



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

NATALY BATISTA BARROS

**O IMPACTO DA CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NA
AUTOIMAGEM DA MULHER**

São Luís-MA

2019

NATALY BATISTA BARROS

**O IMPACTO DA CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NA
AUTOIMAGEM DA MULHER**

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

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

São Luís
2019

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

Núcleo Integrado de Bibliotecas/UFMA

Batista Barros, Nataly.

O impacto da cirurgia oncológica de mama na autoimagem da mulher / Nataly Batista Barros. - 2019. 52 f.

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

Curso de Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão, São Luís, 2019.

1. Autoimagem. 2. Câncer de mama. 3. Cirurgia oncológica. I. de Maria Pastor Santos Frias, Luzinéa. II. Título

NATALY BATISTA BARROS

**O IMPACTO DA CIRURGIA ONCOLÓGICA DE MAMA NA
AUTOIMAGEM DA MULHER**

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

Aprovada em: ____ de _____ de _____

Nota: _____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dr.^a Luzinéia de Maria Pastor Santos Frias
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão
Orientadora

Prof.^a Dr.^a Poliana Pereira Costa Rabelo
Doutora em Enfermagem em Saúde Pública
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo
1^a Membro

Prof.^a Dr.^a. Maria do Carmo Barros Fonseca
Doutora em Políticas Públicas
Universidade Federal do Maranhão
2^a Membro

Prof.^a Dr.^a. Lena Maria Barros Fonseca
Doutorado em Biotecnologia
Rede Nordeste de Biotecnologia
1^a Suplente

Prof.^a Esp. Claudionete Abreu Costa
Especialista em Enfermagem Obstétrica
Universidade Federal do Maranhão
2^a Suplente

Dedico este trabalho a todas as mulheres que me permitiram adentrar em um momento tão delicado de suas vidas. Sem vocês, nada disso seria possível.

“Nada te perturbe. Nada te amedronte. Tudo passa. Só Deus não muda. A paciência tudo alcança. A quem tem Deus nada falta. Só Deus basta.”

(Teresa D'Ávila)

AGRADECIMENTOS

Primeiramente agradeço a Deus por ter me dado forças para chegar até aqui.

Depois agradeço aos meus queridos pais (Luiz e Dagmar) por serem meu apoio, incentivo, fortaleza e por estarem sempre ao meu lado quando eu mais precisei. Aos meus irmãos e toda a minha família, Gardenea, Gisele, Anderson, Júnior, Taciana, Janaína, Daniel, Júlia, Rafaela, Ana Carolina, Mírian, João Paulo, Ana Laura e Giovanna! Sou quem sou, porque somos todos nós!

Ao meu companheiro de vida, Jhow Éric, por toda paciência, carinho, incentivo e por acreditar em mim!

Aos amigos que se fizeram presentes no começo dessa história: Amanda Barros, Kallyane Mendes, Mayane Marques e Weyder Belo, obrigada pelos anos de união, fortaleza e amizade.

As minhas companheiras de estágio, Amanda e Kallyane, irmãs de alma e energia, obrigada por tornarem os dias mais fáceis, a vocês imensa gratidão por todo apoio, ensinamento e partilha!

À Universidade Federal do Maranhão, por ter feito parte da minha vida e permitido a formação profissional.

A todos os professores nos acrescentando em nossa formação. Em especial a minha orientadora Profa. Dra. Luzinéa por todo ensinamento e aprendizado. As professoras que fizeram parte desta banca.

As mulheres participantes da pesquisa, que contribuíram na construção desse trabalho para minha formação. Guardarei todas em meu coração e, sempre me lembrarei dos momentos marcantes!

RESUMO

Câncer é o conjunto de mais de cem doenças. O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres no mundo, a estimativa para o ano de 2019 é de 59.700 novos casos. É uma doença multifatorial. Fatores de risco: obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo e inatividade física, consumo de bebida alcoólica, exposição frequente a radiações ionizantes, primeira menstruação antes dos 12 anos, não ter tido filhos, história familiar de câncer. O sintoma mais comum é o nódulo. Sinais podem ser: abaulamento de uma parte da mama; edema semelhante à casca da laranja; eritema; inversão do mamilo; secreção. Para detecção a mamografia duas vezes por ano para mulheres entre 50 e 69 anos. A adoção de hábitos saudáveis prática de atividade física, alimentação saudável, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, manter o peso adequado, amamentar, reduz o câncer de mama. O tratamento pode ser radioterapia, imunoterapia, quimioterapia, hormonioterapia, a cirurgia. A autoimagem comprometida é um sentimento constante. Logo, através deste estudo promoveu o conhecimento a respeito do impacto da cirurgia oncológica na autoimagem da mulher. Para isso, investigou-se as modificações na vida da mulher com relação ao apoio familiar, aceitação da aparência física, condição socioeconômica e demográfica.

Palavras-chave: câncer de mama; cirurgia oncológica; autoimagem.

ABSTRACT

Cancer designates a set of over one hundred diseases. Breast cancer is the most common among women in the world, an estimate for the year 2019 of 59700 new cases. It is a multifactorial disease. Risk factors: obesity and overweight after menopause, physical inactivity and inactivity, alcohol consumption, frequent exposure to ionizing radiation, first menstruation before 12 years, childlessness, family history of cancer. The most common symptom is the knot. Signs may be: bulging of a part of the breast; orange peel-like edema; erythema; nipple inversion; secretion. To detect mammography twice a year for women between 50 and 69 years. The adoption of eating habits, physical activity, healthy eating, avoiding alcohol consumption, maintaining proper weight, breastfeeding, reducing breast cancer. Treatment may be radiotherapy, immunotherapy, chemotherapy, hormone therapy, surgery. Compromised self-image is a constant feeling. Therefore, through this study, it promotes knowledge about the impact of cancer surgery on women's self-image. To this end, investigate how changes in women's lives in relation to family support, acceptance of physical appearance, socioeconomic and demographic condition.

Keywords: breast cancer; cancer surgery; self image.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRCA I - Breast Cancer 1 (Câncer de Mama 1)

BRCA II – Breast Cancer 2 (Câncer de mama 2)

CEP - Comitê de Ética em Pesquisa

CNS - Conselho Nacional de Saúde

DATASUS – Departamento de informática do Sistema Único de Saúde do Brasil

HCTLF - Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho

IMOAB - Instituto Maranhense de Oncologia Hospital Aldenora Belo

INCA - Instituto Nacional de Câncer

NEPESM - Núcleo de estudo, pesquisa e educação em saúde da mulher

OMS - Organização Mundial da Saúde

PAAF - Punção aspirativa por agulha fina

PAG – Punção por agulha grossa.

SEMUS - Secretaria Municipal de Saúde

SISCOLO - Sistema de Informação do Câncer do Colo do Útero

SISMAMA - Sistema de Informação do Controle de Câncer de Mama

TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UFMA - Universidade Federal do Maranhão

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	14
2 JUSTIFICATIVA	17
3 OBJETIVOS	18
3.1 Geral.....	18
3.2 Específicos	18
4 REVISÃO DE LITERATURA	19
4.1 Mamas: aspectos anatômicos e fisiológicos.....	19
4.2 Câncer De Mama	20
4.3 Estimativas	22
4.4 Causas	22
4.5 Fatores De Risco.....	22
4.6 Sinais E Sintomas	23
4.7 Diagnóstico.....	24
4.8 Mamografia	25
4.9 Prevenção do Câncer de Mama.....	25
4.10 Tratamento	26
4.11 Cirurgias.....	27
4.12 Radioterapia	28
4.13 Quimioterapia	28
4.14 Hormonioterapia.....	28
4.15 Atuação Do Enfermeiro	29
4.16 Cuidados Paliativos.....	29
4.17 Autoimagem	30
5 METODOLOGIA	34
5.1 Desenho do estudo	34
5.2 Local e período da coleta de dados	34
5.3 População do estudo.....	35
5.4 Cálculo Amostral	35
5.5 Critérios de inclusão e exclusão.....	36
5.6 Variáveis de estudo	36
5.7 Análise de dados.....	37
5.8 Riscos e benefícios	37

5.9 Aspectos éticos	38
6 RESULTADOS.....	39
7 DISCUSSÃO	45
8 CONCLUSÃO	48

1 INTRODUÇÃO

O Câncer é um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem órgãos e tecidos. Ele pode surgir em qualquer parte do corpo, no entanto, existem órgãos que são bem mais afetados do que outros; e cada órgão, de maneira única, pode ser acometido por diferentes tipos de tumor (INCA, 2019).

O câncer de mama é o mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, depois do de pele não melanoma, correspondendo a cerca de 25% dos casos novos a cada ano. No Brasil, o percentual é de 29% (PROLLA et al, 2015). Esse câncer, se caracteriza em uma neoplasia maligna na glândula mamária que pode levar a metástase e até óbito.

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 2030, surgirão 27 milhões de novos casos de câncer; 17 milhões de mortes serão por câncer; e haverá 75 milhões de pessoas vivas com a doença (GRAVE et al., 2014, p. 180-185). As neoplasias no Brasil têm se tornado um grande problema público, ganhando segundo lugar como causa de morte (FRIO et al., 2015, p. 351-357).

De acordo com os dados do Ministério da Saúde, foram registrados 59.700 casos de casos de câncer de mama no Brasil em 2018. O número de mortes registrados foi de 16.927, sendo 16.724 mulheres e 203 homens. No estado do Maranhão, foram registradas 59.700 casos em mulheres durante o ano de 2018.

O corpo é a expressão do ser humano, e autoimagem tem a ver com a percepção que temos sobre nós mesmos “influenciada pelas reações emocionais, ideias próprias e alheias a respeito de si, tanto psicológica, quanto fisicamente, abrangendo, portanto, autoconceito, autoconhecimento e imagem corporal” (DORSCH, 2001, p. 36). Nesta perspectiva, a imagem que cada pessoa tem de seu próprio corpo traz uma série de características que nos acompanham pelo resto da vida e abrange vários aspectos: mentais, sociais, culturais, afetivos e motores. A autoimagem está, correlacionado nas distintas fases da existência humana, principalmente com relação aos conceitos determinados pela cultura e pela sociedade moderna (PEREIRA; BRAGA, 2016).

Assim, quando a pessoa é desprovida de qualquer parte do corpo, o olhar de si e para si pode gerar certa perturbação na harmonia física.

A cirurgia oncológica de mama, é um procedimento cirúrgico que faz parte do arsenal terapêutico para tratamento do câncer de mama. Tal procedimento, a mastectomia, consiste na retirada da mama e músculos peitorais. É importante acentuar, que o processo que se desenvolve desde o diagnóstico é vivido pela mulher com temor, tanto pela doença em si, como pelo fato de ser um órgão valorizado pelas mulheres, pela importância que é dada pela sociedade como sinal de beleza e feminilidade, onde em muitas culturas desempenham uma função significativa para sua identidade (ALMEIDA et al, 2015).

A mama também é considerada como sinal de fertilidade e saúde em todas as etapas da vida da mulher e sua retirada pode resultar em uma visão distorcida da imagem do seu próprio corpo, aparentando certo limite com relação à aparência que pode levar de alterações de ordem psíquica, emocional e social (GOMES; SOARES; SILVA, 2015; VINIEGRAS, 2010; ALMEIDA, 2006).

Diante disso, consequências temporárias e permanentes são geradas na vida da mulher, quando ocorre o adoecimento da mama. Dependendo da importância dada pela mulher à imagem corporal, a cirurgia pode ser vivenciada de modo traumatizante pela mulher, por ser considerada uma mutilação. Após a dissecação dos linfonodos axilares, a funcionalidade do membro superior pode ficar comprometida. A mudança da sensação tátil, é outro aspecto a ser considerado (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Dessa forma, o tratamento cirúrgico provoca várias mudanças na imagem corporal e na autoestima do indivíduo. Esse processo é bem delicado, pois a mulher passa por uma fase dolorosa, onde há diversas modificações na sua mente, e até mesmo na relação que tinha com seu corpo (GOMES; SOARES; SILVA, 2015; AZEVEDO; LOPES, 2010).

Esse tipo de tratamento impacta o estado emocional, mudando não somente a imagem física, mas também a psíquica.

Dessa forma, observa-se que a cirurgia deixa marcas dolorosas em sua vida, como alteração na estética e autoimagem. A retirada da mama pode deixar a mulher cabisbaixa, inválida e sexualmente abjeta, gerando fortes cargas emocionais. Todas essas mudanças desencadeiam na mulher uma série de sentimentos, tais como: constrangimento, desconformidade e compunção (FERREIRA et al. 2003; ALMEIDA, 2006).

Diante desse ponto de vista, este estudo buscou reconhecer o impacto das cirurgias oncológicas de mama na autoimagem da mulher. Esta pesquisa busca responder o seguinte questionamento: Qual o impacto da mastectomia/ cirurgia oncológica de mama na autoimagem da mulher?

2 JUSTIFICATIVA

Em função da elevada incidência de câncer de mama nas mulheres e dos reflexos da mastectomia na vida e na autoestima das mulheres que realizaram o tratamento cirúrgico, apresenta-se como de grande importância a abordagem do tema, possibilitando o estudo dos aspectos que estão relacionados à qualidade de vida e ao bem-estar das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no estado do Maranhão.

O interesse pelo estudo surgiu em função da participação no projeto de pesquisa intitulado '*Qualidade de vida das mulheres submetidas à mastectomia*'. Este projeto de pesquisa permitiu uma visão mais ampla a respeito dos problemas relacionados ao enfrentamento que as mulheres que se submetem à mastectomia.

Esta pesquisa é de grande relevância para a sociedade, pois apresentará resultados que poderão impactar na qualidade de vida das mulheres que se submetem à mastectomia. Para a comunidade acadêmica, o estudo contribuirá com a expansão do conhecimento na área da Oncologia e Saúde Pública, através da publicação dos resultados obtidos.

3 OBJETIVOS

3.1 Geral

Conhecer o impacto da cirurgia oncológica de mama na autoimagem das mulheres.

3.2 Específicos

- Caracterizar o perfil socioeconômico e demográfico das mulheres submetidas à mastectomia;
- Conhecer os sentimentos de mulheres submetidas a cirurgia oncológica referentes à sua autoimagem;
- Verificar a satisfação da mulher com a rede de apoio familiar.

4 REVISÃO DE LITERATURA

4.1 Mamas: aspectos anatômicos e fisiológicos

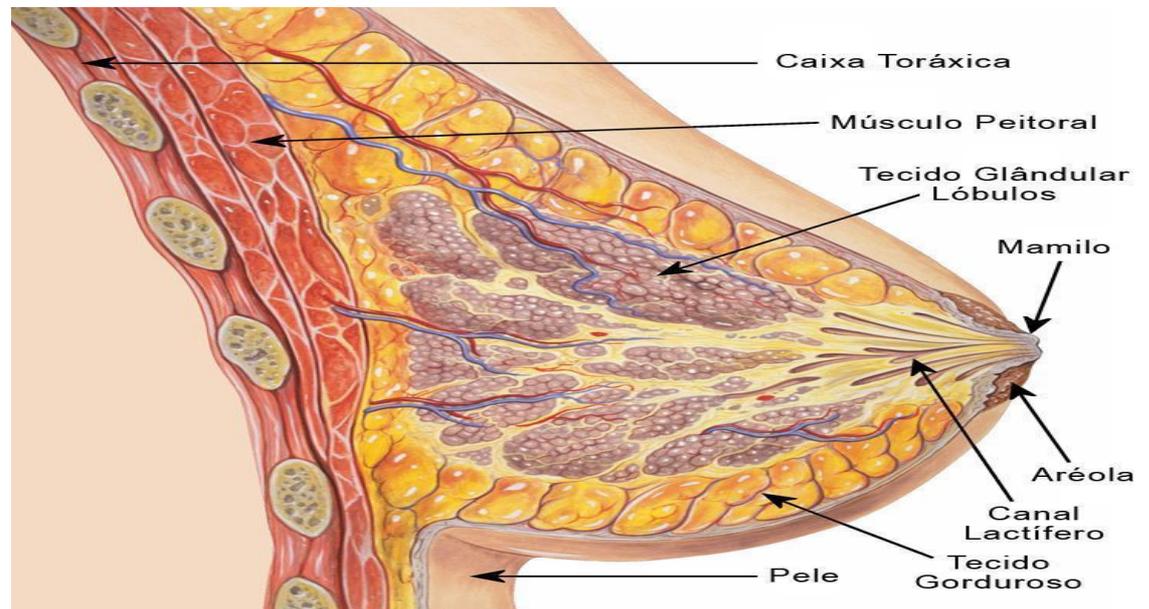
Por conta do nascimento, as mamas são quase iguais no sexo feminino e masculino. A grande maioria dos recém-nascidos possui um discreto aumento da glândula, que desaparece por volta do sexto dia de vida.

As mamas são órgãos pares localizados na parede anterior do tórax, sobre os músculos grande peitoral. De uma maneira externa, cada mama, na região do centro, apresenta uma aréola e uma papila. Na parte externa da papila mamária, tem-se de 15 a 20 orifícios ductais, correspondendo as vias de drenagem das unidades funcionantes, os lobos mamários.

De 15 a 20 lobos mamários independentes, a mama é dividida. Os lobos são separados por tecido fibroso, onde cada um tem sua via de drenagem, que conflui para a papila, através do sistema ductal.

ÁCINO - onde estão as células secretoras que produzem o leite, porção terminal da “árvore” mamária. LÓBULO MAMÁRIO – conjunto de ácinos. LOBO MAMÁRIO - formada por um conjunto de lóbulos (15-20) que se liga à papila por meio de um ducto lactífero. DUCTO LACTÍFERO – sistema de canais (15-20) que conduz o leite até a papila, exteriorizado através do orifício ductal. PAPILA – eminência composta de fibras musculares elásticas onde desembocam os ductos lactíferos. ARÉOLA – estrutura central da mama onde se encontra a papila. TECIDO ADIPOSEO – o restante da mama é preenchido por tecido adiposo, da qual a quantidade varia com as características físicas, idade e estado nutricional da mulher. LIGAMENTOS DE COOPER - são expansões fibrosas que se projetam na glândula mamária, responsáveis pela retração cutânea nos casos de câncer de mama (INCA, 2002).

Figura 1- anatomia da mama



Fonte: COSTA,2017.

As mulheres jovens, tem maior quantidade de tecido glandular, o que a torna mais densas e firmes. Na menopausa, o tecido mamário vai se definindo e sendo substituído de modo gradual por tecido gorduroso, até ser constituído, principalmente, de gordura e resquícios de tecido glandular na fase pós-menopausa.

A principal da função da mama é a produção de leite para a amamentação. Sem falar da importância psicológica para a mulher, pois representa papel fundamental na constituição de sua autoimagem (MARIEB, 2014).

4.2 Câncer De Mama

O processo de globalização industrial, que ocorreu principalmente no século XX, procedeu a uma grande incorporação da sociedade e economia de vários países. Onde foram redefinidos padrões de vida, condições de trabalho, consumo e nutrição (GUERRA et al, 2005).

Logo, ocorreu grande modificação nos padrões de saúde doença no mundo, com o processo de reorganização global. Caracterizada pela mudança no perfil de mortalidade com diminuição da taxa de doenças infecciosas e aumento concomitante da taxa de doenças crônico-degenerativas, principalmente as doenças cardiovasculares e o câncer (GUERRA et al, 2005).

Câncer é o que denomina um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem órgãos e tecidos. Com divisão rápida, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo. Os diversos tipos de câncer correspondem aos vários tipos de células do corpo. Quando começam em tecidos epiteliais, como pele ou mucosas, são denominados carcinomas. Nos tecidos conjuntivos, como osso, músculo ou cartilagem, são chamados sarcomas. (INCA, 2019).

A palavra câncer tem em si um estigma, pois os seios tem uma ligação muito forte com a feminilidade, maternidade e autoimagem da mulher. Quando o câncer de mama é diagnosticado, surge preocupação e insegurança (DE ALMEIDA et al, 2015).

A multiplicação desordenada de células da mama, causa o câncer de mama. Células anormais são geradas, que se multiplicam, formando um tumor (INCA, 2019).

O surgimento do câncer, é a partir de uma mutação genética, uma alteração no DNA da célula, passando a receber instruções errôneas acerca de suas atividades. Estas alterações podem ocorrer em genes importantes, denominados proto-oncogenes, que são inativos em células normais. Quando eles são ativados, os proto-oncogenes tornam-se oncogenes, que transformam as células normais em células cancerosas. (INCA, 2019).

Oncogênese, é como se chama o processo de formação do câncer, que acontece de maneira lenta, levando vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere originando um tumor visível. (INCA, 2019).

Ele pode surgir em qualquer parte do corpo, no entanto, existem órgãos que são bem mais afetados do que outros; e cada órgão, de maneira única, pode ser acometido por diferentes tipos de tumor. (INCA, 2019).

Quando o câncer acomete a mama torna-se mais temido pelo fato de ser um órgão valorizado pelas mulheres, que em muitas culturas desempenham uma função significativa para sua identidade (DE ALMEIDA et al, 2015).

Os diversos tipos de câncer são classificados de acordo com o local do corpo humano em que a doença se estabelece. No tecido de revestimento em nível

da pele, mucosas e glândulas encontram-se os carcinomas, que podem ser não invasivos ou invasivos, como o carcinoma mamário (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Hiperplasia, hiperplasia atípica, carcinoma *in situ* e carcinoma invasivo (que corresponde 90% dos casos, é o tipo histológico mais frequente), são as anormalidades proliferativas nos lóbulos e ductos da mama (MARTINS, 2013).

4.3 Estimativas

O câncer de mama é considerado um problema de saúde pública, por ser o tipo de neoplasia mais incidente na população feminina brasileira. Infelizmente, é um dos mais comuns em todo o mundo. No Brasil, é o mais frequente entre as mulheres: mais de 50 mil casos novos a cada ano (FABRO, 2016).

As estimativas de incidência do câncer de mama no Brasil, para o ano de 2019 é de 59.700 casos novos, representando 29,5% dos cânceres em mulheres. Em 2016, o câncer de mama causou 16.069 mortes (INCA, 2019; PROLLA, 2015).

Até o presente, não há como impedir o aparecimento do câncer de mama, porém existem fatores de risco que já foram descobertos, facilitando a detecção precoce e auxiliando para o acompanhamento da doença (DE MATOS; PELLOSO; DE BARROS CARVALHO, 2010).

4.4 Causas

O câncer de mama não tem só uma causa. É uma doença multifatorial e fatores genéticos, comportamentais, hormonais e ambientais contribuem (GUERRA, 2015).

4.5 Fatores De Risco

Fatores que aumentam o risco da doença são: obesidade e sobrepeso após a menopausa, sedentarismo e inatividade física, consumo de bebida alcoólica, exposição frequente a radiações ionizantes, primeira menstruação antes dos 12 anos, não ter tido filhos, primeira gravidez após os 30, não amamentação, menopausa após os 55, uso de contraceptivos hormonais, ter feito reposição hormonal pós menopausa, principalmente por mais de cinco anos, história familiar

de câncer de ovário, casos de câncer de mama na família, principalmente após os 50 anos, história familiar de câncer de mama em homens e alteração genes BRCA1 e BRCA2 (PROLLA, 2015; INCA, 2019; GUERRA, 2015).

Os fatores de risco, de acordo com o Ministério da Saúde, são principalmente aqueles que se relacionam a vida reprodutiva da mulher. No entanto, a idade é um dos mais importantes, pois a incidência do câncer de mama aumenta de forma muito rápida após os 50 anos (MATOS; PELLOSO; CARVALHO, 2011).

A idade é um forte fator para o desenvolvimento do câncer de mama, sendo portando o fator de risco isolado mais importante (GODINHO, 2004. COSTA, 2017).

A incidência aumentada do câncer de mama, relacionada a idade é resultado de anos de exposição aos agentes carcinogênicos ao decorrer da vida. No Brasil, ocorre uma prevalência média na idade de 52 anos (GODINHO, 2004; GUERRA, 2015).

Seja qual for a história familiar de câncer de mama, lado paterno ou materno, é um risco para o desenvolvimento da neoplasia. Com relação ao parentesco de primeiro grau: mãe, irmã, filha, pai, irmão o risco é extremamente considerável. Assim como também, um parente de primeiro grau pós-menopausado (GODINHO, 2004).

Sendo descoberto por volta dos 40 – 60 anos, o câncer de mama é raro antes dos 35 anos. Sendo relacionado com um crescimento rápido e progressivo com a idade. Destaca-se que há referência de que a doença vem atingindo mulheres jovens (DA SILVA; DA SILVA RIUL, 2011).

Além disso, existem também os fatores ditos ambientais que são: sedentarismo, consumo de álcool e gorduras, história de abortos, tabagismo e exposição a toxinas ambientais (PINHO; COUTINHO, 2007).

4.6 Sinais E Sintomas

O sintoma mais comum é o aparecimento do nódulo, normalmente irregular, rígido, indolor. Porém existem nódulos que podem ser globosos e bem definidos. Os sinais podem ser: abaulamento de uma parte da mama; edema semelhante à casca da laranja; eritema; inversão do mamilo; secreção sanguinolenta ou serosa pelos mamilos, principalmente se for de um único lado e de

forma espontânea. O corrimento relacionado ao câncer é claro, pode ser também avermelhado correspondente à presença dos glóbulos vermelhos, ou pode ser uma secreção rosada. Linfonodos palpáveis na axila também podem surgir (LOPES, 2017).

4.7 Diagnóstico

Mesmo com o avanço da medicina em relação ao tratamento e com o aumento de informações veiculadas pela mídia, ainda hoje o diagnóstico de câncer é entendido como uma verdadeira pena de morte. São vivenciados pelos familiares e as pacientes, sentimentos de ansiedade e sofrimento, durante todo o processo da doença (AMARAL, 2019).

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), cerca de um terço dos cânceres pode ser curado se detectado de forma precoce e tratado adequadamente (BRASIL, 2012).

No que diz respeito a detecção precoce, estratégias podem ser adotadas, como por exemplo o diagnóstico precoce e o rastreamento. O diagnóstico precoce apoia-se na compreensão dos profissionais de saúde e da população, alertando para os sintomas e sinais precoces do câncer de mama, para que possam realizar consulta no serviço de saúde, principalmente para as pessoas que já apresentam algum sintoma. Já o rastreamento, é a realização de exames de triagem nas pessoas sem sintomas, para detectar o câncer, ou lesões, para o diagnóstico e tratamento, se confirmado, o mais rápido possível (BRASIL, 2012).

É também muito importante, a conscientização dos profissionais de saúde para os sintomas e sinais precoces do câncer, promovendo a realização de uma consulta nos serviços de saúde da população (BRASIL, 2012).

O protocolo para detecção do câncer de mama no Brasil, juntamente com o Ministério da Saúde inclui o exame clínico anual para mulheres com ausência de sintomas entre 40 e 50 anos e a mamografia duas vezes por ano para mulheres entre 50 e 69 anos (PROLLA et al, 2015).

O exame clínico, deve ser realizado como base do exame físico e ginecológico. É realizado inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e da mama com a paciente em decúbito dorsal (PARADA et al, 2008).

Para avaliar por imagem os nódulos palpáveis em mulheres abaixo dos 35 anos, é por meio da ultrassonografia. A mamografia é o método de eleição quando a idade é igual ou superior aos 35 anos (PROLLA et al, 2015; PARADA et al, 2008).

Caso tenha lesões suspeitas, o diagnóstico pode ser confirmado através do exame citológico, por meio de uma punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou pode ser utilizado também uma agulha grossa (PAG) que também é obtido por punção. Além disso, tem-se também a biópsia cirúrgica, também chamada de convencional (PARADA et al, 2008).

4.8 Mamografia

Com relação a redução da mortalidade, a mamografia é o método de rastreamento de maior eficácia (URBAN et al, 2012).

Nos casos de neoplasia mamária, a mamografia continua sendo o principal meio de diagnóstico por imagem. Sua recomendação é de ano a ano para as mulheres de grupo de risco, e a cada dois anos nas mulheres entre 50 e 69 anos (BERNARDES, 2019; URBAN et al, 2012).

É o tumor que mais apresenta evidências científicas sobre o impacto do rastreamento na redução da mortalidade (URBAN et al, 2012).

A ultrassonografia, a ressonância, os exames de sangue, o raio-x, a cintilografia, a biópsia, os exames citopatológico e histopatológico e exames de BRCA I e BRCA II, são muito importantes para o diagnóstico final, porque são exatos no tipo e tamanho do nódulo, particularidades que não se obtém pela mamografia (BERNARDES, 2019).

4.9 Prevenção do Câncer de Mama

Dispor e informar a população a cerca dos fatores de risco e as estratégias para diminuição de exposição, são ações de prevenção primária para o controle do câncer (PARADA et al, 2008).

Por ser uma abordagem que mais se aproxima da população, é nela que se tem um maior alcance das ações, portanto, sendo uma ferramenta muito importante (PARADA et al, 2008).

Diante disso, a prevenção do câncer, está relacionada com a eliminação da exposição aos agentes carcinogênicos, e reduzir a vulnerabilidade aos efeitos dos agentes. Mas para que isso aconteça, os indivíduos tem de ser informados sobre os sinais de alerta, comportamento de risco e frequência da prevenção (DE OLIVEIRA et al, 2012).

A adoção de hábitos saudáveis, reduz em cerca de 30% os casos de câncer de mama. São eles: prática de atividade física, alimentação saudável, evitar o consumo de bebidas alcoólicas, manter o peso adequado, amamentar e evitar o uso de anticoncepcionais e terapias de reposição hormonal (INCA, 2019).

Vale destacar, que a maioria das mulheres acometidas viverá com sua doença por alguns anos. Nesse sentido, melhorar a qualidade de suas vidas representa um desafio para elas assim como também para os profissionais de saúde (ALMEIDA, 2001).

O autoexame não é comprovado cientificamente como um pré diagnóstico, pois só se torna eficaz quando a mulher conhece o seu próprio corpo. Porém, é altamente recomendado, pelo fato de ser o primeiro sinal de alerta na maioria dos casos (BERNARDES et al, 2019).

No entanto, com o mesmo objetivo do autoexame o exame clínico ainda é o mais recomendado, mas estes são realizados por capacitados profissionais da saúde, pois é a base para o seguimento dos exames, onde serão prescritos após algum achado anormal (BERNARDES et al, 2019).

4.10 Tratamento

Comuns para todas as mulheres que enfrentam o diagnóstico de câncer de mama são as preocupações sobre a ameaça à vida e à saúde, medo do desfigurar, da invalidez e as angústias associados ao tratamento (DE SOUSA PINHO et al, 2007).

De acordo com Souza (2016) o tratamento para o câncer de mama pode ser a radioterapia, imunoterapia, quimioterapia, hormonioterapia, a cirurgia de quadrantectomia, e mastectomia. A quimioterapia antineoplásica, que faz a

utilização de fármacos no organismo do paciente, tem como principal objetivo combater as células cancerosas, é uma das mais importantes e significativas maneiras para o combate do tumor.

Diante dessa situação, muitos fatores estão envolvidos a cerca da sua indicação, como o estado nutricional do paciente, idade, função hepática, renal, pulmonar, o tipo de infecção, o tipo de tumor, a existência ou não de metástase e a condição de vida do paciente (SOUZA et al, 2016).

As formas de tratamento são a cirurgia, a radioterapia que são formas de tratamento locorregional, e para o tratamento sistêmico, tem-se a quimioterapia e a radioterapia (FABRO et al, 2016).

4.11 Cirurgias

Por ter uma visão do seu corpo como algo intacto, completo e funcionante, as mulheres submetidas a mastectomia se deparam com uma ameaça a sua integridade corporal juntamente com a sua satisfação. A paciente passa a conviver com uma mutilação, por isso, a imagem corporal após a mastectomia é ameaçadora (PRATES; ZANINI; VELOSO, 2012).

A cirurgia da mama é a principal forma de tratamento.

Existem diferentes tipos de cirurgias, e a sua indicação está relacionada de acordo com o tipo histológico e o estadiamento clínico. A cirurgia pode ser conservadora, quando se faz um ressecamento de algum segmento da mama (setorectomia, tumorectomia alargada e a quadrantectomia) que também podem ser retirados os linfonodos sentinela. E existe também a modalidade cirúrgica não-conservadora, que é a mastectomia.

As mulheres que foram sujeitadas à mastectomia, podem fazer a reconstrução da mama imediatamente, ou após algum tempo (GUERRA et al, 2015; SOUZA et al, 2016).

Para que a imagem corporal não seja comprometida, as mulheres submetidas à mastectomia procuram encontrar soluções na estética mais especificamente na prótese. Carregando na pessoa traços de toda vida, a imagem corporal está presente na vida de qualquer um. Juntamente com alteração de toda

mobilidade do organismo, a mulher que perde parte do seu corpo sofre modificações no modelo postural (PRATES; ZANINI; VELOSO, 2012).

4.12 Radioterapia

A radioterapia faz a destruição das células remanescentes logo após a cirurgia, ou então, tem como objetivo reduzir o tumor antes da cirurgia. Os casos de carcinoma ductal in situ, quando tratados por meio da cirurgia conservadora, devem ser submetidos à radioterapia adjuvante em toda a mama. (BRASIL, 2004; GUERRA et al, 2015).

4.13 Quimioterapia

Quando há ameaça da perda da mama assim também como os cabelos, as repercussões emocionais podem danificar a integridade física e a imagem psíquica que a mulher tem de si. Confirmado o diagnóstico de câncer, e o tratamento através da quimioterapia a mulher sofre mudanças em nível psicológico e social, pois a mama e os cabelos são símbolos da beleza corporal, da fertilidade, da feminilidade e da saúde em todas as etapas da vida (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

Com o objetivo de evitar o aparecimento de metástases logo após o tratamento, a quimioterapia pode ser adjuvante ou preventiva. A quimioterapia primária, ou também chamada de neoadjuvante, é realizada antes da cirurgia, normalmente a sua indicação é para tumores maiores, é um aliado no tratamento cirúrgico. A quimioterapia destrói as células cancerosas, onde eles interferem na síntese ou função do ácido nucléico (COSTA, 2017).

4.14 Hormonioterapia

A hormonioterapia consiste na utilização de inibidores de hormônios para o tratamento do câncer de mama receptor-positivo, ou seja, receptores de estrogênio e progesterona. É importante porque tem um grande significado na redução da recorrência da doença, assim como também na qualidade de vida e sobrevida da paciente (SILVA, 2018).

4.15 Atuação Do Enfermeiro

A atuação do enfermeiro é logo realizada no início do diagnóstico, onde deverá ser feita a consulta de Enfermagem. No pós-operatório faz-se uma avaliação da ferida operatória, orientações com relação ao autocuidado. Na alta do hospital, a mulher poderá ser encaminhada para grupos de apoio com o objetivo de reinserção à vida, sociedade e família (MINEO et al, 2013; DE SOUZA TEIXEIRA, et al, 2017).

4.16 Cuidados Paliativos

Seu principal objetivo é garantir ao paciente uma melhor qualidade, controle da dor, serve para evitar o uso de terapias ineficazes, proporcionar o tratamento domiciliar (BRASIL, 2004).

As ações com relação aos cuidados paliativos, podem ser inseridas e realizadas em qualquer nível de atenção à saúde, até mesmo na atenção básica, onde os indivíduos e a própria família que convivem com o câncer em estado avançado, recebem apoio psicológico, espiritual, social, afetivo e físico. Assim como também a atenção primária oferece suporte e cuidados as pessoas no início da descoberta da doença, com encaminhamentos, orientações e suportes adequados (PARADA et al, 2008; BRASIL, 2012).

As repercussões emocionais ocasionadas pela retirada da mama são extensas e as mulheres que passam por esta circunstância carecem de auxílio adequado tendo em vista sua restituição social e familiar, assim como sua adequação à nova realidade. Quando a mulher é sujeita à mastectomia radical sua autoimagem pode ser afetada, diminuindo o grau de agrado com seu próprio corpo, interferindo contrariamente no seu relacionamento conjugal (SIMEÃO et al, 2013).

Em seu processo de sociabilização, as mulheres, por vezes são pressionadas a tolerar diversos tipos de sofrimentos, porém diante do diagnóstico do câncer de mama, essas mulheres esbarram com diversos sentimentos, como: culpa, sofrimento, dor, angústia. Desde o diagnóstico da doença até o seu processo de cura, esses sentimentos são constantes na mulher (DE SOUSA PINHO et al, 2019).

É muito comum o temor à mutilação, o medo da morte, os preconceitos sociais, sentimentos depressivos, entre as mulheres portadoras do câncer de mama. Além da perda funcional e de mudanças a nível emocional, psíquico e social, o câncer de mama e seu tratamento podem levar a alterações na sua autoimagem (MAJEWSKI et al, 2012).

Conviver com uma doença “rotulada”, como o câncer de mama, lidar com sentimentos negativos e encarar preconceitos dá possibilidade a mulheres sobre novas concepções de ter uma doença incurável (DE SOUSA PINHO et al, 2007).

Por causa da sua constância, efeitos psicológicos, alterações na autoimagem, sexualidade, dor, recidivas, ansiedade e baixa autoestima, é um dos tipos de câncer mais temidos pelas mulheres (DA SILVA; DA SILVA RIUL, 2011).

Consequências temporárias e permanentes são geradas na vida da mulher, quando ocorre o adoecimento da mama. Dependendo da importância dada pela mulher à imagem corporal, a cirurgia pode ser vivenciada de modo traumatizante pela mulher, por ser considerada uma mutilação. Após a dissecação dos linfonodos axilares, a funcionalidade do membro superior pode ficar comprometida. A mudança da sensação tátil, é outro aspecto a ser considerado (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Em função do câncer de mama, as mudanças que surgem na vida da mulher são acompanhadas por sentimentos negativos que podem modificar a autoestima, a imagem corporal, e o relacionamento social dessas mulheres (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

A forma como cada um se sente em relação a si afeta os aspectos das experiências vividas. A autoestima é a avaliação que a pessoa faz de si, implicando em um sentimento de valor, expressa num comportamento de desaprovação ou aprovação de si mesma. Logo, uma autoestima elevada, poderá influenciar positivamente a qualidade de vida dessa mulher, favorecendo seu bem-estar físico, psíquico e emocional, durante o período de diagnóstico, tratamento e acompanhamento do câncer de mama (GOMES; SOARES; SILVA, 2015).

4.17 Autoimagem

A partir do século XX, o corpo tem como função enquanto mediador cultural, onde recebe cada vez mais relevância, importância e visibilidade, porque

meramente com o corpo, o indivíduo pega-se a sua própria essência. É com ele, que a pessoa escreve sua própria história e realiza suas expectativas de vida (GHISLENI; LUCAS, 2016).

Segundo Sandra dos Santos (2003) p. 120

“Muitas vezes nos perguntamos o que é o corpo: aquele cantado em versos ou aquele da ciência; aquele que a mão acaricia ou aquele da estética; aquele da juventude ou aquele da velhice; aquele da mídia e do mercado de consumo ou aquele descrito como natural; aquele do homem ou aquele da mulher; aquele da religião ou aquele da lei; aquele da arte ou aquele da medicina; aquele da cirurgia plástica ou aquele da academia.”

Enfim, o corpo é tudo aquilo que somos, mas também aquilo que nos escapa, que nos ultrapassa, que não nos pertence (DOS SANTOS ANDRADE, 2003).

Com o avanço e a explosão dos meios de comunicação, a indústria corporal disseminou a ideia de imagens de corpo perfeito, corroborando a idealização de padrões corporais.

Seres que se olham fora dessas medidas, ficam insatisfeitos, por olharem seus corpos fora dos padrões impostos pela sociedade.

Tudo o que é acentuado, estimulado pelas mídias, com relação ao corpo perfeito, faz a maioria das pessoas irem atrás deste objetivo (RUSSO, 2005).

Portanto, fica claro que vários aspectos da imagem que a pessoa tem de si são afetados pela cultura (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Toda a jornada e o caminho para determinar “quem somos” começa na infância, deixa rastro na adolescência e permeia na idade adulta.

Dois aspectos a imagem tem: o modo como o próprio homem encara suas competências, habilidades, e o que ele gostaria de ser, ou seja, seus anseios, sonhos, desejos.

Portanto, a imagem do eu não é a interpretação do que eu sou, além disso, é o que eu desejo e devo ser.

O ser humano aprende a definir o mundo, de acordo com sua cultura. Os pais têm grande influência com relação a isso, pois eles ajudam a moldar o desenvolvimento do eu. Como por exemplo, os castigos e prêmios concedidos pelos

país, com relação aquilo que pode ou não ser feito. Tornando parte da identidade do indivíduo, os tabus e valores culturais (GOUVEIA et al, 2005).

Logo, fica claro que vários aspectos da imagem que a pessoa tem de si são afetados pela cultura (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

Nos tempos ditos pós-modernos, o corpo tem sido falado, analisado, invadido, investigado. Existem diversos âmbitos e categorias para nos dizer o que é o corpo. A indústria, a publicidade e a mídia vem tornando o corpo um verdadeiro mercado cultural, social e econômico (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2006).

Diante disso, a autoimagem manifesta-se na relação do indivíduo com o seu contexto social, decorrente das relações consigo mesmo e com os outros. Logo, o indivíduo pode tentar conter o seu comportamento, ter cuidado nas relações com as outras pessoas, aprende a analisar o ambiente no qual está inserido, adequando-se as obrigações que ele coloca a si mesmo, assim como também as que lhe são feitas (MOSQUERA; STOBBAUS, 2006).

A autoimagem, é a imagem mais real que podemos fazer de nós mesmos, ou seja, é o reconhecimento que fazemos de nós. É como sentimos os nossos potenciais, nossas atitudes, nossos sentimentos e ideia, portanto, é como realmente somos (MOSQUERA; STOBBAUS, 2006).

O indivíduo é simultaneamente interessante e antagônico. Possuindo capacidade para se descrever externamente para outro, porém com muitas dúvidas com relação a sua identidade (ERTHAL, 1986).

Existem dois tipos de autoimagem. A autoimagem independente e a autoimagem interdependente. As pessoas com uma autoimagem independente desenvolvida têm como referência suas próprias habilidades. Se expressam de forma direta, falando o que pensam. O conjunto de elementos que o compõe inclui: habilidades, pensamentos e sentimentos internos, ser único e expressar a si mesmo, realizar atributos internos e promover seus próprios objetivos, ser direto na comunicação (GOUVEIA et al, 2005).

A autoimagem interdepende, o indivíduo tem postura flexível, pensam neles e nos outros, estabelecem relacionamentos interpessoais harmoniosos e se ajustam a várias situações, apresentam uma forma de comunicação indireta, são atentos aos pensamentos e sentimentos dos demais e ao que estes não exprimem, suas conexões e ajustamentos com estes são fontes de estímulo (GOUVEIA et al, 2005).

A repercussão da cirurgia na autoimagem depende do tipo de cirurgia realizada. A mastectomia radical é perturbadora, traumática e agressiva para as mulheres. Pois tudo isso, não está relacionado apenas com a aparência física, mas também, toda uma concepção de integridade corporal, percepção de um corpo funcionante, inteiro, completo, sem falhas (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ, 2012).

Na atualidade, principalmente no ocidente, o retrato social do corpo é superintendido como elegante, belo, perfeito. A doença e a inutilidade física, implicam a perfeição, onde há perda de identidade e da integridade corporal (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ, 2012).

Cada cultura constrói sua própria imagem de corpo. Logo, vivemos em uma cultura onde o ser “jovem” é muito mais valorizado (RUSSO, 2005).

O câncer é uma doença que invade a alma. É uma doença que trás extração de partes, separação, divisão. Logo, o câncer de mama tem todo um contexto e significado, porque está totalmente relacionado e ligado ao corpo feminino, assim como também a expressão do eu, limitações físicas e estéticas, vivência de corpo mutilado, acompanhada de sentimentos de perda (DE ARAUJO AURELIANO, 2007).

Quando estão na fase de tratamento, o enfrentamento da sociedade é um problema que todas encaram (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2006).

A perda da mama, e dos cabelos causa toda uma desordem no corpo. As pacientes sentem-se desgostosas, feias e menos femininas. Desânimo, ansiedade, insegurança e medo de morte são constantes. Dificultando o relacionamento com o próximo (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2006).

As que realizaram a mastectomia sem a reconstrução mamária tem maiores riscos de desenvolverem depressão e ansiedade associadas à autoimagem. . A mulher tem de perceber e lidar com essa nova imagem. Que muitas vezes, não podem ser bem aceitas (REMONDES-COSTA; JIMENÉZ; PAIS-RIBEIRO, 2012).

A mastectomia não deve ser encarada apenas como a retirada do seio, e a queda dos cabelos como algo esperado, mas como um rompimento da feminilidade e autoimagem, resultando em inseguranças, mudanças e medos e a dificuldade da mulher em aceitar seu tratamento (DE MATOS; SOIHET, 2003).

Ademais, as mulheres tem na perda dos cabelos como algo mais doloroso do que perder o seio, por tratar-se de uma perda mais aparente, onde todos olham, algo visível para todos, pois não acomete só sua identidade como

mulher, mas como ser humano também. Já que os cabelos, são símbolos supremos da feminilidade (PINTO; GIÓIA-MARTINS, 2006; DOS SANTOS ANDRADE, 2003; FERREIRA, MAMEDE, 2003).

As mulheres sentem receio com relação a continuação do tratamento, sua reabilitação, reelaboração da autoimagem, autoestima, autocuidado, suporte familiar e social. Quando a mulher retorna à sua casa, logo após a cirurgia, tem receio com relação a sua trajetória e condução de suas vidas (FERREIRA, 2003).

5 METODOLOGIA

5.1 Desenho do estudo

Estudo descritivo e exploratório, de corte transversal, com abordagem quantitativa, onde tudo se traduz para um formato quantificável, ou seja, tudo deve ser analisado através de números, estatísticas, o que significa traduzir estas informações para classifica-las e analisá-las (PRODANOV; FREITAS, 2013). É um estudo também com procedimentos investigativos bibliográficos e documentais.

A pesquisa descritiva realiza o estudo, análise e interpretação dos fatos do mundo físico sem a interferência do pesquisador, cuja finalidade é observar, registrar e analisar os fenômenos sem adentrar 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, visando oferecer informações sobre o objeto da mesma, orientando a formulação de hipóteses. Tem ainda como visão, a descoberta, a elucidação de fenômenos ou a explicação dos que não eram aceitos apesar das evidências (TAMANINI et al, 2003; THE WHOQOL GROUP, 1995).

Este estudo é oriundo de um projeto maior, que tem como título: Qualidade de vida das mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama no Maranhão. O mesmo está vinculado ao Núcleo de estudo, pesquisa e educação em saúde da mulher (NEPESM) da Universidade Federal do Maranhão, e tem como pesquisadora responsável a Me. Paula Cristina Alves e Silva.

5.2 Local e período da coleta de dados

O estudo será desenvolvido em dois hospitais de referência para atendimento em oncologia no estado do Maranhão, ambos situados na capital São Luís: O Instituto Maranhense de Oncologia – Hospital Aldenora Belo (IMOAB) e o Hospital Geral Tarquinio Lopes Filho (HCTLF).

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. São realizados mais de 20.000 procedimentos no Hospital, em média 1.065 hospedagens e 3.200 refeições nas casas de apoio durante todos os meses do ano.

O HCTLF oferece todas as especialidades envolvidas no tratamento do câncer desde 2014. Nos últimos dois anos foram realizadas no hospital 11.076 sessões de quimioterapia, 2.502 cirurgias, 52.765 consultas ambulatoriais e 11.689 internações. O hospital realiza por mês mais de 1.700 tomografias computadorizadas, além de outros procedimentos diagnósticos, como mamografias, biópsias de próstata, mama e tireóide. Dentre os avanços recentes na assistência, estão a Neurocirurgia Oncológica e a Cirurgia Oncológica Minimamente Invasiva, realizada através de videolaparoscopia e videotoracoscopia, com incisões mínimas e rápida recuperação do paciente portador de câncer.

5.3 População do estudo

Serão abordadas mulheres previamente tratadas em cirurgias oncológicas da mama encontradas em sala de espera para consultas de acompanhamento pós-cirúrgico com mastologistas, fisioterapeutas e psicólogos, educadores físicos, além da abordagem durante as finalizações das reuniões dos grupos de apoio.

5.4 Cálculo Amostral

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

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

O cálculo do tamanho amostral do número de pacientes a serem entrevistadas nos Hospitais Aldenora Belo e Hospital Geral foi realizado utilizando-se o programa estatístico *PASS 15* (2017) e os seguintes parâmetros: Total de mulheres com câncer de mama atendidas por ano (2015) nestes hospitais, 410. Prevalência de cirurgias oncológicas mamárias de 70,7%, nível de significância (α) 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 *PASS 15* (2017).

5.5 Critérios de inclusão e exclusão

Serão incluídas no estudo, 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, que tinham finalizado o tratamento com quimioterápicos e que aceitaram a participação da pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Serão excluídas mulheres que trataram câncer de mama bilateral, que possuíam o diagnóstico de câncer de mama e sistêmico ou qualquer outra neoplasia e que tinham realizado o procedimento cirúrgico há menos de 06 (seis) meses. Os prontuários das participantes que não foram identificados, foram excluídas da coleta. Pacientes que apresentaram déficit cognitivo que incapacitou a obtenção das respostas e aquelas que se recusaram a participar do estudo.

5.6 Variáveis de estudo

Para coleta de dados será utilizado um questionário, que será aplicado em uma única etapa, por uma equipe de pesquisadores treinados. Além da coleta

com as participantes, será realizada consulta aos prontuários. Os dados a serem encontrados serão tabulados em planilhas do Microsoft ExcelR. As participantes serão abordadas nos dois hospitais acima citados enquanto esperam as consultas de acompanhamento pós-operatório, fisioterapia, educação física, psicologia e reuniões dos grupos de apoio.

Inicialmente será esclarecido o teor da pesquisa a elas e apresentado o TCLE e após consentimento de participação será aplicado o instrumento de forma assistida pelos entrevistadores. A fim de complementar a entrevista, confirmando dados e buscando outros não informados, será realizada a consulta ao prontuário.

O questionário (APÊNDICE B) que será utilizado para a pesquisa maior dispõe de 65 questões fechadas através do agrupamento das categorias de hábitos, características hereditárias, rastreamento, diagnóstico, características clínica e de tratamento, suporte emocional e grupo de apoio. Serão analisadas no estudo as seguintes variáveis: caracterização da amostra, questões (1 a 14); caracterização do suporte familiar e social, questões (48, 49); caracterização do cenário emocional, questões (58, 61, 62); questionário WHOQOL-bref, questões (11,19,26).

5.7 Análise de dados

A análise dos dados será realizada através das variáveis dos dois instrumentos utilizados para coleta de dados. Para tanto, será utilizada a média e desvio padrão. Na correlação das categorias foram aplicados os testes de variância (Anova) e Kruskal Wallis (teste equivalente, aplicado para variáveis não paramétricas) (PASS 15, 2017).

Na avaliação entre os dois questionários as variáveis numéricas foram realizadas através do teste T de Student, as variáveis nominais pelo teste do Qui-quadrado de independência e as variáveis ordinais foram avaliadas pelo teste de Mann-Whitney. O nível de significância adotado para todos os testes será $\alpha \leq 0,05$ (PASS 15, 2017).

Para digitação e tabulação dos dados será utilizado o Microsoft Office 2010® e o pacote estatístico utilizado foi o NCSS® 11 (versão 2017).

5.8 Riscos e benefícios

Conforme o item V da Resolução 466 de 12 de dezembro de 2012 “Toda pesquisa com seres humanos envolve risco”, em tipos e gradações variados. Esta pesquisa se 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 da pesquisadora.

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 cirurgicamente tratadas do câncer de mama.

5.9 Aspectos éticos

O estudo será desenvolvido respeitando os aspectos éticos conferidos pela Resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS). O projeto será encaminhado ao colegiado do curso de Enfermagem da Universidade Federal do Maranhão (UFMA) para aprovação. O projeto da pesquisa maior foi submetido e aprovado pelo Departamento de Educação da Secretaria Municipal de Saúde – SEMUS São Luís e Aldenora Belo e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP, Número do Parecer: 2.892.351 (ANEXO A).

O trabalho atenderá 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 serão orientadas sobre as características da pesquisa através do TCLE (APÊNDICE A).

6 RESULTADOS

Após a realização da coleta de dados, os mesmos foram digitados pela própria pesquisadora em banco de dados específico e tabulados no Microsoft Excel 2010. Em seguida, foi realizada uma análise criteriosa dos dados para cálculos das principais variáveis para elaboração e análise dos resultados que foram apresentados da produção de frequências absolutas e relativas por meio de tabelas e/ou gráficos.

Tabela 1 – Perfil socioeconômico e demográfico das mulheres submetidas à mastectomia.

VARIÁVEIS	n	%
Faixa etária		
<40 anos	11	6,9
40 a 49 anos	47	29,8
50 a 59 anos	54	34,2
60 anos e mais	46	29,1
Total	158	100,0
Estado civil		
Casada	53	33,5
Divorciada	18	11,4
Solteira	49	31,0
União estável	15	9,5
Viúva	23	14,6
Total	158	100,0
Filhos		
Não	20	12,7
Sim	138	87,3
Total	158	100,0
Caso sim, quantos		
1	29	21,1
2	53	38,4
3	26	18,8
4	13	9,4
5	9	6,5

6 e mais	8	5,8
Total	138	100,0
Etnia		
Amarela	9	5,7
Branca	24	15,2
Parda	99	62,1
Preta	26	16,5
Total	158	100,0
Município		
São Luís	109	69,0
São José de Ribamar	7	4,4
Paço do Lumiar	4	2,5
Raposa	1	0,6
Outros Municípios	37	23,5
Total	158	100,0
Onde mora		
Casa de amigos	4	2,5
Casa de outros familiares	4	2,5
Casa/apt	143	90,5
Habitação coletiva	1	0,6
Quarto ou cômodo alugado	6	3,8
Total	158	100,0
Com quantas pessoas mora?		
0 a 2	72	45,6
3 a 5	78	49,3
6 a 7	8	5,1
Total	158	100,0
Renda		
Até 1 salário mínimo	77	48,7
1 a 3 salários mínimos	67	42,5
3 a 5 salários mínimos	12	7,6
5 a 15 salários mínimos	1	0,6
> 15 salários mínimos	1	0,6
Total	158	100,0

Ocupação

Do lar	53	33,5
Aposentada	17	10,8
Autônoma	14	8,9
Professora	12	7,6
ACS	4	2,5
Desempregada	5	3,2
Empregada doméstica	5	3,2
Lavradora	6	3,8
Pescadora	8	5,1
Outra	34	21,4
Total	158	100,0

Religião

Agnóstica	5	3,2
Católica	94	59,5
Espírita	1	0,6
Evangélica	58	36,7
Total	158	100,0

Escolaridade

Analfabeta	2	1,3
Ensino fundamental completo	25	15,8
Ensino fundamental incompleto	33	20,9
Ensino médio completo	64	40,5
Ensino médio incompleto	7	4,4
Ensino superior completo	24	15,2
Ensino superior incompleto	3	1,9
Total	158	100,0

Orientação sexual

Heterossexual	158	100,00
Total	158	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

De acordo com a Tabela (1), das 158 pesquisadas submetidas à mastectomia, observa-se que a faixa etária predominante das pesquisadas é entre

50-59 anos (N=54 ou 34,2%); quanto ao estado civil, houve a predominância de casadas (N=53 ou 33,5%); no que diz respeito a terem filhos, a maior parte assinalou possuir (N=138 ou 87,3%); e as que possuíam filhos responderam ter 2 filhos (N=53 38,4%); já no que diz respeito à etnia, a maioria disse ser parda (N=99 ou 87,3%); o município predominante foi São Luís (N=109 ou 69,0); no que diz respeito onde moram, houve o predomínio de casa ou apartamento (N=143 ou 90,5%); e em relação com quantas pessoas mora, a maioria informou que entre 3 a 5 pessoas (N=78 ou 49,3%).

Ainda de acordo com a Tabela (1), quando interrogadas sobre a renda das mulheres submetidas à mastectomia, a maioria informou possuir até 1 (um) salário mínimo; sobre a ocupação, houve a predominância da ocupação Do lar (N=53 ou 33,5%); quanto à religião que seguem, a religião católica foi a predominante (N=94 ou 59,5%); no que diz respeito à escolaridade, quando interrogadas, houve o predomínio do Ensino Médio completo (N=64 ou 40,5%); e em relação à orientação sexual, houve a predominância da heterossexualidade (N=316 ou 100%).

Tabela 2 – Satisfação da mulher com a rede de apoio familiar.

VARIÁVEIS	n	%
Considera que sua família apoia o tratamento		
Não	6	3,8
Sim	152	96,2
Total	158	100,0
Tem acompanhante durante tratamento		
Não	21	13,3
Sim	137	86,7
Total	158	100,0
Se sim, quem		
Amigo	1	0,7
Filhos	47	34,3
Irmã/filhos	7	5,1
Irmã/irmão	14	10,2
Mãe/pai	7	5,1
Marido	17	12,4

Marido/filhos	12	8,8
Não especificado	11	8,0
Outros parentes	21	15,4
Total	137	100,0
Sente-se triste		
Não	128	81,0
Sim	30	19,0
Total	158	100,0
Aceita que seu corpo está diferente		
Não	20	12,7
Sim	138	87,3
Total	158	100,0
Total		158
		100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

De acordo com a Tabela (2), quanto à satisfação das mulheres com a rede de apoio familiar, no que diz respeito a considerarem a família apoiarem o tratamento, houve a predominância da família apoiar (N=152 ou 96,2%); quanto a terem acompanhante durante o acompanhamento, a maioria informou possuir (N=137 ou 86,7%); e em relação a quem a acompanha, a maioria informou que foram os filhos (N=47 ou 34,3%); já quanto ao sentimento de se sentirem tristes, a maioria informou que não (N=128 ou 81,0%); e em relação ao seu corpo está diferente, a maioria informou que sim (N=138 ou 87,3%).

Tabela 3 – Sentimentos de mulheres submetidas a cirurgia oncológica referentes à sua autoimagem.

VARIÁVEIS	n	%
Você é capaz de aceitar sua aparência física?		
Completamente	66	42,0
Médio	17	10,8
Muito	69	44,1
Muito pouco	2	1,2
Nada	3	1,9
Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo?		
Insatisfeito	3	1,9

Muito satisfeito	82	51,9
Nem satisfeito nem insatisfeito	11	7,0
Satisfeito	62	39,2
Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?		
Algumas vezes	76	48,1
Frequentemente	20	12,7
Muito frequentemente	7	4,4
Sempre	1	0,6
Nunca	54	34,2
Total	158	100,0

Fonte: Elaborada pela autora (2019).

De acordo com a Tabela (3), quanto aos sentimentos das mulheres submetidas a cirurgia oncológica conforme à sua autoimagem, quando perguntadas se elas seriam capazes de aceitar a sua aparência física, a maioria respondeu que muito (N=69 ou 44,1%); quanto ao quão estão satisfeitas consigo mesmo, a predominância foi muito satisfeitas (N=82 ou 51,9%); já em relação à frequência que elas têm sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?, a maioria respondeu algumas vezes (N=76 ou 48,1%).

7 DISCUSSÃO

Das 158 mulheres pesquisadas que foram submetidas à mastectomia, observou-se o predomínio da faixa etária entre 50 a 59 anos, casadas, com 2 filhos, da etnia parda e moradoras do município de São Luís. As pesquisadas ainda informaram morar com 3 a 5 pessoas em casa ou apartamento, recebendo em média um salário mínimo e como atividade informaram ser Do lar, terem como religião católica e possuírem o Ensino Médio completo e serem heterossexuais.

Resultados semelhantes foram encontrados em Oliveira; Oliveira (2010), porém a única diferença é quanto ao local da moradia e número de filhos, que no caso, dessa revisão da literatura as mulheres possuíam mais de 3 filhos.

Já conforme os estudos de Ferreira e Mamede (2012) foram encontrados dados diferentes aos anteriores citados, pois observou-se que segundo os autores, a maioria tinha mais de 3 filhos, moradas com 2 pessoas e informaram serem autônomas, ganharem mais de 2 salários mínimos e não possuírem o ensino médio completo.

Ainda de acordo com os resultados obtidos na pesquisa, no que diz respeito a satisfação da mulher com o apoio familiar, a maioria informou possuir, ter o acompanhamento dos filhos, não se sentirem tristes e aceitarem as diferenças do seu corpo.

Logo após receber o diagnóstico e os tratamentos em que a mulher será submetida, o apoio da família e sociedade tem sido referido como um fator muito importante na recuperação da saúde das pacientes (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006).

Esse apoio pode ser fornecido também pelas amizades, relações de trabalho, pela religiosidade, espiritualidade, sendo esta importante na promoção de saúde física e mental, contribuindo de certa forma, na redução da angústia (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006).

O apoio recebido, é gerado através das relações interpessoais, das relações íntimas, como por exemplo a família, amigos, companheiros, conselheiros religiosos, profissionais da saúde, dentre outros.

E todo esse apoio só pode ser estabelecido e se tornar eficaz, quando há um determinado número de pessoas componentes dessa rede de apoio, a duração

desses relacionamentos, assim também como a frequência de contato com esses membros da rede.

É dentro do contexto familiar, que recebemos todo apoio emocional, afetivo, material, que contribui para o bem-estar e constrói fatores positivos na recuperação da saúde.

Todo esse apoio recebido, exerce de maneira direta e indireta sobre o sistema imunológico, fazendo o indivíduo aumentar a sua capacidade para contornar momentos e situações difíceis.

Estudos de revisão da literatura semelhantes aos da pesquisa em epígrafe foram encontrados em Tonani; Carvalho (2011); Lima (2010); FUNGHETTO; TERRA; WOLFF (2012), e nestes estudos a maior parte das mulheres informou que o câncer de mama não atrapalhou na autoimagem e que com a descoberta e tratamento da doença houve um sentido maior em se cuidarem.

De acordo com Ferreira (2003), a adaptação contínua e gradativa do novo corpo, é o que ocorre depois da cirurgia. A cirurgia da mama destrói a imagem corporal de maneira avassaladora. Porém, essa autoestima e nova imagem corporal são construídas ao longo da vida, de acordo com as experiências de cada um. Por conseguinte, a mulher precisa de um determinado tempo para assimilar e incorporar essa nova imagem.

O ser humano é capaz de adaptar-se a quase tudo. Nota-se no presente estudo, a grande aceitação que as mulheres têm do seu próprio corpo. Muitas relataram até uma satisfação melhor após o procedimento cirúrgico.

Porém, Andrade (2010) discorda em seu trabalho sobre mulheres que foram submetidas à cirurgia de mastectomia, no que diz respeito às diferenças no corpo e a aceitação, pois, para o autor, é um estágio de muito sofrimento e desilusão com a vida, e a cirurgia, por se tratar de um procedimento mutilador ao corpo da mulher, em sua maioria não aceitam essas modificações.

Conforme as informações do estudo relacionadas ao sentimento das mulheres submetidas à cirurgia oncológica referentes à sua autoimagem, a maioria informou aceitar a aparência física, que estão satisfeitas consigo mesma, e em relação a sentimentos negativos (mau humor, desespero, ansiedade e depressão) disseram possuir às vezes.

O tratamento para o câncer de mama, por sua vez, tido como algo desgastante tanto no aspecto físico, quanto emocional. Sendo a tristeza, ansiedade e depressão como algo frequente (HOFFMANN; MULLER; FRASSON, 2006).

Diante disso, podemos perceber que todo sofrimento que a mulher vivencia, desde o diagnóstico até o tratamento em si, vai muito além da presença de um nódulo.

Diversas pesquisas demonstram que as relações interpessoais, agem como um escudo protetor com relação a tristeza e o estresse.

Conforme Freitas et al (2013) inferem em seus estudos, a autoimagem da mulher que é submetida a cirurgia oncológica, essas não possuem mais a autoestima como anteriormente ao procedimento, o que concorda com este ponto conceito Andrade (2010) e Helfenstein (2012), sendo que este autor ainda colabora informando que a depressão e o medo de morrer é recorrente entre estas mulheres.

8 CONCLUSÃO

O câncer de mama acarreta um certo grau de comprometimento na autoimagem. A reação da mulher quanto ao diagnóstico do câncer e a mutilação da mama, será de acordo com relação a sua história de vida, ao contexto social, econômico e familiar. É nesse momento que a mulher pode vivenciar várias dificuldades principalmente a vergonha e a dificuldade em lidar com o próprio corpo.

Tem-se acreditado que é muito importante pesquisar a qualidade de vida nas pesquisas com relação ao câncer de mama. Porque poderá guiar estratégias com relação ao enfrentamento da doença, assim como também tentar diminuir o sofrimento e desconforto, para uma melhor recuperação física e psicológica dessa mulher.

Um dos principais fatores que tem influência sobre o corpo da mulher é o padrão que a sociedade impõe com relação ao corpo perfeito. O apoio familiar é essencial para o enfrentamento da doença, pois é na família que está o maior envolvimento de laços afetivos que permite à mulher estabilidade para lutar contra a doença.

No momento de tratamento é necessário que a mulher passe por um processo de reabilitação onde envolvem processos de aprendizagem de certas habilidades físicas, descobrir seu papel dentro da família, da sociedade, estar de bem consigo mesma, ser capaz de aceitar sua aparência física e ter sentimentos bons que aumentem ainda mais sua capacidade para o enfrentamento e recuperação da doença.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, Raquel Ayres de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH**, v. 9, n. 2, p. 99-113, 2006.
- ALMEIDA, Thayse Gomes de; et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015.
- AMARAL, Mariana Xavier Gonçalves do et al. . Reações emocionais do médico residente frente ao paciente em cuidados paliativos. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro , v. 11, n. 1, p. 61-86, jun. 2008 . Disponível em <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582008000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 21 nov. 2019
- ANDRADE, Camilla de Abrahão. **O Saber da Notícia**: entendendo a trajetória das mulheres com câncer de mama numa perspectiva de gênero. Rio de Janeiro: Editora 34, 2010.
- AZEVEDO, Rosana Freitas; LOPES, Regina Lucia Mendonça. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1067-1070, 2010.
- BERNARDES, Nicole Blanco et al. Câncer de Mama X Diagnóstico/Breast Cancer X Diagnosis. **ID ON LINE REVISTA MULTIDISCIPLINAR E DE PSICOLOGIA**, v. 13, n. 44, p. 877-885, 2019.
- BRASIL, Rastreamento Mamográfico. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.
- BRASIL. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2018**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2019.
- COSTA, Lorena Adriany da. A incidência do câncer de mama em dois municípios de Minas Gerais. 2017.
- DA SILVA, Pamella Araújo; DA SILVA RIUL, Sueli. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011. Acesso em 3 de novembro de 2019.
- DA SILVA, Pamella Araújo; DA SILVA RIUL, Sueli. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, p. 1016-1021, 2011.
- DE ALMEIDA, Ana Maria et al. Construindo o significado da recorrência da doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-americana de enfermagem**, v. 9, p. 63 citation_lastpage= 69, 2 acesso em 3 de novembro de 2019.
- DE ALMEIDA, Thayse Gomes et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015.
- DE ARAUJO AURELIANO, Waleska. Vênus Revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama. **Barbarói**, p. 107-129, 2007.
- DE ARAUJO AURELIANO, Waleska. Vênus Revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama. **Barbarói**, p. 107-129, 2007.
- DE MATOS, Jéssica Carvalho; PELLOSO, Sandra Marisa; DE BARROS CARVALHO, Maria Dalva. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 18, n. 3, p. Tela 57-Tela 64, 2010.
- DE OLIVEIRA, Andresa Mendonça et al. Ações extensionistas voltadas para a prevenção e o tratamento do câncer ginecológico e de mama: relato de experiência. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 1, p. 240-245, 2012.

DE SOUSA PINHO, Luana et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 1, 2007.

DE SOUSA PINHO, Luana et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista eletrônica de enfermagem**, v. 9, n. 1, 2007. Acesso em 3 de novembro de 2019.

DE SOUZA TEIXEIRA, Michele et al. Atuação do enfermeiro da Atenção Primária no controle do câncer de mama. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 1-7, 2017.

DORSCH H. H. & Kurt H. S. (2001). **Dicionário de Psicologia Dorsch**. Ries; Petrópolis: Vozes.
DOS SANTOS ANDRADE, Sandra. Saúde e beleza do corpo feminino-algumas representações no Brasil do século XX. **Movimento**, v. 9, n. 1, p. 119-143, 2003.

DOS SANTOS ANDRADE, Sandra. Saúde e beleza do corpo feminino-algumas representações no Brasil do século XX. **Movimento**, v. 9, n. 1, p. 119-143, 2003.

DUARTE, Tânia Pires; ANDRADE, Angela Nobre de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de psicologia**, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003.

ERTHAL, Tereza Cristina. A auto-imagem: possibilidade e limitações da mudança. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 38, n. 1, p. 39-46, 1986.

FABRO, Erica Alves Nogueira et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Rev Bras Mastologia**, v. 26, n. 1, p. 4-8, 2016.

FABRO, Erica Alves Nogueira et al. Atenção fisioterapêutica no controle do linfedema secundário ao tratamento do câncer de mama: rotina do Hospital do Câncer III/Instituto Nacional de Câncer. **Rev Bras Mastologia**, v. 26, n. 1, p. 4-8, 2016.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva et al. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 299-304, 2003.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. **Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia**. Rio de Janeiro: Artmed, 2012.

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva Marques; MAMEDE, Marli Villela. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto / Universidade de São Paulo, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/29797>>

FERREIRA, Maria de Lourdes da Silva; et al. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, p. 299-304, 2003.

FREITAS JR, Ruffo et al. **Conhecimento e prática do autoexame de mama**. São Paulo: Record, 2013.

FRIO, C. C.; GONZALEZ, M. C.; PRETTO, A. D. B.; PASTORE, C. A. Influência da composição corporal sobre a qualidade de vida de pacientes com câncer. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 61, n. 4, 2015.

FUNGHETTO, Sinvalana Schwerez; TERRA, Marlene Gomes; WOLFF, Leila Regina. **Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade**. Rio de Janeiro: Artmed, 2012.

GHISLENI, Pâmela Copetti; LUCAS, Douglas Cesar. Eu-pele: o corpo feminino como lugar de significação e empoderamento da mulher. **JORNADA DE PESQUISA**, v. 21, 2016.

GODINHO, Eduardo Rodrigues; KOCH, Hilton Augusto. Rastreamento do câncer de mama: aspectos relacionados ao médico. **Radiol Bras**, v. 37, n. 2, p. 91-9, 2004.

GOMES, Nathália Silva; SOARES, Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riul da. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 120-132, 2015.

GOMES, Nathália Silva; SOARES, Maurícia Brochado Oliveira; SILVA, Sueli Riul da. Autoestima e qualidade de vida de mulheres submetidas à cirurgia oncológica de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**, v. 19, n. 2, p. 120-132, 2015.

GOUVEIA, Valdiney Veloso et al. Auto-imagem e sentimento de constrangimento. **Psico**, v. 36, n. 3, p. 10, 2005.

GRAVE, M. T. Q.; KOETZ, L. C.E.; SEHNEM, E.; SILVA, S. H. Qualidade de vida pós-mastectomia e sua relação com a força muscular de membro superior. **Revista Fisioterapia e Pesquisa**, v. 21, n. 2, 2014.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Risco de câncer no Brasil: tendências e estudos epidemiológicos mais recentes. **Rev bras cancerol**, v. 51, n. 3, p. 227-34, 2005.

GUERRA, Maximiliano Ribeiro et al. Sobrevida por câncer de mama e iniquidade em saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, p. 1673-1684, 2015.

HELFENSTEIN, Maila Oliveira. **Na luta contra um inimigo íntimo**: compreendendo a experiência de mulheres a respeito dos tratamentos contra o câncer de mama. São Paulo: Artmed, 2012.

HOFFMANN, Fernanda Silva; MULLER, Marisa Campio; FRASSON, Antônio Luiz. Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 7, n. 2, p. 239-254, 2006.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. Anatomia da Mama. In: Instituto Nacional de Câncer. Falando Sobre Câncer de Mama. [s.i.]: Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva, 2002. p. 18-19. Disponível em: http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf. Acesso em: 28 out. 19

LIMA, Roberta de. **A representação social das mulheres sobre o seu câncer de mama**: implicações para o cuidado de enfermagem. Belo Horizonte: Seleta, 2010.

LOPES, Liana Mayra Melo de Andrade et al. Saúde da mulher: prevenção e cuidados do câncer de mama. 2017.

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

MARIEB, Elaine Anatomia humana / Elaine Marieb, Patricia Wilhelm, Jon Mallatt ; tradução Livia Cais, Maria Silene de Oliveira e Luiz Cláudio Queiroz ; revisão técnica João Lachat, José Thomazini e Edson Liberti. – São Paulo : Pearson Education do Brasil, 2014. Título original: Human anatomy 7. ed. americana ISBN 978-85-4301-496-8 1. Anatomia humana I. Wilhelm, Patricia Brady. II. Mallatt, Jon. III. Título. ANATOMIA HUMANA 7 EDIÇÃO <https://enarm.com.mx/catalogo/20.pdf> ACESSO em 28 out. 19

MARTINS, Camilla Albuquerque et al. Evolução da mortalidade por câncer de mama em mulheres jovens: desafios para uma política de atenção oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 3, p. 341-349, 2013.

MATOS, Jéssica Carvalho de; PELLOSO, Sandra Marisa; CARVALHO, Maria Dalva de Barros. Fatores associados à realização da prevenção secundária do câncer de mama no Município de Maringá, Paraná, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, p. 888-898, 2011.

MINEO, FláviaLúcia Venâncio et al. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 4, n. 2, p. 2238-2260, 2013.

MOSQUERA, Juan José Mouriño; STOBAUS, Claus Dieter. Auto-imagem, auto-estima e auto-realização: qualidade de vida na universidade. **Psic., Saúde & Doenças**, Lisboa, v. 7, n. 1, p. 83-88, 2006. Disponível em <http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1645-00862006000100006&lng=pt&nrm=iso>. acessos em 07 nov. 2019.

NO BRASIL, Rastreamento Mamográfico. Rastreamento do câncer de mama no Brasil: quem, como e por quê?. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 58, n. 1, p. 67-71, 2012.

OLIVEIRA, Rafaela Silva; OLIVEIRA, Verônica Márcia Gomes de. **Autoexame das mamas: o olhar das usuárias do SUS**. São Paulo: Melhoramentos, 2010.

PARADA, Roberto et al. A política nacional de atenção oncológica e o papel da atenção básica na prevenção e controle do câncer. **Revista de APS**, v. 11, n. 2, p. 199-199, 2008.

PASS 15. **Power Analysis and Sample Size Software** (2017). NCSS, LLC. Kaysville, Utah, USA. Disponível em: <<https://ncss.com/software/pass>> acesso em: 03 out 2019.

PEREIRA, Dayane; BRAGA, Ana Aparecida Martinelli. A mastectomia e a resignificação do corpo no feminino. **Revista Psicologia, Diversidade e Saúde**, v. 5, n. 1, 2016.

PINHO, Valéria Fernandes de Souza; COUTINHO, Evandro Silva Freire. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, p. 1061-1069, 2007. Acesso em 3 de novembro de 2019.

PINTO, Adriana Carvalho; GIÓIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. **Revista da SBPH**, v. 9, n. 2, p. 3-27, 2006.

PINTO, Adriana Carvalho; GIÓIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica. **Revista da SBPH**, v. 9, n. 2, p. 3-27, 2006.

PRATES, Ana Carolina Lagos; ZANINI, Daniela Sacramento; VELOSO, Márcia de Faria. Investimento corporal e o funcionamento sexual em mulheres no pós-cirúrgico de câncer de mama. **Revista da SBPH**, v. 15, n. 1, p. 264-278, 2012.

PRECOCE, DETECÇÃO. Controle do Câncer de Mama-Documento de Consenso. **Rev Bras Cancerol**, v. 50, n. 2, p. 77-90, 2004.

PRODANOV, Cleber Cristiano; FREITAS, EC de. Metodologia do trabalho científico: métodos e técnicas da pesquisa e do trabalho acadêmico. 2013. **Ed Feevale**, v. 1, p. 288, 2017.

PROLLA, Carmen Maria Dornelles et al. Conhecimento sobre câncer de mama e câncer de mama hereditário entre enfermeiros em um hospital público. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 23, n. 1, p. 90-97, 2015.

RUSSO, Renata. Imagem corporal: construção através da cultura do belo. **Movimento & Percepção**, v. 5, n. 6, p. 80-90, 2005.

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2511-2522, 2011.

SANTOS, Daniela Barsotti; VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, p. 2511-2522, 2011.

SILVA, Katiúscia Flávia de Lima. Fatores associados ao ganho de peso em pacientes com câncer de mama em hormonioterapia. 2018.

SIMEÃO, Sandra Fiorelli de Almeida Penteadó et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 18, p. 779-788, 2013.

SOUZA, Nazareth Herminia Araújo de et al. Aspectos psicossociais resultantes do câncer de mama. 2016.

TAMANINI J.T.N; D'ANCONA C.A.L; BOTEGA N; NETTO N.R. Tradução, confiabilidade e validade do "King's Health Questionnaire" para a língua portuguesa em mulheres com incontinência urinária. **Rev Saude Publica**. 2003;37:203-11.

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

TONANI, Marcela; CARVALHO, Emilia Campos de. **Risco de câncer e comportamentos preventivos: a persuasão como estratégia de intervenção**. São Paulo: Caderno Azul, 2011.

URBAN, Linei Augusta Brolini Dellê et al. Recommendations of Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem, Sociedade Brasileira de Mastologia, and Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia for imaging screening for breast cancer. **Radiologia brasileira**, v. 45, n. 6, p. 334-339, 2012.

VINIEGRAS, Carmen Regina Victoria García; BLANCO, Maritza Gonzalez. Bienestar psicológico y cáncer de mama. **Avances en psicología latinoamericana**, v. 25, n. 1, p. 72-80, 2010.