



MESTRADO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

**PRÉ-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA: UMA ABORDAGEM
COMPREENSIVA NA PERSPECTIVA DE ALFRED SCHÜTZ E SUA
CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM.**

**TRABALHO DE CONCLUSÃO DE MESTRADO SUBMETIDO COMO REQUISITO PARA
OBTENÇÃO DO GRAU ACADÊMICO DE MESTRE**

Raquel Barroso Evaldt Jacob

Asunción, Paraguay

JULHO 2017



UNIVERSIDAD COLUMBIA DEL PARAGUAY

DEPARTAMENTO DE POST GRADO

**PRÉ-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA: UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA NA
PERSPECTIVA DE ALFRED SCHÜTZ E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM**

Dissertação apresentada à Universidad Columbia
como requisito parcial para a obtenção do título de
Mestre em gestão e administração em saúde
pública.

Tutor (a): Prof^a. D.ra Iris Bazilio Ribeiro.

Asunción, Paraguay

JULHO 2017

J 15 Jacob, Raquel Barroso Evaldt.

Pré-operatório de mastectomia: uma abordagem compreensiva na perspectiva de Alfred Schütz e sua contribuição para a Enfermagem/ Raquel Barroso Evaldt Jacob. – Assunção, 2017. 133f.

Dissertación de Maestría (Gestão e Administração em Saúde Pública) – Universidad Columbia del Paraguay 2017.

Orientadora: Iris Bazílio Ribeiro.

1. Mastectomia 2. Mulheres. 3. Pré-operatório I. Ribeiro, Iris Bazilio (Orient.). II. Universidad Columbia del Paraguay. III. Título.

CDU 610*



**PRÉ-OPERATÓRIO DE MASTECTOMIA: UMA ABORDAGEM COMPREENSIVA NA
PERSPECTIVA DE ALFRED SCHÜTZ E SUA CONTRIBUIÇÃO PARA A ENFERMAGEM**

Banca examinadora:

(Nome, título e Instituição a que pertence)

(2º Nome, título e Instituição a que pertence)

(3º Nome, título e Instituição a que pertence)

DEDICATÓRIA

*Dedico este estudo **as mulheres** que vivenciaram o fenômeno “pré-operatório de mastectomia” em busca da cura, superando as dificuldades com apoio ou não da **família e amigos**, vivendo todas as incertezas e ansiedades do momento.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, Manoel Damasceno da Silva, meu exemplo de força, coragem e retidão. Muito obrigada por tudo! Vou sempre te amar! Meu coração fora do peito!

À minha mãe Maria Rosa Barroso da Silva e irmã Márcia Barroso da Silva, meus motivos para continuar a caminhada!

Ao meu marido, Ademir Evaldt Jacob, por todo o amor e companheirismo!

À minha irmã do coração, Úrsula Pérsia Paulo do Santos, por todo apoio, por estar ao meu lado mesmo distante hoje e sempre!

À minha orientadora Íris Bazílio Ribeiro, pela paciência, carinho, compreensão e palavras de apoio!

Às minhas colegas de trabalho, Anna Paula Rodrigues de Oliveira, Aline Cecília Drummond Dutra Luz Machado Cardoso, Cláudia Jorge de Oliveira e Cristiane Fernandes Cardoso Maia por tornarem meus dias mais leves.

À Divisão de Enfermagem do HCIII, na pessoa de Alessandra Sampaio, pelo apoio.

À Íris Maria de Souza Carvalho, pelo amparo, atenção e carinho!

Ao Bruno Durante, pela ajuda, apoio e atenção!

À amiga Adriana Dias, por me acalmar quando eu mais precisei e todo o apoio dispensado.

À amiga Hildete Hoffmaster pelo carinho e atenção!

Ao meu amigo Darwin Barroso Jacob, por fazer meus dias mais divertidos!

RESUMO

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres não só em função de sua alta frequência, mas também pelos efeitos psicológicos. Para a mulher, a mama não é somente um órgão de adorno ou de estímulo sexual, e sim a representação de sua feminilidade. Nesta pesquisa buscou-se compreender como a pessoa vivencia o fenômeno “pré-operatório de mastectomia”, através do significado atribuído à ele e às expectativas das pacientes. Teve como objetivos identificar o significado do período pré-operatório para as pacientes que serão submetidas à mastectomia, traçar a situação biográfica destas pacientes e identificar quais são as suas expectativas neste período. O estudo justificou-se pelo aumento da incidência de mulheres acometidas pelo câncer de mama e submetidas a procedimentos cirúrgicos não conservadores, assim como ainda haver muito espaço para a realização de pesquisas sobre o período pré-operatório de mastectomia e pela necessidade de incentivar a produção de mais pesquisas neste campo do saber. O caminho metodológico deu-se através da fenomenologia compreensiva de Alfred Schütz. Este trabalho foi investigativo e descritivo seguindo uma abordagem qualitativa e quantitativa. Ao final do estudo compreendeu-se o tipo vivido da mulher que será submetida à mastectomia: a mulher em pré-operatório de mastectomia é ansiosa, mas confia em Deus e na equipe de saúde para que todo esse período passe rápido, tenha boa recuperação e obtenha a cura. A situação biográfica das usuárias evidenciou a importância da bagagem de conhecimento durante o pré-operatório.

Palavras-chave: mastectomia; mulheres; pré-operatório.

RESUMEN

El cáncer de mama es probablemente lo más temido por las mujeres no sólo en función de su alta frecuencia, sino también en función de sus efectos psicológicos. Para la mujer, la mama no es sólo un órgano de adorno o de estímulo sexual, y sí la representación de su feminidad. En esta investigación se buscó comprender cómo la persona experimenta el fenómeno "preoperatorio de mastectomía", a través del significado asignado para él y a las expectativas de las pacientes. Tuvo como objetivos identificar el significado del período preoperatorio para las pacientes que serán sometidas a la mastectomía, formar una situación biográfica de estas pacientes e identificar cuáles son sus expectativas en este período. La investigación se basaba en que el aumento de la incidencia de mujeres afectadas por el cáncer de mama y sometidas a procedimientos quirúrgicos no conservadores, sino también haber aún mucho espacio para la realización de investigaciones sobre el período preoperatorio de mastectomía y la necesidad de incentivar la producción de más investigaciones en este campo del saber. El camino metodológico se dio a través de la fenomenología comprensiva de Alfred Schütz. Este trabajo fue una investigación con abordaje cualitativo y descriptivo. Al final de este estudio se comprendió el tipo vivido de la mujer que se someterá a la mastectomía: la mujer en preoperatorio de mastectomía es ansiosa, pero confía en Dios y en el equipo de salud para que todo este período pase rápido, tenga buena recuperación y obtenga la cura. La situación biográfica de las usuarias evidenció la importancia del bagaje de conocimiento durante el preoperatorio.

Palabras clave: mastectomía; mujeres; preoperatorio

LISTA DE QUADROS

Quadro 01	Demonstrativo dos estudos selecionados	52
Quadro 02	Situação biográfica	75

LISTA DE TABELAS

Tabela 01 - Finalidade da radioterapia	39
Tabela 02 - Idade das mulheres entrevistadas	58
Tabela 03 - Escolaridade	59
Tabela 04 - Estado Civil	60
Tabela 05 - Quantidade de filhos	60
Tabela 06 - Menarca	61
Tabela 07 - Idade da primeira gestação	62
Tabela 08 - Alimentação - Consumo de alimentos não industrializados..	63
Tabela 09 - Alimentação - Consumo de alimentos industrializados – enlatados e embutidos	63
Tabela 10 - Alimentação - Consumo de carne vermelha	64
Tabela 11 - Índice de Massa Corporal (IMC)	66
Tabela 12 - Tabagismo	67
Tabela 13 - Consumo regular de bebida alcoólica	68
Tabela 14 - Apoio de rede social	68
Tabela 15 - Grupo de apoio	69
Tabela 16 - Suporte psicológico ou psiquiátrico	70

LISTA DE SIGLAS

COFEN	Conselho Federal de Enfermagem
INCA	Instituto Nacional do Câncer
CNS	Conselho Nacional de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
DCNT	Doenças Crônicas Não Transmissíveis
PNS	Pesquisa Nacional de Saúde

SUMÁRIO

	INTRODUÇÃO	15
	CAPÍTULO I – MARCO PROBLEMÁTICO	17
1.1	O PROBLEMA	17
1.2	JUSTIFICATIVA	18
1.3	OBJETIVO	18
1.3.1	Objetivo geral	18
1.3.2	Objetivo específico	18
1.4	QUESTÕES INVESTIGATIVAS	18
1.5	RELEVÂNCIA	19
	CAPITULO II – MARCO TEÓRICO	20
2.1	BIOÉTICA	20
2.2	CARCINOGENESE	20
2.3	O CÂNCER DE MAMA	21
2.3.1	Classificação dos carcinomas de mama	22
2.4	CLASSIFICAÇÃO TNM E ESTADIAMENTO	25
2.5	FATORES DE RISCO	26
2.6	TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MAMA	32
2.6.1	Cirurgias radicais	33
2.6.2	Cirurgias conservadoras	34
2.6.3	Marcação pré-cirúrgica	34
2.7	ABORDAGEM DO LINFONODO SENTINELA	34
2.8	TRATAMENTOS NÃO CIRÚRGICOS DO CÂNCER DE MAMA	35
2.8.1	Quimioterapia	35

2.8.1.1	<i>Hormonioterapia</i>	35
2.8.1.2	<i>Bioterapia</i>	36
2.8.1.3	<i>Alvoterapia</i>	36
2.8.2	Finalidades da quimioterapia	36
2.8.2.1	<i>Quimioterapia paliativa</i>	36
2.8.2.2	<i>Quimioterapia para controle temporário da doença</i>	37
2.8.2.3	<i>Quimioterapia neoadjuvante</i>	37
2.8.2.4	<i>Quimioterapia adjuvante</i>	37
2.8.2.5	<i>Quimioterapia curativa</i>	37
2.8.2.6	<i>Quimioterapia experimental</i>	38
2.8.3	Radioterapia	38
2.9	O CÂNCER DE MAMA NO BRASIL	39
2.10	REDES DE APOIO	41
	CAPITULO III - MARCO METODOLÓGICO	42
3.1	DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	42
3.2	TIPO DE PESQUISA	44
3.3	POPULAÇÃO E AMOSTRA	45
3.4	INSTRUMENTO	45
3.5	COLETA DE DADOS	46
3.6	ANÁLISE DE DADOS	46
	CAPITULO IV –REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO	47
4.1	ESTADO DA ARTE	51
	CAPITULO V -APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANALISE DA PESQUISA	57
5.1	ANALISE QUANTITATIVA	58
5.2	MOVIMENTO DA ANÁLISE COMPREENSIVA DE ALFRED SCHÜTZ ..	71

5.2.1	Situação biográfica	74
5.2.2	Resultados e discussão das perguntas abertas	87
5.3	TIPO VIVIDO	106
	CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES	107
6.1	RECOMENDAÇÃO	111

REFERÊNCIAS

ANEXOS

APÊNDICES

INTRODUÇÃO

O câncer de mama é provavelmente o mais temido pelas mulheres não só em função de sua alta frequência, mas também pelos efeitos psicológicos, que alteram a percepção da sexualidade e a própria imagem corporal.

Para a mulher, a mama não é somente um órgão de adorno ou de estímulo sexual, e sim a representação de sua feminilidade. O câncer de mama é pouco incidente antes dos 35 anos de idade, mas acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente.

Este tipo de câncer representa, nos países ocidentais, uma das principais causas de morte em mulheres. As estatísticas mostram aumento de sua frequência, tanto nos países desenvolvidos como nos países em desenvolvimento (BIFULCO & JÚNIOR, 2014).

O atendimento a pacientes com câncer de mama deve passar desde o primeiro momento pela abordagem multidisciplinar e multiprofissional, incluindo a equipe de enfermagem, psicologia, serviço social e equipe médica. Deste modo torna-se um terreno muito fértil para a produção de pesquisas nesta área do conhecimento.

Este trabalho trata de um período muito especial na vida dessas pacientes que é o período que antecede a cirurgia de mastectomia (retirada da mama) que é uma cirurgia mutilante e envolve muitas questões íntimas.

As mulheres abordadas neste estudo seriam submetidas à mastectomia (cirurgia de retirada da mama) que pode ser simples ou radical (envolvendo a retirada de linfonodos axilares) e pode incluir biópsia de linfonodos.

A mama tem uma simbologia importante para o ser feminino que dizem respeito à questões de auto-imagem. Símbolo de feminino, interage no comportamento sexual e na maternidade. A perda da mama pode ocasionar muitas mudanças na vida pessoal da mulher, porém ao mesmo tempo pode ser ocultado dos demais (que não fazem parte de sua vida íntima) e pode também ser

contornada com a reconstrução de uma neomama. Mas em muitos casos essa reconstrução não pode ser feita de forma imediata e com isso essas mulheres têm que aprender a viver durante um tempo com essa mudança no corpo. Muitas delas dependem do resultado de uma biópsia em seus linfonodos axilares que é feita durante a cirurgia e com isso acordam do procedimento sem saber se houve a reconstrução ou não.

Em um hospital de referência em oncologia, onde foi realizado este estudo, faz parte do protocolo, uma consulta de enfermagem intitulada “consulta pós diagnóstico”. Essa consulta se propõe a apresentar à paciente o tratamento cirúrgico ao qual será submetida. É realizada uma consulta empática de modo a propiciar que ela se sinta à vontade para retirar suas dúvidas.

A participação do acompanhante é uma importante ferramenta nesta fase, pois muitas pacientes precisam deste apoio e se sentem mais acolhidas e seguras assim.

A resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) – 159 dispõe sobre a consulta de enfermagem e orienta que a esta consulta, sendo atividade exclusiva do enfermeiro, deve utilizar elementos do método científico para detectar situações de saúde/doença, prescrever e implementar medidas de enfermagem que contribuam para promover, prevenir, proteger a saúde, recuperação e reabilitação do indivíduo, família e comunidade.(CONSELHO FEDERAL DE ENERMAGEM, 1997)

Durante a realização de uma dessas consultas é que surgiu o interesse em realizar este trabalho. Diante das situações observadas surgiram alguns questionamentos: Quais os recursos que as pacientes poderiam dispor para seu enfrentamento? O que poderia ser feito para prestar uma assistência de enfermagem de maior qualidade.

CAPITULO I – MARCO PROBLEMÁTICO

1.1 PROBLEMA

O período pré-operatório de mastectomia é único na vida das mulheres. Repleto de incertezas e medos que envolve também os familiares. Neste momento é muito importante o apoio familiar e receber uma atenção adequada da equipe de enfermagem com explicações a respeito do seu tratamento para encorajar o indivíduo a vencer suas próprias barreiras. Uma barreira importante é a do desconhecimento, por isso é importante dar orientações através de linguagem simples sobre o tipo de cirurgia pela qual a pessoa vai ser submetida, o que deve e o que não deve ser feito nos períodos pré e pós-operatório, explicar as rotinas do hospital referentes à internação, escutar os questionamentos do paciente e do acompanhante (se houver) e dar espaço para essas pessoas expressarem o que elas entenderam e se precisam de mais orientações.

Para esse estudo levantou-se o seguinte problema:

- Qual o significado do período pré-operatório de mastectomia para as pacientes com câncer de mama que serão submetidas a este procedimento.

1.2 JUSTIFICATIVA

Esta pesquisa justifica-se pelo aumento da incidência de mulheres acometidas pelo câncer de mama e submetidas a procedimentos cirúrgicos não conservadores, por haver, atualmente, mais espaço para se realizar pesquisas sobre o período pré-operatório de mastectomia e pela necessidade de incentivar a produção de mais pesquisas neste campo do saber.

Nas informações apresentadas pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) em novembro de 2015, estima-se que, no biênio 2016-2017, 57.960 mulheres serão acometidas por câncer de mama (INCA, 2015)

1.3 OBJETIVOS

1.3.1 Objetivo geral

- Identificar o significado do período pré-operatório para as pacientes que serão submetidas a mastectomia.

1.3.2 Objetivos específicos

- Traçar a situação biográfica das pacientes que serão submetidas a mastectomia;
- Identificar quais são as expectativas dessas pacientes no período pré-operatório.

1.4 QUESTÕES INVESTIGATIVAS

Como questões investigadas, visando a compreensão do fenômeno, foi proposto:

- Qual a situação biográfica das pacientes que serão submetidas a mastectomia;
- Quais são as expectativas dessas pacientes no período pré-operatório.

1.5 RELEVÂNCIA

Consiste em contribuir por meio do embasamento teórico para a melhoria da assistência de enfermagem prestada. Na área do ensino, ressaltar a importância do enfoque deste tema durante a formação de profissionais. E na pesquisa, para contribuir para o acervo na área temática.

CAPITULO II – MARCO TEÓRICO

2.1 BIOÉTICA

As normas éticas que regem as pesquisas relacionadas ao câncer de mama foram definidas a partir de acontecimentos históricos que trouxeram muita preocupação na comunidade acadêmica pela sua gravidade, como as pesquisas realizadas pelos médicos americanos no pós-guerra e pelos médicos nazistas (CHAGAS et al, 2011).

O respeito pela dignidade humana se tornou um imperativo moral nas pesquisas em seres humanos. Sendo assim, um fator primordial da pesquisa é a seleção dos sujeitos que deverá ter fim moralmente aceitável em termos de benefícios a estes mesmos sujeitos, para outros grupos e para o avanço do conhecimento científico. Outro fator importante é o emprego de meios moralmente aceitáveis para atingir estes mesmos fins(CHAGAS et al, 2011)..

A pesquisa envolvendo seres humanos deve trazer benefícios ao avanço do conhecimento científico, à sociedade e também aos seus próprios sujeitos (CHAGAS et al, 2011).

2.2 CARCINOGENESE

Também conhecida como oncogênese, é o processo pelo qual as células normais se transformam em células cancerígenas, ou seja, o processo de formação do câncer. Geralmente ocorre de forma lenta, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa prolifere e dê origem a um tumor visível. A carcinogênese possui 3 estágios: iniciação, promoção e progressão(INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

A iniciação, como já diz o nome, é o primeiro estágio. Nele as células sofrem o efeito dos agentes causadores de câncer (cancerígenos ou carcinógenos). Esses agentes produzem modificações em alguns genes. Durante essa fase, as células se apresentam geneticamente alteradas, porém ainda não é possível se detectar um tumor clinicamente (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016)..

A promoção é o segundo estágio da carcinogênese. Nesta fase, agentes cancerígenos, também chamados de oncopromotores começam a atuar sobre as células geneticamente alteradas (iniciadas). De forma gradual e lenta, a célula alterada é transformada em célula maligna. É necessário um longo e contínuo contato com o agente cancerígeno promotor para que ocorra essa transformação (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

A progressão é o terceiro e último estágio. É caracterizado pela descontrolada e irreversível multiplicação das células alteradas. O câncer já está instalado desta fase e evolui até o aparecimento das primeiras manifestações clínicas da doença (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

2.3 O CÂNCER DE MAMA

O relato dos eventos envolvidos na formação do câncer (carcinogênese), crescimento, progressão e disseminação do tumor, até a morte do hospedeiro sem intervenção de processos terapêuticos é denominado história natural de uma neoplasia maligna (CHAGAS et al, 2011).

O carcinoma ductal infiltrante (CDI) e o carcinoma lobular infiltrante são originários da unidade terminal ducto-lobular, onde existem as células progenitoras que dão origem ao epitélio ductal e ao epitélio glandular. São essas células que, em resposta a diferentes agressões, sofrem hiperplasia (aumento do número de células). O crescimento do tumor após se tornar infiltrante está na dependência da proliferação (CHAGAS et al, 2011).

Uma vez iniciado o ciclo celular nas células tumorais, este se desenvolve em velocidade semelhante à das células normais, com duração entre 48 e 80 horas, ou

seja, o tumor cresce não porque as divisões sejam mais rápidas, mas porque o número de células em divisão é progressivamente maior. O crescimento tumoral é mais rápido e linear nas fases mais precoces, diminuindo à medida que o tumor cresce (CHAGAS et al, 2011).

A Invasão dos linfonodos se dá com a chegada das células neoplásicas ao linfonodo, ocupando primeiramente sua periferia e depois propagam em profundidade. Por último, invadem o tecido adiposo periganglionar. O intervalo de tempo para o crescimento de metástases (migração por via sanguínea ou linfática de produtos patológicos provenientes de uma lesão inicial) é muito variável. Os lugares (sítios) mais frequentes de metástases no carcinoma de mama são: ossos, pulmões, fígado, encéfalo, ovários e pele (CHAGAS et al, 2011).

2.3.1 Classificação dos carcinomas de mama

A definição dos carcinomas de mama pode ser estabelecida levando em consideração a sua capacidade de invasão ou não. Neste caso ele pode ser infiltrante ou não (*in situ*). De acordo com o autor, a classificação histopatológica dos carcinomas de mama prevê classicamente sua subdivisão em neoplasia do tipo ductal e do tipo lobular, cada qual podendo, por sua vez ser infiltrante ou não infiltrante (*in situ*) (VERONESI, 2002).

Carcinoma *in situ*(grifo do autor)

Os carcinomas não infiltrantes ou *in situ* caracterizam-se pela proliferação de elementos epiteliais atípicos no interior dos lóbulos e dos ductos sem ultrapassar sua membrana basal, diferindo assim, dos carcinomas invasivos pela falta de invasão do estroma. A maioria dos carcinomas *in situ* se origina com relação às ramificações mais distais da árvore ductal da mama, a chamada unidade do ducto terminal e do lóbulo (VERONESI, 2002).

Carcinoma Lobular *in situ*(grifo do autor)

Normalmente, esse tipo de carcinoma é oculto, tanto na palpação, devido às suas dimensões pequenas, como na mamografia, por não apresentar um padrão mamográfico peculiar. Microscopicamente os lóbulos seguem a extensão e as

estruturas ductais normais que são completamente substituídas por uma população celular neoplásica, formada por células de dimensões médias ou pequenas, uniformes, redondas, com núcleo arredondado normocrômico ou levemente hiperocrômico. Representando na maioria dos casos um achado ocasional, a sua verdadeira incidência permanece desconhecida e sua frequência é relatada na literatura em percentuais que variam entre 1 a 6 % dos carcinomas mamários (VERONESI, 2002).

Carcinoma Ductal in situ (grifo do autor)

Apresenta-se como uma entidade morfológica homogênea, porém um grupo heterogêneo de neoplasias que se diferem pelo tipo de células que constituem a proliferação tumoral, pela modalidade de crescimento e extensão do processo patológico e pela sua capacidade de agressividade biológica (VERONESI, 2002).

O carcinoma ductal in situ representa apenas uma das possíveis formas da patologia ductal proliferativa a constituir um espectro progressivo e contínuo de alterações que se iniciam com a hiperplasia simples e por meio de eventos concatenados (VERONESI, 2002).

Carcinomas infiltrantes (grifo do autor)

Como já explicado anteriormente, o carcinoma infiltrante é aquele que se caracteriza pela invasão do estroma. Ele pode se apresentar em formas distintas: carcinoma lobular infiltrante, ductal infiltrante, medular, mucinoso, papilífero, tubular, adenoide-cístico, secretor, apócrino e metaplásico (VERONESI, 2002).

Carcinoma lobular infiltrante (grifo do autor)

Representa entre 10 e 14% dos carcinomas infiltrantes da mama. Apresenta-se como uma massa com contornos mal definidos ou como uma área de adensamento do parênquima. Normalmente, não contém microcalcificações, que podem, contudo, existir no parênquima glandular adjacente ao tumor. É identificada uma alta frequência de bilateralidade (VERONESI, 2002).

Carcinoma ductal infiltrante (grifo do autor)

É o tipo mais prevalente de carcinoma infiltrante de mama. Macroscopicamente, forma um nódulo sólido ou uma área de condensação do parênquima, cuja a consistência varia em função da quantidade de fibrose de

estroma, da elastose peritumoral, pela presença de áreas necróticas e de calcificações relativamente grosseiras (VERONESI, 2002).

Carcinoma medular (grifo do autor)

Apresenta-se como um tumor bem circunscrito, formado por células pouco diferenciadas, com pouco estroma e intensa infiltração linfocitária. Manifesta-se como um nódulo bem circunscrito e denso. Representa entre 5 e 7% das neoplasias de mama, com uma prevalência particular entre as mulheres mais jovens (VERONESI, 2002).

Carcinoma mucinoso (grifo do autor)

Representa cerca de 2% dos carcinomas de mama com uma maior prevalência em mulheres mais idosas. Caracteriza-se por grande quantidade de muco extracelular, identificável com frequência, também na macroscopia. O diagnóstico histológico pressupõe que este carcinoma seja formado ao menos entre 50 e 75%, por células mucossecretoras cercadas por muco extracelular (VERONESI, 2002).

Carcinoma papilífero (grifo do autor)

Estes carcinomas são muitas vezes bem circunscritos: o contorno da neoplasia é tão mais irregular quanto maior o componente infiltrante. O componente intraductal pode se apresentar como uma neoplasia cística ou sólida. É um tumor raro, constitui cerca de 1 a 2% das neoplasias malignas da mama. Ocorre em maior frequência em mulheres idosas (VERONESI, 2002).

Carcinoma adenoide cístico (grifo do autor)

É formado pela proliferação de elementos pseudoglandulares, acompanhada pela deposição relativamente abundante de material semelhante à membrana basal. Caracteriza-se por um bom prognóstico, com baixa probabilidade de recidivas ou metástases a distância depois da cirurgia (VERONESI, 2002).

Carcinoma secretor (grifo do autor)

Esta neoplasia se caracteriza pela presença de grande quantidade de material de secreção tanto no interior do citoplasma das células neoplásicas, como na luz das estruturas pseudoglandulares e microcísticas. Apresenta um baixo grau de malignidade e um prognóstico favorável (VERONESI, 2002).

Carcinoma apócrino (grifo do autor)

Geralmente, este carcinoma é constituído por elementos celulares com citoplasma abundante. Podem assumir diversos aspectos arquiteturais e apresentam prognósticos semelhantes com relação ao grau e estágio dos carcinomas ductais infiltrantes sem diferenciação apócrina (VERONESI, 2002).

Carcinoma metaplásico (grifo do autor)

O surgimento de metaplasia num carcinoma de mama é relativamente frequente. Por vezes, é tão grande que se torna difícil reconhecer um componente típico de carcinoma de mama. Isto é particularmente verdadeiro nos casos em que o componente metaplásico assume o aspecto de uma neoplasia pouco diferenciada, com células fusionadas. Nesses casos, é importante examinar extensamente a neoplasia no microscópio, de forma a poder individualizar as áreas de metaplasia mais típica e as de um carcinoma usual (VERONESI, 2002).

2.4 CLASSIFICAÇÃO TNM E ESTADIAMENTO

O sistema TNM foi desenvolvido por Pierre Denoix na década de 40 e atualmente é o método mais utilizado para a classificação e estadiamento do carcinoma de mama.

T= tumor primário

N= linfonodos regionais

M= metástases a distância

O sistema foi desenvolvido com o objetivo de fornecer um quadro resumido, porém preciso, da extensão anatômica da neoplasia baseado na definição dos três parâmetros citados acima. Esta classificação pode ser comparada a um retrato do tumor num momento preciso de sua vida biológica, geralmente no momento do diagnóstico. Para classificar melhor alguns casos, a TNM possibilita assinalar com o uso de alguns símbolos adicionais (letras e números) alguns outros elementos de interesse clínico, como a multifocalidade, multicentricidade, recidivas e presença de resíduo tumoral depois do tratamento, entre outros (VERONESI, 2002).

T= tumor primário

Descreve o aumento progressivo das dimensões do tumor e/ou sua capacidade de infiltração em órgãos contíguos.

N= linfonodos regionais

Descreve a presença ou não e o tipo de acometimento metastático dos linfonodos.

M= metástases a distância

Descreve a presença ou ausência de metástases à distância.

A classificação TNM se apresenta acompanhada por sufixos numéricos para melhor descrever o estadiamento do carcinoma (VERONESI, 2002).

2.5 FATORES DE RISCO

Em 2012, a Organização Mundial da Saúde (OMS) publicou a Classificação para Tumores de Mama – 4ª edição, na qual reconhece mais de 20 subtipos diferentes da doença. Por esta razão é considerado uma doença heterogênea com relação à clínica e à morfologia (BRASIL, 2015).

As causas do câncer de mama não são totalmente conhecidas, mas já é sabido que sua etiologia não tem uma causa única. Seu desenvolvimento deve ser compreendido em função de uma série de fatores de risco, alguns deles modificáveis, outros não, e, quando presentes agem sobre o indivíduo aumentando as chances desta doença. A ocorrência da doença seria resultante de um desequilíbrio nas autorregulações existentes deste sistema corporal. Para a Organização Mundial de Saúde considera-se fator de risco de um dano toda característica ou circunstância que acompanha um aumento de probabilidade de ocorrência do fator indesejado, sem que o dito fator tenha que intervir necessariamente em sua causalidade. (ROUQUAYROL, 2013)

O Glossário Temático publicado pelo Ministério da Saúde define fatores de risco para o câncer como *condições – genéticas ou intrínsecas, comportamentais, sociais, culturais ou ambientais – que predisõem uma pessoa a maior risco de desenvolver câncer*. Classificando-os como: *fatores de risco intrínsecos: gênero, idade e herança genética; e comportamentais: tabagismo, exposição excessiva à radiação solar, alimentação inadequada, sedentarismo, consumo de álcool e outras drogas* (BRASIL, 2016).

As variáveis foram selecionadas para este estudo foram elencadas com base nos princípios explicativos que norteiam o modelo epidemiológico para as Doenças Crônicas Não-Transmissíveis. O modelo é denominado *Campo da Saúde*, por identificar a interação entre os elementos: *biologia humana, estilo de vida, ambiente e organização do sistema de atenção à saúde* podem determinar a ocorrência e/ou prognóstico do agravo à saúde aqui abordado.

Neste desenho investigativo o elemento *biologia humana* compreende as características imutáveis do ser humano. O *estilo de vida* inclui os hábitos e comportamentos autodeterminados ou adquiridos social ou culturalmente, de forma individual ou coletiva. O *ambiente* pode ser definido como os eventos externos sobre os quais há pouco ou nenhum controle e que atuam sobre o indivíduo; seja esta de grandeza física (geofísica em si), social ou psicológica. E por fim, a *organização do sistema de atenção à saúde* que se refere à disponibilidade quanti e qualitativa, bem como, as práticas preventivas, curativas e de reabilitação oferecida pelo serviço (LESSA, 2002).

Dentre os fatores de risco modificáveis encontram-se aqueles que podemos ter gerencia sobre eles, seja modificando, prevenindo ou tratando como no caso do hábito de fumar, aumento de peso, sedentarismo, ou seja, relacionados ao estilo de vida. Já os não-modificáveis, não podem ser mudados porque trata-se de fatores hereditários ou genéticos, idade, sexo, dentre outros.

Assim como os outros tipos de câncer, o câncer de mama é considerado multifatorial, envolvendo fatores biológico-endócrinos, vida reprodutiva, comportamento e estilo de vida. Diversos fatores estão relacionados, como: idade avançada, características reprodutivas, história familiar e pessoal, alta densidade do tecido mamário (razão entre o tecido glandular e o tecido adiposo da mama). Além desses, os hábitos de vida e influências ambientais, como o consumo de álcool,

excesso de peso, sedentarismo e exposição à radiação ionizante também são considerados agentes potenciais para o desenvolvimento desse câncer (BRASIL, 2015).

É importante ressaltar que a presença de fatores de risco não implica no desenvolvimento da doença. Como o inverso também, é possível. Mulheres com poucos ou nenhum fator de risco, podem estar sujeitas a ocorrência da doença. É evidente que quanto mais fatores de risco um indivíduo possui, maiores são suas chances de desenvolver determinada doença. Por isso, a importância do acesso e estímulo à prevenção secundária do câncer de mama - exame clínico das mamas, a mamografia e o estímulo ao autoexame das mamas e avaliação dos fatores de risco. Do mesmo modo, são de extrema importância, as ações preventivas de atenção primária e o acesso a esses recursos a todas as mulheres.

Assim como em vários outros tipos de câncer, o acúmulo de exposições aos fatores de risco ao longo da vida e as próprias alterações biológicas como envelhecimento aumentam o risco. Mulheres a partir dos 35 anos são mais propensas a desenvolver a doença, em especial aquelas com 50 anos ou mais. Logo a idade é um dos principais fatores que aumentam o risco de se desenvolver câncer de mama. Entretanto, é possível ocorrer em mulheres jovens devido ao estilo e hábitos de vida adotados neste grupo etário. Associado maior número de ciclos menstruais, as mulheres de hoje em dia são expostas à níveis de estrógenos produzidos pelo seu próprio organismos ou consumo de substância contendo esse hormônio que chegam a ser dez vezes maior do que mulheres da mesma idade em décadas anteriores.

Após os 50 anos, o aumento ocorre de forma mais lenta, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença. Entretanto, o câncer de mama observado em mulheres jovens apresenta características clínicas e epidemiológicas bem diferentes das observadas em mulheres mais idosas. Geralmente são mais agressivos, apresentam uma alta taxa de presença da mutação dos genes BRCA1 e BRCA2, além de superexpressarem o gene do fator de crescimento epidérmico humano receptor 2 (HER2) (BRASIL, 2015).

Apesar da idade não ser um fator de risco passível de interferência, ela é usada em programas padronizados de rastreamento como referência, sendo um alvo para campanhas de prevenção.

Dentre os Fatores endócrinos ou relativos à história reprodutiva, temos a menarca precoce (aos 11 anos ou menos), a menopausa tardia (aos 55 anos ou mais), a primeira gestação após os 30 anos e a nuliparidade. A relação destes fatores com a ocorrência de câncer de mama acontece porque a doença é estrogênio-dependente (BRASIL, 2015). A puberdade começa na menina com o aumento das glândulas mamárias que ocorre entre os oito e 12 anos de idade. Após surgem os pelos pubianos e por último a menarca (BESERRA, 2011).

Vários os fatores que podem influenciar a idade da primeira menstruação, conhecida como menarca. Variações ambientais, sobrepeso, composição corporal, prática de exercícios físicos e hábitos nutricionais são fatores que podem influenciar a idade da menarca tanto no sentido de acelerar, como no caso de meninas com Índice de Massa Corporal (IMC) elevado, ou retardar, fator bastante comum em jovens esportistas (ROCHA, 2013).

Teixeira e colaboradores (2013) identificaram a relação entre a baixa ingestão de ácido graxo saturado apresenta com o início da menarca em estudo feito com 400 jovens nas escolas da rede de ensino públicas da cidade de Curitiba com idade entre 10 e 18 anos. O valor de referência é a ingestão diária de menos de 10% do valor calórico ingerido no dia. Quando subdividida a amostra entre baixa e alta ingestão de ácido graxo saturado observou-se, também, uma diferença significativa na ingestão dos macronutrientes entre os grupos.

Segundo o INCA, o atraso da menarca reduz em torno de 15% por ano o risco de câncer de mama, enquanto o atraso da menopausa eleva esse risco cerca de 3% por ano (BRASIL, 2011).

A nuliparidade ou ter o primeiro filho após os 30 anos de idade contribuem para aumento no risco do câncer de mama. Apesar de ainda controverso, a amamentação está sendo associada a um menor risco de desenvolver esse tipo de câncer (BRASIL, 2015). Existem indícios de uma possível relação protetora da mama exercida pela amamentação, assim mulheres que não geraram filhos, não se beneficiam desse efeito protetor.

Segundo os dados do IBGE, dentre os anos de 2000 e 2010, ocorreu uma diminuição da taxa de fecundidade no Brasil, sendo o índice de 2,42 da região Norte

o mais elevado, acompanhado pela elevação da taxa de mulheres que têm filhos em idade acima de 30 anos. A região sudeste alcançou um índice de 1,66 (IBGE, 2011).

Tem sido observado que, em mulheres com maior paridade há menor possibilidade de desenvolver câncer de mama devido a esse bloqueio da ovulação na lactação exclusiva. Por outro lado, nas mulheres nulíparas há uma maior predisponibilidade devido ao constante funcionamento ovariano, o que pode contribuir para a formação de cistos malignos tanto de mama como de ovário (PINTO et. al, 2013).

Dietas baseadas no consumo de frutas, vegetais, grãos integrais e outras plantas parecem atuar na prevenção e controle, minimizando o impacto do acometimento por essa doença, em decorrência de muitos compostos fitoquímicos, nutrientes ou não nutrientes, que são excelentes agentes quimiopreventivos, frequentemente encontrados nesses alimentos. A presença de fibras, vitaminas e minerais na dieta é considerada como fator de proteção na carcinogênese mamária. Em cada refeição, pelo menos 2/3 seja composto por estes alimentos. Por esta razão, intervir na dieta pode prevenir e evitar a recorrência da neoplasia mamária, orientação que é unânime no meio científico (BRASIL, 2008; ANJOS; HÖFELMANN , 2011)

A Organização Mundial da Saúde - OMS (World Health Organization - WHO) recomenda a ingestão diária de pelo menos 400 gramas, equivalente ao consumo de cinco porções diárias desses alimentos. No Brasil, o percentual de pessoas de 18 anos ou mais de idade que consumiam cinco porções diárias de frutas e hortaliças foi de 37,3%. Na região sudeste este percentual foi de 43,9%. As mulheres (39,4%), em média, consumiam mais estes alimentos que os homens (34,8%). De uma forma geral, o consumo de frutas e hortaliças mostrava aumento com a idade e com o grau de instrução. Estes dados foram registrados na Pesquisa Nacional de Saúde (PNS) do ano de 2013 (BRASIL, 2014).

Hirose et al. (2003)¹ apud ANJOS; HÖFELMANN , 2011) ao analisarem a dieta de mulheres japonesas com e sem câncer de mama, encontraram uma redução significativa no risco para a doença na pós menopausa, com o aumento da

¹ HIROSE, *et al* Physical exercise reduces risk of breast cancer in Japanese women. *Câncer Sei* 94:193-199, 2003

ingestão de frutas (RO = 0,61; IC 95% = 0,41-0,91). Lima et al². (2008) apud ANJOS; HÖFELMANN, 2011) também relatam o consumo de frutas e sucos como fator de proteção para neoplasia mamária em pesquisa conduzida no Brasil (RO = 0,02; IC 95% = 0,01-0,12).

O consumo de carne vermelha ou processada (salsicha, presunto, salame etc.) em níveis elevados pode aumentar o risco de câncer. Com frequência, carnes vermelhas e processadas contêm nitritos e nitratos. O limite a quantidade de carne vermelha para até 500 g por semana (BRASIL, 2008). O método de preparo dos alimentos também afeta o risco de câncer. Preparar carne com métodos que utilizam altas temperaturas, como fritar ou fazer churrascos, produz substâncias químicas chamadas aminas heterocíclicas. Essas aminas podem danificar o DNA e aumentar o risco de câncer (BRASIL, 2008).

Apesar de ser um componente necessário na nossa alimentação, a gordura contribui para a obesidade devido à sua alta densidade energética (quantidade de calorias por peso de alimento), aumentando, assim, o risco dos cânceres associados ao excesso de peso. Mas não é só a gordura que contribui para o ganho de peso. Alimentos industrializados frequentemente contêm grandes quantidades de gordura e açúcares, e tendem a ter alta densidade energética (BRASIL, 2008).

Em relação à alimentação e nutrição para as mulheres na pré-menopausa, o fator de risco convincente é o consumo de álcool. Já nas mulheres pós-menopausa, a gordura corporal (excesso) é considerada também um fator de risco convincente, assim como o consumo de álcool (BRASIL, 2008).

A obesidade pós-menopausa também é considerada como fator de risco, entretanto esse risco diminui com a prática de atividade física regular. Mecanismos biológicos ligados a alterações nos genes da família IGF, como o IGF-1, assim como alterações nos níveis séricos de hormônios como insulina e leptina, mediam essa associação (BRASIL, 2015).

A prevenção primária dessa neoplasia tem como medidas uma alimentação saudável, prática de atividade física regular e manutenção do peso ideal, medidas que podem evitar cerca de 30% dos casos de câncer de mama (BRASIL, 2015).

² LIMA, F.E.L.; MENEZES, T.N.; TAVARES, M.P.; SZARFARC, SC; FISVERG, R.M. Ácidos graxos e doenças cardiovasculares: uma revisão. Ver. Nutr. 2000; 13 (2): 73-80. doi 10.1590/S1415-52732000000200001.

Estudos têm mostrado a forte associação das principais doenças crônicas não transmissíveis(DCNT) a fatores de riscos altamente prevalentes, destacando-se o tabagismo, consumo abusivo de álcool, excesso de peso, níveis elevados de colesterol, baixo consumo de frutas e verduras e sedentarismo. O monitoramento destes fatores de risco e da prevalência das doenças a eles relacionados é primordial para definição de políticas de saúde voltadas para a prevenção destes agravos (GAZIANO; GALEA; REDDY, 2007 ³apud BRASIL, 2014).

O tabagismo é um dos principais fatores de risco evitáveis à saúde. No Brasil, o uso de produtos de tabaco fumado é mais frequente do que o de produtos não fumados, sendo mais relevante na forma de cigarro industrializado. Na PNSde 2013, a prevalência do tabagismo foi maior entre os homens (19,2%) do que as mulheres. Por faixa etária, aqueles com idade entre 40 e 59 anos apresentaram o maior percentual (19,4%) e 13,2% entre 25 a 39 anos (BRASIL, 2014).

De acordo com a OMS o consumo abusivo de bebidas alcoólicas é considerado um fator de risco das principais Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), bem como dos acidentes e violências (BRASIL, 2014). Uso regular de álcool acima de 60 gramas por dia, pois o acetaldeído, primeiro metabólito do álcool, é carcinogênico, mutagênico, estimulador da produção de estrogênio e imunodepressor (SILVA; RIUL, 2011).

De acordo com os dados obtidos em PNS de 2013, o consumo de bebida alcoólica uma vez ou mais por semanas entre as mulheres foi de 13,0%. Nas faixas etárias de 25 a 39 anos e 40 a 59 anos foi observado 28,5% e 23,4%, respectivamente (BRASIL, 2014).

2.6 TRATAMENTO CIRÚRGICO DA MAMA

O conhecimento crescente acerca da história natural do câncer de mama e sua biologia celular causaram mudanças importantes nas técnicas cirúrgicas para

³ Gaziano TA, Galea G, Reddy KS. Scaling up interventions for chronic disease prevention: the evidence. *Lancet* 2007; 370: 1939–46.

seu controle local. Diversos fatores devem ser avaliados no processo de escolha da melhor opção cirúrgica. Os fatores estão ligados ao estadiamento pré-operatório, que consistem na determinação da extensão local da doença, na presença ou não de metástases, de acordo com a classificação TNM: dimensões do tumor, o estado da axila, o estado da mama oposta e a existência de metástases a distância. Levando-se todos esses fatores em consideração é possível optar por cirurgias radicais (mastectomia radical clássica, mastectomia radical modificada e mastectomia simples) ou cirurgias conservadoras (tumorectomia, setorectomia e quadrantectomia) (BOFF & WISINTAINER, 2006).

2.6.1 Cirurgias radicais:

Mastectomia radical clássica (cirurgia de Halsted)

A cirurgia de Halsted está em desuso, além de causar deformidade estética importante. Nesta técnica são retirados dois músculos peitorais. Já foi muito utilizada em casos de tumores avançados, fixos aos músculos peitorais, porém atualmente está relegada ao abandono, graças ao surgimento da quimioterapia e hormonioterapia neoadjuvantes, que possibilitam a redução tumoral e a utilização de outras técnicas cirúrgicas (BOFF & WISINTAINER, 2006).

Mastectomia radical modificada

A Mastectomia Radical Modificada preserva um músculo peitoral (técnica de Pattey-Dyson) ou ambos (técnica de Madden-Auchinclos) músculos peitorais e a utilização de incisão transversa, o que melhora muito o efeito estético. Muito utilizado hoje em dia na abordagem primária do câncer de mama (BOFF & WISINTAINER, 2006).

Mastectomia simples

Na realização desta técnica cirúrgica há remoção unicamente da glândula mamária, sem abordagem das cadeias linfáticas, diferindo assim das anteriores (BOFF & WISINTAINER, 2006).

2.6.2 Cirurgias conservadoras

Tumorectomia

Nesta técnica cirúrgica, ocorre a retirada total do tumor, sem a preocupação de se estabelecer margem de segurança.

Setorectomia

Consiste na retirada do setor que engloba o tumor, com uma margem de segurança de, pelo menos, um centímetro.

Quadrantectomia

É a ressecção de qualquer quadrante da mama que abriga o tumor, com ampla margem de segurança (BOFF & WISINTAINER, 2006).

2.6.3 Marcação pré-cirúrgica

Após realizar o exame para localizar a lesão, a área é marcada com um fio metálico, o que corresponde ao método mais empregado na avaliação das lesões mamárias impalpáveis. Outras técnicas de marcação utilizam corantes, partículas de carvão estéril, ou mesmo associação de água com o corante e contraste radiográfico (BOFF & WISINTAINER, 2006).

2.7 ABORDAGEM DO LINFONODO SENTINELA

O comprometimento dos linfonodos axilares é o principal fator de mau prognóstico do câncer de mama em estágios iniciais. E nestes casos, há necessidade de realizar o esvaziamento axilar, ou seja, retirada dos linfonodos axilares. Os riscos associados ao esvaziamento axilar radical incluem seroma, parestesias, dor, infecção, linfedema e restrição de movimento do membro superior homolateral. Na última década, começou a ser utilizada uma avaliação mais seletiva

do estado da axila, por meio da biópsia do linfonodo sentinela (BOFF & WISINTAINER, 2006).

O linfonodo sentinela é o primeiro linfonodo da cadeia linfática a abrigar células metastáticas provenientes do tumor primário. E sua localização pode ser feita através de linfocintilografia e sonda detectora de radiação gama, pela injeção peritumoral ou subareolar de corante azul patente ou por ambas. E a indicação principal da abordagem axilar ocorre em casos de tumores menores de 3 cm, com axila clinicamente negativa (BOFF & WISINTAINER, 2006).

2.8 TRATAMENTOS NÃO CIRÚRGICOS DO CÂNCER DE MAMA

2.8.1 Quimioterapia

A quimioterapia utiliza medicamentos conhecidos como quimioterápicos no combate ao câncer. São administrados em intervalos regulares ou de forma contínua, que variam de acordo com os esquemas terapêuticos. A maioria dessas substâncias tem sua dose básica que precisa ser ajustada de acordo com a superfície corporal do paciente. A quimioterapia atua em alvo estrutural ou funcional das células (BRASIL, 2015). O objetivo deste tratamento é destruir as células que apresentam anomalias, porém devido a sua falta de especificidade essas drogas podem atingir células normais, aquelas que se renovam constantemente, gerando efeitos indesejáveis.

2.8.1.1 *Hormonioterapia*

Consiste num tipo de quimioterapia em que são utilizadas substâncias semelhantes ou inibidoras de hormônios, para o tratamento de tumores que são dependentes hormonais. Para o início deste tratamento, é necessário a comprovação da sensibilidade do tumor ao hormonioterápico, por meio de

determinação de receptor hormonal para estrogênio ou progesterona, no caso de câncer de mama (BRASIL, 2015).

2.8.1.2 Bioterapia

A Bioterapia é uma modalidade quimioterápica, em que se são usados medicamentos que foram identificados inicialmente como substâncias naturais do próprio corpo humano, como por exemplo: interferons, interleucina e os anticorpos monoclonais (BRASIL, 2015).

2.8.1.3 Alvoterapia

A alvoterapia é outra forma de tratamento quimioterápico que utiliza de substâncias que atuam mais seletivamente em alvos moleculares ou enzimáticos específicos, para o que se exige a positividade de exames que demonstrem a presença desses alvos. Por exemplo: o HER-2 para o tratamento do câncer de mama com o trastuzumabe (BRASIL, 2015).

2.8.2 Finalidades da quimioterapia

A utilização da quimioterapia deverá estar sempre dentro de um programa terapêutico global e tem finalidades distintas: paliativa, para controle temporário da doença, neoadjuvante (prévia ou citorrredutora), adjuvante (profilática), curativa e experimental (BRASIL, 2015).

A quimioterapia antineoplásica permite aumento da sobrevida livre de doença, dado que é um tratamento que promove o controle ou a erradicação de micrometástases.

2.8.2.1 Quimioterapia paliativa

Indicada para atenuar os sinais e sintomas que comprometem a capacidade funcional do indivíduo acometido pela doença, porém não repercutirá,

obrigatoriamente, sobre a sua sobrevivência. É de duração limitada, tendo em vista a incurabilidade do tumor (BRASIL, 2015).

2.8.2.2 Quimioterapia para controle temporário da doença

Também tem finalidade paliativa, ou seja, para amenizar os sinais e sintomas, diferindo da anterior, pois a autorização de um procedimento para quimioterapia de controle temporário pode ser repetido para mais de um planejamento terapêutico global. É indicada para hemopatias malignas de evolução crônica, que permitem longa sobrevivência, mas sem possibilidade de cura (BRASIL, 2015).

2.8.2.3 Quimioterapia neoadjuvante

Muito utilizada para redução de tumores loco-regionalmente avançados com o objetivo de tornar esses tumores ressecáveis ou de melhorar o prognóstico do paciente. Geralmente são seguidos de cirurgia ou radioterapia após um curto intervalo de tempo (entre 15 a 30 dias) (BRASIL, 2015).

2.8.2.4 Quimioterapia adjuvante

Utilizada após um tratamento cirúrgico curativo, quando o paciente não apresenta qualquer evidência de neoplasia maligna pelo exame físico e exames complementares. Pode ter seu início, no máximo, entre 30 a 60 dias do pós-operatório com o objetivo de aumentar o intervalo livre de doença e a sobrevivência global dos pacientes (BRASIL, 2015).

2.8.2.5 Quimioterapia curativa

Administrada com a finalidade de cura definitiva dos pacientes com neoplasias malignas, podendo ou não estar associada à cirurgia e radioterapia. A duração desta quimioterapia pode não ser cumprida, em caso de falha de tratamento (o que obriga à mudança da linha terapêutica) ou suspensão temporariamente por complicação decorrente do mesmo (BRASIL, 2015).

2.8.2.6 Quimioterapia experimental

É um procedimento quimioterápico incluído em protocolo clínico-terapêutico, em que se faz necessário um projeto de pesquisa que seja aprovado em todas as instâncias normativas em vigor no Brasil e que determine a fonte de financiamento do projeto. A experimentação de novos quimioterápicos requer apresentação, desenvolvimento e avaliação de projeto de pesquisa prospectiva (BRASIL, 2015).

O profissional de enfermagem deve orientar ao usuário submetido a QT a respeito do consumo de álcool e cigarro, controle de náusea, vômitos e astenia, número de refeições, ao conteúdo da alimentação, à higiene oral, à hidratação, à proteção da pele e do couro cabeludo e em relação ao contato com pessoas portadoras de doenças infectocontagiosas.

Através da consulta de enfermagem, o profissional pode desenvolver um plano terapêutico individual e apropriado, o que proporciona um tratamento eficaz e assegurar informação e apoio necessários ao tratamento.

2.8.3 Radioterapia

É um método de tratamento do câncer, local ou locorregional, em que são utilizados equipamentos e técnicas variadas para irradiar áreas do corpo, prévia e cuidadosamente demarcadas. A variação da dose está relacionada com a finalidade do tratamento, o tipo histológico do tumor e sua localização. A cada dia mais está sendo reduzida a utilização de radioterapia em crianças e adolescentes, tendo em vista os efeitos colaterais tardios que acarretam ao desenvolvimento orgânico. As finalidades da radioterapia são paliativa, pré-operatória, pós-operatória ou pós-quimioterapia, curativa, antiálgica ou anti-hemorrágica (VERONESI, 2002).

Tabela 01: Finalidades da Radioterapia

Radioterapia paliativa
Este método tem a finalidade de tratar localmente o tumor primário ou metástases, sem causar influência na taxa de sobrevivência global do doente. Normalmente, a dose aplicada é menor do que a dose máxima permitida para a área
Radioterapia pré-operatória
Antecede a cirurgia. Utilizada para reduzir o tumor e facilitar o procedimento cirúrgico
Radioterapia pós-operatória ou pós-quimioterapia
Ocorre após a cirurgia ou quimioterapia. Tem o objetivo de acabar com possíveis focos microscópicos do tumor
Radioterapia curativa
Visa à cura do paciente. A dose utilizada é geralmente a dose máxima que pode ser aplicada na área
Radioterapia antiálgica
Utilizada no tratamento da dor. Pode ser aplicada em dose única, diariamente ou semanalmente e tem finalidade paliativa
Radioterapia anti-hemorrágica
Utilizada no tratamento de sangramentos, também tem finalidade paliativa e pode ser aplicada em dose única ou fracionada
Fonte: Elaboração da autora a partir de Veronesi(2002)

2.9 O CÂNCER DE MAMA NO BRASIL

No Brasil, os indicadores de morbidade e mortalidade do câncer de mama o colocam em posição intermediária entre os países desenvolvidos e os países de

baixa renda. Durante os últimos 20 anos, nos países desenvolvidos, pode-se perceber a redução na mortalidade por câncer de mama e nos últimos 10 anos também ocorreu a diminuição na incidência da doença. Nos países de baixa renda, as taxas de incidência e mortalidade permanecem com tendência de aumento (BOUZAS & SILVA, 2016).

Atualmente, o câncer de mama é um problema de saúde pública, não só em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil, mas também em países desenvolvidos. Consta-se que o grande desafio atual no Brasil decorre da falta de acesso aos poucos centros especializados, que por sua vez nem sempre estão capacitados para diagnóstico e tratamento rápidos.

Segundo Bouzas e Silva (2016), no Brasil, o que tem se mostrado efetivo e eficiente para diminuir a mortalidade por câncer de mama são os avanços na organização dos serviços de cuidado à saúde, ao agregar os diversos níveis de atenção, que reduzem o tempo de espera entre a suspeita diagnóstica e o início do tratamento, além de aperfeiçoar os diversos recursos terapêuticos. Ainda existem lacunas no conhecimento em relação ao que torna determinados subgrupos de cânceres potencialmente metastáticos e letais. O rastreamento através de realização de mamografias não modificou as taxas de tumores metastáticos nos últimos 20 anos.

Devido ao grande número de alterações mamográficas benignas, há necessidade de qualificar os hospitais para triagem e resolução desses casos. No momento, o Brasil não pode implantar o rastreamento mamográfico em todo o território nacional pela falta de recursos econômicos para o exame e pela falta de infraestrutura para a continuidade da investigação de lesões impalpáveis.

É preciso priorizar ao diagnóstico precoce e tratamento de qualidade. A chance de encontrar um tumor agressivo em mulheres sintomáticas é muito maior do que encontrá-lo em mulheres assintomáticas. Muitos países desenvolvidos que oferecem programas de rastreamento para mulheres entre 50 e 69 anos têm redução expressiva da mortalidade do câncer de mama em mulheres acima de 70 anos, comprovando a importância do diagnóstico precoce e tratamento de qualidade e em tempo adequada (BOUZAS & SILVA, 2016).

Além de se desencadear ações no sentido de detectar precocemente o câncer de mama é necessário dar atenção à paciente com tumor palpável, mapeando os centros de referência que efetivamente são atuantes para facilitar o acesso à rede pública, que deve estar capacitada e hierarquizada para o diagnóstico resolutivo. O câncer de mama é considerado uma doença de bom prognóstico desde que diagnosticado e tratado precocemente.

2.10 REDES DE APOIO

O apoio social, reportado às relações sociais e às ligações entre pessoas e grupos envolve os colaboradores naturais (a família); os grupos informais (autoajuda) e os formais e institucionalizados, como as organizações de doentes, que podem compor as redes de apoio dos adoecidos, protegendo-os ou não.

A importância das relações sociais na preservação da saúde tem sido discutida amplamente nas últimas décadas. Estudos epidemiológicos demonstram que laços familiares e vínculos de amizade estão associados positivamente a hábitos saudáveis, práticas preventivas, respostas terapêuticas e a sobrevivência. Assim, para intervir eficazmente na estruturação das relações sociais, é importante conhecer suas dimensões. Desta forma, podemos nos referenciar aos conceitos de rede social e apoio social, que, embora distintos, são indissociáveis dentro de um contexto mais amplo de recursos sociais (MARCHON et al., 2016)

Rodrigues & Ferreira (2012) chamam atenção para a importância do profissional de enfermagem no direcionamento e encontro de redes de apoio por parte da família/amigos que são responsáveis direta ou indiretamente pelos cuidados dos clientes portadores de câncer. Do mesmo modo, é fundamental fortalecer seus vínculos com as instituições de saúde, comunidade e vizinhança, para encontrar recursos que as auxiliem na vivência do câncer.

CAPITULO III - MARCO METODOLÓGICO

O caminho metodológico deste estudo se deu mediante a fenomenologia compreensiva de Alfred Schütz, pois se buscou entender a vivência dessas pacientes a partir de suas próprias percepções descritas. A escolha metodológica se deu em função do objeto de estudo e dos objetivos da pesquisa.

Segundo Merleau-Ponty (1994) a fenomenologia é uma tentativa de descrever diretamente nossa experiência exatamente como ela ocorreu, sem nenhuma consideração à sua origem psicológica e as explicações causais que o historiador, cientista ou sociólogo dela possam fornecer.

3.1 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

Esta pesquisa teve como foco um determinado grupo de mulheres com diagnóstico de câncer de mama e que apresentavam a necessidade da realização de um tratamento cirúrgico para remoção da mama acometida pela patologia.

Este trabalho teve como **cenário** o ambulatório de um hospital de oncologia durante o período de junho de 2016 a abril de 2017. Este hospital desempenha um papel importante na prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer de mama, participando ativamente de programas de pesquisa. Localizado na zona norte do Rio de Janeiro, presta assistência médico-hospitalar gratuita e oferece confirmação diagnóstica, tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico.

O referido hospital ocupa 10.500m² de área construída e possui nove andares. Apresenta atualmente 52 leitos ativos, quatro salas de cirurgias, centro radiológico e radioterápico, laboratório e farmácia. Conta com equipamentos de radiologia de última geração (INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER, 2016).

No ambulatório, são desenvolvidas as seguintes atividades: realização de curativos, consulta de quimioterapia (QT) oral, consulta de pré-internação (onde as pacientes são examinadas e são dadas orientações a respeito dos preparos para a

cirurgia), consulta pós-diagnóstico (momento em que nos certificamos se a paciente realmente está ciente e de acordo com a cirurgia a qual será submetida) e orientação em grupo, onde as pacientes recebem informações referentes à internação hospitalar. Também são realizados atendimentos de outras categorias no ambulatório. As pacientes recebem atendimento da equipe médica (oncologia clínica e cirúrgica), nutrição, psicologia e serviço social.

Os **sujeitos** desta pesquisa são mulheres que serão submetidas a mastectomia uni ou bilateral.

Os **fatores de inclusão** são: sexo feminino, estar em pré-operatório de mastectomia e ter idade superior a 18 anos.

O câncer de mama é uma das maiores causas de morte entre as neoplasias malignas no sexo feminino e apresenta-se como o segundo mais incidente. Esses fatores colocam o câncer de mama como uma das grandes preocupações para as mulheres e para os serviços de saúde pública no país (SILVA, FRANCO & MARQUES, 2005).

Um dos métodos mais utilizados para o tratamento do câncer da mama é a mastectomia, uma cirurgia mutiladora que visa remover todo o tumor visível. A cirurgia é ainda o principal tratamento para desenvolver a função de controle locorregional do câncer de mama e evitar o seu avanço.

Lamentavelmente, a mastectomia é um procedimento agressivo e traumatizante para a vida e saúde da mulher, já que prejudica sua dimensão biopsicossocioespiritual, o que leva à alterações na sua imagem corporal, identidade e autoestima, o que repercute na expressão de sua sexualidade e também despertar sintomas de depressão e ansiedade (RODRIGUES, SILVA & MAMEDE, 2002).

E os **fatores de exclusão** são: sexo masculino, estar em pré-operatório de cirurgias conservadoras e ter idade inferior a 18 anos.

Optou-se por excluir do estudo pessoas do sexo masculino pois acredita-se que na vida dos homens o fenômeno “pré-operatório de mastectomia” tenha uma repercussão menos intensa, assim como a realização de cirurgias conservadoras. E optou-se por excluir os menores de idade pela baixa incidência da doença nesta faixa etária.

O Estatuto da Criança e do Adolescente define o adolescente como o indivíduo que está na faixa etária de 12 a 18 anos de idade, que tem o direito à liberdade, ao respeito e à dignidade como ser humano em processo de desenvolvimento e como sujeito de direito civil, humano e social, garantidos na constituição e nas Leis (BRASIL, 1991).

A incidência do câncer de mama com relação à idade mostra que o diagnóstico de câncer de mama é incomum antes dos 25 anos e começa aumentar depois dessa idade. Entre as idades de 20 e 44 anos, a taxa aumenta rapidamente, mais que dobrando a cada faixa etária consecutiva de cinco anos. Perto da idade da menopausa, a taxa de incidência em faixas etárias consecutivas é mais lenta, quando comparada ao padrão em mulheres na pré-menopausa (SMITH & GIUSTI, 2000).

3.2 TIPO DE PESQUISA

Este trabalho foi investigativo e descritivo seguindo uma abordagem qualitativa e quantitativa.

A pesquisa quantitativa adota estratégia rigorosa, sistemática e objetiva para gerar e refinar o conhecimento (BURNS & GROVE, 2005).

A pesquisa qualitativa responde a questões muito particulares. Ela está intimamente relacionada com o universo dos significados, das aspirações, dos motivos, das atitudes, dos valores e crenças. Este grupo de fenômenos dos seres humanos é compreendido como parte da realidade social, pois o indivíduo se distingue não só por agir, mas por pensar sobre o que faz e por interpretar suas ações a partir da realidade vivida e partilhada com seus semelhantes (MINAYO et al, 2010).

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Na abordagem fenomenológica compreensiva de Alfred Schütz não são utilizados os conceitos de população e amostra pois segundo Schütz (1972), o que importa investigar não é o comportamento de cada indivíduo em particular, mas o que pode constituir-se em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação do comportamento vivido.

É importante ressaltar que a tipicidade não se restringe à ação de um único indivíduo, mas abrange sempre o grupo de sujeitos que vivenciam o fenômeno em questão. Assim, a tipicidade é algo que converge nas intenções expressas pelos indivíduos, sendo representada por uma estrutura vivenciada única, que tem um valor de significação presente na relação interpessoal. Este valor de significação é transmitido pela linguagem e pela possibilidade de comunicação (SCHUTZ, 2003).

O tipo vivido surge da descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica como uma estrutura vivenciada única, uniforme, contínua, que pode ser analisada e descrita porque tem um valor de significação e que pode ser transmitida pela comunicação e pela linguagem significativa, na relação interpessoal (SCHUTZ, 1974).

3.4 INSTRUMENTO

Foi utilizado como instrumento da pesquisa um roteiro para entrevista com perguntas abertas e fechadas.

A elaboração da entrevista é uma etapa muito importante no estudo pois requer muitos cuidados, como por exemplo: a construção da entrevista sempre deve visar o objetivo da pesquisa; escolha da entrevistada de acordo com os fatores de inclusão e a disponibilidade da entrevistada para a coleta de dados, que deve ocorrer em um lugar com condições favoráveis para tanto (lugar calmo, organizado e sem a presença de outras pessoas) que proporcione bem estar à entrevistada para que ela possa falar sem constrangimentos.

3.5 COLETA DE DADOS

A coleta de dados ocorreu durante os meses de novembro e dezembro de 2016, sendo o termo de consentimento livre e esclarecido devidamente apresentado e assinado antes da coleta de dados. Esta coleta foi realizada através de entrevistas que foram gravadas e posteriormente transcritas.

Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a Resolução do Conselho Nacional de Saúde (CNS) n. 466, de 12 de dezembro de 2012, nos termos do Decreto de Delegação de Competência de 12 de novembro de 1991. Esta resolução aprova diretrizes e normas regulamentadoras, incorporando, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade com o objetivo de assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (CONSELHO DE SAÚDE, 2012).

Este trabalho foi submetido à avaliação da Plataforma Brasil, representado pelo comitê de ética da Universidade Federal do Rio de Janeiro, tendo sido aprovado em 8 de agosto de 2016 através de parecer consubstanciado número 1.673.996.

3.6 ANÁLISE DE DADOS

A análise de dados foi realizada, em janeiro e fevereiro de 2017, por meio de suas unidades de significação. Após transcritas, as entrevistas foram lidas e analisadas gerando categorias de análise de estudo que foram expostas através de tabelas.

Segundo Mynaio (2011), pode-se optar por diversos tipos diferentes de registro para analisar o conteúdo de uma mensagem. Pode-se utilizar a palavra, utilizando todas as palavras da entrevista ou apenas algumas. A frase e a oração também são exemplos de unidade de registro. O tema, que se refere a uma unidade maior em torno da qual se pode tirar uma conclusão, pode ser utilizada como uma unidade de registro.

CAPITULO IV - REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

Atualmente, o movimento fenomenológico existe em muitos países, porém teve seu início no princípio do século XX, na Alemanha. Fundada por Husserl, contribui na renovação dos métodos e na nova abordagem e orientação dos problemas nas ciências humanas. Podemos destacar alguns pensadores que sofreram a influência do pensamento husserliano: Martin Heidegger, Alfred Schütz, Jean Paul Sartre e Maurice Merleau-Ponty (CAPALBO, 2008).

A fenomenologia é um método filosófico utilizado amplamente na abordagem de pesquisas em enfermagem, em especial, naquelas voltadas para a saúde da mulher e em pesquisas que têm como tema o cuidado. É o caminho que tem como objetivo a constituição da ciência da essência do conhecimento.

Neste estudo, dá-se destaque para a fenomenologia compreensiva de Alfred Schütz, que tem como fundamento a compreender da ação do indivíduo no mundo social, tendo como referência as relações intersubjetivas de suas experiências cotidianas.

No Brasil, a área da Enfermagem vem utilizando a fenomenologia de Schütz para fundamentar o desenvolvimento de investigações qualitativas. Atualmente, os desdobramentos desta iniciativa traduzem-se em publicações, em diferentes ramos do conhecimento da Enfermagem, constituindo em evidências científicas relevantes para a área.

É uma ciência rigorosa que se ocupa dos fenômenos, os atos e correlatos vividos da consciência. Preocupa-se em deixar transparecer as suas estruturas universais na descrição da experiência. Uma das ideias principais da Fenomenologia é a de que “toda consciência é consciência de alguma coisa”, ou seja, o fenômeno é objeto de uma intuição originariamente doadora (CAPALBO, 2008).

A partir de aulas expositivas, foi possível concluir que essa abordagem filosófica busca conhecer em que ponto o saber científico de uma ciência ganha apoio. Desvela o cotidiano do mundo do ser onde a experiência se passa através da descrição de suas vivências. Esta corrente se fundamenta na descrição, que é

fundamental porque o nosso olhar cotidiano não nos permite evidenciar o fenômeno em si mesmo. Através da fenomenologia, podemos considerar uma vivência como uma prática que lhe é própria, ao permitir questionamentos a respeito do fenômeno que desejamos compreender.

Segundo Schütz (2012), o significado de um comportamento baseado numa ação voluntária consiste somente na escolha, na liberdade de comportar-se de um modo e não de outro. Isso significaria que a ação é livre, os objetivos são conhecidos no momento da decisão, em resumo, que há uma livre escolha entre pelo menos dois objetivos.

A fenomenologia é uma corrente de investigação que trata do mundo numa perspectiva microssocial. Com enfoque ao sujeito, suas ações, à intersubjetividade e a vida cotidiana.

O *mundo da vida* é o local onde se dão as experiências do dia a dia, o direcionamento e as ações pelas quais os sujeitos lidam com seus interesses e negócios, se relacionando com outras pessoas, objetos, planejando e realizando seus planos. Para a fenomenologia social, *mundo da vida* é simplesmente o mundo cotidiano, ou seja, o cenário onde o ser humano vive. Nele nossas ações são dadas de forma prática e natural, na tentativa de solucionar problemas a partir do que lhe é apresentado como realidade social. Onde todas as ações têm um sentido. A ação racional geralmente é denominada como planejada ou projetada, sem uma indicação exata do sentido desses termos. Não podemos dizer que os atos de rotina não-racionais da vida diária não sejam planejados de forma consciente (SCHÜTZ, 2012).

Para o autor, todas as ações pensadas e calculadas ou não são ações sociais. Para ele, todo comportamento e conduta são sociais pois todas as ações possuem sentido. Para todas as ações tem que haver um conhecimento, um saber prático. Na teoria da ação racional, todas as ações têm uma finalidade. Seus meios são estratégias e ferramentas que permitem alcançar determinado objetivo. À princípio, todas as ações têm um sentido. Talvez não um sentido comum, mas há um sentido (SCHÜTZ, 2012).

De acordo com Schütz (2012), a motivação pode ter um significado subjetivo e outro objetivo. Subjetivamente, diz respeito à experiência do indivíduo que vivencia o processo da atividade em curso, conhecido também como *o motivo a fim de*, na intenção de alcançar um objeto preconcebido. Um outro conjunto de motivações com conceito diferente do anterior é “o motivo por que”. Neste caso, somente quando a ação é realizada e assim se torna um ato, é que ele pode adotar a postura de observador de si próprio e investigar quais circunstâncias foram determinantes para que fizesse o que fez.

As motivações para que uma pessoa escolha qual caminho vai seguir são diversas. Podemos diferenciá-las como um motivo subjetivo ou objetivo. Aqui chamamos o motivo objetivo como o motivo-porque e o motivo subjetivo como “o motivo-para. No primeiro caso, o indivíduo só analisa o motivo após a realização da escolha.

Toda língua tem termos com variadas conotações. Existem nas línguas, dialetos, jargões, termos técnicos e variações, cujo uso é restrito a determinados grupos sociais. Seus significados podem ser aprendidos por um estranho, entretanto todo grupo social tem o seu próprio código privado, compreendido somente entre aqueles que participaram de experiências passadas comuns onde o código se originou (SCHÜTZ, 2012).

Quando a intenção é realizar uma comunicação eficaz, é imprescindível falar a mesma língua que o outro com quem se mantém o diálogo. De nada adiantaria o uso de termos técnicos para pessoas que não estão voltadas para a mesma área de atuação ou não tem o mínimo de conhecimento do tema.

A linguagem usada no cotidiano é simplesmente uma linguagem que denomina eventos e coisas. Ao atribuir nome a um objeto vivenciado é possível relacioná-lo por meio de sua tipicidade a coisas já conhecidas, de estrutura equivalente e admitir, em aberto, suas possibilidades na medida em que possa ser usado em experiências futuras do mesmo tipo, que podem, portanto receber o mesmo nome (SCHÜTZ, 2012).

A tipificação refere-se a uma estrutura conceitual que reúne as vivências conscientes de um grupo social ou de uma pessoa. Por se constituir em uma produção objetiva, pode ser expressa mediante a linguagem significativa, sendo

reconhecida e compreendida por aqueles que vivenciaram uma situação parecida (SCHÜTZ, 2012).

A Enfermagem tem como uma de suas funções o cuidado de outras pessoas, no caso, envolvem condutas que estão relacionados ao processo saúde-doença. Cuidar transcende a uma ação realizada somente por profissionais de saúde. Constitui uma atitude natural, para muitas pessoas, apresentada ao ser humano como uma realidade social. Cuidar de si, da família, dos amigos, da casa. Atua-se de modo natural frente ao cuidado.

O cuidado profissional implica um tipo de relação social específica. Adiciona ao cuidado efetivo a dimensão técnico-científica, que o diferencia do praticado pelo senso comum, além de se pautar na intersubjetividade, no acervo de conhecimentos e na situação biográfica do profissional cuidador.

Cuidar requer o estabelecimento de uma relação face a face, que Schütz define como aquela na qual os sujeitos envolvidos estão conscientes um do outro e voltados mutuamente, no mesmo tempo e espaço (SCHÜTZ, 2008).

A compreensão do cuidar em Enfermagem dá-se por meio da tipificação da ação e é fundamentada no contexto sócio histórico de sujeitos envolvidos na relação social. Esta tipificação constituiu-se mediante uma relação uniforme e homogênea de determinações e condicionantes sociais e de saúde, embasada em experiências trazidas do senso comum para o mundo profissional.

A Enfermagem contemporânea tem como pioneira Florence Nightingale, que estabeleceu bases importantes para a enfermagem profissional no mundo, dando origem à tipificação da ação de cuidar para a profissão (DE JESUS, 2013).

Este estudo apoiou-se na entrevista fenomenológica para compreensão clara do vivido, com vistas a acessar as experiências do mundo social.

Esta modalidade de entrevista integra um recurso que permite ao sujeito que vivencia o fenômeno expressar o significado da sua ação desenvolvida no mundo de suas relações (TOCANTINS, 1993).

A entrevista implica uma relação face a face – encontro direto e autêntico entre os sujeitos – tomada como o modo mais expressivo de relação social. Possibilita à pessoa manter-se aberta e acessível às ações voluntárias do outro,

constituindo uma relação aceitável para que o fluxo da consciência de um se apresente ao do outro (SCHUTZ, 2008).

Na perspectiva da fenomenologia compreensiva de Alfred Schütz, o cuidado de enfermagem pode ser considerado como uma ação social que tem como cenário o mundo da vida, no qual são estabelecidas relações intersubjetivas que devem ser valorizadas pelo enfermeiro nos diversos contextos em que atua. Tal valorização perpassa o reconhecimento da pessoa, ao considerar o acervo de conhecimentos e as experiências adquiridas ao longo da vida, bem como a situação biográfica em que se encontra no momento do cuidado. Isso permitirá ao profissional lançar um olhar ampliado sobre o cuidar, alicerçado na vida do sujeito e considerando o contexto social no qual está inserido.

Esta abordagem contribui para a pesquisa realizada na medida em que ele compreende o ser humano enquanto ser no mundo, com sua singularidade e toda a sua vivência, pois possibilita a compreensão do ser em sua subjetividade e busca valorizar o indivíduo, ao se preocupar com o que se repete, com o que é manifestado.

4.1 ESTADO DA ARTE

Consiste em um levantamento e uma revisão do conhecimento realizado sobre o tema, sendo indispensável para desencadear um processo de análise qualitativa e quantitativa dos estudos produzidos nas diferentes áreas do conhecimento (ROMANOWSKI; ENS, 2006).

A busca de produções científicas foi realizada durante o mês de junho de 2016, nas seguintes bases de dados informatizadas: Literatura da América Latina e Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Base de Dados de Enfermagem (BDENF) e Medical Literature Analysis and Retrieval System Online (MEDLINE- sistema online de busca e análise de literatura médica) via Biblioteca Virtual de Saúde (<http://pesquisa.bvsalud.org>).

Foi utilizado como descritor oficial, a palavra mastectomia. O recorte temporal foram os últimos dez anos pois se tratando de oncologia as técnicas cirúrgicas

mudam com o objetivo de serem aperfeiçoadas e, portanto são necessários estudos recentes.

Para seleção dos artigos de pesquisa foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: os estudos deveriam abordar aspectos relacionados à mastectomia, deveriam estar disponíveis na língua portuguesa, os sujeitos da pesquisa deveriam ser mulheres, os artigos de pesquisa com as fontes e resumos deveriam estar publicados no LILACS, BDNF e MEDLINE num período compreendido entre 2006 e 2015.

Os critérios de exclusão foram: estudos que se repetissem entre as bases de dados, sendo considerado apenas um; estudos que abordassem cirurgias conservadoras da mama; que não estivessem disponíveis em língua portuguesa, trabalhos em que os sujeitos fossem homens e pesquisas com mais de dez anos.

O levantamento da produção científica relacionado à mulher frente à mastectomia permitiu observar que o tema é relevante. Muitos estudos têm sido produzidos em torno desta temática, porém ainda temos espaço para muitas outras pesquisas.

Quadro 01- Demonstrativo dos estudos selecionados

TÍTULO	ANO	LOCAL	ÁREA	ABORDA- GEM	OBJETIVOS	RESULTADOS	ASSUNTO
1. Conhecimentos e expectativas de mulheres no pré-operatório de mastectomia	2012	Brasil	Enf	Quanti	Analisar o conhecimento adquirido por mulheres mastectomizadas em relação a aspectos que envolvem o câncer de mama depois de ler um manual educativo.	Após a leitura do manual, a percentagem de respostas corretas aumentou cerca de 11%. Portanto, considerou-se que os participantes tiveram conhecimento adquirido pela leitura e compreensão da informação.	Conhecimento Orientação pós mastectomia

2. Comunicação terapêutica no cuidado pré-operatório de mastectomia	2010	Brasil	Enf	Quali	Refletir sobre o desenvolvimento da comunicação terapêutica do (a) enfermeiro (a) na unidade de internação pré-operatória de mulheres mastectomizadas.	Constatou-se que o exercício da comunicação terapêutica se configura uma prática favorável, porquanto estabelece o vínculo enfermeiro-paciente, sendo a paciente produtora do próprio cuidado. Diante disso, apresenta-se uma proposta de assistência de enfermagem gerenciada e fundamentada em uma relação recíproca de cuidado participativo e humanizante.	Atuação profissional; Vínculo enfermeira-paciente
3. Cuidados de enfermagem no pré-operatório e reabilitação de mastectomia: revisão narrativa de literatura	2011	Brasil	Enf	Quali	Revisar a produção científica referente aos cuidados de enfermagem no período pré-operatório e de reabilitação de mastectomia.	Observou-se que os cuidados de enfermagem nos dois períodos são fundamentais para um tratamento mais humanizado. No entanto, estes se encontram escassos e com orientações pouco esclarecedoras, sendo necessário um maior enfoque por parte da equipe com relação ao seu papel e cuidados prestados à mulher nessa condição	Revisão de literatura; Atuação profissional
5. Vivência do diagnóstico de câncer de mama e de mastectomia radical: percepção do corpo feminino a partir da	2006	Brasil	Enf	Quali	Compreender o impacto cirúrgico na percepção do próprio corpo e na relação deste com as demais pessoas.	Foram inúmeras as dificuldades provocadas pelo câncer, bem como pela terapia cirúrgica, denotando o forte sentimento de perda da feminilidade, o que trouxe	Conhecimento; Compreensão do corpo pós mastectomia

fenomenologia						repercussões físicas, sociais e emocionais. A vivência da mastectomia evidenciou-se como experiência complexa que se estendeu ao longo do tempo, conduzindo as mulheres mastectomizadas à mudanças nos modos de vida. Os(as) profissionais de saúde necessitam refletir sobre suas práticas assistenciais, no intuito de valorizar os sentimentos expressos pela mulher, propiciando-lhe um cuidar de maneira compreensiva.	
6. Sentimentos e fontes de apoio emocional de mulheres em pré-operatório de mastectomia em um hospital-escola	2015	Brasil	Enf	Quali	Identificar os sentimentos frente ao diagnóstico de câncer e a mastectomia e as fontes de apoio emocional.	Frente ao diagnóstico de câncer, a mulher apresenta diversos sentimentos negativos como preocupação, medo e tristeza, sendo necessárias estratégias viáveis que favoreçam à mulher o enfrentamento ao câncer e a mastectomia.	Apoio emocional
7. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal	2010	Brasil	Enf	Quali	Identificar como as mulheres submetidas a mastectomia radical percebem a influência desta cirurgia em sua vida pessoal e conjugal.	A mulher se vê modificada grotescamente pela mastectomia; o suporte familiar é um dos principais aliados na luta contra a doença, somando-se a ele o tipo de relacionamento íntimo vivenciado por	Vínculo da mulher mastectomizada com sua família e companheiro

						elas; algumas mulheres, ao se sentirem incomodadas pela ausência da mama, passaram por algumas mudanças no que se refere à intimidade com o companheiro, sentindo-se constrangidas quando ficavam nuas na frente deles; Os depoimentos revelaram que, após a cirurgia, o desejo referente a fazer ou não a reconstrução da mama é variado.	
8. Relação de ajuda da enfermeira com a mulher na pré-mastectomia	2007	Brasil	Enf	Quali	Analisar uma interação não diretiva, utilizando a relação de ajuda como técnica	A enfermeira acolheu as preocupações expressas pela paciente, mostrando interesse e disposição para ajudá-la, e suas ações não diretivas permitiram que a paciente falasse sobre suas preocupações, aliviando sua tensão apesar da proximidade da finitude. Ao invés de a enfermeira apresentar fórmulas prontas, sua atitude foi de acolhimento, respeito e compreensão, ajudando a paciente a prosseguir em sua luta pela vida.	Interação paciente-profissional

Discussão de resultados:

Com o objetivo de fundamentar a pesquisa em questão, foi realizado um levantamento com 63 estudos (LILACS= 46; BDNF= 7 e Medline=10), de acordo com a metodologia já citada anteriormente. Estes estudos estavam dentro dos critérios de inclusão, porém apenas 8 contribuíram com a elaboração deste estudo por se aproximarem mais das características do meu trabalho.

Estudos que abordam o período pré-operatório de mastectomia: 01,02,03,04,06 e 08. Estes estudos demonstraram a importância deste período para as mulheres.

Os trabalhos 02, 04 e 08 analisaram a atuação dos profissionais frente à mulher que vai ser submetida à mastectomia. O trabalho 03 aborda a atuação profissional porém com objetivo de revisão de literatura referente a esses cuidados.

Apenas a pesquisa 01 realizou uma análise acerca do conhecimento das pacientes mastectomizadas sobre o câncer de mama.

Os estudos 05 e 07 mencionam impactos da mastectomia para a vida das pacientes. Demonstrem assim questões de autoestima e relação com o próximo.

O estudo 06 trata da temática das estratégias que favoreçam o enfrentamento do pré-operatório de mastectomia. Isso é muito relevante para o atendimento mais adequado das pacientes.

Todos os trabalhos selecionados foram produzidos no Brasil e quase todos (com apenas uma exceção) tinham uma abordagem qualitativa.

Para ampliar a compreensão do tema, os 8 estudos selecionados foram relevantes para o trabalho pois mostram a importância do período pré-operatório para essas pacientes, preparando-as melhor para um pós-operatório mais tranquilo e com menos dificuldades. A consulta realizada antes da cirurgia na qual se pode viabilizar a interação enfermeiro(a)-paciente, dar apoio emocional, inserir os familiares destas mulheres durante o atendimento devido ao peso da participação familiar, prepará-la para a compreensão do corpo pós-cirurgia, favorecendo assim um pós-operatório e uma qualidade de vida melhor. Nesse sentido, o estudo foi ampliado, pois, além de identificar qual significado do período pré-operatório para elas, propiciou identificar quais são suas expectativas neste mesmo período.

CAPITULO V - APRESENTAÇÃO DOS RESULTADOS E ANÁLISE DA PESQUISA

Participantes

Participaram desta pesquisa 50 pacientes adultas do sexo feminino no período pré-operatório de mastectomia Num hospital de referência para tratamento do câncer de mama. Todas as pacientes abordadas participaram do grupo de preparo para internação composto por profissionais da enfermagem, serviço social e psicologia, que é realizado diariamente no ambulatório do hospital.

Procedimentos

A seleção das entrevistadas foi realizada após o fechamento do diagnóstico médico ao qual foi definida a conduta cirúrgica. As pacientes selecionadas eram candidatas a realizar o procedimento cirúrgico para retirada total da mama.

O número de entrevistadas seguiu o “critério de saturação” proposto por Muchielli (1990). Essa saturação, segundo o autor, aparece na pesquisa qualitativa ao fim de certo tempo, quando os dados que são coletados deixam de serem novos, configurando-se uma estrutura comum sobre o fenômeno estudado.

As entrevistas tiveram duração de aproximadamente 30 minutos e iniciavam com a apresentação do pesquisador para explicar a atividade e interesse no estudo e assinatura do termo de consentimento. Por meio das entrevistas, foram coletados os dados biográficos das pacientes e suas impressões a respeito do significado do período pré-operatório e suas expectativas.

Os dados coletados em cada entrevista foram submetidos ao procedimento de análise, sendo divididos em dois momentos: Em um primeiro momento, foi feita a transcrição literal do conteúdo da gravação, logo após a realização da entrevista. O segundo momento caracteriza-se pela análise fenomenológica da entrevista.

5.1 ANÁLISE QUANTITATIVA

Através da análise das entrevistas transcritas foi possível analisar o perfil sociodemográfico das mulheres abordadas neste estudo.

Tabela 02 – Idade das mulheres entrevistadas.

Idade	N	%
20 - 30 incompletos	1	2
30-40 incompletos	6	12
40 - 50 incompletos	9	18
50 - 60 incompletos	14	28
60-70 incompletos	9	18
70 - 80 incompletos	8	16
80 ou mais	3	6
Total	50	100

Fonte: Elaborado pelo autor segundo dados da pesquisa, 2017.

Conforme observado na tabela 1, a faixa etária predominante está entre 50 – 60 anos incompletos, com incidência de 28%. Podemos identificar um número pequeno de pessoas com menos de 30 anos e também com mais de 80.

A idade continua sendo um dos mais importantes fatores de risco. As taxas de incidência aumentam rapidamente até os 50 anos. Após essa idade, o aumento ocorre de forma mais lenta, o que reforça a participação dos hormônios femininos na etiologia da doença. Cerca de quatro em cada cinco casos ocorrem após os 50 anos. (BRASIL, 2014, p. 124)

A mamografia atualmente tem sido considerada no rastreamento do câncer de mama como a melhor técnica para diagnosticar a doença. Desta forma, o INCA preconiza a mamografia a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos (BRASIL,

2014). O que faz notar que existe uma preocupação em âmbito nacional para detecção precoce da doença nessa faixa etária.

Tabela 03 - Escolaridade

Escolaridade	N	%
Analfabeto	1	2
Fundamental incompleto	16	32
Fundamental completo	6	12
Médio incompleto	5	10
Médio completo	17	34
Superior incompleto	2	4
Superior completo	3	6
Total	50	100

Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Quanto ao grau de instrução, os percentuais mostram um vínculo com a baixa escolaridade, visto que 32% das entrevistadas possuem ensino fundamental incompleto. A tabela mostra também percentuais expressivos de mulheres com ensino médio completo (34%).

Pode-se inferir que a baixa escolaridade representa entrave na prevenção secundária do câncer de mama, no que tange à prática do autoexame, procura por parte da mulher pelos serviços de saúde que realizem o exame clínico das mamas e a mamografia. Cabe ressaltar a questão do acesso ao sistema de saúde, pois uma vez que a baixa escolaridade dificulta a adoção de ações para o diagnóstico precoce, tornam-se essenciais dispositivos públicos que facilitem o acesso dessa população ao SUS (ALBRECHT et al, 2013, p. 582).

A baixa escolaridade pode estar associada ao desconhecimento a respeito dos métodos de prevenção e detecção precoce da doença e também a dificuldade no acesso aos serviços de saúde

Tabela 04 - Estado Civil

Estado civil	N	%
Solteira	10	20
União estável	1	2
Casada	25	50
Separada	1	2
Divorciada	4	8
Viúva	9	18
Total	50	100

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Ao analisar a tabela 3, foi observado que metade das pacientes referiram ser casadas.

Em relação ao câncer de mama, o parceiro pode ser fonte de suporte ou estresse, dependendo da qualidade do relacionamento do casal. O estresse emocional associado ao relacionamento conjugal pode comprometer a qualidade de vida (AVIS; CRAWFORD & MANUEL, 2005).

Uma união bem estruturada pode ser um fator importante durante todo o tratamento da doença, como fonte de apoio para minimizar os efeitos do estresse, ansiedade e das adversidades.

Tabela 05 - Quantidade de filhos

Qtd de filhos	N	%
Nenhum	5	10
1	9	18
2	14	28
3	12	24
4	3	6
5	4	8
6 ou mais	3	6
Total	50	100

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Com base nas entrevistas realizadas para este estudo, constatou-se que apenas 10 % dessas mulheres nunca engravidaram. Dentre as entrevistadas foi identificado um número importante de mulheres que engravidaram 2 vezes (28%) e 3 vezes (24%).

Smith et al (2002) relatam em seu estudo que durante a gravidez desenvolvem-se uma nova população de células-tronco mamárias que podem ajudar a explicar o motivo da gravidez reduzir o risco de desenvolver câncer de mama.

O desenvolvimento da primeira gravidez pode representar um importante evento no processo de maturação das células da mama, tornando-as potencialmente mais protegidas em relação à ação de substâncias cancerígenas. Desta forma, a nuliparidade e o retardo da primiparidade constituem fatores de risco para o desenvolvimento da doença (LIMA et al, 2001).

Contudo apesar das citações acima, que demonstram que mulheres nulíparas estão mais suscetíveis a doença, sua porcentagem mostrou-se inferior a de mulheres que tiveram até 3 filhos.

Tabela 06:- Menarca

Idade de Menarca	N	%
Não lembra	3	6
Inferior a 10 anos	3	6
10 anos	2	4
11 anos	7	14
12 anos	11	22
13 anos	12	24
14 anos	6	12
15 anos	5	10
16 ou mais	1	2
Total	50	100

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Observa-se na tabela 5 que grande parte das entrevistadas tiveram sua menarca entre 12 e 13 anos indo de encontro com a literatura, tangente ao fator de risco menarca precoce.

Alguns estudos como de Pinho (2004) afirmam uma tendência de que a menarca seja mais precoce nas gerações mais recentes, sendo justificadas pelos estilos de vida, como hábitos alimentares.

A menarca precoce está intimamente relacionada a um aumento no risco de ter câncer de mama devido ao fato de que nessa situação as mulheres ficam expostas a estrógenos endógenos por um espaço maior de tempo (CAVALCANTI, 2003).

Tabela 07 - Idade da primeira gestação

Idade da 1ª gestação	N	%
Nuligesta	5	10
menos de 20 anos	18	36
20 - 25 anos	17	34
26 - 30 anos	7	14
31 -50 anos	3	6
36 - 40 anos	0	0
41 anos ou mais	0	0
Total	50	100

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

A tabela 6 evidencia que 10% dos sujeitos não engravidaram, 36% engravidaram com idade inferior à 20 anos, 34% engravidaram com idade entre 20 e 25 anos, 14% engravidaram com idade entre 26 e 30 anos, 6% engravidaram com idade entre 31 a 35 anos e não houve casos de gravidez após os 36 anos de idade.

Thuler (2003) afirma que quanto mais ciclos ovulatórios a mulher apresentar, maior será sua exposição ao estrogênio, conseqüentemente, maior será o potencial de alterações genéticas que podem levar ao desenvolvimento de neoplasias mamárias.

Assim, a gestação se torna um fator protetor contra o desenvolvimento do câncer de mama, já que, neste período ela não está exposta ao estrogênio.

Tabelas 08 - Alimentação - Consumo de alimentos não industrializados

Alimentos	N (50)	%
Verduras		
- Sim	48	96
- Não	2	4
Legumes		
- Sim	48	96
- Não	2	4
Frutas		
- Sim	38	76
- Não	12	24

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Tabelas 09 - Alimentação - Consumo de alimentos industrializados – enlatados e embutidos

Alimentos industrializados	N (50)	%
Enlatados		
- Sim	11	22
- Não	39	78
	50	100
Embutidos		
- Sim	12	24
- Não	38	76

Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Tabela 10 - Alimentação - Consumo de carne vermelha

Consumo de Carne Vermelha	N (50)	%
Carne vermelha		
- <i>Sim</i>	34	68
- <i>Não</i>	16	32
Churrasco		
- <i>Sim</i>	7	14
- <i>Não</i>	43	86

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Nas tabelas 7, 8 e 9 foi possível analisar que 94% das pacientes entrevistadas referiram consumo regular de verduras e legumes, 76% afirmaram ingerir frutas com frequência. Apenas 22 % assumiram que consomem enlatados regularmente e 24% referiram ingestão de embutidos, no dia a dia. 68% das entrevistadas afirmam que fazem uso regular de carne vermelha e apenas 14% referem consumo de churrasco com frequência.

O tipo de alimentação consumida por um indivíduo pode ser um importante fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.

A literatura reconhece que os fatores dietéticos representam cerca de 30% das causas de câncer, sendo somente superado pelo tabaco, como fator de risco prevenível (KEY et al, 2002).

Portanto, a gênese e progressão do câncer de mama parecem estar extremamente relacionadas a hábitos alimentares, consumo de gorduras, carnes, produtos lácteos, frutas, vegetais, fibras, fitoestrógenos, e outros componentes dietéticos (WILLETT, 1999).

Alguns estudos epidemiológicos são convincentes ao demonstrarem que mulheres com uma dieta rica em frutas e vegetais têm um risco reduzido de desenvolverem câncer de mama (GANDINI et al, 2000).

As frutas e vegetais possuem em sua composição substâncias anticarcinogênicas como isoflavonas, fitosteróis, vitamina C e E e beta-caroteno, que podem ser fatores protetores por seus efeitos antioxidantes no metabolismo do estrogênio, na redução da proliferação celular, entre outros mecanismos (STEINMETZ; POTTER, 1996).

Segundo Sinha (2002), a associação do câncer com a ingestão de carne vermelha pode estar relacionada ao seu conteúdo de gorduras, proteínas e ferro ou ao seu modo de preparo.

Sugere-se que carnes grelhadas ou de churrasco aumentam o risco de câncer de mama pela exposição a aminas heterocíclicas e hidrocarbonetos aromáticos policíclicos, que são tidos como potentes carcinógenos (WORLD CANCER RESEARCH FUND INTERNATIONAL, 1997).

Alimentos salgados demais ou preservados em sal (como é o caso de enlatados e embutidos) estão relacionados principalmente ao desenvolvimento de câncer. De forma isolada, o sal não é tão prejudicial, mas misturado a uma substância chamada nitrosamina (produzida pela fermentação das carnes ao sol, por exemplo), transforma-se numa toxina cancerígena (WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH, 2007).

Existem evidências de que a dieta pode desempenhar tanto papel promotor quanto protetor no desenvolvimento da neoplasia maligna da mama. Embora os resultados desta pesquisa indiquem que estes sujeitos apresentam uma alimentação saudável, as citações anteriores indicam que a obesidade e uma alimentação rica em gorduras e carne vermelha sejam fatores de risco, assim como o consumo de vegetais e vitaminas antioxidantes podem figurar como fator de proteção contra a doença.

Dessa forma, é importante a investigação acerca do hábito alimentar das mulheres com câncer de mama com a finalidade de conhecer a distribuição desses fatores nessa população e contribuir para compreender melhor as relações da alimentação com a doença.

Tabela 11 - Índice de Massa Corporal (IMC)

IMC	N	%
menor que 18,5	0	0
18,5 - 24,9	13	26
25 - 29,9	18	36
30 - 34,9	12	24
35 - 39 anos	6	12
maior que 40	1	2
Total	50	100

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Na tabela 10 se pode identificar que nenhuma paciente apresentou IMC inferior à 18,5 (baixo peso); 26% apresentaram IMC entre 18,5 e 24,9 (considerado normal); 36% estão na faixa entre 25 – 29,9 (sobrepeso); 24% apresentaram obesidade classe 1 (entre 30 – 34,9), 12% apresentaram obesidade classe II (entre 35- 39,9) e apenas 2% estão com IMC superior a 40 que indica obesidade classe III.

IMC	Classificações
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 - 24,9	Peso normal
25,0 - 29,9	Excesso de peso
30,0 - 34,9	Obesidade classe I
35,0 - 39,9	Obesidade classe II
Maior ou igual a 40,0	Obesidade classe III

Classificação segundo a OMS a partir do IMC

Fonte: WHO,2000

Um dos fatores associados ao câncer de mama é o excesso de peso corporal, entretanto estudos indicam que essa associação depende do estado menopausal das mulheres.

Conforme a literatura, o mecanismo envolvido no efeito protetor da obesidade contra o câncer de mama em mulheres pré-menopausadas pode estar ligado à baixa exposição a estrogênios endógenos e à redução dos níveis de progesterona, uma

vez que o sobrepeso em mulheres jovens pode levar à amenorreia e à ocorrência de ciclos menstruais irregulares. Como a combinação de estrogênio e progesterona induz a mitose de células mamárias, tanto normais quanto cancerosas, uma redução desses hormônios pode representar um fator de proteção contra a neoplasia de mama (KAAKS; LUKANOVA, 2001; PEACOCK et al., 1999). Já na fase após a menopausa, a produção de hormônios sexuais pelos ovários acaba e todo o estrogênio endógeno resulta da conversão de androgênio no tecido adiposo, podendo desencadear a iniciação e promoção de células cancerosas no tecido mamário de mulheres menopausadas (WENTEN et al., 2002; YONG et al., 1996).

Tabela 12- Tabagismo

	N	%
Nunca Fumou	37	74
ex-tabagista	6	12
Tabagista	7	14
Total	50	100

Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

No que diz respeito ao tabagismo, na realização das entrevistas foram consideradas como fumantes as mulheres que independentemente da quantidade, faziam uso da nicotina todos os dias. Diante disso observou-se que 74% das entrevistadas se declararam não tabagistas. Segundo Thuler (2003) o tabagismo proporciona aumento no risco de desenvolvimento do câncer de mama, por causar um aumento considerável nos níveis de estrogênio o que acarreta a possibilidade de desenvolver neoplasia. No entanto, este estudo mostra que a minoria das pacientes era dormada por não fumantes.

O tabagismo é um grande problema de saúde pública. O tabaco é um dos mais potentes agentes cancerígenos conhecidos e é necessário que os países, por meio de seus sistemas de saúde e educação, criem medidas de prevenção e controle do tabagismo.

Tabela 13 - Consumo regular de bebida alcoólica

Bebida alcoólica		
- consumo	N	%
Nunca bebeu	31	62
Consume atualmente	10	20
Já consumiu regularmente	9	18
Total	50	100

Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Ao serem indagadas a respeito do hábito de ingerir bebidas alcoólicas, encontrou-se que entre as entrevistadas 62% não tem o hábito, 20% consomem regularmente e 18% já fizeram uso regular de bebidas alcoólicas no passado.

Estudos desenvolvidos para conhecer o efeito do álcool no organismo humano e sua relação com o câncer de mama, demonstram a ocorrência de associação positiva entre o consumo de álcool e a neoplasia da mama (MAKANEN & MUNOZ, 2002).

A atuação da equipe de saúde para a abordagem da paciente que faz uso regular de bebidas alcoólicas é muito importante para o tratamento do indivíduo, é necessário valorizar a autoestima da paciente e ensiná-la a controlar a ansiedade além de explicar as consequências negativas do abuso do álcool.

Tabelas 14 - Apoio de rede social

Recebe apoio	N	%
<i>sim</i>	48	96
<i>não</i>	2	4
Total	50	100

Fonte:Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Dentre as entrevistadas a maioria 96% afirmaram receber apoio neste momento de suas vidas enquanto apenas 4% negaram.

Tabela 15 - Grupo de apoio

Tipo de apoio	N	%
Família	17	34
Amigos	0	0
Família e amigos	31	62
Sem apoio	2	4
Total	50	100

Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Quanto às fontes provedoras de apoio pode-se afirmar que as entrevistadas recebem maior apoio (62%) da família e amigos. Nenhuma paciente referiu receber apoio somente de amigos, porém. 34% afirmam receber apoio exclusivamente da família e somente 4 afirmam não receber apoio.

O Apoio Social, segundo Pietrukowicz (2001), pode ser compreendido como um processo de interação entre pessoas ou grupos de pessoas, que através do contato sistemático estabelecem vínculos de amizade e de informação, recebendo apoio material, emocional e afetivo, contribuindo para o bem-estar recíproco e construindo fatores positivos na prevenção e na manutenção da saúde. Tem-se como premissa que o apoio exerce efeitos diretos e indiretos sobre o sistema imunológico do corpo, no sentido de proporcionar um aumento na capacidade das pessoas de contornarem situações como a de estresse e os seus sintomas.

A quantidade de pessoas citadas como fontes de apoio esteve associada a maior percepção do apoio recebido. Assim, as mulheres se beneficiaram da existência de mais pessoas significativas em sua rede de apoio. Os profissionais de saúde, entretanto, não foram considerados como fonte de apoio significativa entre as entrevistadas.

Tabela 16 - Suporte psicológico ou psiquiátrico

sim	3	6
não	47	94
total	50	100
Total	50	100

Fonte: Elaborado pela autora segundo dados da pesquisa, 2017.

Em relação ao suporte psicológico ou psiquiátrico pode-se afirmar que 96% das pacientes não recebem este tipo de suporte durante o período pré-operatório. Somente 6% afirmaram receber este suporte durante esta fase do tratamento, porque o hospital em questão não tem recurso humano o suficiente na área de psicologia para atender a toda essa demanda.

O diagnóstico do câncer de mama e a necessidade de ser submetida ao procedimento cirúrgico da mastectomia confronta as mulheres com a questão da perda do corpo saudável, vulnerabilidade, a mutilação, o enfrentamento da finitude e morte. Diante disso constata-se a importância do acompanhamento psicológico ou psiquiátrico que a maioria não está recebendo. Contando apenas com suas redes de apoio.

Schover (1994) levantou a questão dos tratamentos conservadores serem mais protetores, do ponto de vista psicológico, para a mulher com câncer de mama.

Assistir à paciente em pré-operatório de mastectomia é uma questão importante e, muitas vezes, tarefa fica a cargo da enfermeira, do oncologista, do cirurgião ou dos demais membros da equipe multidisciplinar avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico.

De acordo com Payne et al. (1999) uma questão que pode preocupar essa equipe multidisciplinar é a dificuldade em reconhecer quadros psiquiátricos. Em geral, percebe-se a ocorrência de determinadas alterações psicopatológicas relacionadas à ansiedade, mas raramente um diagnóstico amplo ou formal é feito.

Durante a consulta pós-diagnóstico, a paciente entra em contato com a enfermeira e neste momento ocorre uma interação importante quando a profissional explica as normas e rotinas de internação e no que consiste a cirurgia proposta. Neste contato face a face surge o momento ideal para a paciente expor suas dúvidas, verbalizar o que pensa a respeito desta fase e como se sente. Nesta consulta é possível para a enfermeira perceber alterações psicopatológicas nas pacientes e até mesmo nos acompanhantes, bem como identificar quais suas fontes de apoio.

5.2 MOVIMENTO DA ANÁLISE COMPREENSIVA DE ALFRED SCHÜTZ

Este estudo teve como método, a abordagem compreensiva fenomenológica de Alfred Schütz. Desta forma, o investigador social parte de sua própria vivência, do seu mundo da vida, enquanto mundo social, para, então, raciocinar a respeito do sentido que esse fenômeno tem para si mesmo e para aqueles com quem compartilha o mundo vivido (CAPALBO, 1998).

A Fenomenologia Social, de Schütz, visa compreender o mundo com os outros em seu significado intersubjetivo, tendo, como proposta, a análise das relações sociais. Refere-se à estrutura de significados na vivência intersubjetiva da relação social do face a face, voltando-se para o entendimento das ações sociais que têm um significado contextualizado, de configuração social, e não puramente individual (SCHUTZ, 1972).

A trajetória desse estudo esteve voltada para a compreensão do significado do fenômeno “pré-operatório de mastectomia”, a partir do vivido pelas pacientes entrevistadas, pois são elas, enquanto pessoas que atuam, interagem e se compreendem dentro do chamado mundo social, que possibilitam o desenvolvimento do fenômeno a partir de uma perspectiva de ser-no-mundo. Compreende-se que o significado nunca é individual, pois, embora cada uma das enfermas o vivencie, num contexto objetivo de significação, está contextualizado na intersubjetividade, configurando um grupo social.

O tipo vivido surge da descrição vivida do comportamento social que permite encontrar algo que tipifica como uma estrutura vivenciada única, uniforme, contínua, que pode ser analisada e descrita porque tem um valor de significação e que pode ser transmitida pela comunicação e pela linguagem significativa, na relação interpessoal (SCHUTZ, 1974).

Considerando que as ações sociais são permeadas pela subjetividade do mundo e pela compreensão da ação do outro por intermédio intersubjetividade, estas relações podem se dar de diferentes formas. Uma delas é na relação face a face, quando compartilhamos um espaço e um tempo comum como sujeitos e um tem a consciência do outro como tal. É a orientação para o tu, o modo puro da pessoa estar consciente de outro ser humano, como uma pessoa (CAPALBO, 2008).

A intencionalidade é mostrada através dos motivos-para e motivos-porque, mediante a vivência. Entretanto, quando não se vivencia, o ator pode fazer planejamentos e fantasiar como será quando ele sair da experiência para a vivência.

Por motivo, compreende-se: “um estado de coisas, o objetivo que se pretende alcançar com a ação”. Assim, motivo-para é a orientação para a ação futura e motivo-porque está relacionado às vivências passadas, com conhecimentos disponíveis (SCHUTZ, 1974).

O motivo-para é, portanto, um contexto de significado que é construído ou se constrói sobre o contexto de experiências disponíveis no momento da projeção, é uma categoria subjetiva. O motivo-porque se refere a um projeto em função de vivências passadas e é uma categoria objetiva, acessível ao pesquisador. O contexto do significado do verdadeiro motivo-porque é sempre uma explicação posterior ao acontecimento.

As tipificações ao nível do senso comum, em oposição às tipificações feitas pelo cientista social, emergem, na experiência cotidiana do mundo, sem qualquer formulação de julgamentos ou proposições claras, com sujeitos e predicados lógicos. Elas pertencem ao senso comum. O vocabulário e a sintaxe da língua cotidiana representam a síntese das tipificações socialmente aprovadas pelo grupo linguístico (SCHUTZ, 1979).

Sendo assim, percebe-se que a percepção da realidade social é realizada através da tipificação dos fatos do mundo. Ou seja, a interpretação da vida cotidiana

faz-se por meio do modo como os sujeitos interpretam as suas atitudes e as atitudes dos outros. No que se refere à investigação da realidade da vida cotidiana, o que possibilitará o entendimento de um fenômeno social pelo pesquisador é a sistematização dos seus traços típicos.

É importante ressaltar que a tipicidade não se restringe à ação de um único indivíduo, mas abrange sempre o grupo de sujeitos que vivenciam o fenômeno em questão. Assim, a tipicidade é algo que converge nas intenções expressas pelos indivíduos, sendo representada por uma estrutura vivenciada única, que tem um valor de significação presente na relação interpessoal. Este valor de significação é transmitido pela linguagem e pela possibilidade de comunicação (SCHÜTZ, 2003).

Para a Fenomenologia Social, o que importa investigar não é o comportamento de cada indivíduo em particular, mas o que pode constituir-se em uma característica típica daquele grupo social que está vivendo aquela situação do comportamento vivido (SCHÜTZ, 1972).

A entrevista norteia uma relação face a face – encontro direto e autêntico entre os sujeitos. Possibilitando à pessoa manter-se aberta e acessível às ações intencionais do outro, constituindo uma relação que permita que o fluxo da consciência de um apresente-se ao do outro. Deve ser orientada por questões que evoquem a motivação, a qual fundamenta e impulsiona a ação.

Schütz (2008) define uma relação face a face, como aquela na qual os sujeitos envolvidos estão conscientes um do outro e voltados mutuamente, no mesmo tempo e espaço. Na relação face a face se pode vivenciar a formação de um contexto motivacional e dele participar antes mesmo que o outro atue.

A fala dos sujeitos quanto a sua motivação constitui a exteriorização de sua intencionalidade, que são captadas pelo pesquisador. A leitura cuidadosa e a análise crítica do conteúdo dessas falas possibilitam a identificar e a descrever os significados da ação – a categorização – com conseqüente entendimento do fenômeno investigado.

Diante dessas considerações sobre os conceitos trabalhados por Schütz, pretendeu-se chegar à compreensão da significação do período pré-operatório de mastectomia.

Ao levar em conta o objeto de estudo e para alcançar os objetivos, buscou-se apreender a situação biográfica das mulheres entrevistadas; compreender o movimento destas pacientes referente ao fenômeno do pré-operatório de mastectomia e suas expectativas neste momento da vida, porém não foram evidenciados *motivos-para*, pois essas mulheres passaram pelo processo de forma passiva, sem traçar estratégias que possibilitassem alcançar suas expectativas.

Para traçar a situação biográfica das pacientes foi utilizado o conceito de Schütz (2012) de situação biográfica. Da mesma forma, para identificar qual significado do período pré-operatório para as pacientes que serão submetidas à mastectomia e suas expectativas neste período foram utilizados conceitos de Schütz (2012) como planejamento, intencionalidade, motivos-para e tipo vivido.

5.2.1 Situação biográfica

Este estudo buscou traçar a situação biográfica das pacientes entrevistadas, evidenciando assim a importância de ser conhecer essas mulheres, caracterizando-as no momento vivido.

Schütz (2012) afirma que a situação biográfica consiste na sedimentação de experiências anteriores, que influenciarão ações futuras.

A bagagem de conhecimentos, sedimentada através da situação biográfica, possibilitou o desenvolvimento das relações sociais no mundo da vida. No contexto onde estão inseridas, as mulheres fazem um movimento em relação ao fenômeno de pré-operatório de mastectomia, através das relações sociais desenvolvidas neste período.

Considerando os relatos das entrevistas construiu-se um quadro com as características reveladoras situação biográfica:

Quadro 02- Situação Biográfica

E1	<i>53 anos de idade Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 10 anos de idade e teve a primeira gestação com 28 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e carne vermelha. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 29,53. É ex-tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico</i>
E2	<i>74 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental completo. É casada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 14 anos de idade e teve a primeira gestação com 25 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e carne vermelha. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 22,5. É tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico</i>
E3	<i>78 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental completo. É viúva e tem 5 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 19 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 32,0. É ex- tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E4	<i>72 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É viúva e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 15 anos de idade e teve a primeira gestação com 24 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 35,08. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>

E5	32 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e não tem filhos. Apresentou menarca aos 13 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 30,92. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E6	53 anos de idade. Estudou até o ensino superior completo. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 35 anos. Possui uma alimentação composta por enlatados, embutidos e carne vermelha. Nega consumo de verduras, legumes, frutas e churrasco. Apresenta IMC de 32,19. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E7	67 anos de idade e é analfabeta. Casada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 15 anos de idade e teve a primeira gestação com 23 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 19,84. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E8	78 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É viúva e tem 5 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 19 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 32,53. É ex-tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.

E9	48 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É solteira e não tem filhos. Apresentou menarca aos 11 anos de idade. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 27,34. É ex-tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E10	51 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É divorciada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 16 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, enlatados e embutidos. Nega consumo frutas e churrasco. Apresenta IMC de 24,39. Nega tabagismo. Refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E11	67 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É solteira e tem 8 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 13 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 19,37. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E12	83 anos de idade. Estudou até o ensino superior completo. É solteira e não tem filhos. Apresentou menarca aos 12 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 22,60. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.

E13	<i>59 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental completo. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 11 anos de idade e teve a primeira gestação com 26 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 27,66. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E14	<i>31 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 23 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 25,22. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E15	<i>44 anos de idade. Estudou até o ensino superior completo. Possui união estável com companheiro e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 7 anos de idade e teve a primeira gestação com 35 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, churrasco e frutas. Nega consumo de enlatados e embutidos. Apresenta IMC de 19,83. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E16	<i>55 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 33 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 26,89. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>

E17	<i>54 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 3 filhos. Não recorda quando ocorreu sua menarca e teve a primeira gestação com 25 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, churrasco e frutas. Nega consumo de enlatados e embutidos. Apresenta IMC de 27,68. É tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E18	<i>38 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 3 filhos. Não recorda quando ocorreu sua menarca e teve a primeira gestação com 18 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 29,75. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E19	<i>61 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 17 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 31,63. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E20	<i>82 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É viúva e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 27 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 21,87. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>

E21	43 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 16 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e carne vermelha. Nega consumo de frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 28,20. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E22	65 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental completo. É divorciada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 14 anos de idade e teve a primeira gestação com 22 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e carne vermelha. Nega consumo de frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 30,70. É tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E23	58 anos de idade. Estudou até o ensino médio incompleto. É casada e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 23 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 37,92. É tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Relata receber suporte psiquiátrico ou psicológico.
E24	75 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É solteira e não tem filhos. Apresentou menarca aos 17 anos de idade. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, enlatados, embutidos, carne vermelha e frutas. Nega consumo de churrasco. Apresenta IMC de 20,43. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Nega receber apoio neste momento. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico

E25	62 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É viúva e tem 5 filhos. Não recorda quando ocorreu sua menarca e teve a primeira gestação com 19 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, enlatados e carne vermelha. Nega consumo de frutas, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 28,89. É ex-tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E26	48 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É solteira e tem 4 filhos. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 20 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 24,69. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico
E27	50 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 21 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e churrasco. Nega consumo de enlatados, embutidos e frutas. Apresenta IMC de 29,43. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E28	47 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 21 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, churrasco e frutas. Nega consumo de enlatados e embutidos. Apresenta IMC de 43,56. É tabagista e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.

E29	<i>75 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 6 filhos. Apresentou menarca aos 14 anos de idade e teve a primeira gestação com 18 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 26,48. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E30	<i>36 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É solteira e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 28 anos. Possui uma alimentação composta por verduras e legumes. Nega consumo de carne vermelha, frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 29,30. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Nega receber apoio neste momento. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E31	<i>57 anos de idade. Estudou até o ensino superior incompleto. É divorciada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 10 anos de idade e teve a primeira gestação com 20 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 34,93. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E32	<i>59 anos de idade. Estudou até o ensino superior completo. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 8 anos de idade e teve a primeira gestação com 21 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 28,19. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>

E33	<i>49 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É solteira e não tem filhos. Apresentou menarca aos 14 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, enlatados, embutidos e frutas. Nega consumo de churrasco. Apresenta IMC de 34,55. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E34	<i>76 anos de idade. Estudou até o ensino médio incompleto. É viúva e tem 4 filhos. Apresentou menarca aos 9 anos de idade e teve a primeira gestação com 20 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, embutidos e frutas. Nega consumo de enlatados, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 38,62. É ex-tabagista e nega consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E35	<i>58 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É viúva e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 25 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, enlatados e embutidos. Nega consumo de frutas e churrasco. Apresenta IMC de 31,20. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E36	<i>57 anos de idade. Estudou até o ensino médio incompleto. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 12 anos de idade e teve a primeira gestação com 15 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 26,11. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>

E37	64 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental completo. É separada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 14 anos de idade e teve a primeira gestação com 18 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 25,81. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E38	66 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 11 anos de idade e teve a primeira gestação com 26 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 37,33. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E39	31 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 11 anos de idade e teve a primeira gestação com 25 anos. Possui uma alimentação composta por legumes e verduras. Nega consumo de carne vermelha, frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de XX. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E40	45 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental completo. É casada e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 17 anos. Possui uma alimentação composta por frutas. Nega consumo de verduras, legumes, carne vermelha, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 31,04. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.

E41	62 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 6 filhos. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 19 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 37,65. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E42	58 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 21 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 30,11. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E43	47 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É solteira e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 15 anos de idade e teve a primeira gestação com 22 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, embutidos e frutas. Nega consumo de enlatados e churrasco. Apresenta IMC de 25,00. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.
E44	61 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É solteira e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 11 anos de idade e teve a primeira gestação com 15 anos. Possui uma alimentação composta por verduras e legumes. Nega consumo de carne vermelha, frutas enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 24,44. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.

E45	<i>71 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É viúva e tem 5 filhas. Apresentou menarca aos 11 anos de idade e teve a primeira gestação com 14 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 21,21. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Relata receber suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E46	<i>84 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É casada e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 15 anos de idade e teve a primeira gestação com 18 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 21,08. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E47	<i>39 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É divorciada e tem 4 filhos. Apresentou menarca aos 11 anos de idade e teve a primeira gestação com 18 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, carne vermelha, frutas, enlatados, embutidos e churrasco. Apresenta IMC de 30,38. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>
E48	<i>28 anos de idade. Estudou até o ensino médio completo. É casada e tem 2 filhos. Apresentou menarca aos 13 anos de idade e teve a primeira gestação com 19 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes e frutas. Nega consumo de enlatados, embutidos, carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 20,12. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.</i>

E49	53 anos de idade. Estudou até o ensino fundamental incompleto. É viúva e tem 3 filhos. Apresentou menarca aos 14 anos de idade e teve a primeira gestação com 27 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, enlatados, embutidos e frutas. Nega consumo de churrasco. Apresenta IMC de 39,56. Nega tabagismo e consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família. Relata receber suporte psiquiátrico ou psicológico.
E50	46 anos de idade. Estudou até o ensino superior incompleto. É solteira e tem 1 filho. Apresentou menarca aos 15 anos de idade e teve a primeira gestação com 28 anos. Possui uma alimentação composta por verduras, legumes, enlatados, embutidos e frutas. Nega consumo de carne vermelha e churrasco. Apresenta IMC de 26,64. Nega tabagismo e refere consumo regular de bebidas alcoólicas. Recebe apoio proveniente da família e amigos. Não recebe suporte psiquiátrico ou psicológico.

Fonte: elaborado pela autora com dados da pesquisa, 2017

5.2.2 Resultados e discussão das perguntas abertas

Pergunta : Qual significado tem para você o período pré-operatório de mastectomia?

Categoria : Ansiedade

“É muito ansioso, a tua vida fica em suspenso. É assim: A gente tá em cima do natal, então a gente tava conversando outro dia, minha nora falou: E aí, como é que vai ser o natal? E eu falei: Eu não sei! Eu não sei quando que eu vou operar, a gente tem que esperar o resultado pra saber o que é que vai fazer, então você deixa sua vida meio que em “stand by” sabe! É só isso! É ansiedade mesmo!” E 1

“No princípio eu tava bem calma mas depois as coisas foi complicando. Eu tive que fazer angioplastia, aí a cirurgia não

pode mais ser aqui, lá na rodoviária né! E aí era já pra ter feito. Angioplastia cortou! Aí, outra vez já era pra ter feito mas não teve como, não tinha vaga. Agora tô ansiosa pedindo à Deus pra isso acontecer. Eu durmo e acordo pensando nisso. Não é assim com medo, com nada não. Pedindo à Deus pra acontecer logo, pra resolver.” E 3

“Tô assim louca pra tirar esse peito fora pra eu poder tomar medicação e ficar boa.” E 4

“Tenso. Você fica na ansiedade. Você começa a se imaginar, você se olha no espelho, na hora do banho você pensa: Ih! Daqui a pouco quando eu operar, eu não tenho mais essa mama. Mas ao mesmo tempo que é tenso e você fica já se imaginando com, porque a gente tem a propensão de imaginar mais à frente, você projeta lá pra frente... É enfrentando. É enfrentar mesmo assim como o cabelo caiu na quimioterapia, sobrancelha ainda não nasceu mas eu aprendi a fazer... A mama eu vou saber, eu vou aprender a disfarçar. É assim que eu tô buscando, tô lendo bastante pra poder superar essa fase.” E 6

“Ah! Tô assim um pouco ansiosa mas quero me ver livre logo desse pobrema, entendeu? Eu não sei nem responder direito porque eu nunca operei, é a primeira vez.” E 21

“Expectativa grande, né! (suspiros) A gente fica ansiosa né, pra ter logo resolvido, né!” E 22

“Ah! Tô ansiosa né! Nervosa! Não sei nem quando que vai ser. Que dia! É isso aí!” E 26

“Olha, tá sendo normal assim, né! O dia a dia tá normal. Tô ansiosa, né! Acho que a ansiedade faz parte, né! Porque é uma

coisa nova e ainda mais uma cirurgia desse tipo, que é o câncer, né! Então, o câncer assusta! Eu tô vivendo por partes.”

E 27

“Pra mim tá tudo bem! Eu tô ansiosa pra acabar logo, pra terminar, pra seguir em frente. Eu quero que passe logo.”

E 28

“Ah! Eu quero fazer logo (a cirurgia), pode tirar logo (a mama), me tratar logo, ficar bem logo.”

E 31

“Pra mim, é me livrar de um problema. É isso que eu penso, entendeu! Eu botei na minha mente que ele (o câncer) não me pertence, eu tenho que desfazer e sair logo, o mais rápido possível.”

E 32

“Ansiedade. Ansiedade forte. Tô bem ansiosa.”

E35

“Ah! Eu tô assim ansiosa, né! Eu nunca nem fiz cirurgia, é a primeira vez! Tô, tô ... Ai, como é que eu vou dizer? Tô ansiosa, né, pra saber como é que vai ser e preocupada ao mesmo tempo pra ver como é que eu vou ficar sem o meu peito (risos).”

E 43

“Assim é (pausa) pra mim é meio eufórico. Tu fica meio ansiosa. Eu nunca fiz cirurgia nenhuma. Então tudo pra mim é novo e eu quando a coisa é muito nova e desconhecida pra mim eu assusto um pouco. Me deixa um pouco ansiosa, nervosa, perco o sono, fico agitada. Quer dizer, queria logo chegar pra fazer e resolver, entendeu? Aí é meio complicado, mas eu tô levando bem.”

E 47

“Ah! Bastante ansiedade, não é! A gente quer passar logo pela cirurgia pra ficar boa. Aí quando você lembra que tem que fazer

a cirurgia, né! Tem que passar pelo corte, pela anestesia, dá medo!” E 48

As entrevistadas vivenciaram o período de pré-operatório de mastectomia como um momento de muita ansiedade.

Petry et al (2006) definiu a ansiedade como um fenômeno caracterizado por sentimentos de tensão, apreensão, nervosismo e preocupação. Esses sentimentos são subjetivos e, normalmente, ocorrem respondendo a alguma ameaça. A diferença entre o medo e a ansiedade parece ser apenas o grau de tensão.

Pode ser percebido nas entrevistadas que a ansiedade pré-operatória pode se expressa por meio de sintomas físicos que alteram o padrão de sono e repouso e o apetite, ou seja, a ansiedade se manifesta no corpo através de sintomas físicos.

A angústia produzida pelos momentos que antecedem a cirurgia desencadeia sentimentos conflitantes com relação a mesma que é medo de se submeter ao procedimento e a necessidade de se submeter a cirurgia.

A intervenção cirúrgica representa uma ameaça na vida de qualquer pessoa, pois envolve uma carga emocional específica e diferenciada. Diante da necessidade da intervenção cirúrgica o paciente precisa entender o que acontecerá com ele. Neste caso a ansiedade pode ser considerada um fator positivo pois pode possibilitar a busca do conhecimento. A partir daí torna-se muito importante a figura do profissional de saúde, pois pode dar as informações pertinentes reduzindo assim a ansiedade, além de reforçar o vínculo entre paciente e profissional.

Cosmo e Carvalho (2000) comentam sobre esse assunto, afirmando que o momento da internação é vivido de forma extremamente dramática, não importa o tipo de cirurgia à qual o paciente será submetido, mas sim o modo como o paciente vivencia o momento. O estado emocional no pré-operatório atua diretamente sobre suas reações, tanto durante a cirurgia quanto no pós-operatório. A internação hospitalar pode contribuir para o sentimento de ruptura com a vida diária e com a perda da autonomia do paciente. A hospitalização pode implicar uma série de sentimentos de desconforto, inclusive propiciando o processo de despersonalização. Trata-se de um sentimento muito comum no ambiente hospitalar e em grandes

períodos de internação, pois o paciente passa a ser tratado em função do quadro de sintomas que apresenta, e não mais pela sua singularidade enquanto indivíduo.

A equipe de enfermagem tem a preocupação a respeito do estado emocional do paciente e as consequentes variações que repercutem diretamente nas funções básicas de seu organismo.

A ansiedade tem sido abordada por vários autores, por meio de estudos relativos ao medo da morte, da anestesia, da deformação, da dor, as incertezas relacionadas ao prognóstico, ao tratamento, as preocupações com a família, com o emprego entre outras. Todavia, segundo os relatos das pacientes abordadas neste estudo, a ansiedade está diretamente ligada à vontade de realizar a cirurgia o mais rápido possível para retomar à vida normal.

Schütz (2012) afirma que os fenômenos que ocorrem no mundo da vida podem gerar mudanças nas ações do ator, assim como tais ações também possibilitam transformações no mundo da vida do indivíduo.

Categoria: Espiritualidade caracterizada pela confiança em Deus

“No princípio eu tava bem calma mas depois as coisas foi complicando. Eu tive que fazer angioplastia, aí a cirurgia não pode mais ser aqui, lá na rodoviária né! E aí era já pra ter feito. Angioplastia cortou! Aí, outra vez já era pra ter feito mas não teve como, não tinha vaga. Agora tô ansiosa, pedindo à Deus pra isso acontecer. Eu durmo e acordo pensando nisso. Não é assim com medo, com nada não. Pedindo à Deus pra acontecer logo, pra resolver”. E 3

“Eu tô um pouquinho assim de susto. Eu sei que já deu tudo certo, risos... Eu tô assustada porque vão tirar um pedaço do

meu pedaço né, assim... Mas primeiramente eu confio em Deus e em vocês".E 7

"Eu sinceramente, eu tô aceitando tudo, tem que aceitar tudo. Não tô ficando constrangida. Tá vendo eu brincar aqui? Eu brinco o tempo todo. Eu vou ficar igual à Thamy, a filha da Gretchen. Eu vou tirar o outro agora. Deus não dá nada que a gente não possa levar. Ele sabe de tudo. Então, eu acredito em Deus, eu acredito em Jesus, na Virgem Maria, eu tô bem. Graças à Deus." E 34

"Ah! Eu... (pausa) é uma coisa assim desconhecida, um sentimento ... uma hora eu tô muito bem, tô aceitando uma maravilha, tem dia que eu tenho aquela queda, entendeu? Aí eu choro, entendeu? Mas também cabou alí cabou. Não desconto em ninguém, não grito, entendeu? Mas na hora de dormir vem as lágrimas. Eu creio em Deus. Eu sei que Deus está comigo. Isso aí é coisa de gente bobada. Pára de chorar (risos...)" E 38

"Difícil. Difícil sim porque você tá sã, aí daqui a pouco você fica doente, aí daqui a pouco você sabe que vai tirar um braço seu, daqui a pouco você sabe que vai tirar uma perna, aí daqui a pouco Deus quer te livrar. Como eu falei ainda agora, que isso não venha acontecer com você como aconteceu comigo porque Deus também não permite que acontece com todo mundo, né! É fácil você estar desse jeito, você ter um ano, você fazendo tratamento, no final de tudo você vai esperar que você vai fazer só uma cirurgia pra arrancar um nódulozinho e no final vai tirar uma mama só toda, aí como você vai ficar? Você vai aceitar porque não vai ter jeito." E 41

"Olha, pra mim tá sendo uma coisa assim banal, que foi uma coisa de repente, né! De repente tem que operar, aí me deu

aquele choque, realmente eu fiquei que parecia que tinha abrido um buraco e me jogado dentro. Eu cheguei em casa, eu saí daqui quieta, calada, mas cheguei em casa e desabei, chorei muito, mas é (olhos cheios d'água), como é pra minha própria saúde, eu dou graças à Deus que pelo menos eu corri tô conseguindo. Dou glória à Deus por isso.” E 44

“Ah! Eu não sei nem te dizer! Ah! Eu penso assim... Entrego na mão de Deus. Não tô com medo. Eu tô confiando, né! I (pausa). Eu tô com medo não. Tô assim (pausa). Tô nervosa né! A gente fica, né! Porque eu nunca operei, nunca fiz nada, né! E agora pela primeira vez!” E 45

“Tem sido, pra mim bom. Penso nada! Eu confio em Deus. Eu tô pensativa, né! Tô preocupada porque eu não sei como é que eu vou ficar. Preocupada. Mas às vezes eu penso bem né, tem que aceitar.” E 46

“Tá sendo bom, né! Tranquilo, com certeza. Eu num tô levando muito a sério (risos)! Graças à Deus, eu consegui um hospital, os médicos capacitados e responsável. Eu tenho esperança de ficar boa.” E49

A religiosidade cumpre papel de facilitador para compreender o inexplicável e a aceitação de situações adversas e em caso de situações limites, como no caso do câncer. A doença leva o ser humano a discutir seus valores e com questões como a existência e a proximidade da morte. De forma positiva, a religiosidade está associada a estratégias de enfrentamento ativo, planejamento, reinterpretação positiva e suporte social instrumental e emocional. Assim, constitui-se como uma estratégia de enfrentamento importante diante de situações consideradas difíceis, como é o caso do diagnóstico do câncer, que produz um forte impacto na vida do indivíduo cujo tratamento é permeado de eventos estressores (FORNAZARI & FERREIRA, 2010).

A religião fornece recursos para lidar com o estresse por aumentar a frequência de emoções positivas. Recursos de enfrentamento religioso auxiliam o indivíduo a identificar sentido na vida e oferecem uma visão otimista de mundo. Essas convicções dão uma sensação de controle sobre os eventos, ou seja, se Deus (Alá, Jeová, etc.) está no controle, pode modificar as circunstâncias, e a oração pode influenciar positivamente a situação (KOENIG, 2012).

As respostas frente ao significado do período pré-operatório muitas vezes apareceram ligados à espiritualidade caracterizada pela confiança em Deus mostrando um enfrentamento positivo da situação, uma vez que se sentiam mais confiantes.

No Brasil, a maioria da população possui crenças religiosas e espirituais. Segundo pesquisas chega a 90% a taxa de brasileiros que declaram ir a igrejas, cultos ou serviços religiosos. De acordo com a literatura, durante doenças crônicas ou terminais, pacientes e familiares frequentemente se apoiam em crenças religiosas ou espirituais como forma de encarar as dificuldades, encontrar conforto, esperança e força (SMELTZER et al, 2009).

A conduta dos indivíduos no mundo da vida é altamente influenciada por orientações culturais preexistentes – herança cultural – sem mencionar a própria existência de outros seres humanos (SCHÜTZ, 2012). Os resultados demonstram que a espiritualidade é uma importante estratégia de enfrentamento da paciente perante o período pré-operatório, considerando que os sujeitos se mostram num posicionamento afirmativo na possibilidade de ter bons resultados.

A importância do reconhecimento da espiritualidade como estratégia de enfrentamento e a identificação das carências espirituais do paciente fazem com que os profissionais possam planejar e fornecer uma assistência da forma mais integral possível.

Embora os indivíduos estejam vivenciando uma época em que o desenvolvimento da tecnologia se evidencia em todas as áreas do conhecimento, constata-se que as crenças e valores ligados à espiritualidade se manifestam de forma marcante. Tornando-se assim um fator positivo e importante em um momento caracterizado por tanta ansiedade que é o período pré-operatório de mastectomia.

Categoria: Confiança na equipe de saúde gerando tranquilidade

“Eu tô um pouquinho assim de susto. Eu sei que já deu tudo certo, risos... Eu tô assustada porque vão tirar um pedaço do meu pedaço né, assim... Mas primeiramente eu confio em Deus e em vocês.” E 7

“Tá ótimo. Porque pra essa vez eu tô tendo bom atendimento, não é? Os médicos , os enfermeiros por onde eu passei são tudo excelente, muito bom.” E 9

“Bom... (pausa) foi uma oportunidade que eu tive de detectar esse carcinoma e me tratar. Como eu tô sendo bem recebida aqui no INCA, boas referências né, então eu tô consciente de que realmente eu preciso fazer essa cirurgia da mama.” E 12

“Olha! Eu nunca fiz não (falando sobre ser submetida a procedimento cirúrgico) e tô tranquila, entendeu! Tão me explicando direitinho e eu tô tranquila. Num me bota medo não! E 15

“Ah! Pra mim tá sendo bom. Tá me ensinando como é que eu vou me comportar, não é? Depois da cirurgia... (pausa) tô aprendendo consulta após consulta”. E 36

“Tá sendo bom, né! Tranquilo, com certeza. Eu num tô levando muito a sério (risos)! Graças à Deus, eu consegui um hospital, os médicos capacitados e responsável. Eu tenho esperança de ficar boa.” E 49

“Normal. Não tô pensando nisso não! Tô levando a minha vida normal porque o próprio médico falou isso pra mim. Eu falei: “ O que que eu posso fazer doutor porque eu tô muito tensa

quanto a isso. Justamente porque a gente não tem posição nenhuma. “Tá entendendo? Então ele falou assim: “Relaxa e vai vivendo a sua vida e deixa acontecer o momento”. Aí eu perguntei até em relação à bebida alcóolica, você tá entendendo? Ritmo de vida. Aí ele me orientou tudo, não me proibiu de nada. Eu fumo maconha! Mas porque que eu fumo maconha? Pra dormir. Eu não uso Diazepam, eu não uso nada disso. Eu uso a maconha pra dormir, à noite, só pra relaxar, só pra dormir porque às vezes eu não tô conseguindo mais relaxar como eu era. Sinceramente, a cabeça, às vezes, principalmente quando tá marcado o dia disso aqui.” E 50

As entrevistas evidenciaram que as pacientes depositam confiança na equipe de saúde, fato este que desencadeia tranquilidade durante o processo.

À luz da fenomenologia sociológica, as pacientes e os profissionais de saúde podem ser contemporâneos ou associados. Contemporâneo, quem vive no presente e com quem se compartilha uma realidade temporal, vive-se na mesma época. Associado, um contemporâneo, com quem é compartilhada uma relação face a face (SCHÜTZ, 2012)

Inicialmente, a identificação desta categoria foi inesperada pois acreditava-se que as pacientes tivessem críticas e acerca da assistência recebida, porém durante a realização das entrevistas identificou-se que elas tinham confiança na equipe e não solicitaram uma assistência diferente da prestada.

Schütz (1979) retrata a relação social como um encontro com a outra pessoa sendo que para este encontro “trago um estoque de conhecimento previamente constituído”.

Segundo Slongo e Müssnich (2005) a confiança é o principal determinante do comprometimento entre as pessoas, o que justifica sua importância como base nas relações. Representa a integridade percebida por um indivíduo no outro.

A confiança representa uma crença de que é viável contar com o outro, sempre que houver alguma possibilidade de vulnerabilidade por parte de quem

confia, ou seja, a confiança seria uma disposição a acreditar em um parceiro de trocas.

É importante que a confiança esteja presente na relação social entre a equipe e os usuários, para gerar segurança e tranquilidade durante o tratamento. Sem que o usuário confie na equipe, todo o processo é dificultado, só ele pode fornecer informações sobre seus hábitos e costumes. Há que se considerar que os dados fornecidos pelos usuários são, muitas vezes, confidenciais e até mesmo constrangedores ficando claro assim a necessidade de que estas pacientes confiem na equipe para que possam ser tão sinceros quanto for possível.

O mundo da vida é intersubjetivo, compartilhado por semelhantes, é um mundo comum a todos. As relações sociais são dirigidas do EU para o TU e do EU para NÓS. A orientação para o TU corresponde a forma de estar consciente do outro ser humano como pessoa. Essa orientação não acarreta que se tenha consciência do que está passando na mente do Outro. A orientação para o TU pode ser unilateral ou recíproca. Há reciprocidade se ambos, EU e o TU, estiverem conscientes um do outro. Desta forma, constitui-se o relacionamento face a face, possibilitando a relação EU-NÓS (SCHÜTZ, 2012)

O êxito do tratamento depende em parte na confiança que o aciente deposita na capacidade técnica da equipe de saúde, no sentido de que as orientações e prescrições sugeridas sejam realmente seguidas.

Pergunta :Quais são suas expectativas em relação ao período pré-operatório de mastectomia?

Categoria: *Que passe rápido*

“Eu queria que o tempo voasse. Que eu dormisse e quando eu acordasse eu estivesse com tudo resolvido. Tem dia que eu tô mal. Pela minha voz ela (filha, acompanhante) liga todo dia pra mim: Alô? O que que a senhora tem, mãe? Nada. A sua voz não tá normal. Márcia, hoje eu não tô bem. Mas tem dia que eu passo mais ou menos.” E 2

“Eu espero que passe muito rápido, que eu não sinta dor porque eu sou frouxa pra dor, sou sincera e que assim eu consiga superar todas as minhas dificuldades. O meu problema é achar onde é que tá o meu limite e eu conseguir ultrapassar aqueles limites.” E 6

“É... (pausa) agora tá mais rápido né... Mas quando eu vim em outubro, pensei: “Novembro ela sai”. Aí como demorou um mês eu pensei: “ Ih! Eu acho que não vai ser mais esse ano não.” Só teve um desencontro: Ela me ligou dia 10 pra dia 11 pra eu fazer uma consulta com o plástico, só que eu já tinha feito mês passado.” E 10

“Ah! Tô meio ansiosa, entendeu! Que dê pra chegar a hora logo, ficar logo livre, entendeu! Ir pra minha casa... É isso o que eu desejo! Ficar boa.” E 13

“Eu espero que passe rápido, né! Que dê tudo certo na operação.” E 14

“Eu tava achando que tava demorando muito mas agora que já tá perto eu tô tranquila. Eu espero desse período ficar boa logo”. E 15

“Horível! Demorando demais! Faz logo, cabou! Eu quero voltar ao normal” E 17

“Ansiosa! Ansiosa! (olhos arregalados) Tô com um pouco de medo e um pouco ansiosa, pra passar logo, entendeu?” E 21

“Eu tô esperando bem assim. Eu quero que chegue logo pra... (pausa) e o gol é ficar boa logo e dá vaga pra outro porque falar que não é doloroso é, né! Fazer quimio, vim ... E também

você vê tanta coisa, que tu fica com a cabeça... (pausa). De vez em quando eu chego ali fora e desligo! ” E 22

“Bem, eu tava querendo prolongar mas quando foi agora ultimamente eu tô querendo que seja o mais rápido possível, você vai ficar livre do problema mais depressa. ” E 24

“Ah! Tô ansiosa né! Nervosa! Não sei nem quando que vai ser. Que dia! É isso aí! “ E 26

“Eu tô fazendo obra de arte pra poder ocupar a minha mente. Ou então eu ligo pra cá e perturbo: “Quando vai ser a minha cirurgia? ” Quanto mais cedo sair, melhor né! “ E 31

“Aí eu quero que seja maravilhoso. Eu penso que vai ser maravilhoso. Que vai ser muito bom, vai ser rápido. Vai ser uma coisa vapt vupt. Tô um pouquinho ansiosa, não é? Parece que nunca chega o dia, entendeu? Aí tem dia que eu me distraio, vejo muita televisão, procuro ler muito. Eu sou uma pessoa que leio demais, entendeu? Sobre até o câncer mesmo e sobre outros tipos de livros. Eu leio 3,4 livros de uma vez. E eu consigo decifrar todos, eu sei a história de cada um. ” E 38

“ É preocupante. Eu fico preocupada, será que o nódulo vai crescer o tamanho? Será que ele não vai crescer? Antigamente eu não sentia dor e agora eu sinto umas fisgadinhas. Não sei se é da tensão, se é do nervoso, se é da ansiedade, tudo isso entendeu? Porque junta tudo né! Então a preocupação é essa! Será que vai demorar muito pra fazer a cirurgia e ele vai crescer e pode se espalhar... Várias coisas que você preocupa não é! ” E 47

“ Com muita ansiedade. Doida pra operar logo. Pra ficar boa.” E 48

“ Eu fico um pouco ansiosa! Eu queria que fosse um pouco mais rápido. ” E 49

Foi evidenciado nas pacientes a necessidade de passar de forma rápida pela fase de pré-operatório com o objetivo de operar o mais breve possível tendo assim resolutividade.

De acordo com Schütz (2012), a motivação pode ter um significado subjetivo e outro objetivo. Subjetivamente, diz respeito à experiência do indivíduo que vivencia o processo da atividade em curso, conhecido também como *o motivo a fim de*, na intenção de alcançar um objeto preconcebido. Um outro conjunto de motivações com conceito diferente do anterior é *o motivo por que*. Neste caso, somente quando a ação é realizada e assim se torna um ato, é que ele pode adotar a postura de observador de si próprio e investigar quais circunstâncias foram determinantes para que fizesse o que fez.

Compreende-se que a forma como os doentes vivenciam o período pré-operatório de mastectomia é marcada pela vivência de emoções negativas entre as quais se destaca a ansiedade, expressa através do desejo de que tudo passe rápido. Neste estudo podemos observar que a ansiedade da paciente está intimamente relacionada com a vontade de que tudo acabe logo, que tudo passe rápido e ela fique livre de seus problemas de saúde.

A ansiedade é normal em qualquer indivíduo, sendo um estado de adaptação que o prepara para situações de perigos ou ameaças (reais ou potenciais). Desta forma a ansiedade pode ser considerada essencial para a autopreservação (CLAUDINO & CORDEIRO, 2006).

A ansiedade e o estresse são percebidos pelas pacientes como sensações desconfortáveis que podem causar efeitos indesejados no tratamento da paciente, como por exemplo, a dificuldade de se controlar a pressão arterial (motivo de cancelamento do procedimento cirúrgico). São fenômenos muito frequentes na atualidade e são percebidos de forma mais evidente em momentos conturbados que é o caso do período pré-operatório.

O estresse qualifica-se por reações do organismo diante de situações que exigem esforço de adaptação e que podem alterar sua capacidade de resposta, afetando o estado físico do indivíduo, seu comportamento e seus relacionamentos pessoais (FRANÇA & RODRIGUES, 2007).

Categoria: Boa recuperação

“A gente fica meio assim. Mexe um pouco com a gente. Eu acho que vai dar tudo certo. Vai dar tudo certo como diz o padre Marcelo.” E 3

“Uma boa recuperação. Tô ansiosa? Não. Não tô. Normal. Vou tirar o peito! Tudo bem! Qual é o problema? Tanta gente nem tem peito. E eu já tô nessa idade toda, pra quê ter peitinho? Deixa prá lá! Ninguém vai mais...” E 4

“Ah! Eu espero sempre o melhor. Eu acho que vou ficar bem.(Pausa). Eu vou ficar bem!” E 5

“ Realmente a minha preocupação não é ficar sem o peito porque eu nasci sem ele, entendeu? Ele cresceu depois. É saber me posicionar sem ele, ainda mais que vai ter um de um lado e do outro não. Um vai sentir falta do outro. Então minha preocupação tá aí, é o pós cirúrgico, é esse. Como vai ser depois. E como eu vou superar.” E 6

“ Bom, eu tenho em mim que vai dar tudo certo, entendeu! Mas eu acho assim, eu acho que eu tenho que me vigiar mais nas atitudes: levanta o braço, abaixa.... É só isso!” E 16

“ Bom. Isso é que eu fico muito preocupada pelo seguinte, porque eu vou ficar sem poder fazer nada e esse é meu coisa, eu gosto de tudo muito arrumado, muita ordem, tudo muito limpo. Então eu fico meio assim. O médico me fez essa pergunta: “Vem cá, você está preocupada, está estressada?” E

eu falei: “Muito!” Eu vou ser submetida a uma operação e eu estou é já preocupada antes de operar porque eu vou ficar um tanto agitada.” E 20

“Que tudo dê certo! Claro!” E27

“ Que seja bom, né! Que seja uma cicatrização rápida pra ficar livre logo disso, pra continuar levando a vida que eu levo, cuidando das minhas coisas.” E 29

“ Que tudo ocorra maravilhosamente bem. Que passe da melhor forma e que eu me recupere muito bem.” E 30

“ Espero ter um pré-operatório bom, né! Fiz tudo que eu podia nesse tempo de espera pra que o organismo ficasse bem receptivo. Tratei da minha saúde pra que ajude na recuperação. Fiz a minha parte! Agora vamo vê como é que vai ficar. Espero que não demora muito e minha recuperação seja rápida.” E 33

“ Não sei nem o que te responder. Como eu trabalho na área, eu sei mais ou menos o que vai acontecer comigo, não é! A minha expectativa é positiva. Já deu tudo certo.” E 35

“ Ah! Eu espero o melhor né! O melhor, assim, recuperação.” E36

“ É (pausa)! Com muita ansiedade. Bastante ansiedade e pedindo à Deus que tudo dê certo, não é! Que corra tudo bem.” E 44

“Você tem que mudar, querendo ou não. Agora, a única coisa que me deixa chateada é que vai demorar muito a voltar às minhas atividades físicas, porque é isso que me relaxa. Quando eu tô estressada eu vou dançar, entendeu? Quando

eu tô em casa estressada eu vou dar uma corrida. É só isso que me preocupa em relação à recuperação. O meu objetivo é recuperar da melhor forma possível.” E 50

Percebe-se o desejo real das enfermas de uma boa recuperação pós cirurgia, espera-se que “tudo corra bem”.

De acordo com Schütz (1979), planejamento é a antecipação de eventos futuros. No período pré-operatório, mediante suas situações biográficas e relações sociais, evidenciou-se que as pacientes não desenvolveram planejamentos em relação à recuperação. Elas passam por todo o processo de forma passiva, pois aguardam que a equipe de saúde cuide delas.

O sujeito desenvolve a ação mediante sua intencionalidade, através dos motivos-para. Mas, para que isso ocorra, o indivíduo precisa vivenciar o fenômeno (SCHÜTZ, 1979).

O planejamento para uma boa recuperação direcionada à promover qualidade de vida envolve o desenvolvimento de estratégias e atividades no qual os profissionais de saúde possam executar com competência clínica o cuidado necessário para melhorar a qualidade da assistência com resolutividade (OLIVEIRA, 2004).

Atualmente, a prática da enfermagem evidencia a preocupação com a qualidade do cuidado prestado aos pacientes. Diante disso imaginava-se que as pacientes apresentassem críticas em relação ao atendimento de enfermagem e a partir daí pudessem ser adotadas estratégias para a melhoria da qualidade da assistência prestada, porém as pacientes mostraram-se satisfeitas com os atendimentos e não referiram necessidade de mudanças.

No INCA, após a alta a mulher submetida à mastectomia vai para casa com um ou dois drenos. Nesse sentido, é fundamental o esclarecimento a essas pacientes que no domicílio, certos cuidados deverão ser tomados para evitar complicações e facilitar a pronta recuperação. Indica-se o uso de roupas mais largas para acomodar bem o dreno, esvaziar o coletor duas vezes ao dia e medir em recipiente graduado, anotar a quantidade em formulário próprio que o serviço

fornece. Na hora da higiene corporal, lavar a incisão com movimentos leves e secar com pano limpo, passado a ferro, exclusivo para este fim; durante a drenagem é normal a saída de pequenos coágulos, portanto, é necessária vigilância constante para evitar obstruções, sendo que espaços vazios no tubo não significam interrupção do fluxo.

A explicação desses procedimentos de forma detalhada parece fundamental para que as mulheres tenham estímulo para o autocuidado.

Categoria: Desejo de cura

“Ah! Eu espero ficar boa né do meu pobrema, tô ciente do que vai ser feito. Tô bem orientada. Já me explicaram tudo. Já me orientaram tudo como é que é e como é que não é. Então, eu espero que eu vou ficar boa do meu pobrema através dos médicos e de vocês enfermeiros né! E se Deus quiser, que tudo tá correndo bem, que tudo vai dar certo. Tá ótimo, pra mim tá tudo bom até agora... Tá uma maravilha.” E 9

“Ah! Tô meio ansiosa, entendeu! Que dê pra chegar a hora logo, ficar logo livre, entendeu! Ir pra minha casa... É isso o que eu desejo! Ficar boa.” E 13

“Eu espero que eu fique curada. Eu espero a cura.” E 19

“Ah! Tá sendo...(pausa) Espero que eu fique curada. Tô com a esperança de ficar curada, né! A expectativa que eu tenho é essa.” E 23

“Ah! Eu quero fazer logo (a cirurgia), poder tirar logo (a mama), me tratar logo, ficar bem logo.” E 31

“É a cura, né! Que venha a cura depois dessa cirurgia “ E 32

“ Eu espero ser coisas melhores, não é! Uma coisa assim, que pra frente seja melhoria pra gente. Que eu fico boa, fico curada, sair bem, curada, boa porque as coisas que tão passando aí por fora, a gente ainda tá conseguindo e tem muita gente esperando. E a gente tem que levantar a mão pro céu e agradecer à Deus e pedir muito à Deus pelos médicos, pela gente, que a gente tá conseguindo!” E 44

“ Tá sendo bom, né! Tranquilo, com certeza. Eu num tô levando muito a sério (risos)! Graças à Deus, eu consegui um hospital, os médicos capacitados e responsável. Eu tenho esperança de ficar boa.” E 49

A maioria das mulheres que participaram da pesquisa tinha pensamento positivo diante da doença e eram confiantes na cura e na luta pela vida.

Segundo Schütz (2012), o significado de um comportamento baseado numa ação voluntária consiste somente na escolha, na liberdade de comportar-se de um modo e não de outro. Isso significaria que a ação é livre, os objetivos são conhecidos no momento da decisão, em resumo, que há uma livre escolha entre pelo menos dois objetivos.

Para a Sociologia Compreensiva de Alfred Schütz não importa buscar a tipificação particular de cada indivíduo, mas sim do grupo social que está vivendo a situação do comportamento vivido.

Foi frequente a referência na crença em Deus para buscar equilíbrio emocional como visto anteriormente. A preocupação constante com a cura não fez com que essas mulheres procurassem mudanças nos seus hábitos de vida e elas vivenciaram o processo como dito anteriormente, de forma passiva.

A noção de cura é vinculada a reparo, conceito tomado da mecânica. De fato, a idéia de cura carrega consigo o sentido de volta atrás, de restabelecimento ou recuperação da saúde como uma espécie de conserto do danificado. Nesse sentido, tem um objetivo claro e preciso um destino, uma meta. Aponta em sua direção e fixa

procedimentos e protocolos para alcançá-lo. Desse modo, assumir esses critérios de cura implica em si uma atitude normativa (BARANGER; BARANGER, 1969).

Não foi identificada a preocupação com recidivas da doença ou exacerbações dos sintomas, pois as pacientes acreditam na cura após a cirurgia. A realização da mastectomia como tratamento surge como uma esperança diante da vida e como caminho para a cura, levando, assim, à aceitar a realização desta como saída da morte.

5.3 TIPO VIVIDO:

Ao final do estudo compreendeu-se o tipo vivido da mulher que será submetida à mastectomia:

A mulher em pré-operatório de mastectomia é ansiosa, mas confia em Deus e na equipe de saúde para que todo esse período passe rápido, tenha boa recuperação e obtenha a cura.

CAPÍTULO VI - CONCLUSÃO E RECOMENDAÇÕES

Este estudo buscou contribuir com as ações de enfermagem, por meio de uma investigação acerca do significado do fenômeno “pré-operatório de mastectomia” para as mulheres acometidas por câncer de mama e suas expectativas.

O produto deste estudo é um maior conhecimento de uma realidade vivenciada, num dado momento e num determinado contexto, por um grupo de mulheres que apresentavam a mesma condição: encontravam-se no período pré-operatório de mastectomia. A relação social desenvolvida ao longo do estudo com as pacientes a serem submetidas à mastectomia permitiu compreendê-las como sujeitos inseridos no seu contexto cotidiano.

A situação biográfica das pacientes evidenciou a importância da bagagem de conhecimento durante o pré-operatório. A sedimentação é possibilitada pelas orientações durante as consultas anteriores à cirurgia, que foram norteadas pela relação face a face, possibilitando a construção do conhecimento.

Esta pesquisa buscou compreender como a pessoa vivencia o fenômeno “pré-operatório de mastectomia”, através do significado atribuído a ele e das expectativas das pacientes, para uma compreensão efetiva de suas necessidades, de forma a poder interferir eficazmente na prestação de cuidados com qualidade. Entretanto, durante a coleta de dados foi identificado que as entrevistadas não tinham críticas acerca da assistência prestada pelas equipes de saúde, elas confiam no trabalho das equipes, fator que gerou maior tranquilidade durante a assistência na fase pré-operatória.

Com o percurso delineado e desenvolvido se considera ter atingido os objetivos a que o estudo se propôs.

O período pré-operatório de mastectomia foi identificado como um momento vivenciado pelas pacientes com muita ansiedade o que é preocupante pois este

estado emocional pode atuar negativamente no organismo dificultando assim a vivência desta fase de forma adequada.

A ansiedade expressa por elas está intimamente relacionada à vontade de passar por este período o mais rápido possível, realizar o procedimento cirúrgico para dar fim ao problema de saúde. Por outro lado, muitas vezes a cirurgia somente, não é o suficiente e elas têm que ser submetidas a novos procedimentos cirúrgicos ou então tratamento quimioterápicos ou radioterápicos para alcançar a cura tão desejada. Além disso se faz necessário um acompanhamento destas pacientes por mais 5 longos anos na instituição onde estão sendo atendidas. Quando finalmente elas são consideradas curadas pela equipe médica elas poderão ser submetidas a cirurgia de reconstrução da mama.

Vale a pena ressaltar a importância de atendimento psicológico durante o período de ansiedade que deve ser identificado pelos membros da equipe de saúde. O encaminhamento da paciente ao serviço de psicologia se torna muito importante como também oferecer a estas pacientes todas as informações pertinentes ao seu tratamento não só de forma oral como também pela documentação escrita em linguagem adequada ao entendimento das mesmas para que elas possam ler em casa com tranquilidade.

A identificação dos diversos fatores indutores de ansiedade no pré-operatório, revela-se extremamente importante porque pode ajudar os enfermeiros a desenvolverem e priorizarem intervenções. Nomeadamente, pode facilitar a focalização do enfermeiro em aspetos como o esclarecimento de dúvidas com a comunicação adequada de informes ou a valorização de aspectos psicológicos positivos e promoção de estratégias de autocuidado mais eficazes.

Por exemplo, durante a consulta pós diagnóstico há uma oportunidade para a cliente colocar questões, expressar os seus medos e preocupações. É necessária uma avaliação caracterizada por uma visão holística desse paciente, o que constitui a base da enfermagem. Mediante esse conhecimento, pretende-se contribuir para uma intervenção eficaz, no sentido de diminuir a ansiedade face à cirurgia e da desmistificação do ato cirúrgico, o que se reveste da maior importância para a qualidade dos cuidados prestados, satisfazendo as necessidades das pacientes no pré-operatório.

As entrevistadas abordaram de maneira significativa a presença da espiritualidade caracterizada pela confiança em Deus. Esta se apresenta como uma importante estratégia de enfrentamento durante a fase pré-operatória já que suas crenças religiosas transmitem confiança o que torna o período menos conturbado gerando assim uma postura mais assertiva.

A espiritualidade possibilita as mulheres com câncer de mama se sentirem em paz na sua condição, para, assim, viver com maior otimismo. A experiência do câncer é um processo que desafia o indivíduo e, para tanto, busca-se algo que favoreça esse enfrentamento. Apreendeu-se o significado da espiritualidade como herança cultural no mundo da vida das pacientes por intermédio de suas bagagens de conhecimento.

Quanto às expectativas das pacientes no período pré-operatório foi evidenciada a vontade de que tudo passe rápido objetivando alcançar o cumprimento de mais uma fase no tratamento.

Nesta fase vivida pelas usuárias houve expressão da intencionalidade de se ter uma boa recuperação, no entanto não foram percebidas estratégias para alcançar tal objetivo. As usuárias depositam fé em Deus, confiança na equipe de saúde e passam pelo pré-operatório de forma passiva sem nenhuma atitude que promova uma boa recuperação.

A confiança na equipe de saúde é identificada no estudo. Pode-se assim valorizar a importância da relação social entre os profissionais de saúde e as pacientes, mediante as consultas de acompanhamento e grupos de orientação para internação, fortalecendo os laços entre as partes envolvidas no processo.

Diante disso, percebe-se a importância da educação em saúde através da promoção do autocuidado, gerando nos indivíduos o desejo de participar de forma ativa de ações no restabelecimento da própria saúde. A educação em saúde pode ser bastante eficaz, entretanto, para ter impacto na vida das pacientes, devem estar voltadas para a necessidade delas na fase de pré-operatório com informações relevantes sobre questões do cotidiano delas, no intuito de proporcionar conhecimentos adequados a serem adotados na efetividade do autocuidado.

Um outro fator importante percebido como expectativa dessas mulheres foi o desejo de cura. Apesar de todos os medos prevalece a vontade de ficar curada e voltar ao seu dia a dia normalmente.

Essa preocupação constante com a cura não fez com que essas mulheres procurassem mudanças nos seus hábitos de vida. O enfermeiro, por meio de um relacionamento terapêutico tem a possibilidade de orientá-las e aos seus familiares com vistas a propiciar-lhes uma compreensão clara dos objetivos do procedimento cirúrgico e suas consequências. É importante que elas sejam informadas que no futuro pode haver a necessidade da realização de outros tratamentos como a quimioterapia e a radioterapia para se alcançar a cura. A aplicação destes conhecimentos poderá repercutir de forma positiva na vida das usuárias com maior aderência ao tratamento.

A análise de dados mostra toda uma problemática vivenciada pelas mulheres entrevistadas no período anterior ao procedimento cirúrgico. Este estudo nos remete a necessidade de um melhor planejamento da assistência de enfermagem, a fim de ajudar essas mulheres na redução da ansiedade e na promoção do autocuidado.

Durante as entrevistas, as mulheres não expressaram *motivos-para* (orientação para a ação futura) e nem *motivos-porque* (relacionado às vivências passadas) (SCHUTZ,1974).

A realização da mastectomia como tratamento cirúrgico surge como uma esperança diante da vida e como uma tentativa para a cura, levando, assim, à aceitar a realização do procedimento como forma de fugir da morte. Ao longo do diagnóstico da doença até a realização da mastectomia podemos verificar a presença marcante da ansiedade. E, neste período, não foi evidenciado, na proporção em que se esperava a preocupação com auto-imagem causada pela mutilação de uma parte do corpo relacionado à feminilidade.

A atitude positiva diante da doença e da proximidade da cirurgia foi observada na fala das participantes, sendo que identificamos um aumento na crença divina em Deus e confiança na equipe de saúde gerando tranquilidade.

No decorrer da pesquisa, percebeu-se a importância da enfermagem em diagnosticar as necessidades das mulheres mastectomizadas, compreendendo o significado do câncer em suas vidas e o convívio constante com a ansiedade. Desta

forma, torna-se importante orientá-las de forma eficiente, encaminhá-las ao setor de psicologia quando necessário, promover a educação em saúde para estimular o autocuidado, aumentando assim suas perspectivas diante da boa recuperação e da cura de forma mais ativa, consciente e imponderada.

A relevância deste estudo decorre da contribuição através do embasamento teórico para a melhoria da assistência de enfermagem prestada. Na área do ensino, ressaltar a importância do enfoque deste tema durante a formação de profissionais. E na pesquisa, para contribuir para o acervo na área temática.

6.1 RECOMENDAÇÃO

Como contribuição para o Instituto, sugere-se a implantar de um número maior de consultas de enfermagem para que favoreça a sedimentação do conhecimento por parte das usuárias, o que pode favorecer a relação social com os profissionais através da relação face a face, sempre valorizando e respeitando sua herança cultural.

Cuidar da mulher a ser mastectomizada requer uma atenção diferenciada e livre de preconceitos. Deve-se respaldar a prática de enfermagem mediante as relações que ocorrem no mundo cotidiano, assumindo posicionamento de apoio e compreensão.

REFERÊNCIAS

ALBRECHT, C. A. M. et al. **Mortalidade por câncer de mama em hospital de referência em oncologia**, Vitória, ES Rev Bras Epidemiol, v. 16, n. 3, p. 582-591. 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/pdf/rbepid/v16n3/pt_1415790X-rbepid-16-03-00582.pdf>. Acesso em: 19 set 2016.

ANJOS, J. C.; HÖFELMANN, D. A. **Consumo alimentar e Câncer de Mama em mulheres de Joinville**: um estudo caso-controle. Rev. Bras. Cancerol. 57(2): 177-187, 2011.

AVIS, N.E.; CRAWFORD, S; MANUEL, J. **Quality of life among younger women with breast cancer**. J. Clin.Oncol., v.23, n.15, p3322-3330, 2005.

BARANGER, W.; BARANGER, M. **Problemas del campo psicoanalítico**. Buenos Aires: Agierman, 1969.

BESERRA, I. C. R. **Puberdade precoce**. Revista de Pediatria SOPERJ. 2011;12 (Suppl 1)(1):62-67

BIFULCO, V.A.; JÚNIOR, H.J.F. **Câncer: uma visão multiprofissional**. 2.ed. Barueri, S.P.: Minha Editora, 2014

BOFF, R.A.; WISINTAINER, F. **Mastologia Moderna: abordagem multidisciplinar**. 1ª ed. Caxias do Sul, RS: Mesa Redonda, 2006

BOUZAS, L.F.; SILVA, R.C.F.; **Câncer de mama no Brasil**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:<<https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/519521/noticia.html?sequence=1>>. Acesso em 31 ago 2016.

BRASIL. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014: incidência do câncer no Brasil. Rio de Janeiro:** INCA, 2014. 124 p. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 19 ago 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer:** uma proposta de integração ensino-serviço. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2012:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: Inca; 2011.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativas 2016:** incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA; 2015.

_____. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual de bases técnicas da oncologia – SAI/SUS – Sistema de informações ambulatoriais.** 21ªed. Brasília: 2015

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Criança/ Projeto Minha Gente. **Estatuto da Criança e do Adolescente.** Brasília, DF, 1991. 100p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes.** 2. reimp. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011. 48 p. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_mulher_principios_diretrizes.pdf>. Acesso em: 19 ago 2016.

_____ Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Atenção à Saúde. **Glossário temático: fatores de proteção e de risco de câncer.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

_____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. **Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas:** 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

_____ Ministério do Planejamento, Orçamento e Gestão. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística – IBGE. Pesquisa Nacional de Saúde. Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas: 2013. Rio de Janeiro: IBGE; 2014.

BURNS, N.; GROVE, S.K. ***The practice of nursing research: conduct, critique, and utilization.*** 5 ed. St Louis: Elsevier; 2005.

CAPALBO C. ***Fenomenologia e ciências humanas.*** São Paulo: Idéias & Letras; 2008.

_____ ***Fenomenologia e ciências humanas.*** São Paulo: Idéias e Letras, 2008.

CAPALBO RYS. ***Metodologia das ciências sociais: a fenomenologia de Alfred Schütz.*** 2. ed Londrina: UEL; 1998.

CAVALCANTI, P.P. ***Identificando fatores de risco nos familiares de mulheres mastectomizadas.*** 2003. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2003.

CHAGAS, C.R; MENKE, C.H; VIEIRA, R.J.S; BOFF, R.A. ***Tratado de Mastologia da SBM.*** Rio de Janeiro: v.1,p.33, Revinter, 2011

CLAUDINO, J.; CORDEIRO, R. **Níveis de ansiedade e depressão nos alunos do curso de licenciatura em enfermagem, o caso particular dos alunos da escola superior de saúde de Portalegre**. Educação, Ciência E Tecnologia, 197–210. 2005

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN n. 159, de 19 de abril de 1993. Dispõe sobre a consulta de enfermagem. **Conselho Regional de Enfermagem. Documentos básicos de enfermagem: enfermeiros, técnicos, auxiliares**. São Paulo: COREN-SP, p. 101-2, 1997.

CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE. BRASIL. **Resolução CNS 466/2012**. Brasília, 2012. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 20 de jun de 2016.

COSMO, M; CARVALHO, J.W.A. (2000). **Pensando Sobre o Período Pré-Operatório na Histerectomia**. Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar. 2000.

DE JESUS, M. C. P. et al. **A fenomenologia social de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem**. Revista da Escola de Enfermagem da USP, v. 47, n. 3, p. 736-741, 2013.

FORNAZARI, S.A.; FERREIRA, R.R. **Religiosidade/Espiritualidade em Pacientes Oncológicos: Qualidade de Vida e Saúde**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, v. 26, n. 2, p. 265-272, 2010.

FRANÇA, A.C.L.; RODRIGUES, A.L. **Stress e trabalho: uma abordagem psicossomática**. São Paulo: Atlas; 2007.

GANDINI, S; MERZENICH, H; ROBERTSON, C; BOYLE, P. **Meta-analysis of studies on breast cancer risk and diet: the role of fruit and vegetable consumption and intake of associated micronutrients**. Eur J Cancer. 2000;36:636-46.

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Censo 2010: País tem declínio de fecundidade e migração e aumentos na escolarização, ocupação e posse de bens duráveis.** Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/resultados_preliminares_amostra/default_resultados_preliminares_amostra.shtm> Acesso em 15 fev 2017.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. BRASIL. **Como é o processo de carcinogênese.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=319> Acesso em: 24 jul 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. BRASIL. **Hospital do câncer HCIII.** Rio de Janeiro, 2016. Disponível em <http://www1.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=181>. Acesso em: 13 jun 2016.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Estimativas 2016 - Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro, 2015. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acesso em 19 mai 2016.

KAAKS, R.; LUKANOVA, A. **Energy balance and cancer: The role of insulin and insulinlike growth factor- I.** The Proceedings of the Nutrition Society, v.60, n. 1, p. 91–106, 2001.

KEY, T.J; ALLEN, N.E; SPENCER, E.A; TRAVIS, R.C. **The effect of diet on risk of cancer.** Lancet. 2002;360:861-8.

KOENIG, H. G. **Religion, spirituality, and health: the research and clinical implications.** International Scholarly Research Network psychiatry, v. 16, n. 2012, Article ID 278730, Dec. 2012.

LESSA, I. **Doenças crônicas não-transmissíveis** In: LESSA, I. **O adulto brasileiro e as doenças da modernidade: epidemiologia das doenças crônicas não-transmissíveis**. São Paulo: Hucitec, 2002. p. 29-42

LIMA, M.G; KOIFMAN, S.; SCAPULATEMPO, I,L; PEIXOTO, M; NAOMI,S;
AMARAL, M.C. **Fatores de risco para câncer de mama em mulheres indígenas Teréna de área rural, estado do Mato Grosso do Sul, Brazil**. Cad. Saúde Pública, v.17, n6, nov./dez. 2001.

MAKANEN, G; MUNOZ, G.H. Riesgo y modelosde riesgo para câncer de mama. In: MUÑOZ, G.H.; BERNDELLO, E.T.L.;PINOTTI, J.A.; BARROS, A.C.S.D. **Tratamiento conservador em câncer de mama**. Caracas: McGraw Hill, 2002. Cap4, p. 25-37.

MARCHON, R. M.; FERREIRA, F. M. B.; DIAS, R. A., ABRAHÃO, K. S.; AGUIAR, S. S.; BERGMANN, A. **Influência do apoio social na resposta terapêutica do linfedema de membro superior após o câncer de mama**.RevBrasMastologia. 2016;26(3):102-6.

MERLEAU-PONTY, M. **Fenomenologia da percepção**. São Paulo: Martins Fontes, 1994

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Editora Vozes Limitada, 2011.

_____; DESLANDES, S.F.; GOMES, R. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**.29ª ed. Rio de Janeiro: Vozes, 2010

MUCHIELLI, A. **Les Méthodes Qualitatives**. Coleção Que sais-je?. Paris: França: Presses Universitaires de France.1990.

OLIVEIRA, M.S. **Enfermagem baseada em evidência: criação de tecnologia simplificada para melhoria da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas**. 2004. 61 f. Monografia (Graduação) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2004.

PAYNE, D.K.; HOFFMAN, R.G.; THEODOULOU, M.; DOSIK, M.; MASSIE, M.J. **Screening for anxiety and depression in women with breast cancer**. Psychosomatics 40: 64-69, 1999.

PEACOCK, S. L. et al. **Relation between obesity and breast cancer in young women**. American Journal of Epidemiology, v. 149, n. 4, p. 339-346, 1999.

PETRY, P.C.; TOASSI, R.F.C.; SCOTÁ, A.C.; FOCHESSATTO, S. **Ansiedade do paciente frente ao tratamento odontológico**. RGO, Porto Alegre, v.54, n.2, p. 191-4, abr./jun.2006

PIETRUKOWICZ, M.C.L.C. (2001) **Apoio social e religião: uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde**. Dissertação de Mestrado. Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública. Disponível em: <<http://portalteses.cict.fiocruz.br/>> Acesso em 19 de mar de 2017.

PINTO, P. D.; ALBUQUERQUE, I. M. N.; ARAÚJO, R. A. **Fatores de risco do câncer de mama: estudo com mulheres que realizaram mamografia**. Essentia, Sobral, vol. 14, n° 2, p. 81-95, 2013

ROCHA, A. W. O. **Menarca: um estudo de revisão sobre os fatores influenciadores nesse processo**. EFDeportes.com, Revista Digital. Buenos Aires - Año 18 - N° 181, 2013. Disponível em:<<http://www.efdeportes.com/efd181/menarca-os-fatores-influenciadores.htm>>Acesso: 20 de Jan2017.

RODRIGUES, D.P; SILVA, R.M; MAMEDE, M.V. **Analisando o processo adaptativo no autoconceito da mulher mastectomizada**. Nursing 2002;5(51):29-34

RODRIGUES, J. S. M.; FERREIRA, N. M. L. A. **Estrutura e funcionalidade da rede de apoio social do adulto com câncer**. Acta Paul Enferm. 2012;25(5):781-7.

ROMANOWSKI, J. P.; ENS, R. T. **As pesquisas denominadas do tipo “Estado da Arte” em educação**. Diálogo Educ., Curitiba, v. 6, n.19, p.37-50, set./dez. 2006.

ROUQUAYROL, M. Z.; SILVA, M. G. C. **Rouquayrol epidemiologia & saúde**. 7. ed. Rio de Janeiro: MedBook, 2013.

SCHOVER, L.R. **Sexuality and body image in younger women with breast cancer**. Monogr Natl Cancer Int 16: 177-182, 1994.

SCHUTZ A. **El problema de la realidad social**. 2. ed. 1. reimp. Buenos Aires: Amorrortu, 2003.

_____. **El problema de la realidad social**. Buenos Aires: Amorrortu; 1974.

_____. **Fenomenologia del mundo social**. Buenos Aires: Paidos; 1972.

_____. **Fenomenologia e relações sociais**. Rio de Janeiro: Zahar, 1979.

_____. **Sobre afenomenologia e relações sociais**. São Paulo: Vozes, 2012.

_____. **El problema de la realidade social**. Buenos Aires: Amorrortu; 2008.

SILVA, N.C.B; FRANCO, M.A.P; MARQUES, S.L. **Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero.** Paidéia 2005 set/dez; 15(32): 409-16.
Disponível em: <<http://www.scielo.br>.> Acesso em 23 de jul 2016

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce.** RevBrasEnferm, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1016-21.

SINHA, R. **An epidemiologic approach to studying heterocyclic amines.** Mutat Research, 506–507, p. 197–204, 2002.

SLONGO, L. A.; MÜSSNICH, R. **Serviços ao Cliente e Marketing de Relacionamento no Setor Hoteleiro de Porto Alegre.** Revista de Administração Contemporânea, v. 9, n. 1, p. 149-170, 2005

SMELTZER, S. C.; BARE, B. G.; HINKLE, J. L.; CHEEVER, K. H. **Brunner & Suddarth, Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica.** Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.

SMITH, G.H. et al. **Células-tronco e redução do risco do câncer de mama.** Ver. Gineconews, n.47, p.13, 2002.

SMITH, R.A; GIUSTI, R.A. **Epidemiologia do câncer de mama. In: Basset LW. Doenças da mama: diagnóstico e tratamento.** Rio de Janeiro: Revinter; 2000. p.290-9.

STEINMETZ, K. A.; POTTER, J. D. **Vegetables, fruit, and cancer prevention: a review.** J Am Diet Assoc, v. 96, n. 10, p. 1027-39, 1996.

TEIXEIRA, A. C. M. et al . **Relação entre o consumo de macronutrientes e a menarca em adolescentes.** Cad. saúde colet., Rio de Janeiro , v. 21, n. 2, p. 135-139. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid>. Acesso em 9 de fev de 2017.

THULER, L.C. **Considerações sobre a prevenção do câncer de mama feminino.** Ver. Bras. Cancerolol., v.49, n.4, p 227-238,2003

TOCANTINS, FR. **As necessidades na relação cliente-enfermeiro em uma unidade básica de saúde: uma abordagem perspectiva de Alfred Schütz** [tese doutorado]. Rio de Janeiro: Escola de Enfermagem Anna Nery, Universidade Federal do Rio de Janeiro; 1993.

VERONESI, U. **Mastologia oncológica.** Rio de Janeiro: Medsi, 2002

WENTEN, M. et al. **Associations of weight, weight change and body mass with breast cancer risk in hispanic and non- hispanic white women.** Annals of epidemiology, v. 12, n. 6, p. 435444, 2002.

WILLETT, W.C. **Goals for nutrition in the year 2000.** Cancer. J Clin. 1999;49:331-52.

WHO. World Health Organization. **Obesity: preventing and managing the global epidemic.** Report of a WHO Consultation. Geneva: World Health Organization; 2000

_____. **Food, nutrition and prevention of cancer: a global perspective.** Washington: WCRF, 1997.

WORLD CANCER RESEARCH FUND; AMERICAN INSTITUTE FOR CANCER RESEARCH. ***Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a Global Perspective***. Washington, DC: AICR, 2007

YONG, L. et al. ***Prospective study of relative weight and risk of breast cancer: The Breast Cancer Detection Demonstration Project Follow-up Study, 1979 to 1987-1989***. American Journal of Epidemiology, v. 143, n. 10, p. 985-995, 1996.

ANEXOS

ANEXO 01 – TERMO DE ANUÊNCIA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br

**TERMO DE ANUÊNCIA**

O Hospital do Câncer III do Instituto Nacional do Câncer, CNPJ 00394544/0171-50, com sede em Praça da Cruz Vermelha, 23, Centro, na cidade do Rio de Janeiro, CEP.: 20.230.130, representado pelo Dr. Rodrigo Motta de Carvalho, abaixo assinado, na qualidade de diretor da unidade, vem por meio desta confirmar, para os devidos fins junto ao Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA/MS), a autorização para realização nesta unidade do projeto de pesquisa intitulado "Pré-operatório de mastectomia: Uma abordagem compreensiva na perspectiva de Alfred Schütz e sua contribuição para a enfermagem" coordenado pelo Enfermeira Raquel Barroso Evaldt Jacob e que tem como tutora nessa instituição a Dr^a. Íris Bazílio Ribeiro.

Declaramos conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução 466/2012 do CNS. Esta instituição está ciente de suas responsabilidades como instituição participante deste projeto de pesquisa, e de seu compromisso no resguardo da segurança e o bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

Rio de Janeiro, 20 de junho de 2016.

RODRIGO MOTTA DE CARVALHO
CRM 52.63482-7
MASTOLOGIA

Diretor médico do HCIII – Instituto Nacional do Câncer

Rodrigo Motta de Carvalho

ANEXO 02 - PARECER DO COMITE DE ETICA

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO
CLEMENTINO FRAGA FILHO
/HUCFF/ UFRJ



Continuação do Parecer: 1.673.996

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_721110.pdf	01/08/2016 00:16:32		Aceito
Outros	carta_resposta.docx	01/08/2016 00:14:04	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	DETALHADO.doc	31/07/2016 23:48:05	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Folha de Rosto	Folha_de_rosto_assinada.pdf	31/07/2016 23:43:56	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Outros	DOCUMENTOS_ANEXADOS.doc	26/06/2016 20:55:58	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Carta_de_apresentacao.docx	26/06/2016 20:50:28	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Outros	folhaDeRosto.pdf	26/06/2016 19:15:06	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Orçamento	ORCAMENTO.doc	21/06/2016 23:51:59	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Outros	CURRICULO_DO_PESQUISADOR.doc	21/06/2016 23:00:42	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Outros	FOLHA_DE_ROSTO.doc	21/06/2016 22:57:32	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Brochura Pesquisa	BROCHURA.doc	21/06/2016 22:54:43	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Declaração de Pesquisadores	CARTA_DE_APRESENTACAO_ASSINADA.pdf	21/06/2016 22:51:34	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	ISENCAO.doc	21/06/2016 22:42:44	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	INFRAESTRUTURA.pdf	21/06/2016 22:38:27	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.doc	21/06/2016 22:34:20	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2.doc	21/06/2016 22:33:23	RAQUEL BARROSO EVALDT JACOB	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 08 de Agosto de 2016

Assinado por:

Carlos Alberto Guimarães
(Coordenador)

Endereço: Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco N°255 Sala 01D-46
Bairro: Cidade Universitária **CEP:** 21.941-913
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)3938-2480 **Fax:** (21)3938-2481 **E-mail:** cep@hucff.ufrj.br

APÊNDICES

APÊNDICE A - CRONOGRAMA DE ATIVIDADES DE PESQUISA 2016

Etapas	Jun 2016	Jul 2016	Ago 2016	Set 2016	Out 2016	Nov 2016	Dez 2016
Elaboração do projeto	XXX						
Entrega e defesa do projeto junto à banca examinadora		XXX					
Pesquisa bibliográfica	XXX						
Submissão ao comitê de ética	XXX						
Aprovação no comitê de ética			XXX				
Coleta de dados						XXX	XXX

APÊNDICE C – FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

MINISTÉRIO DA SAÚDE

www.inca.gov.br



FORMULÁRIO PARA ENTREVISTA

1. Situação Biográfica:
 - 1.1 Idade:
 - 1.2 Escolaridade:
 - 1.3 Estado Civil:
 - 1.4 Quantidade de filhos:
 - 1.5 Idade da menarca:
 - 1.6 Idade da 1ª gestação:
 - 1.7 Alimentação:
 Consome regularmente:
 Verduras Legumes Frutas
 Enlatados Embutidos Carne vermelha
 Churrasco: Quantas vezes por mês: _____
 - 1.8 Peso:
 - 1.9 Altura: IMC=
 - 1.10 É tabagista?
 - 1.11 É ex-tabagista?
 - 1.12 Faz uso regular de bebida alcoólica?
 - 1.13 Recebe apoio?
 Sim. De quem? _____
 Não.
2. Recebe suporte psicológico ou psiquiátrico?
3. Qual significado tem para você o período pré-operatório de mastectomia?
4. Quais são suas expectativas em relação ao período pré-operatório de mastectomia?

APÊNDICE D- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Pré-operatório de mastectomia: o peso da escolha

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa porque está sendo atendida nesta instituição, teve diagnóstico de câncer de mama e será submetida à mastectomia. Para que você possa decidir se quer participar ou não, precisa conhecer os benefícios, os riscos e as consequências pela sua participação.

Este documento é chamado de Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e tem esse nome porque você só deve aceitar participar desta pesquisa depois de ter lido e entendido este documento. Leia as informações com atenção e converse com o pesquisador responsável e com a equipe da pesquisa sobre quaisquer dúvidas que você tenha. Caso haja alguma palavra ou frase que você não entenda, converse com a pessoa responsável por obter este consentimento, para maiores esclarecimentos. Se você tiver dúvidas depois de ler estas informações, entre em contato com o pesquisador responsável.

Após receber todas as informações, e todas as dúvidas forem esclarecidas, você poderá fornecer seu consentimento por escrito, caso queira participar.

PROPÓSITO DA PESQUISA

Identificar qual significado do período pré-operatório para as pacientes que serão submetidas a mastectomia, traçar a situação biográfica destas pacientes e identificar quais são as expectativas dessas pacientes no período pré-operatório.

PROCEDIMENTOS DA PESQUISA

A coleta de dados será realizada através de entrevistas que serão gravadas e transcritas. Os participantes da pesquisa serão selecionados por serem mulheres no período pré-operatório de mastectomia que concordarem com a elaboração desta pesquisa através da assinatura deste Termo de Consentimento Livre e esclarecido – TCLE, e as mesmas não serão identificadas, visto que só serão analisados e registrados em minha pesquisa os relatos destas pacientes sem que haja uma referência que permita as identificar.

BENEFÍCIOS

Você não será remunerado por sua participação e esta pesquisa poderá não oferecer benefícios diretos a você. Se você concordar com o uso de suas informações, é necessário esclarecer que você não terá quaisquer benefícios ou direitos financeiros sobre eventuais resultados decorrentes desta pesquisa.

O benefício principal da sua participação é possibilitar que no futuro, com os resultados alcançados com esta pesquisa, possam contribuir para a melhoria da assistência de enfermagem prestada.

RISCOS

Os riscos existentes são inerentes à realização de uma entrevista e como medida de controle não haverá identificação da pessoa entrevistada. Só constarão em minha pesquisa a descrição dos relatos das pacientes, as quais não serão suficientes para uma posterior identificação dos participantes.

DESPESAS

Poderá ocorrer ressarcimento, ou seja, cobertura em compensação exclusiva de despesas decorrentes da participação neste estudo. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

CONFIDENCIALIDADE

Se você optar por participar desta pesquisa, as informações coletadas e seus dados pessoais serão mantidas de maneira confidencial e sigilosa. Seus dados somente serão utilizados depois de anonimizados (ou seja, sem sua identificação). Apenas os pesquisadores autorizados terão acesso aos dados produzidos. Mesmo que estes dados sejam utilizados para propósitos de divulgação e/ou publicação científica, sua identidade permanecerá em segredo.

TRATAMENTO MÉDICO EM CASO DE DANOS

Todo e qualquer dano decorrente do desenvolvimento desta pesquisa, e que necessite de atendimento médico, ficará a cargo da instituição. Seu tratamento e acompanhamento médico independem de sua participação nesta pesquisa.

BASES DA PARTICIPAÇÃO

A sua participação é voluntária e a recusa em autorizar a sua participação não acarretará quaisquer penalidades ou perda de benefícios aos quais você tem direito, ou mudança no seu tratamento e acompanhamento médico nesta instituição. Você poderá retirar seu consentimento a qualquer momento sem qualquer prejuízo. Em caso de você decidir interromper sua participação na pesquisa, a equipe de pesquisadores deve ser comunicada.

GARANTIA DE ESCLARECIMENTOS

A pessoa responsável pela obtenção deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido lhe explicou claramente o conteúdo destas informações e se colocou à disposição para responder às suas perguntas sempre que tiver novas dúvidas. Você terá garantia de acesso, em qualquer etapa da pesquisa, sobre qualquer esclarecimento de eventuais dúvidas e inclusive para tomar conhecimento dos resultados desta pesquisa. Neste caso, por favor, ligue para **Raquel Barroso Evaldt Jacob** no telefone **(21) 98330-2938** de 07:00 às 17:00hs. Esta pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho, para garantir os direitos, a segurança e o bem-estar de todas as pessoas que se voluntariam à participar destes. Se tiver perguntas sobre seus direitos como participante de pesquisa, você pode entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Hospital Universitário Clementino Fraga Filho/ HUCFF/UFRJ na Rua Prof. Rodolpho Paulo Rocco, nº.255 – Cidade Universitária/Ilha do Fundão – Sala 01D-46/1º andar – pelo telefone 3938-2480, de segunda a sexta de 8:00 a 16:00 horas, ou por meio do e-mail: cep@hucff.ufrj.br.

Este termo está sendo elaborado em duas vias, sendo que uma via ficará com você e outra será arquivada com os pesquisadores responsáveis.

APÊNDICE E – TERMO DE CONSENTIMENTO

Li as informações acima e entendi o propósito da solicitação de permissão a realização da entrevista e o uso das informações contidas nela. Tive a oportunidade de fazer perguntas e todas foram respondidas

Ficaram claros para mim quais são procedimentos a serem realizados, riscos e a garantia de esclarecimentos permanentes.

Ficou claro também que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia do acesso aos dados e de esclarecer minhas dúvidas a qualquer tempo.

Entendo que meu nome não será publicado e toda tentativa será feita para assegurar o meu anonimato.

Concordo voluntariamente em participar desta pesquisa e poderei retirar o meu consentimento a qualquer momento, antes ou durante o mesmo, sem penalidade ou prejuízo ou perda de qualquer benefício que eu possa ter adquirido.

Eu, por intermédio deste, dou livremente meu consentimento para participar nesta pesquisa.

Nome e Assinatura do participante	/ / Data
Nome e Assinatura do Responsável Legal/Testemunha Imparcial (quando pertinente)	/ / Data

Eu, abaixo assinado, expliquei completamente os detalhes relevantes desta pesquisa ao paciente indicado acima e/ou pessoa autorizada para consentir pelo mesmo. Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste paciente para a participação desta pesquisa.

Nome e Assinatura do Responsável pela obtenção do Termo	/ / Data
---	-------------