9,5
Ensino médio completo	26	41,2
Ensino superior incompleto	1	1,5
Ensino superior completo	13	20,6
<b>Orientação sexual</b>		
Heterossexual	63	100
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>

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

As 63 mulheres participantes da pesquisa possuíam faixa etária predominante entre 35 a mais 60 anos. De acordo com a Tabela 1, 20 (31,7%) das mulheres estava na faixa compreendida entre 46 a 52 anos, seguido do grupo de 53 a 60 anos 26,9%, enquanto 23,8% mulheres tinha mais de 60 anos, 9,5% estava entre 40 a 45 anos, 6,3% entre 35 a 39 anos, e 1,5% tinha idade menor que 35 anos.

Em relação ao estado civil 36,5% declararam estarem solteiras, 33,3% casadas, 11,1% divorciadas, 9,5% viúvas, e 9,5% em união estável.

Quando questionadas sobre a existência de filhos, a grande maioria afirmou ter filhos 56 (88,8%), e 11,1% não possuíam filhos.

Grande parte das mulheres se autodeclararam parda 69,8%, 17,4% preta, 7,9% branca, e 4,7% amarela.

Quanto ao município de residência 79,3% residem no município de São Luís, 14,2% residem em outros municípios, 3,2% em São José de Ribamar, e 3,2% em Paço do Lumiar.

Quanto à renda familiar 44,4% possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos, 38% até um salário mínimo, 15,8% de 3 a 5 salários mínimos e 1,5% possuía >15 salários mínimos.

De acordo com o grau de escolaridade, a variável de maior representatividade foi de mulheres com o ensino médio completo 41,2%, seguido de 20,6% ensino superior completo, 17,4% ensino fundamental incompleto, 9,5% ensino fundamental completo, 9,5% ensino médio incompleto, 1,5% ensino superior incompleto.

Em relação à ocupação das mulheres no momento da pesquisa, foi encontrado o percentual de 33,3% mulheres que eram “do lar”, 19% eram autônomas, 26,9% corresponde a diversas ocupações como: técnica de enfermagem, agente comunitária em saúde, dançarina, administradora, professora, servidora pública, cozinheira, dentre outras, 14,2% aposentadas e 6,3% estavam desempregadas.

Grande parte das entrevistadas se considerava católicas 58,7%, 36,5% evangélicas e 4,8% se consideravam agnósticas.

Quando questionadas sobre a orientação sexual, 100% se consideravam heterossexuais.

**Tabela 2.** Modalidade cirúrgica e incidência de reconstrução mamária realizada pelas mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama que estão inseridas no grupo de apoio em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Modalidade cirúrgica</b>		
Mastectomia	6	17,6
Cirurgia conservadora	28	82,3
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>Fez reconstrução mamária?</b>		
Sim	7	20,5
Não	27	79,4
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

Na Tabela 2, que trata da amostra (n=34) das mulheres pertencentes ao grupo de apoio, foi constatado que a cirurgia conservadora foi a modalidade mais realizada entre as mulheres, compreendendo 82,3% da amostra. Enquanto a mastectomia quantificou 17,6% das mulheres.

Em relação a incidência da realização da reconstrução mamária, obtivemos o quantitativo de 79,4% de mulheres que disseram que não realizaram, e somente 20,5% afirmando a realização.

**Tabela 3.** O quantitativo de mulheres que estão inseridas no grupo de apoio de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e frequência ao qual participam das reuniões em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>O quantitativo de mulheres que estão inseridas no grupo de apoio</b>		
Não, mas já participei	12	19
Nunca participei	29	46
Sim, ainda participo	22	34,9
<b>Total</b>	<b>63</b>	<b>100,0</b>
<b>Frequência ao qual participam das reuniões (participaram) apenas as que responderam que sim, ou que já</b>		
1 a 3 vezes por mês	4	11,7
1 vez por semana	28	82,3
Não participo mais	2	5,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

Para analisar o quantitativo de mulheres inseridas no grupo de apoio, foi quantificado as mulheres que disseram que “sim”, e as que “já participaram”, quantificando ao total 34 mulheres, onde 34,9% das mulheres disseram participar do grupo de apoio, 12 mulheres que equivale a 19% disseram que não participam mais, mas já participaram em algum momento do tratamento, enquanto 29 mulheres,



representando 46% do quantitativo total de mulheres disseram que nunca participaram das reuniões do grupo de apoio.

No que trata da frequência ao qual participam das reuniões do grupo de apoio, pode-se observar que 28 mulheres equivalentes a 82,3% das mulheres frequentam as reuniões do grupo de apoio pelo menos uma vez por semana, enquanto 4 mulheres frequentam as reuniões de 1 a 3 vezes ao mês equivalendo a 11,7% da amostra, enquanto 2 mulheres, que equivale a 5,8 % disseram não frequentar mais as reuniões do grupo de apoio.

**Tabela 4** – Modo como as mulheres souberam da existência do grupo de apoio e disponibilidade de informações pertinentes sobre o tratamento oncológico em um hospital de referência, São Luís– MA, 2019.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Modo ao qual souberam da existência do grupo de apoio</b>		
Por profissionais	24	70
Por familiares, amigos, vizinhos	8	23,5
Outros	2	5,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>Disponibilidade de informações pertinentes no dia-a-dia:</b>		
Completamente	7	20,5
Médio	5	14,7
Muito	22	64,7
Muito pouco	0	0
Nada	0	0
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

Em se tratando do meio de informação ao quais estas mulheres foram informadas sobre o grupo de apoio, podemos concluir que a maioria foi informada por profissionais da própria instituição 70% (n=24). Enquanto 23,5 % (n=8) foram informados por familiares, amigos e vizinhos. E 5,8% (n=2) por outros meios de comunicação.

Já, ao se tratar da disponibilidade de informações, os resultados nos mostra que 22 (64,7%) das mulheres afirmam que existe muita disponibilidade de informações disponíveis no dia a dia, 7 (20,5%) disseram que se sentem completamente informadas, 5 (14,7%) afirmam ter em nível médio as informações necessárias.

**Tabela 5** – A influência do grupo de apoio na qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
<b>Considera o grupo de apoio importante para o enfrentamento e seguimento ao tratamento</b>		
Sim	34	100,0
<b>O grupo de apoio influencia na melhora da sua autoestima</b>		
Sim	34	100,0
<b>Como se sente durante as terapias</b>		
A terapia não tem impacto	2	5,8
Feliz	28	82,3
Triste	4	11,7
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

A tabela 5 apresentou que 100% (n=34) das mulheres que frequentam as reuniões do grupo de apoio consideram que o grupo é importante para o enfrentamento e seguimento do tratamento, e que essas reuniões influenciam positivamente na melhora da autoestima. Quando perguntadas sobre como se sentem durante as terapias 28 mulheres, que corresponde a 82,3% responderam que se sentem “feliz”, enquanto 4 mulheres, que equivale a 11,7% disseram sentir-se tristes e 2 mulheres, correspondendo a 5,8% rebatem que a terapia não tem impacto em suas vidas.

**Tabela 6** - Importância da equipe multiprofissional e a interação com mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
------------------	----------	----------

**Tabela 6** - Importância da equipe multiprofissional e a interação com mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (conclusão)

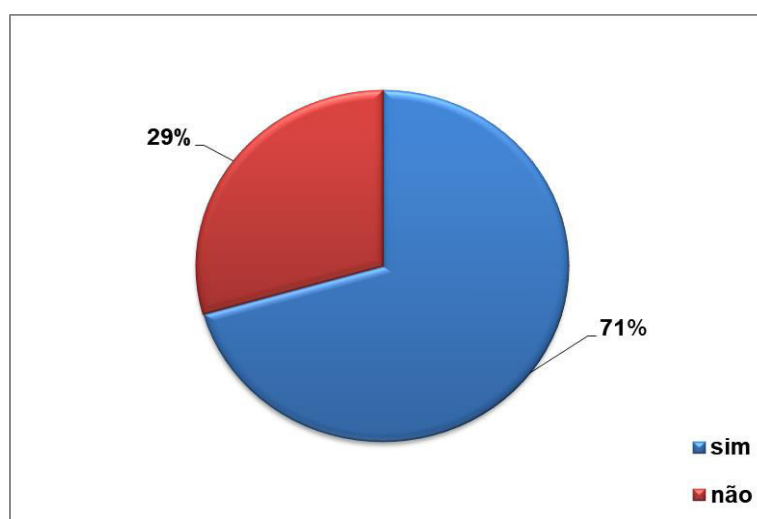
<b>A participação da equipe multiprofissional durante este processo</b>		
Importante	4	11,7
Muito importante	30	88,2
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>A interação com a equipe multiprofissional</b>		
Boa	15	44,1
Muito boa	19	55,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

Na tabela 6 verifica-se a importância da equipe multiprofissional e da interação no processo de reintegração biopsicossocial. Foi constatado que 30 (88,2%) das mulheres, consideram a participação da equipe multiprofissional muito importante, enquanto 4 mulheres (11,7%) consideram importante.

Quando questionadas sobre a interação com a equipe multiprofissional, 19 (55,8%) das mulheres afirmaram ter uma interação muito boa, e 15 (44,1%) disseram que tem uma boa interação com a equipe multiprofissional.

**Gráfico 1.** Aceitação do corpo em mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, inseridas em grupo de apoio, em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.



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

De acordo com as mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico e que estão inseridas no grupo de apoio, o gráfico 1, que quantifica o nível de aceitação da aparência física, portanto pode-se observar que 71% da amostra aceitam a mudança do corpo após a modalidade cirúrgica, enquanto 29% não aceitam sua aparência física.

**Tabela 7.** Grau de impedimento físico e a satisfação em realizar atividades diárias de mulheres que estão inseridas no grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Grau de impedimento em realizar as atividades diárias por dor física</b>		
Nada	14	41,1
Muito pouco	2	5,8
Mais ou menos	6	17,6
Bastante	9	26,4
Extremamente	3	8,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>
<b>Satisfação com a capacidade em realizar as atividades diárias</b>		
Muito insatisfeito	1	2,9
Insatisfeito	11	32,3
Nem satisfeito nem insatisfeito	4	11,7
Satisfeito	15	44,1
Muito satisfeito	3	8,8
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

Na tabela 7 observa-se que 41,1% do total da amostra afirmaram que a dor não causa impedimento nas atividades diárias, 26,4% da amostra disseram que a dor impede bastante na realização de suas atividades cotidianas, 6 mulheres que corresponde a 17,6% afirmaram que a dor impede “mais ou menos”. Enquanto 8,8% consideram que a dor impede de forma extrema na realização das atividades diárias.

Quando perguntadas sobre a satisfação em relação a capacidade em desempenhar suas atividades diárias, a maioria 44,1 consideraram estar “satisfeitas”, enquanto 32,3% da amostra revelaram estar “insatisfeitas”.

**Tabela 8.** Nível de segurança na vida diária de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama e que estão inseridas no grupo de apoio em um hospital de referência, São Luís – MA, 2019.

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Nada	1	2,9
Muito pouco	3	8,8
Mais ou menos	10	29,4
Bastante	3	8,8
Extremamente	17	50
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

Ao analisarmos a tabela 8 foi identificado em sua pluralidade que 97% das mulheres sentem-se “bastante” seguras em sua vida diária, enquanto 27,4% afirmaram sentir-se “mais ou menos”, e em minoria 8,8% sentem-se “muito pouco” seguras.

**Tabela 9–** Satisfação com a qualidade de vida, saúde e com os serviços ofertados para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (continua)

<b>VARIÁVEIS</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Avaliação da qualidade de vida</b>		
Muito ruim	0	0
Ruim	0	0
Nem ruim nem boa	2	5,8
Boa	22	64,7
Muito boa	10	29,4

#### **Satisfação com a saúde**

**Tabela 9–** Satisfação com a qualidade de vida, saúde e com os serviços ofertados para mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama e pertencentes ao grupo de apoio de um hospital de referência, São Luís – MA, 2019. (conclusão)

Muito insatisfeita	0	0
Insatisfeita	2	5,8
Nem satisfeita nem insatisfeita	7	20,5
Satisfeita	9	26,4
Muito satisfeita	16	47
<b>Satisfação com os serviços de saúde:</b>		
Muito insatisfeito	2	5,8
Insatisfeito	1	2,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	7	20,5
Satisfeito	8	23,5
Muito satisfeito	16	47
<b>Total</b>	<b>34</b>	<b>100,0</b>

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

A tabela 9 trata da satisfação com a qualidade de vida de mulheres, quando questionadas em como avaliava sua qualidade de vida 22 (64,7%) disseram que a qualidade de vida é boa, 10 (29,4%) disseram ser muito boa, enquanto 2 (5,8%) afirmaram não ser nem ruim e nem boa.

E quando perguntado sobre o quão satisfeitas estão com sua saúde (47% disseram que estão “muito satisfeitas”, 26,4% afirmaram que estão “satisfeitas” e 20,5% disseram não estar “nem satisfeita nem insatisfeita”, enquanto 5,8% estão insatisfeitas, e nenhuma referiu estar “muito insatisfeita”.

Já em relação aos serviços de saúde, podemos verificar que 47 afirmaram estar “muito satisfeitas” com a oferta dos serviços de saúde, 23,5% afirmam estar “satisfeitas”, enquanto 20,5% revelaram não estar nem satisfeita e nem insatisfeita.

## 6. DISCUSSÕES

Os resultados mostram a grande importância em analisar o impacto da cirurgia oncológica de mama e a influência do grupo de apoio de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, visto que por ser uma fase de intensas modificações não só físicas, mas também psicológicas, estão atreladas a uma maior instabilidade na mulher.

Inicialmente foi traçado o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres como uma possibilidade para melhor visualização do grupo em estudo.

Nesta pesquisa evidenciou um predomínio de mulheres com faixa etária compreendida entre 46 a 52 anos.

Assemelhando-se ao estudo de Pereira (2019) que analisou 22 mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, constatou que a faixa etária de maior predominância foi de 45 a 49 anos, e a de menor predominância foi a de 60 a 64 anos e 65 a 69 anos.

Gomes, Soares e Silva (2015) analisaram 37 mulheres em um estudo transversal, tendo como quantitativo a idade média de 57 anos, e maior predominância de mulheres com mais de 50 anos.

Garcia et al., (2018) identificou a idade média de 50 anos ao analisar 35 mulheres em um estudo transversal. A faixa etária com maior frequência de mulheres atendidas foi de 50 a 60 anos. (LENA et al, 2018)

A idade é reconhecida como um dos fatores de risco mais importantes para o câncer de mama. Alguns estudos sugerem que tanto nas mulheres mais jovens, como naquelas mais idosas a fisiopatologia é mais agressiva, e o prognóstico torna-se pior. (CASTIGLIONE & AEBI, 2006)

O estudo realizado não identificou associação entre idade e inserção em grupo de apoio, no entanto, podemos constatar que os dados se assemelham com outros estudos, trazendo confiabilidade.

Outro dado analisado foi o estado civil, onde foi constatado que 36,5% eram solteiras. Porém, apesar da amostra predominante aparentar ser de mulheres solteiras, ao quantificar a amostra pertencente às mulheres casadas e em união estável, obteve-se o total de 42,8% de mulheres que possuíam parceiro.

Em contrapartida com este dado, um estudo realizado em Goiânia constatou que 45% das mulheres que tiveram como causa básica de óbito por câncer de mama, eram casadas.

Em outro estudo realizado por Pereira (2019), que investigou a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, constatou que o estado civil de maior frequência foi de mulheres casadas. Com isso podemos concluir que os dados apresentam similaridades, visto que a amostra predominante é de mulheres que possuem parceiro.

O estado conjugal não é considerado um fator de risco para o desenvolvimento da doença, mas o fato de ter um companheiro está associado a um melhor suporte social, otimismo e qualidade de vida entre mulheres sobreviventes. (CROFT, 2014)

No presente estudo 88,8% das mulheres são mães e 11,1% possuem dois filhos. Uma pesquisa realizada pelo IBGE relativo aos anos de 2005 a 2015, concluiu que em 10 anos, o Brasil ganhou 1,1 milhão de famílias compostas por mães solteiras.

Dados similares foram encontrados em recente estudo descritivo realizado no município de São Mateus – ES, que avaliou 27 mulheres com diagnóstico de câncer de mama, das quais 87% já haviam engravidado e 85% tiveram o primeiro parto com idade inferior a 30 anos. (LEITE, 2012)

Com relação à raça/cor a maioria das participantes são pardas 69,8% e pretas 17,4%, respectivamente.

Em um estudo realizado por Santos (2019) que analisou o perfil sociodemográfico de pacientes que buscam atendimento por lesão mamária constatou que houve predomínio da raça parda ou negra, representando 58% da amostra.

Em contrapartida, Nunes et al (2013) obteve como resultado em um estudo com 101 pacientes portadoras de neoplasia mamária a predominância da raça branca, com 46,4% da amostra. No entanto esta variável pode não ser tão fidedigna por se tratar de uma auto declaração.

Quando perguntadas sobre onde moravam, prevaleceram as mulheres que residiam no município de São Luís 79,3%.



Em relação à ocupação afirmou ser “do lar”, e possuíam renda familiar de 1 a 3 salários mínimos.

Segundo Shi et al., (2015), melhores condições econômicas estão relacionadas diretamente com a sobrevivência global e é inversamente proporcional a taxa de mortalidade e ao diagnóstico tardio do câncer de mama.

No que tange a renda familiar e ocupação, um estudo realizado por Paiva e Cesse (2015) em uma pesquisa epidemiológica observacional, que analisou 54 pacientes para investigação de patologia mamária em Pernambuco, revelou que a maioria dos pacientes não realizava atividade laborativa ou estava aposentada, e tinha baixa renda familiar, com grande parte dos participantes sobrevivendo com até 3 salários mínimos mensais.

Em relação a religião, podemos observar que a maioria das mulheres é católica, ressaltando que todas as mulheres creem em algo. Sobre este aspecto, vale ressaltar a importância da espiritualidade na saúde, visto que o apoio religioso une as pessoas, tornando-as um grupo, oferecendo a esse indivíduo coragem e força para conseguir passar pelos momentos difíceis, dando a este vontade de lutar pela vida e pela sobrevivência. (SALIMENA, CAMPOS, MELO et.al; 2012)

No que concerne à escolaridade, foi detectado que grande parte da amostra possuía o ensino médio completo.

Em um estudo realizado por Pereira (2019) onde foi avaliada a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, foi constatado que grande parte das mulheres possuía o ensino médio, corroborando com esta pesquisa.

Joffe et al (2018), avaliando pacientes com câncer de mama no período de janeiro de 2015 a dezembro de 2016 na África do Sul, observaram que mulheres com maior compreensão sobre o câncer de mama e com ensino médio ou superior, apresentavam diagnóstico mais precoce e em estágios menos avançados, quando comparadas as de nível educacional mais limitado.

Deste modo, podemos verificar que o nível de instrução é um fator importante que ajuda no entendimento sobre as causas e fatores que podem levar a um câncer na mama.

Quando questionadas sobre a orientação sexual, 100% afirmaram ser heterossexuais.

Com relação à modalidade cirúrgica das mulheres, a mais utilizada é a cirurgia conservadora.

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.

É a cirurgia que atualmente mais se opta nos estágios iniciais (I e II) da neoplasia mamária, visto que acarreta menos repercussões no corpo desta mulher quando comparada com a mastectomia radical. (CAMARGO, 2003)

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)

A mastectomia radical promove um maior impacto negativo para as mulheres, em comparação com as cirurgias conservadoras, principalmente devido às alterações emocionais, na imagem corporal e a incapacidade funcional relacionadas. (CORREIA, 2007)

Em um estudo realizado por Benevides 2011, onde foi verificada qualidade de vida de mulheres em pós-tratamento neoadjuvante de câncer de mama, foi detectado que, 28 mulheres foram submetidas à mastectomia total sendo essa a faixa etária de maior prevalência, Das participantes que apresentaram idade entre 50 a 60 anos, 20 foram submetidas à mastectomia total, 15 fizeram mastectomia parcial e 2 não fizeram a cirurgia, contrapondo esta pesquisa.

Já Gomes e Silva em um hospital de Uberaba (MG) no ano de 2013, verificaram que a maioria das mulheres que participaram para a pesquisa foram submetidas à cirurgia conservadora.

Este aumento nas cirurgias oncológicas conservadoras pode estar relacionada a questão em diminuir a limitação e dor na mulher, como resultado, grande parte das mulheres afirmou que a dor não é impedimento para que as mesmas façam suas atividades diárias, já que este tipo de modalidade cirúrgica preserva o tecido mamário, linfonodos, além dos músculos peitorais.

Em um estudo realizado por Gomes (2013) que tratou da Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária, foi detectado

que a maior parte das mulheres realizou cirurgia conservadora do lado esquerdo, sendo que esse, na maioria, não correspondia ao lado dominante da paciente 54,1%.

Alguns estudos prospectivos randomizados mostram que a taxa de sobrevivência não está relacionada ao tipo de cirurgia, levando à escolha pela cirurgia conservadora por constituir-se menos mutiladora, ratificando o presente estudo. (VEIGA, 2010)

Já quando questionadas sobre a realização da reconstrução mamária, de a grande maioria das mulheres que disseram que não realizaram, e somente 20,5% afirmaram a realização.

Como vimos pudemos concluir no parágrafo acima que as técnicas cirúrgicas, associadas no tratamento do câncer de mama reduzem o risco de recorrência local, metástases à distância e aumentam a sobrevida global. (CARVALHO, 2016)

As pesquisas demonstram que mulheres submetidas à reconstrução apresentam satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, menores índices de depressão e sofrem menor impacto quanto a sua feminilidade, autoestima e atratividade sexual, em relação às outras não submetidas à reconstrução mamária. (PAULINO, 2013)

Em consequência do aumento na incidência de câncer de mama, a procura pela reconstrução mamária também vem crescendo, e também a preocupação e receio em relação à satisfação e à qualidade de vida das pacientes.

Inúmeras são as técnicas disponíveis para a reconstrução mamária e a seleção de qual será usada em cada paciente é influenciada por diversos fatores como IMC, comorbidades, presença de áreas doadoras para reconstrução autóloga, preferência da paciente, expectativa em relação ao resultado, estilo de vida, estadiamento, necessidade de radioterapia, tipo de mastectomia, a lateralidade (se unilateral ou bilateral), entre outros. (NAHABEDIAN, 2015)

Isso nos remete à importância da legislação vigente que garante o direito à reconstrução mamária imediata, quando houver condições técnicas adequadas para isso. (BRASIL, 2013)

Em um estudo realizado por Galdino (2017) que verificou a Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação

constatou que Maior parte das pacientes não realizou reconstrução mamária (92.5%), apresentando similaridades com este estudo.

A partir deste dado e em relação às pacientes que não realizaram reconstrução mamária, alertam-se quanto à importância de uma boa estruturação do serviço de saúde onde essas pacientes são atendidas, pois a reconstrução mamária tenta suavizar as sequelas físicas e psicológicas, impostas pela mastectomia, buscando reconstruir a imagem corporal e autoestima da mulher além de melhorar a sexualidade. (AZEVEDO 2019)

Portanto, buscar diminuir o tempo de espera para realizar a reconstrução da mama, sem pôr em risco a paciente, torna-se importante para a melhora da qualidade de vida.

Em um estudo realizado por Martins et al., (2017) que avaliou mulheres com CA de mama e submetidas a reconstrução mamária imediata ou sem reconstrução, permite afirmar que, para a amostra avaliada, a reconstrução mamária imediata não teve maiores repercussões sobre a QV quando comparada às mulheres que não reconstruíram. Corroborando e assemelhando-se ao presente estudo.

Ao analisar o quantitativo de mulheres inseridas no grupo de apoio, foi constatado grande parte das mulheres do estudo em questão nunca haviam participado das reuniões do grupo de apoio Somando o quantitativo das mulheres que estão ativas no grupo de apoio com as que participaram alguma vez durante o tratamento, temos o quantitativo de 34 mulheres que estão ativas no momento, ou que já participaram em algum momento do tratamento.

Com isso podemos concluir que quase a metade das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama não participam das reuniões do grupo de apoio.

Em um estudo realizado por Ribeiro 2014 et al., realizado com um grupo de autoajuda com mulheres mastectomizadas, foi relatado que entre um dos impedimentos em comparecer as reuniões, estavam as dificuldades de acesso aos programas de reabilitação no período pós-operatório, bem como a distância entre as residências das mulheres e o centro de reabilitação.

Um grupo de apoio a mulheres que realizaram cirurgia conservadora ou mastectomia tem como objetivos o apoio social e o compartilhamento de

informações, oferecendo um local propício ao diálogo reflexivo sobre o câncer de mama e a mastectomia, trocando experiências. (FARIAS, 2015)

Estudos enfatizam que a perda da mama é tratada pelas mulheres como um evento traumático, e que associado à retirada parcial ou total da mama ocorre a extirpação da sexualidade, do desejo, do sentimento de feminilidade e da atratividade. Podendo gerar pacientes mais inseguras, ansiosas e deprimidas em relação a sua vida sexual, após o procedimento cirúrgico. (CESNIK, 2012)

Em relação à frequência ao qual participam das reuniões do grupo de apoio a maioria disseram que frequentam as reuniões 1 vez por semana

Segundo Farias 2015 o grande desafio de um grupo de apoio é a dificuldade da participação assídua das mulheres participantes, sendo difícil conseguir reunir todas as integrantes devido aos afazeres do dia a dia, como também foi observado em outro estudo, em especial pelo horário matutino para o encontro.

Contudo, apesar das dificuldades, percebe-se que a sociedade vem criando novas formas de resolução dos problemas de saúde, buscando construir formas terapêuticas de melhorar a saúde de forma integral, minimizando o sofrimento como um grupo de apoio, que traz benefícios psicológicos, com escuta ativa e suporte profissional dos voluntários de diversas áreas assistenciais. (GOMES, 2011)

Quando questionadas sobre qual o modo que as mesmas tiveram conhecimento sobre o grupo de apoio, podemos concluir que a maioria foi informada por profissionais da própria instituição, e por outros meios de comunicação.

O número expressivo de mulheres com diagnóstico de câncer de mama exige dos profissionais de saúde conhecimento e preparo, para isso é necessário que estes valorizem esta problemática, identificando ações de prevenção, educação e cuidado. (BRASIL, 2013b)

A formação de grupos de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, seja ela do tipo conservadora ou mastectomia total, apresentam determinadas características que as aproximam, seja por uma condição de vida ou portadoras de determinada doença. Por isso, é necessário que seus objetivos estejam voltados para as diferentes emoções apresentadas nas trocas que se efetuem.

Em muitos casos, durante o processo de adoecimento e cura, ocorre um compartilhamento de medos, tristezas, dores e afeições. Nesse momento, os profissionais devem estar atentos para desenvolver processos de educação nas unidades de saúde e fortalecimento dos laços e vínculos sociais. (GOMES; MERHY, 2011)

Ao analisarmos a disponibilidade de informações pertinentes no dia a dia para estas mulheres, a maioria da amostra classificaram esta disponibilidade em “muita”, e em “completamente”.

No que diz respeito à informação disponibilizada a estas mulheres, Andrade 2002 diz que muitas vezes o despreparo em relação à comunicação faz com que muitos profissionais omitam informações, deixando a mulher à margem não só do diagnóstico, mas também sem o seu direito de escolha entre as possibilidades terapêuticas ou inserção em grupos terapêuticos, que podem lhe proporcionar melhor qualidade de vida.

Tendo em vista o impacto que o câncer de mama pode causar tanto em nível psicológica quanto física, é de fundamental importância estratégias de primária, para a diminuição das ocorrências e melhoria do cuidado com a doença. Dentre as estratégias de prevenção primária, a educação em saúde que visa aumentar o nível de informação efetivo para prevenção de outros fatores que podem ser desencadeados pela falta de conhecimento, bem como o manejo de condições socioambientais, tais atitudes devem ser assumidas pelos profissionais de saúde, de modo a elevar a qualidade de vida dessas pacientes. (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005)

Considerando exposto acima, é possível verificar a importância do grau de informação de mulheres sobre o câncer de mama, tratamento da doença e quais suas influências sobre a qualidade de vida, pois são aspectos fundamentais, para diminuir a ansiedade e o medo frente ao diagnóstico e tratamento.

Vale evidenciar a carência de pesquisas a respeito do nível de informação sobre câncer de mama em mulheres brasileiras, o que aponta para a necessidade de realização de pesquisas que avaliem esse tópico.

Em um estudo realizado por Arêdes (2015) que investigou o nível de informação e qualidade de vida em mulheres após o câncer de mama constatou que o nível de informação foi observado para os possíveis fatores de riscos para o

câncer de mama, metade das entrevistadas 50% relatou não conhecê-los e nunca ter tido sido informada sobre o assunto. Quando foram questionadas sobre os fatores de proteção, 69,2% das mulheres referiram não ter este conhecimento, caracterizando-se como nível de informação regular.

Em uma pesquisa desenvolvida por Gonçalves et al., em 2009 identificou-se que 93,1% das mulheres estudadas referiram conhecer a finalidade do autoexame das mamas como forma de detecção de nódulo, e 42% não possuíam informação alguma sobre o câncer de mama, o que correlacionaram com o baixo nível socioeconômico e cultural da amostra.

Outra variável analisada foi a influência do grupo de apoio na qualidade de vida dessas mulheres.

Para isso, foi perguntado se as mesmas consideram o grupo de apoio importante para o enfrentamento e seguimento do tratamento e se o mesmo influencia positivamente na autoestima, sendo que em sua totalidade responderam que sim. Em relação a como se sentem durante as terapias grande parte da amostra relatou que se sentem feliz, enquanto uma minoria revelou sentir-se triste.

Segundo o Inca 2014, o enfrentamento de situações adversas e as condutas assertivas no cuidado é um dos maiores desafios que o Sistema Único de Saúde (SUS) enfrenta. O câncer de mama é uma doença que acarreta várias consequências adversas e necessita de profissionais e serviços preparados para atender os pacientes com esse diagnóstico.

Pesquisadores ressaltam que a implementação de grupos em um ambiente acolhedor, no qual saberes e experiências são trocados torna-se um ambiente em que as preocupações podem ser externadas, proporcionando tranquilidade e maior disponibilidade para a aceitação do tratamento. (FABBRO, 2008)

Em um estudo realizado por Faria et al., em 2016 observou-se que as mulheres que também frequentam um serviço de reabilitação, encontram uma importante estratégia para o melhor enfrentamento das limitações físicas impostas pelo câncer de mama, tais como: diminuição da amplitude de movimento do braço homolateral à cirurgia, edema na área da cirurgia, linfedema, entre outros, permitindo às mulheres vivenciar este período de maneira menos agressiva.

Em outro estudo realizado por Oliveira et al., em 2008 foi constatado pelas mulheres que fazer parte de grupos de apoio a mulheres com câncer de mama foi também considerado como fonte de suporte social, ao se perceber que, para elas, os grupos funcionaram como sustentáculo para dar continuidade ao processo de recuperação e adaptação à nova condição.

O autor também concluiu que a totalidade das mulheres estudadas ressaltou o quanto é significativo participar de grupos de apoio, não apenas pelo suporte emocional e social que recebem, mas também pela possibilidade de saírem da situação de *exclusão social* e perceberem-se incluídas, igualando-as umas às outras. (OLIVEIRA, et al., 2008)

A autoestima relaciona-se diretamente às questões psicológicas e físicas, confirmando a importância de ter sentimentos positivos em relação a si mesmo nas diversas experiências vividas. Além disso, a autoestima elevada, durante o período de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer de mama, poderia influenciar positivamente a qualidade de vida dessas pacientes, favorecendo seu bem-estar físico, psíquico e emocional. (GOMES, 2015)

Diante de tal quadro, o apoio social pode gerar grandes benefícios para o processo de reabilitação, sendo os grupos de apoio elementos relevantes e necessários para o processo de sua recuperação e reabilitação, bem como de aceitação do câncer de mama e da modalidade cirúrgica, possibilitando que compartilhem experiências de vida a respeito da convivência com a enfermidade e busquem ajuda coletiva de meios para resolver seus problemas. (OTTO, 2014) Frente a esta perspectiva, percebemos a relevância de um grupo de apoio a essas mulheres.

A vivência em face ao câncer de mama envolve a passagem por três etapas que se sobrepõem: o recebimento do diagnóstico, a realização de um tratamento longo e agressivo, e a aceitação de um corpo marcado por uma nova imagem. (SILVA et al., 2010, apud, BATISTA, 2017, p. 2789)

Diante das circunstâncias nota-se a importância do grupo de apoio na melhora do estado psicoemocional dessas mulheres, pois o impacto causado pela doença acarreta alterações em seu estado emocional dificultando a aceitação do câncer e gerando uma explosão de sentimentos, e a participação delas nos grupos



de apoio amenizam esses sentimentos negativos, fortalecendo assim seu psicológico, contribuindo para a melhora da qualidade de vida dessas mulheres.

Outro fator investigado nesta pesquisa foi a importância da equipe multiprofissional e a interação no processo de enfrentamento e socialização das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, cabendo aos profissionais estarem informados sobre todas as fases do tratamento e suas possíveis dificuldades neste processo.

Portanto, as mulheres avaliaram em “muito importante” a participação da equipe multiprofissional neste processo, correspondendo a mais da metade da amostra estudada.

Outro fator investigado foi a interação com a equipe, onde obtivemos um quantitativo significativo de mulheres que avaliaram a interação com a equipe multiprofissional em “muito boa”, e “boa”.

No grupo de apoio às mulheres as mulheres têm a oportunidade de se identificar, trocar experiências, aliviar tensões, entender a condição pela qual estão passando, manter-se informadas e esclarecidas sobre o câncer e seu tratamento, construir vínculos de amizade, refletir sobre eventos da vida. e elevar a autoestima e a qualidade de vida. ( STUMM, 2009)

Panobianco em 1998, ao acompanhar um grupo de mulheres pós-mastectomizadas, verificou a necessidade de um melhor preparo dos profissionais para que possam orientar adequadamente essas pacientes quanto aos cuidados além de fornecer apoio emocional. Torna-se importante a conscientização desses profissionais quanto à necessidade de aprimoramento para atender a essa população.

Para que isso aconteça, é fundamental o apoio dos profissionais de saúde que tratam essas mulheres, e vivenciam a existência de vínculos afetivos entre elas.

Em um estudo desenvolvido por Kappaun e Ferreira (2008), afirmam que os profissionais de saúde que lidam com mulheres submetidas à cirurgia de mama desempenham um papel importante em acolhê-las, escutá-las e sanar suas dúvidas.

Para Moura et al.,(2010) o cuidado com essas mulheres é fundamental para que elas reconheçam o quadro vivenciado, o que é possível com o apoio da equipe multiprofissional prestando informações sobre câncer, cirurgia, tratamento,

possíveis intervenções estéticas, ajudando a diminuir sentimentos de dúvida, medo, preocupação e nervosismo gerados pela falta de apoio e ajuda.

Segundo Rodrigues e Araújo 2000, este cuidado deve ser iniciado desde a descoberta do diagnóstico de câncer de mama pela mulher e se estender durante todo o período de tratamento da doença e reabilitação da cirurgia, através de esclarecimentos prestados à cliente acerca da neoplasia mamária, tratamentos e cuidados com o braço homolateral à cirurgia.

Pinho et al., (2007) realizaram um estudo com mulheres mastectomizadas participantes de um grupo de apoio e concluíram que a maioria tinha pensamento positivo em relação à doença e contava com a cura e luta pela vida, corroborando com os resultados deste estudo, apresentados acima.

Nessa perspectiva, evidencia-se a importância e torna-se fundamental a criação de grupos de apoio nos serviços de saúde pública, seja na esfera municipal, estadual ou em ambas. (PINHEIRO, 2008)

Outro dado de grande relevância, é que a maioria da amostra em estudo aceita a mudança do corpo após a cirurgia.

A imagem corporal é fundamentada na auto percepção física de si mesma. Com isso, pode-se compreender que a imagem corporal depende da satisfação ou não da mulher com o seu corpo.

Em um estudo realizado por Pereira (2019) onde foi avaliada a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas, foi verificado que 55% das pacientes informaram estar completamente satisfeitas, o restante do grupo variou entre muita satisfação e média satisfação e nenhuma paciente referenciou a não aceitação de sua aparência física.

Em contraposição a este 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.

A mulher portadora de neoplasia maligna passa por um processo de várias perdas, que começa desde o diagnóstico, perdurando durante o tratamento e prognóstico. Desde as alterações da imagem corporal, também representam perda ligada ao grande sofrimento psíquico. (OLIVEIRA; MORAIS; SARIAN, 2010)

Portanto, a atenção ao impacto emocional causado pela doença é essencial na assistência a essas pacientes, principalmente se a mastectomia foi realizada ou é indicada como o tipo de cirurgia a ser realizada no tratamento, pois tem sido considerado fator de grande significância na imagem corporal das mulheres afetadas, já que produz impacto psicológico considerável nas pacientes, alterando sua autoestima e muitas vezes suas relações pessoais.

Com isso, estes dados corroboram com os achados no presente estudo que identificou um nível de informação satisfatório. Porém, ressalta-se o nível regular de informações sobre os fatores de riscos e de proteção.

Os resultados deste estudo em relação ao grau de impedimento de atividades diárias em decorrência de dor física mostraram que a grande maioria das mulheres respondeu que impedem “muito pouco”.

Silva et al., relataram que metade das mulheres submetidas à linfadenectomia associada à mastectomia ou quadrantectomia por carcinoma de mama apresenta limitação de pelo menos um movimento do ombro após 18 meses da cirurgia.

Contraopondo a este estudo, Bergmann em 2013, após realizar um levantamento bibliográfico, verificaram prevalência de linfedema de 6% a 49%. Descreveram que estudos que avaliaram a existência de linfedema nas pacientes acompanhadas por um período de tempo longo após a cirurgia apresentam maior prevalência de limitação.

Em outro estudo realizado por Ribeiro et al., em 2014 foi relatado que, as mulheres queixaram-se a respeito do membro superior referente ao lado da cirurgia, pois apresentava edema e dormência, também citaram dificuldades de movimentação, que as impedia de realizar atividades domésticas. Esse impedimento gerava o sentimento de impotência, sensação de peso, já que não contribuíam financeiramente e também não podiam ajudar nas atividades domésticas.

Com base nos resultados desta pesquisa, e com os estudos referidos dos autores acima, podemos constatar que o tipo de cirurgia interfere diretamente na realização de atividades, bem como no sentimento de impotência e dependência vivenciadas pela mulher.

Quando questionadas sobre o nível de segurança em sua vida diária foi identificado em sua pluralidade que as mulheres sentem-se “bastante” seguras em sua vida diária, e em minoria sentem-se “muito pouco” seguras.

Segundo Silva e Riul em 2011 e Dornelas e Galvão em 2007, a maneira como as mulheres desempenhavam suas funções anteriormente ao diagnóstico do câncer influencia diretamente a maneira como desenvolverão e manterão a segurança e o desempenho em suas atividades após o tratamento do câncer.

A realização das atividades de vida diária (AVD), além de reforçar o senso de capacidade para o autocuidado das mulheres mastectomizadas, também possibilita a elas, o sentimento de satisfação pessoal e a oportunidade de escolhas. (CAETANO; GRADIM; SANTOS, 2009)

A partir das opiniões dos autores citados, podemos inferir que as mulheres deste estudo têm a capacidade para o auto cuidado, desse modo sentindo- seguras em relação às realizações das atividades diárias.

Observa-se que ao analisarmos a satisfação com a capacidade em desempenhar as atividades diárias, as mulheres afirmaram que se sentem “satisfeitas”.

As pacientes com câncer de mama têm risco elevado de desenvolver alterações em suas funções físicas e psicológicas, que afetam negativamente a sua qualidade de vida global. No entanto, a literatura aponta que a qualidade de vida global tende a melhorar gradualmente em função do tempo. (CHOPRA, 2012)

Em um estudo realizado por Pereira (2017), ao verificar a capacidade física, e ao se avaliar a realização das atividades diárias, concluiu que 36% das pacientes relatam satisfação, sendo que 9% explana muita satisfação, enquanto 14% estavam insatisfeitas.

Jorge e Silva (2010), realizado no Triângulo Mineiro com 50 pacientes no período de agosto 2007 a abril de 2009 o domínio físico foi o mais comprometido, também, apresentando 56%.

No tocante ao que diz respeito a satisfação com a qualidade de vida e com sua saúde, 64,7% avaliaram sua qualidade de vida em “boa”, 29,4% em “muito boa”. E quando questionadas sobre quão satisfeitas estão com sua saúde ambos estão em conformidade, pois, 47% revelaram estar “muito satisfeitas”, e 26,4% se consideram “satisfeitas”.

É importante ressaltar que levando em consideração que a satisfação com a saúde implica diretamente na qualidade de vida, essas duas variáveis apresentam dados que se assemelham, visto que, à medida que a mesma mulher que avalia sua qualidade de vida em “boa” é a mesma que está “satisfeita”, bem como as que avaliaram como “muito boa” sua qualidade de vida é a mesma que está muito satisfeita com a sua saúde.

É visível o impacto que o câncer traz para a vida das mulheres acometidas pela doença, como mostra Cecílio (2013):

“O processo natural de doenças como o câncer de mama interfere diretamente nas condições física, emocional e social das mulheres, o que faz com que tenham a doença e todos os fatores envolvidos no processo de diagnóstico, tratamento e reabilitação”.

Para que os clientes sejam atendidos holisticamente, é importante que se conheça o perfil dessa população, para que os planos de intervenção sejam efetivos, pois o perfil muda constantemente e depende de várias condições, tais como mudanças nos hábitos de vida, perfil sociodemográfico, epidemiológico, qualidade de vida, etc. (HADDAD N; SILVA MB, 1995), (CECÍLIO et al., 2013, apud, NERIS; ANJOS, 2014)

Baseado nas assertivas acima, podemos constatar que é necessário que o estudo deste perfil seja constante, pois, um olhar geral sobre um evento ajuda a reconhecer uma realidade que de forma isolada não se é possível vislumbrar. Porém, o olhar individualizado ao cliente, qualificado, permite ao enfermeiro o reconhecimento das necessidades afetadas, sejam elas físicas, emocionais, sociais.

Uma pesquisa realizada por Pereira (2019), que investigou A qualidade de vida de mulheres mastectomizadas submetidas a reconstrução mamária imediata em hospital de referência, traz como dado que em relação a auto avaliação da qualidade de vida 41% das pacientes definiram como boa e 5% definiram com ruim. Em se tratando no domínio psicológico, no que concerne a auto avaliação quanto a satisfação consigo mesma, 5% dos pacientes definiram como muito insatisfeitas, embora, 50% apresentaram satisfação.

Em outro estudo realizado por Paredes et al., 2013, onde foram avaliadas 27 mulheres em Fortaleza, apresentaram grau de satisfação de 41%. Desse modo, podemos identificamos similaridades com o presente estudo.

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.

No que concerne a satisfação com os serviços de saúde de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama, foi verificado que 47% das mulheres afirmaram estar “muito satisfeitas”, enquanto 20,5% disseram não estar “nem satisfeita e nem insatisfeita”.

Apesar de todo estigma que envolve o diagnóstico de neoplasia, o papel do profissional que lida com clientes oncológicos dentro do contexto atual ampliou-se para além da convivência com a morte, sendo de responsabilidade dos mesmos, dar suporte para enfrentamento desta enfermidade, além dos cuidados ligados aos tratamentos da neoplasia, sobretudo ao profissional de enfermagem devido relação de confiança, cuidado e maior contato com esse cliente. (LIMA, 1995)

Devido a mudança de perfil de morbimortalidade no Brasil, a chegada desses pacientes em qualquer nível de atenção deve ser garantida, e para que tenha um atendimento de qualidade como preconiza a Portaria do Ministério da Saúde nº 874 de 16 de maio de 2013, onde aja uma rápida detecção, encaminhamento desse paciente para locais de referência, para que se instigue o enfrentamento desse cliente, é necessário conhecer, se investir em capacitações e educação continuada permanente. (BRASIL, 2013)

## **7. CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os resultados alcançados neste estudo permitiram constatar que as mulheres que tiveram câncer de mama ou que foram submetidas à cirurgia oncológica, ao participar do grupo de apoio tiveram uma boa aceitação do diagnóstico e do tratamento.

Portanto, concluiu-se, que o grupo de apoio foi de grande ajuda para melhor aceitação da doença, e também auxiliou com uma grande troca de experiências e aprendizados por todas que participam do grupo, sendo avaliado como muito importante no decorrer do tratamento. Desse modo a participação no grupo causou um impacto emocional positivo bem significativo, corroborando a similaridade com outros estudos.

Os demais dados analisados revelaram 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, onde podemos perceber a importância do acompanhamento multiprofissional durante todo o tratamento.

Portanto, pudemos perceber que a reabilitação da cliente portadora de câncer de mama, ou submetida a procedimento cirúrgico, que seu ajustamento psicossocial depende, em larga medida, do trabalho da equipe multiprofissional, da qual faz parte o terapeuta ocupacional, enfermeiros, psicólogos, médicos, que devem se dar de forma ambientada e baseada num relacionamento interpessoal adequado, e quão ela é importante e indispensável neste processo.

Para isso, é importante ressaltar que os profissionais de saúde precisam estar cientes da responsabilidade sobre o acolhimento às clientes portadoras de câncer de mama, compreendendo-as como um ser único, para que assim seja prestado desse modo um atendimento holístico.

Também foi observado que o apoio multiprofissional e criação de um vínculo coeso entre profissional da saúde, paciente e familiares favorecem o enfrentamento desta doença de múltiplas faces e tão temido, bem como a diminuição dos efeitos colaterais do tratamento, a melhora das condições físicas e das relações sócio familiares, onde possibilita a criação de estratégias para a retomada e realização das atividades cotidianas.

Este estudo apresentou algumas limitações, como a diminuição no tempo para realizar a coleta e o número da amostra ser pequeno impedindo a generalização dos resultados e também a não estruturação de um grupo de apoio no Hospital Tarquínio Lopes, impedindo a inclusão de tal público para avaliação das variáveis em estudo, acarretando na exclusão da amostra pertencente a este hospital. Porém, apesar destas limitações foi possível realizar o estudo e responder ao questionamento da pesquisa, para assim e atingir os objetivos propostos.

Em suma, este estudo permitiu uma melhor compreensão sobre as alterações que a cirurgia oncológica provoca na vida de mulheres com câncer de mama e conclui-se que a qualidade de vida está relacionada tanto aos aspectos funcionais como psicossociais, onde é visível a repercussão na vida da mulher, por ser um tipo de cirurgia de retirada de um órgão que é a imagem de feminilidade para a mulher.

Para isso se faz necessário e de grande relevância, a realização de estudos como este para investigar como o a participação em grupos de apoio auxiliam em uma melhor aceitação do diagnóstico e tratamento do câncer de mama, em como ele repercute emocionalmente na vida dessas mulheres e como irão influenciar interferir na sua autoestima e qualidade de vida, na sua saúde e nas suas relações pessoais, ou seja, na sua satisfação com a qualidade de vida.

Para que desse modo, 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 físicas e emocionais.



## REFERÊNCIAS

ADAMI, H.; HUNTER, D.; TRICHOPOULOS, D. (Ed.). **Textbook of Cancer Epidemiology**. 2. ed. Oxford: Oxford University Press, 2008.

ALMEIDA, R. A. **Impacto da mastectomia na vida da mulher**. Revista da Brasileira de Psicologia Hospitalar, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 99-113, dez. 2006. Disponível em: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582006000200007](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582006000200007). Acesso em: 14 set. 2018.

ALMEIDA, R. A. **Mastectomia: Aspectos psicológicos e adaptação psicossocial**. 2010. Disponível em: <https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/products/mastectomia%3A%20aspectos%20psicologicos%20e%20adapta%C3%A7%C3%A3o%20psicossocial/>. Acesso em: 3 maio 2019.

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Surgery for Breast Cancer**. Disponível em: <https://www.cancer.org/cancer/breast-cancer/treatment/surgery-for-breast-cancer.html> 2016 Acesso em 16 de maio 2019

AMERICAN CANCER SOCIETY. **Cancer Statistics Center**. 2018. Disponível em: <https://cancerstatisticscenter.cancer.org/#!/cancer-site/Breast> > Acesso em: 16 maio de 2019.

ANDRADE GR, VAITSMAN J. **Apoio Social e redes: conectando solidariedade e saúde**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400023&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-81232002000400023&script=sci_abstract&tlng=pt). Ciência Saúde Coletiva. 2002;7(4):925-34.

ARAÚJO NETO, LUIZ ALVES. **O Problema do Câncer no Ceará: Cancerologia, controle do câncer e a atividade coletiva da medicina (1940-1960)**. Dissertação de mestrado: Programa de Pós-Graduação em História das Ciências e da Saúde. Casa de Oswaldo Cruz – Fiocruz, 2016.

ARÊDES, Thaís BENICÁ et al. **Nível de informação e qualidade de vida em mulheres após o câncer de mama**. Disponível em: [https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita\\_v34\\_n2\\_2015\\_art\\_08.pdf](https://secure.usc.br/static/biblioteca/salusvita/salusvita_v34_n2_2015_art_08.pdf) SALUSVITA, Bauru, v. 34, n. 2, p. 291- 306, 2015.

AVELAR, J. T. C.; SILVA, H. M. S.; **Câncer de mama – Orientações práticas para a paciente e a família**. Disponível em: <https://www.saraiva.com.br/cancer-de-mama-orientacoes-praticas-para-a-paciente-e-a-familia-117810.html> Ed. Revinter. 2000; Tijuca – R.J

AZEVEDO DB, MOREIRA JC, GOUVEIA PA, TOBIAS GC, NETO ONM. **Perfil das mulheres com câncer de mama**. Rev enferm UFPE online. Recife, 11(6):2264-72, jun., 2017. Disponível em :< <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/23386/1903>>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

AZEVEDO RF, Lopes RLM. **Revisando as contribuições da reconstrução mamária para mulheres após a mastectomia por câncer.** Rev enferm. UERJ. 2009; 18 (2): 298-303.

BARBOSA, P. A.; CESCA R.G; PACÍFICO; LEITE, I.C.G. **Qualidade de vida em mulheres com câncer de mama pós-intervenção cirúrgica em uma cidade da zona da mata de Minas Gerais, Brasil.** Rev. Bras. Saude Mater. Infant. vol.17 no. 2 Recife Apr./June 2017 .Disponível em:[http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292017000200385&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S151938292017000200385&script=sci_arttext&tlng=pt)

BATISTA, K.A et al. **Sentimentos de mulheres com câncer de mama após mastectomia.** Revista de Enfermagem, Recife, v. 11, n. 7, p.2788-2794, 2017. Disponível em. Acesso em: 04 abr. 2018.

BARROS, A. C. **Genética, biologia molecular e carcinogênese mamária.** Rev Bras mastol, v.16, n. 2, p. 81-88, 2006. Disponível em: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nxtAction=lnk&exprSearch=562237&indexSearch=ID>. Acesso em: 15 fev. 2019.

BASZANGER, I. **Deciphering chronic and treatment. Sociology of Health and Illness.** v. 14, n. 2, p. 181-215, 1992. Disponível em: Acesso em 17/09/19

BRASIL. Lei 12.802, de 24 de abril de 2013. **Altera a Lei no 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde – SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária.** Diário Oficial da União 24 abr 2013. Último acesso em: 27 de maio de 2019.

BRASIL. **Rede de atenção oncológica.** 2017. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/atencao\\_oncologica\\_port.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/folder/atencao_oncologica_port.pdf)>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. **ABC do câncer: abordagens básicas para o controle do câncer.** Rio de Janeiro: INCA, 2012a8.

BRAY, F.; FERLAY, J.; SOERJOMATARAM, I.; SIEGEL, R. L.; JEMAL, A. Global Cancer Statistics 2018: **GLOBOCAN estimates of incidence and mortality worldwide for 36 cancers in 185 countries.** CA - Cancer Journal for Clinicians, v. 68, n. 6, p. 394-424, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30207593>. Acesso em: 16 fev. 2018.

BENEVIDES Júlia Mônica Marcelino. **Qualidade de vida de mulheres pós-tratamento neoadjuvante e adjuvante de câncer de mama.** Manaus, 2011. Disponível em: <https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/4408/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20J%C3%BAlia%20M%C3%B4nica%20Marcelino%20Benevides.pdf>

BERGMANN A, ECHENIQUE I, ROSALINA M, KOIFMAN J. **Incidência e prevalência de linfedema após tratamento cirúrgico do câncer de mama: revisão de literatura.** Revista brasileira de cancerologia 2007; 53(4): 461-70

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE. **Falando sobre câncer de mama.** [acesso em: 2 out. 2018. Disponível em: [http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando\\_cancer\\_mama1.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/falando_cancer_mama1.pdf)

BURGESS, C., CORNELIUS, S. L., GRAHAM, J., RICHARDS, M., & RAMIREZ, A. (2005). **Depression and anxiety in women with early breast cancer: Five year observational cohort study.** British Medical Journal, 330, 702-710

BURY, M. **Health and illness in a changing society.** Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/246361727\\_Health\\_and\\_Illness\\_in\\_A\\_Changing\\_Society](https://www.researchgate.net/publication/246361727_Health_and_Illness_in_A_Changing_Society) Londres, Routledge, 1997. Acesso em: 25 de dezembro de 2018.

CAETANO, E. A.; GRADIM, C. V. C.; SANTOS, L. E. S. S. Câncer de mama: reações e enfrentamentos ao receber o diagnóstico. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 2, p. 257-261, 2009

CAETANO EA, PANOBIANCO MS, GRADIM CVC. **Análise da produção científica nacional sobre a utilização de grupos na reabilitação de mastectomizadas.** Rev Eletr Enferm [Internet]. 2012 [cited 2014 Out 12]; 14(4):965- 73. Available from: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/17112/13362>

CAMARGO TC, SOUZA IEO. **Atenção à mulher mastectomizadas: discutindo os aspectos ónticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III.** Rev Lat Am Enfermagem 2003;11(5): 614-21. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500008&script=sci\\_abstract&tlng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692003000500008&script=sci_abstract&tlng=pt)>. Acesso em: 05 de dezembro de 2018.

CHABNER, B. A., & Longo, D. L. (2015). **Manual de oncologia de Harrison.** Porto Alegre: Artmed.

CASTIGLIONE M, AEBI S. **The enigma of young age.** Annals of Oncology, Volume 17, Issue 10, October 2006, Pages 1475–1477.

CAVALCANTI PP, Fernandes AFC, Rodrigues MSP. **A interação no grupo de auto-ajuda: suporte na reabilitação de mulheres mastectomizadas.** RENE - Rev. da Rede de Enfermagem do Nordeste 2002 julho-dezembro;

CESNIK VM, Santos MA. **Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. Psicologia: Reflexão e Crítica.**2012;25(2):339-49.

CONDE, D. M. et al. **Qualidade de Vida em mulheres com Câncer de Mama.** Rev. Bras Ginecol Obstet., v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

CORREIA GN, OLIVEIRA J, MESQUITA-FERRARI RA. **Avaliação da qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia radical e segmentar. Fisioterapia e Pesquisa.** 2007;14(3):31-6.

CRIST J.V., GRUNFELD E.,A. **Factors reported to influence fear of recurrence in cancer patients: a systematic review** .PsychoOncology, v.22, p.978–986, 2013

CROFT L, SORKIN J, GALLICCHIO L. **Marital status and optimism score among breast cancer survivors. Support Care Cancer.** 2014 Jun 8;22(11):3027-34

CHOPRA I, Kamal KM. **A systematic review of quality of life instruments in long-term breast cancer survivors.** Health Qual Life Outcomes. 2012; 10: 14.

FABBRO MRC, MONTRONE AVG, SANTOS S. **Percepções, conhecimento e vivências de mulheres com câncer de mama.** Rev Enferm UERJ. 2008; 16(4):532-537.

FARIAS L.M.A, Aguiar VCF, Carvalho AMF, Linhares JM, Linhares AEMS, Sousa AMM. Grupos de mulheres mastectomizadas: **Construindo estratégias de cuidado.** Sanare. 2015; 14(2): 91-97

FERNANDES, Marcela MARQUES Jucá et al. **Autoestima de mulheres mastectomizadas – aplicação da escala de rosenberg.** Revrene: Revista Da Rede De Enfermagem Do Nordeste, Ceará, v. 14, n. 1, p.1-8, 2013. Disponível em: . Acesso em: 04 abr. 2018.

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

FERREIRA CB, ALMEIDA AM, RASERA EF. **Diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram.** Interface. 2008; 12 (27): 863-71.

FLECK, M. P. A.; Louzada, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. **Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida WHOQOL-bref.** Rev Saúde Pública, v. 34, n. 2, p. 178-83, 2000

GALDINO AR; Pereira LD; Neto SBC; et al. **Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação.** Rev Fund Care Online. 2017 abr/jun; 9(2):451-458. DOI: <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2017.v9i2.451-458>

GARCIA, C. P.; BARAZZETTI DO, D. O.; RENDÓN, N. B.; PARENTE, E. L. M.; VASCONCELOS, Z. A. A.; ELY, J. B. **Avaliação da qualidade de vida em pacientes submetidas à reconstrução mamária no Mutirão Nacional da SBCP ano de 2016 em Santa Catarina.** Rev Bras Cir Plást, v. 33, supl. 1, p. 172-175, 2018.

GOMES, N. S.; SOARES, M. B. O.; SILVA, S. R. **Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama.** Rev Min Enferm, v. 19, n. 2, p. 120-126, 2015

GOMES, L. B; MERHY, E. E. **Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira.** Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 27, n.1, p. 7-18, 2011. Disponível em: . Acesso em: 10 set. 2018.

GOMES, N. S. et al. **Avaliação da autoestima de mulheres submetidas à cirurgia oncológica mamária.** Texto & Contexto Enferm, v. 22, n. 2, p. 509-16, 2013.

GOMES LB, Merhy EE. **Compreendendo a educação popular em saúde: um estudo na literatura brasileira.** Cad. Saúde Pública. 2011; 27(1):7-18. 16. Fabbro MRC, Montrone AVG.

GONÇALVES, L. L. C. et al. **Mulheres Portadoras de Câncer de Mama: conhecimento e acesso às medidas de detecção precoce.** Rev. enferm. UERJ, Rio de Janeiro, v. 17, n. 3, p. 362-7, set. 2009.

HADDAD NC, CARVALHO ACA, NOVAES CO. **Perfil sociodemográfico e de saúde de mulheres submetidas à cirurgia para câncer de mama.** Rev HUPE, Vol. 14, suplemento 1, agosto/2018.

HYPOLITO, K. P. P.; RIBEIRO, K. A. R. **Importância da nutrição na prevenção e no tratamento de neoplasias.** Interciência & Sociedade, v. 3, n. 2, 2014.

HUGUET PR, Morais SS, Osis MJD, Pinto-Neto AM, Gurgel MSC. **Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama.** Rev Bras Ginecol Obstet 2009; 31(2): 61-7.

IBGE. **Indicadores sociodemográficos e de saúde no Brasil 2009.** Disponível em: <[https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic\\_sociosaude/2009/default.shtm](https://ww2.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/indic_sociosaude/2009/default.shtm)>. Acesso em: 03 de maio de 2019.

IKHUORIA, E. B.; BACH, C. **Introduction to Breast Carcinogenesis Symptoms , Risks Factors , Treatment and Management.** European Journal of Engineering Research and Science, v. 3, n. 7, p. 58–66, 2018. Disponível em: [https://www.researchgate.net/publication/326777366\\_Introduction\\_to\\_Breast\\_Carcinogenesis\\_-\\_Symptoms\\_Risks\\_factors\\_Treatment\\_and\\_Management](https://www.researchgate.net/publication/326777366_Introduction_to_Breast_Carcinogenesis_-_Symptoms_Risks_factors_Treatment_and_Management). Acesso em: 20 jan. 2019.

ISABELLE ROMIEU, I.; AMADOU, A.; CHAJES, V. **The role of diet, physical activity, body fatness, and breastfeeding in breast cancer in young women: Epidemiological evidence.** Revista de Investigacion Clinica, v. 69, n. 4, p. 193–203, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28776604>. Acesso em: 2 de abril. 2019.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama.** [acessado 2018 out 01]. Disponível em: <http://www.inca.gov.br>

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. **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.

INCA. **Tipos de câncer**: mama [document on the internet]. 2014 [cited 2015 May 16]. Available from:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. **Controle do câncer de mama: detecção precoce [Internet]**. Rio de Janeiro: INCA; [cited 2014 Mar14]. Available from:[http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes\\_programas/site/home/nobrasil/programa\\_controle\\_cancer\\_mama/deteccao\\_precoce](http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/deteccao_precoce)

INSTITUTO ONCOGUIA. **O Câncer de Mama**, 2017. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/cancer-de-mama/1411/31/>. Acesso em 28 de setembro de 2018.

JOFFE, M.; AYENI, O.; NORRIS, S. A.; McCORMACK, V. A.; RUFF, P.; DAS, I.; NEUGUT, A. I.; JACOBSON, J. S.; CUBASCH, H. **Barriers to early presentation of breast cancer among women in Soweto, South Africa**. PLoS ONE, v. 13, n. 2, p. 1–16, 2018. Disponível em:<https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0192071>. Acesso em: 26 abr. 2019

JORGE, L. L. R.; SILVA, S. R. **Avaliação da qualidade de vida de portadora de câncer ginecológico**. Revista Latino Americana de Enfermagem, v. 18, n. 5, 07 telas, 2010.

KAPPAUN NRC, FERREIRA MEC. **A imagem corporal de mulheres mastectomizadas**. HU Rev. 2008; 34 (4): 243-8.

KIM JY, KHAVANIN N, JORDAN SW, et al. **Individualized risk of surgical-site infection: An application of the breast reconstruction risk assessment score**. Plast Reconstr Surg. 2014;134(3):351e-362e.

LACERDA, A. S., SAMPAIO, D. M., Silva, L. C. F. da., & Oliveira, M. N. S. de. (2011). **Aceitação e sentimentos da mulher mastectomizada**. REENVAPRevista Eletrônica de Enfermagem do Vale da Paraíba, (1).

LAZARUS R. S., & FOLKMAN S. (1984). **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer Publishing. Acesso em 29 de outubro de 2014. Disponível em <http://books.google.com.br/books?id=i-ySQQUpr8C&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>

LEITE FMC, GONÇALVES CRA, AMORIM MHC, et al. **Diagnóstico de câncer de mama: perfil socioeconômico, clínico, reprodutivo e comportamental de mulheres**. Cogitare Enfermagem [Internet]. 2012 [cited 2015 Mar 19];17(2). Available from: <http://ojs.c3sl.ufpr.br/ojs/index.php/cogitare/article/viewArticle/27896>.

LIMA, M.; TRAD. L. **Dor crônica: objeto insubordinado. História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. v. 15, n.1, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: Acesso em: 26/09/2014

LIMA, Rag. **A enfermagem na assistência à criança com câncer: AB; 1995**. Disponível em: < [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341996000100002&script=sci\\_abstract&lng=pt](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62341996000100002&script=sci_abstract&lng=pt)>. Acesso em: 09 de dezembro de 2018.

LIMA, T. O. de; BORGES, G. C. Avaliação da Qualidade de Vida com Câncer pelo centro de Tratamento De Câncer de Dourados. Intebio, v. 3, n.2, 2009. 2.MamedeMV.**Reabilitação de mastectomizadas: um novo enfoque assistencial[tese de livre docência]**. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1991.

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.

MINAYO, C. de S. **Qualidade de vida e saúde: um debate necessário**. Ciência e Saúde Coletiva, v. 5, n. 1, p. 7- 18, 2000.

MENEZES NNT, Schulz VL, Peres RS. **Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio**. Estud psicol (Natal) [SciELO-Scientific Electronic Library Online] 2012 [citado em 05 fev 2014]. 17: 233-40. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/06.pdf>. Acesso em 11/02/2019.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Instituto Nacional de Câncer (2016). Tipo de Câncer: Mama**. Rio de Janeiro: INCA. Acesso em 30 de novembro de 2017. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>

MINISTÉRIO DA SAÚDE (BR). **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil/ Instituto Nacional do Câncer José Alencar Gomes da Silva (Inca)**. Rio de Janeiro; 2015.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Falando sobre câncer**. 2 ed., Rio de Janeiro, Instituto Nacional de Câncer, Coordenação Nacional de Controle do Tabagismo e Prevenção Primária de Câncer (Contapp). 1997.

MOREIRA J.R., Neto M.S., Pareira J.B., Biasi T., Garcia E.B., Ferreira L.M. **Sexualidade de mulheres mastectomizadas e submetidas a reconstrução mamária**. Rev Bras Mastologia. 2011; 20 (4): 177-82.

MOREIRA, E. C. H.; MANAIA, C. A. R. **Qualidade de vida das pacientes mastectomizadas atendidas pelo serviço de fisioterapia do Hospital Universitário da Universidade Estadual de Londrina**. Semina: Ciências Biológicas e da Saúde, Londrina, v. 26, n. 1, p. 21-30, jan./jun. 2005.

MOURA FMJSP, Moura MG, SC Oliveira, Moura LJSP. **Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas**. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-81452010000300007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300007) Esc Anna Nery. 2010; 14 (3): 477-84.

NAHABEDIAN MY. **Factors to consider in breast reconstruction**. Womens Health (Lond). 2015;11(3):325-42. DOI: <https://doi.org/10.2217/WHE.14.85>. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26102471>. Último acesso em: 26 de maio de 2019.

NCCN. **Clinical Practice Guidelines in Oncology version 2.2016. Breast Cancer NCCN evidence blocks**. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/breast\\_blocks.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/breast_blocks.pdf). Updated 2016. Acesso em novembro de 2018.

NUNES, B.; SIQUEIRA, S. L.; PEREIRA, S. M.; PACHECO, T. J.; PESSANHA, T. de O.; MENDONÇA, S. B. **Perfil epidemiológico dos pacientes diagnosticados com câncer de mama em Campos dos Goytacazes ( RJ ), Brasil**. Rev Bras Mastologia, v. 22, n. 4, p. 117–123, 2013. Disponível em: [http://www.mastology.org/wpcontent/uploads/2015/06/MAS\\_v22n4\\_117-123.pdf](http://www.mastology.org/wpcontent/uploads/2015/06/MAS_v22n4_117-123.pdf). Acesso em: 22 de maio de 2019.

NERIS, Rhyquelle Rhibna; ANJOS, Anna Cláudia Yokoyama dos. **Experience of spouses of women with breast cancer: an integrative literature review**. Revista da Escola de Enfermagem da Usp, [s.l.], v. 48, n. 5, p.922-931, out. 2014. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s0080-6234201400005000020>. Disponível em: Acesso em: 03 abr. 2018.

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

OLIVEIRA, R. R.; MORAIS, S. S.; SARIAN, L. O. **Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**. Rev Bras Ginecol Obstetr., v. 32, n. 12, p. 602-608, 2010. Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0100-72032010001200007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200007). Acesso em: 20 jun. 2018.

OTTO C, VENDRUSCOLO C, FRIGO J. **Mulheres mastectomizadas: relato de experiência educativa de um grupo e a sua luta por uma nova vida**. Revista de Saúde Pública de Santa Catarina [serial on the internet]. 2014 [cited 2015 May



16];7(2):40- 8. Available from: <http://www.esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/.../258>

PAIVA, S. M. M. **Avaliação de Qualidade de Vida de Pacientes Oncológicos em Tratamento Quimioterápico Adjuvante**. Ribeirão Preto, USP, 2006. Dissertação (Programa de Enfermagem Fundamental), Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 2006.

PANOBIANCO MS. **Acompanhamento dos três primeiros meses pós-tratamento do câncer de mama: estudo das complicações e intercorrências associadas ao edema de braço [dissertação de mestrado]**. Ribeirão Preto (SP): Universidade de São Paulo; 1998.

PAULINO, I. et al. **Sentimentos da mulher mastectomizada**. Revista Universo de Enfermagem, Nova Venécia, ES, v. 2, n. 1, p. 5-17, jan./jun. 2013. Acesso em: 31 de maio de 2019.

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

PETERSSON LM, Berglund G, Brodin O, Glimelius B, Sjoden PO. **Group rehabilitation for cancer patients: satisfaction and perceived benefits**. PEC J [Internet]. 2000 Jun [cited 2015 Nov 15]; 40(3):219-29. Available from: [http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991\(99\)00102-0/pdf](http://www.pec-journal.com/article/S0738-3991(99)00102-0/pdf)

PINHEIRO CPO, SILVA RM, MAMEDE MV, FERNANDES AFC. **Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama**. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2008; 16(4): 733-738.

PINHO, L.S. et al. **Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença**. Revista Eletrônica de Enfermagem, Goiânia, GO, v. 9, n. 01, p. 154-165, 2007. Disponível em. Acesso em: 13 set. 2018.

PIZOT C, Boniol M, Mullie P, et al. **Physical activity, hormone replacement therapy and breast cancer risk: A meta-analysis of prospective studies**. Eur J Cancer 2016; 52:138.

PORTAL DE ONCOLOGIA PORTUGUÊS (2016). **Cancro da mama**. Retirado de <http://www.sponcologia.pt/?s=cancro+da+mama> consultado a 05 de novembro de 2018.

PORTO, M. A. ; TEIXEIRA, L.A. ; SILVA, R. C. **Aspectos Históricos do Controle do Câncer de Mama no Brasil Historical Aspects of Breast Cancer Control in Brazil Aspectos Históricos del Control del Cáncer de Mama en Brasil**. Revista Brasileira de Cancerologia, v. 59, n. 53, p. 331-339, 2013. Disponível em: [http://www1.inca.gov.br/rbc/n\\_59/v03/pdf/03-artigoaspectos-historicos-controler-cancer-mama-brasil.pdf](http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigoaspectos-historicos-controler-cancer-mama-brasil.pdf). Acesso em: 5 jul. 2018.

RABIN, E. G.; HELDT, E.; HIRAKATA, V. N.; FLECK, M. P. **Quality of life predictors in breast cancer women**. Eur J Oncol Nurs, v. 12, n. 1, p. 53-57, 2008.

RÊGO, I. K. P.; NERY, I. S. **Acesso e adesão ao tratamento de mulheres com câncer de mama assistidas em um hospital de oncologia**. Revista Brasileira de Cancerologia, v.59, n.3, p.379-390, 2013.

REDE FEMININA DE COMBATE AO CÂNCER. **O que é o câncer de mama**, 2015. Disponível em: <http://redefemininabrasilia.org.br/>. Último acesso em: 04/06/2018

RIBEIRO IFA, Sousa RDF, Andrade SP, Brito MCC, Albuquerque IMN. **Grupo de autoajuda com mulheres mastectomizadas: trabalhando estratégias de educação em saúde**. Sanare (Sobral, Online) [serial on the internet]. 2014 [cited 2015 May 16];13(1):35-40. Available from: <http://sanare.emnuvens.com.br/sanare/article/view/430/285>

PEREIRA, Roberto Alves. **Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas submetidas a reconstrução mamária imediata em hospital de referência oncológica no Amazonas**. Disponível em: [https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7054/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Roberto\\_Pereira\\_PPGCS.pdf](https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7054/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Roberto_Pereira_PPGCS.pdf). Último acesso em: 04 abril de 2019.

RIVERA-FRANCO, M.; Leon-Rodriguez, E. **Delays in breast cancer detection and treatment in developing countries**. *Breast Cancer: Basic and Clinical Research*, v. 12, p. 1- 5, 2018. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29434475>. Acesso em: 20 dez. 2018

RODRIGUES, Juliana Dantas; CRUZ, Mércia Santos; PAIXÃO, Adriano Nascimento. **Uma análise de prevenção do câncer de mama no Brasil**. *Ciência & Saúde Coletiva* 2015; v. 20, n. 62 10, p. 3163 – 3176. Disponível em: 14 de abril de 2018

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.

RODRIGUES, D. P. et al. **O processo adaptativo de mulheres mastectomizadas: grupo de apoio**. *Revista de Enfermagem UERJ*, Rio de Janeiro, v. 11, n. 11 p. 64-69, 2013.

RODRIGUES DP, ARAÚJO TL. **Aplicando o processo de enfermagem proposto por Roy a uma mulher no pré e pós-operatório de câncer de mama**. *Rev Nursing (São Paulo)* 2000;3:16-21

ROSSI, L., SANTOS, M. A.; **Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama**. *Psicologia: Ciência e Profissão*, v.23, n.4. Brasília, dez 2003. Disponível: [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932003000400006&script=sci\\_arttext](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S141498932003000400006&script=sci_arttext) em Acesso em 16/fev/2019

SALIMENA, A.M.O, CAMPOS, T.S, MELO, M.C.S.C, MAGACHO, E.J.C. **Mulheres enfrentando o câncer de mama – Rev. Min. Enferm.**; v: 16, n:

SANTOS. Agnaldo Barroso. **Análise do perfil sociodemográfico de pacientes que buscam primeiro atendimento por lesão mamária suspeita de malignidade em hospital de referência no Amazonas.** Disponível em: [https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7054/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o\\_Roberto\\_Pereira\\_PPGCS.pdf](https://tede.ufam.edu.br/bitstream/tede/7054/2/Disserta%C3%A7%C3%A3o_Roberto_Pereira_PPGCS.pdf)

SANTOS, D. B., & Vieira, E. M. (2011). **Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: Uma revisão sistemática da literatura.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 16(5), 2511-2522.

SANTOS, M. A. et al. **Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer.** *Revista SPAGESP*, Ribeirão Preto, SP, v. 12, n. 2, p. 27-33, 2011. Disponível em: Acesso em: 3 fev. 2018.

SERLETTI JM, FOSNOT J, NELSON JA, DISA JJ, BUCKY LP. **Breast reconstruction after breast cancer.** *Plast Reconstr Surg.* 2011;127(6):124e-35e

SILVA, A. P; RIUL, S. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce;** Ver. Bras Enf. Brasília 2011; Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672011000600005](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000600005); Acesso em 15/04/2019.

SILVA MPP, Derchain SFM, Rezende L, Cabello C, Martinez EZ. **Movimento do ombro pós-cirurgia por carcinoma invasor da mama: estudo randomizado prospectivo controlado de exercícios livres versus limitados a 90° no pós-operatório.** *Rev Bras Ginecol Obstet* 2004;26(2):125-30.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Câncer de Mama**, 2015. Disponível em: <http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama>. Acesso em 02 de setembro de 2018

SOSTER CA, Neumann SS, Cardoso C. **Coesão de um grupo de apoio a mulheres com câncer de mama.** *Rev Psicol Foco* [Internet]. 2013 jul [cited 2015 Jan 15]; 5(5):116-33. Available from: <http://revistas.fw.uri.br/index.php/psicologiaemfoco/article/view/1106/1594>

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 Saúde Pública.* 2003; 37:203-11.

TEIXEIRA, Luiz Antonio. **O câncer no Brasil: Passado e Presente.** Luiz Antonio Teixeira, Marco Porto, Claudio Pompeiano Noronha. Rio de Janeiro: Outras Letras, 2012.

TIAN, J.M. et all. **Estrogen and progesterone promote breast cancer cell proliferation by inducing cyclin G1 expression.** *Braz J Med Biol Res* vol.51 no.3 Ribeirão Preto 2018 Epub Mar 01, 2018.

MARTINS T.N.O, Santos L.F, Petter G.N, Ethur J.N.S, Braz M.M, Pivetta H.M.F. **Reconstrução mamária imediata versus não reconstrução pós-mastectomia: estudo sobre qualidade de vida, dor e funcionalidade.** Rev.Fisioter Pesqui. 2017;24(4): 412-419. Disponível em:<http://www.periodicos.usp.br/fpusp/article/view/143468/138142>. Último acesso em: 25 de maio de 2019.

THE WHOQOL GROUP. **The World Health Organization Quality of Life assesment (WHOQOL): position paper from World Health Organization.** SocSei Med. 1995; 41 (10): 1403-1409.

THE WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHOQOL: measuring quality of life.** 1997 [cited 2012 Dec 11]; Available from:<http://scholar.google.com/scholar?hl=en&btnG=Search&q=intitle:WHOQOL+Measuring+Quality+of+Life#0>Último acesso em: 25 de maio de 2019.

URBAN, L.; Chala, L. F.; Bauab, S. D. P.; Schaefer, M. B.; Dos Santos, R. P.; Maranhão, N. M. A.; Kefalas, A. L.; Kalaf, J. M.; Ferreira, C. A. P.; Canella, E. O.; Peixoto, J. E.; de Amorim, H. L. E.; de Camargo, Junior, H. S. A. **Breast cancer screening: updated recommendations of the Brazilian College of Radiology and Diagnostic Imaging, Brazilian Breast Disease Society, and Brazilian Federation of Gynecological and Obstetrical Associations.** Radiologia Brasileira, v. 50, n. 4, p. 244–249, 2017. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28894332>. Acesso em: 10 julho de 2018.

VAUX A. **Social support: theory, research and intervention.** New York: Praeger; 1988.

VEIGA DF, Campos FSM, Ribeiro LM, Archangelo Junior I, Veiga Filho J, Juliano Y, et al. **Mastectomy versus conservative surgical treatment: the impact on the quality of life of women with breast cancer.** Rev Bras Saúde Matern Infant. 2010 Jan-Mar; 10(1):51-7.

VELOSO, C. L. D. **Exame de rastreamento em mulheres diagnosticadas com câncer de mama.** Goiânia 2014. 82f. Disponível em: <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/bitstream/tede/4253/5/Disserta%C3%A7%C3%A3o%20-%20Danyelle%20Lorraine%20Carneiro%20Veloso%20-%202014.pdf>. Acesso em: 22/05/2017

ZAPPONII, A.L.B.; TOCANTINS, F.R.; VARGENS, O.M.C. **O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária.** Rev enferm UERJ. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.33-8, 2015. 3,p: 339-347, jul./set., 2012. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/536>>. Acesso em: 09 de abril de 2019. ,333333<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n10/1413-8123-csc-20-10-3163.pdf>. Acesso em: 02 de outubro de 2018

## 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.<sup>a</sup> 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](mailto: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](mailto: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 N°: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

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  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. Consume embutidos, enlatados, frituras, açúcares, 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: ( ) quadrado superior externo ( ) outros

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
64. Ouve 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.

	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 1 se você não recebeu "nada" de apoio. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e 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	nem satisfeito	satisfeito	muito

		insatisfeito		nem insatisfeito		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-	1	2	3	4	5

	dia?					
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	1	2	3	4	5

	atividades do seu dia-a-dia?					
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, conhecidos, 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)	1	2	3	4	5



	você está com as condições do local onde mora?					
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 freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	Algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	Sempre
26	Com que freqüência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário?

.....

Quanto tempo você levou para preencher este questionário?

.....

Você tem algum comentário sobre o questionário?

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<sup>12,16</sup>. 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



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

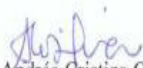
PARECER DO COLEGIADO DE CURSO - PROJETO DE TCC

1. **TÍTULO:** O PAPEL DO GRUPO DE APOIO PARA MULHERES SUBMETIDAS À CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NO MARANHÃO
2. **ALUNO(A):** Ana Cláudia Lisboa Serrão
3. **ORIENTADOR(A):** Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Luzinéa de Maria Pastor Santos Frias
4. **INTRODUÇÃO:** Adequada e contextualizada, abordando a temática em questão com referências atuais.
5. **JUSTIFICATIVA:** Fundamentada e enfatizando a relevância do estudo.
6. **OBJETIVOS:** Todos eles são passíveis de serem alcançados.
7. **PROCESSO METODOLÓGICO:** Está devidamente descrito.
8. **CRONOGRAMA:** Encontra-se devidamente detalhado. E por ser um recorte de uma pesquisa maior, este estudo está na etapa de análise e discussão dos dados.
9. **TERMO DE CONSENTIMENTO:** TCLE está bem formulado.
10. **NORMATIZAÇÃO DO PROJETO DE PESQUISA:** Atende ao que é preconizado.
11. **CONCLUSÃO DO PARECER:** Somos de parecer favorável à execução do projeto.

São Luís, 30 de abril de 2019.

  
\_\_\_\_\_  
Professor (a) Relator (a)

- Aprovado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
- Aprovado "ad referendum" do Colegiado de Curso em 02/05/19
- Referendado pelo Colegiado de Curso em reunião do dia \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

  
Prof.<sup>a</sup> Dr.<sup>a</sup> Andréa Cristina Oliveira Silva  
Coordenadora do Curso de Enfermagem