

UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA E FISIOTERAPIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENVELHECIMENTO HUMANO

**Mastectomia: significados e repercussões no processo de viver de um grupo de
mulheres**

Sibeli Carla Garbin Zanin

Passo Fundo

2014

Sibeli Carla Garbin Zanin

Mastectomia: significados e repercussões no processo de viver de um grupo de mulheres

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo, como requisito parcial para obtenção de título de Mestra em Envelhecimento Humano.

Orientador:

Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli

Coorientadora:

Profa. Dra. Silvana Alba Scortegagna

Passo Fundo

2014

CIP – Catalogação na Publicação

- Z31m Zanin, Sibeli Carla Garbin
 Mastectomia : significados e repercussões no processo de
 viver de um grupo de mulheres / Sibeli Carla Garbin Zanin. –
 2014.
 [131] f. : il. ; 30 cm.
- Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) –
 Universidade de Passo Fundo, 2014.
 Orientador: Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli.
 Coorientadora: Prof^ª. Dr^ª. Silvana Alba Scortegagna.
1. Mastectomia. 2. Mamas - Câncer. 3. Sexualidade. 4.
 Imagem corporal em mulheres. I. Bettinelli, Luiz Antonio,
 orientador. II. Scortegagna, Silvana Alba, coorientadora. III.
 Título.

CDU: 613.98

ATA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO



A Banca Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação:

“Mastectomia: significados e repercussões no processo de viver de um grupo de mulheres”

Elaborada por

SIBELI CARLA GARBIN ZANIN

Como requisito parcial para a obtenção do grau de
“Mestre em Envelhecimento Humano”

Aprovada em: 01/04/2014
Pela Banca Examinadora


Prof. Dr. Luiz Antonio Bettinelli
Orientador e Presidente da Banca Examinadora


Prof. Dr. Silvana Alba Scortegagna
Coorientadora – UPF/ppgEH


Prof. Dr. Marilene Rodrigues Portella
Universidade de Passo Fundo – UPF/ppgEH


Prof. Dr. Agostinho Both
Universidade de Passo Fundo - UPF


Prof. Dr. Helenice de Moura Scortegagna
Universidade de Passo Fundo – UPF/ppgEH


Prof. Dr. Ciomara Ribeiro Silva Benincá
Universidade de Passo Fundo – UPF/IFCH

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho ao meu marido Renato que antes de tudo apostou na minha capacidade de poder chegar até aqui e a minha filha Giovana que soube esperar a “mamãe estudar” para que depois pudéssemos brincar e nos divertir. Devo esta conquista a vocês. Vocês me enchem de vida. Obrigada!

AGRADECIMENTOS

Gostaria de agradecer as pessoas que contribuíram diretamente para o desenvolvimento do presente estudo, elas:

- meu pai e minha mãe, que como modelos, contribuíram para minha identidade pessoal e profissional. Vocês são parte de mim e este trabalho é parte de vocês.

- meu orientador Luiz Antonio Bettinelli, pela competência e dedicação ao qual me assistiu durante estes dois anos.

- a minha coorientadora Silvana Alba Scortegagna pelas valiosas sugestões apresentadas durante todo o desenvolver da pesquisa.

- as mulheres que aceitaram fazer parte do estudo, por terem permitido com que eu entrasse um pouco na história de cada uma, compartilhando dores, angustias, lutos e conquistas. Obrigada!

- minha colega de mestrado Taise Dobner, pela sua incansável ajuda. Meus mais sinceros agradecimentos.

E por fim a todos que de uma maneira ou de outra vivenciaram comigo esta trajetória percorrida do início a conclusão do presente estudo.

“Para tudo há uma ocasião certa;
há um tempo certo para cada propósito
debaixo do céu:

Tempo de nascer e tempo de morrer,
tempo de plantar
e tempo de arrancar o que se plantou,

tempo de matar e tempo de curar,
tempo de derrubar e tempo de construir,

tempo de chorar e tempo de rir,
tempo de prantear e tempo de dançar,

tempo de espalhar pedras
e tempo de ajuntá-las,
tempo de abraçar e tempo de se conter,

tempo de procurar e tempo de desistir,
tempo de guardar
e tempo de jogar fora,

tempo de rasgar e tempo de costurar,
tempo de calar e tempo de falar,

tempo de amar e tempo de odiar,
tempo de lutar e tempo de viver em paz.”

RESUMO

ZANIN, Sibeli Carla Garbin. **Mastectomia**: significados e repercussões no processo de viver de um grupo de mulheres. 2014. [131] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres e está associado a muitas mudanças na vida das portadoras. Dentre as repercussões estão o medo, o sofrimento, alterações na imagem corporal e sexualidade. O objetivo do estudo foi compreender os significados e as repercussões da mastectomia na vida de mulheres. Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com 16 mulheres submetidas à mastectomia nos últimos três anos em dois hospitais da cidade de Passo Fundo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada entre maio e setembro de 2013. A presente dissertação está estruturada em duas produções científicas, sendo que a primeira é um artigo científico e traz o resultado da investigação em campo dos significados da mastectomia na vida das mulheres. Com a análise temática foi possível construir as categorias: significados da mastectomia, apoio familiar, espiritualidade, imagem corporal e sexualidade. Já a segunda produção científica apresenta uma revisão de literatura sobre a temática. Os resultados demonstram que as mulheres desenvolveram novos significados em suas vidas depois da experiência da mastectomia. A reabilitação da mulher mastectomizada e o seu reajustamento social dependem sobremaneira da abordagem da equipe multiprofissional. As experiências de mulheres mastectomizadas subsidiam novas discussões dos profissionais da saúde que atuam com essa parcela da população.

Palavras-chave: 1. Mastectomia. 2. Câncer de mama. 3. Sexualidade. 4. Imagem corporal.

ABSTRACT

ZANIN, Sibeli Carla Garbin. **Mastectomy**: meanings and repercussions in the living process of a group of women. 2014. [131] f. Dissertação (Mestrado em Envelhecimento Humano) – Universidade de Passo Fundo, Passo Fundo, 2014.

Breast cancer is the most prevalent among women and it is associated with many changes in its bearers' lives. Among the consequences there is fear, suffering, changes in body image and sexuality. The aim of the study was to understand the meanings and the repercussions of mastectomy on women's lives. Exploratory descriptive study with qualitative nature developed with 16 women who had undergone mastectomy in the last three years in two hospitals from the city of Passo Fundo. Data collection was conducted through semi-structured interviews between May and September 2013. This thesis is structured in two scientific productions, the first is a scientific article and brings the result of field research of the impact of mastectomy on women's lives, structured in categories such as: meanings of mastectomy, family support, spirituality, body image and sexuality. The second scientific production presents a literature review on the topic. The data show that the women in the study gave new meanings to their lives after the experience of mastectomy influencing new ways of thinking and acting.

Keywords: 1. Mastectomy. 2. Breast cancer. 3. Sexuality. 4. Body image.

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

CA	Câncer de mama
DSM-IV	Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais 4º edição
INCA	Instituto Nacional de Câncer
RM	Reconstrução mamária

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	PRODUÇÃO CIENTÍFICA I	18
2.1	Introdução	20
2.2	Método	21
2.3	Resultados e Discussão	23
2.3.1	Significados da mastectomia	23
2.3.2	Espiritualidade	26
2.3.3	Apoio Familiar	29
2.3.4	Imagem corporal e sexualidade	32
2.4	Considerações finais	37
	Referências	38
3	PRODUÇÃO CIENTÍFICA II	41
3.1	Introdução	41
3.2	Câncer e mastectomia	43
3.3	Mastectomia	45
3.4	Aspectos psicológicos e mastectomia	49
3.5	Mastectomia e o processo de viver e envelhecer	52
3.6	Considerações finais	58
	Referências	59
4	CONSIDERAÇÕES FINAIS	64
	REFERÊNCIAS	65
	ANEXOS	72
Anexo A.	Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa	73
Anexo B.	Comprovante de Submissão da Produção I	75
Anexo C.	Comprovante de Submissão da Produção II	77
Anexo D.	Autorização do Hospital da Cidade de Passo Fundo	79
Anexo E.	Autorização do Hospital São Vicente de Paulo	81

Apêndices		83
Apêndice A.	Termo de consentimento livre e esclarecido	84
Apêndice B.	Projeto de pesquisa	87
Apêndice C.	Formulário de coleta de dados	130

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é talvez o que mais causa medo, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, pela sua grande frequência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina. Este tipo de câncer é idade dependente, isto é, quando mais idade, maior será a chance da mulher desenvolver a patologia, sendo relativamente raro antes dos 35 anos, e acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. A estimativa de novos casos para o ano de 2012 era de 52.680 (BRASIL, 2012).

A causa do câncer é desconhecida, no entanto vários estudos associam o aparecimento do câncer de mama com o envelhecimento. Outros fatores de risco importantes são: a história pessoal e familiar de câncer de mama, alterações genéticas, a menarca precoce, a menopausa tardia, a nuliparidade, a exposição ao estrogênio, a obesidade e o uso de substâncias alcoólicas regularmente, dentre outras.

O câncer de mama, por afetar o órgão de representação da sexualidade e da maternidade, causa um impacto direto na identidade feminina. A mastectomia realizada como procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama causa uma desestruturação emocional intensamente perturbadora, não somente pelo significado da enfermidade, mas também pela privação de um órgão, cujo simbolismo tem origem nas primeiras culturas da humanidade.

O diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de conflitos emocionais, onde a morte, a alteração da imagem corporal, representam uma ameaça constante na vida da mulher acometida. Dificuldades na sexualidade são comuns de ocorrer após procedimento cirúrgico e tratamentos para câncer de mama podendo comprometer a qualidade de vida destas mulheres.

A imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (SCHILDER, 1999).

O mesmo autor menciona que imagem (esquema) corporal é a imagem do corpo humano, a figuração de nossos corpos formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. E ainda, o esquema corporal é a imagem tridimensional que temos de si mesmos. Esse termo indica que não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação e existe uma percepção do corpo e que indica que embora nos tenha chegado através dos sentidos não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação (SCHILDER, 1999).

No período pós-operatório imediato ou tardio da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, visto que essas mulheres, em geral, sentem dificuldade em lidar com o próprio corpo. Segundo pesquisa realizada por Duarte e Andrade (2003), o primeiro contato que as mulheres estabelecem com o seu corpo operado é diante do espelho. A percepção de que uma ou as duas mamas não estão mais presentes causa muito sofrimento. Há então, uma alteração na percepção do próprio corpo, que pode revelar uma insatisfação e não aceitação da perda da mama, gerando sentimentos de autodepreciação e baixa autoestima. A vestimenta, desempenharia um importante papel durante o período pós-cirúrgico, uma vez que é por meio de alguma roupa que a mulher procura ocultar a cicatriz e a falta do seio (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Cientes de que as características individuais e o modelo de vida de cada pessoa são determinantes no enfrentamento ao estresse ou em situações que exigem adaptação, acredita-se que a reabilitação da paciente que passou pela mastectomia e o seu

reajustamento social dependem, em larga medida, da formação e abordagem da equipe multiprofissional. É importante que este trabalho seja realizado de forma integrada e mantenha um relacionamento de proximidade, zelando pela demonstração de interesse e acolhimento para fornecer estratégias e suporte para o enfrentamento da doença.

Sem dúvida o papel da psicologia é poder facilitar este complexo processo de enfrentamento frente a este novo momento, do câncer e da mastectomia, possibilitando novas formas de adaptação amenizando o sofrimento psíquico. Este é motivo pelo presente estudo: poder aprofundar conhecimento sobre câncer de mama e a mastectomia e contribuir com a minha área neste novo momento de vida e no próprio envelhecer.

Há uma grande necessidade interior de poder compreender o câncer, a enfermidade, o paciente, na tentativa de uma escuta muito mais ampla e profunda, pretendendo “ler” todo este complexo de mudanças físicas e psicológicas, podendo com isso ver o ser humano de uma forma integrada onde mente e corpo interagem como um só.

O emocional feminino é pouco considerado, inclusive pelos profissionais da saúde, que ressaltam mais os aspectos físicos e biológicos da mulher, porque são mais visíveis. Entretanto, corpo e mente se comungam em um processo uno e indivisível. Com base nesta vertente, ocorre uma maior desintegração na vida da mulher e seus familiares, o que provavelmente acarretará mudanças significativas em seu estilo de vida (MOURA et al., 2010).

O interesse pelos aspectos psicológicos no câncer é um assunto que vem crescendo nas últimas décadas e tem significativa importância no tratamento da doença. O papel do psicólogo neste contexto afirma que é preciso um melhor aprimoramento em suas atuações já que o câncer e a mastectomia compromete todos os aspectos de vida da mulher.

Neste sentido este estudo é inovador em nosso município, pois tem uma relevância científica importante tanto dentro da área da psicologia e também em conjunto com outras áreas que cuidam de pacientes com câncer, pois tem propósito interdisciplinar de prevenir e reduzir sintomas físicos e emocionais causados pelo câncer e seus tratamentos, neste caso a mastectomia, levando a paciente a ressignificar todo este processo, melhorando sua qualidade de vida e favorecendo seu envelhecer de forma saudável e esperançosa.

Além disso, o estudo poderá ampliar aspectos relacionados com o viver na sua cotidianidade, sendo que os dados poderão subsidiar os debates entre os envolvidos neste processo. As possíveis estratégias de enfrentamento da doença e das consequências poderão até mesmo dar outro significado à vida dessas pessoas. Nessas perspectivas envolver órgãos representativos da sociedade nas discussões sobre o tema e sobre essa doença tão temida e cheia de tabus.

Diante da magnitude da problemática a ser investigada e das possibilidades de uma efetiva atuação multiprofissional junto a essa clientela que, se devidamente tiver apoio e acompanhamento, mesmo nessa situação impactante na vida de uma pessoa, terá benefícios físicos, emocionais e sociais, evidencia-se a relevância do estudo. Além do mais, os resultados encontrados contribuirão para agregar maior conhecimento sobre o tema. E a partir dos achados desta investigação, poder-se-á identificar caminhos e estratégias para atuação dos vários profissionais envolvidos com o envelhecimento humano.

Nessa perspectiva têm-se como problemas de pesquisa: quais as vivências e significados da mastectomia no cotidiano da mulher e no seu processo de viver? Como a mulher tem vivenciado e apreendido na experiência de ser mastectomizada? Quais as repercussões e transformações que ocorreram? Como foi lidar com a nova realidade?

Assim analisando o que as mulheres vivenciam ao enfrentar problemas ligados à mutilação de seu corpo (mastectomia), surgem inquietações sobre como cuidar desse ser humano de forma integral, especialmente no retorno ao seu lar, no seu cotidiano, pois ainda não há clareza como esse processo é vivido e interpretado por elas.

A presente dissertação está estruturada da seguinte forma: essa breve introdução sobre a temática desta pesquisa e duas produções científicas; a primeira, um artigo científico submetido a apreciação na Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste RENE que traz os principais achados da investigação científica feita com mulheres de Passo Fundo pós mastectomizadas; e o segundo, um capítulo de livro que irá compor o livro série de Envelhecimento Humano do PPGEH da Universidade de Passo Fundo, que traz os principais apontamentos literários sobre a temática em questão.

2 PRODUÇÃO CIENTÍFICA I

MASTECTOMIA: SIGNIFICADOS E REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE VIVER DE UM GRUPO DE MULHERES

Sibeli Carla Garbin Zanin, Luiz Antonio Bettinelli, Silvana Alba Scortegagna

RESUMO

O câncer de mama é o mais prevalente entre as mulheres e traz várias consequências a vida de suas portadoras. O objetivo do estudo foi compreender os significados e as repercussões da mastectomia na vida de mulheres. Estudo exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com 16 mulheres submetidas à mastectomia nos últimos três anos em dois hospitais da cidade de Passo Fundo. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada entre maio e setembro de 2013. A análise temática permitiu a construção de quatro categorias: significados da mastectomia, espiritualidade, apoio familiar e imagem corporal e sexualidade. Concluiu-se que as mulheres que passaram pela mastectomia demonstram a importância da fé para o enfrentamento da doença, e do apoio da família na recuperação da saúde. A mastectomia atribuiu outros significados à vida dessas pessoas, provocando adaptações profundas no modo de pensar e agir, influenciando no convívio pessoal e social.

Descritores: Mastectomia. Neoplasias da Mama. Imagem Corporal. Sexualidade.

ABSTRACT

Breast cancer is the most prevalent among women and it brings several consequences to the lives of its bearers. The aim of this study was to understand the meanings and the

repercussions of mastectomy in women's lives. Exploratory descriptive study with qualitative approach developed with 16 women who underwent mastectomy in the last three years in two hospitals from the city of Passo Fundo. Data collection was conducted through semi-structured interviews between May and September 2013. The thematic analysis allowed the construction of four categories: meanings of mastectomy, spirituality, family support, body image and sexuality. It was concluded that women who underwent mastectomy demonstrate the importance of faith to cope with the disease, and of family support in their health recovery. Mastectomy attributed other meanings to these people's lives, causing profound adjustments in their way of thinking and acting, influencing their personal and social life.

Descriptors: Mastectomy. Breast Cancer. Body Image. Sexuality.

RESUMEN

El cáncer de mama es el más frecuente entre las mujeres y trae varias consecuencias a vida de sus portadores. El objetivo fue comprender los significados de las repercusiones de la mastectomía en la vida de mujeres. Estudio exploratorio, descriptivo, cualitativo, desarrollado con 16 mujeres que se sometieron a mastectomía en los últimos tres años en dos hospitales de Passo Fundo, Brasil. La recolección de datos se realizó a través de entrevistas semiestructuradas, entre mayo y septiembre de 2013. Del análisis temático emergieron cuatro categorías: significados de la mastectomía, espiritualidad, apoyo familiar iimagen corporal y sexualidad. Las mujeres que se sometieron a mastectomía demostraron la importancia de la fe para hacer frente a la enfermedad, y del apoyo familiar en la recuperación de la salud. La mastectomía atribuyó otros significados a la vida de estas personas, conadaptaciones en pensar y actuar, influyendo en la vida personal y social.

Descriptores: Mastectomía. Neoplasias de la Mama. Imagen Corporal. Sexualidad.

2.1 Introdução

O câncer de mama, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, é o que mais causa medo, pela sua grande frequência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina. Este tipo de câncer é idade dependente, pois quando mais tempo de vida, maior será a chance da mulher desenvolver a patologia. É relativamente raro antes dos 35 anos e acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (BRASIL, 2012).

No Brasil, excluídos os tumores de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres de todas as regiões, exceto na região Norte, onde o câncer do colo do útero ocupa a primeira posição. Para o ano de 2012 foram estimados 52.680 casos novos, que representam uma taxa de incidência de 52,5 casos por 100.000 mulheres. A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com 11,88 óbitos/100.000 mulheres em 2011. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 13,67 e 13,18 óbitos/100.000 mulheres em 2011, respectivamente. Políticas públicas nessa área vêm sendo desenvolvidas no Brasil desde meados dos anos 80 e foram impulsionadas pelo Programa Viva Mulher, em 1998. O controle do câncer de mama foi reafirmado como prioridade no plano de fortalecimento da rede de prevenção, diagnóstico e tratamento do câncer, lançado pela presidente da República, em 2011 (BRASIL, 2013).

A mastectomia realizada como procedimento cirúrgico para o câncer de mama, causa uma desestruturação emocional perturbadora, não somente pelo significado da enfermidade, mas também pela perda de um órgão, cujo simbolismo tem origem nas primeiras culturas da humanidade e traz fortes significados na vida da mulher. A imagem corporal, a sensualidade, a sexualidade são aspectos da personalidade da mulher que a mastectomia abala significativamente.

Esta mutilação traz repercussões significativas nas mulheres, é um marco em suas vidas e gera sofrimento psíquico. Pode influenciar no estado emocional, na percepção da integridade física e na imagem corporal, e repercutir na forma de entendimento de questões relativas a identidade e a feminilidade.

Dentro dessa perspectiva têm-se como questão norteadora do estudo: quais os significados atribuídos por um grupo de mulheres sobre a mastectomia? Para responder a este questionamento este artigo tem o objetivo de compreender os significados e as repercussões da mastectomia na vida de mulheres.

2.2 Método

Trata-se de um estudo do tipo exploratório descritivo com abordagem qualitativa desenvolvido com 16 mulheres submetidas à mastectomia nos últimos três anos em dois hospitais da cidade de Passo Fundo - RS. A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista semiestruturada, realizada nos domicílios dos pacientes após contato e agendamento prévio entre maio e setembro de 2013. A duração da entrevista foi de aproximadamente uma hora. O roteiro norteador das entrevistas versou sobre a experiência e o significado da mastectomia e, as possíveis alterações no cotidiano, na relação com o seu corpo, feminilidade, relacionamento conjugal, afetividade e sexualidade. A técnica de análise empregada é a temática, apresentada por Minayo (2010). A análise temática serve como instrumento metodológico que se aplica a discursos e/ou falas, nesse caso, das entrevistadas.

Participaram do estudo 16 mulheres, na faixa etária de 35 a 82 anos; que realizaram mastectomia, nos últimos três anos e que tiveram ou não a mama reconstruída. Todas as participantes são moradoras da cidade de Passo Fundo, sendo que seis são casadas, quatro viúvas, três divorciadas e três solteiras. A escolaridade varia desde ensino fundamental incompleto até ensino superior. A ocupação predominante no momento da entrevista foi a de dona de casa.

Com a técnica, determinam-se as unidades de significado com o propósito de chegar ao objeto de estudo proposto, agrupando-os em unidades temáticas que darão origem as categorias, as quais serão analisadas à luz da literatura concernente ao tema. Sendo assim, a análise temática oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade e estimula o investigador a subjetividade, pelo retido na mensagem, e indica as diferentes fases da análise: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na fase da pré-análise o objetivo do investigador é fazer a primeira leitura descobrindo as ideias principais e/ou iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A fase seguinte, a exploração de material, consiste de operações de codificação, em função de regras formuladas antecipadamente. Por fim, na terceira etapa, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos (Minayo, 2010).

Após a leitura das respostas dadas pelos sujeitos, os dados foram ordenados, classificados e analisados qualitativamente. Cada participantes recebeu a numeração sequencial da entrevista realizada (e1; e2; e3...) para preservar o seu anonimato e o sigilo dos dados. Para interpretá-los a técnica empregada foi a análise temática, agrupando-os em unidades temáticas que originaram categorias de significância, as quais foram analisadas à luz da literatura. As categorias do estudo são: significados da mastectomia, espiritualidade, apoio familiar, imagem corporal e sexualidade.

As pacientes que concordaram em participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. O projeto obteve a aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo parecer número 233.520.

2.3 Resultados e Discussão

A análise temática adaptada por Minayo (2010) permitiu a construção das categorias: significados da mastectomia, espiritualidade, apoio familiar, imagem corporal e sexualidade, que são descritas a seguir:

2.3.1 Significados da mastectomia

A mastectomia é um procedimento cirúrgico agressivo acompanhado de conseqüências traumatizantes nas experiências de vida e saúde da mulher. Após sua realização ocorrem sequelas psicológicas que podem ser mais graves que a própria deformidade deixada pela mastectomia. O processo cirúrgico é temido pelas mulheres com câncer de mama, podendo desencadear sentimentos negativos que dificultam a aceitação do tratamento. O câncer de mama é temido pelo fato de acometer uma parte valorizada do corpo da mulher e que em muitas culturas desempenha uma função significativa da sexualidade e de sua identidade (VIANA; CAMPOS, 2009).

Por sua vez, o corpo interage com o mundo e produz sentido, inserindo o ser humano em um espaço social e cultural. Ao mesmo tempo em que, com seu corpo, o indivíduo produz sentido e, também, integra a rede de sentidos do grupo social do qual faz parte. Portanto, assimila as formas de relação do corpo com o mundo impostas pelos estilos de vida e papéis assumidos ao longo da sua existência(AZEVEDO; LOPES, 2010). Os seios são a parte do corpo que define as mulheres e que lhes proporcionam sensações incríveis de prazer. Soma-se a isso, o saciar a fome e afeto dos filhos.

Essa experiência poderá ser menos traumática, e, superada de forma gradual, se houver o apoio dos profissionais de saúde para o enfrentamento da doença. Para isso é necessário considerar também o aspecto psicossocial da mulher (MOURA et al., 2010).

Visto a importância do seio na vida da mulher e o quanto a mastectomia causa tamanho impacto, que novos significados a retirada da mama dá a vida da mulher? Assim se manifestaram as participantes do estudo.

Eu acho que tem que aproveitar mais né, dar mais valor para as pessoas, dar mais valor para vida e principalmente para a saúde também né! [e1].

Vivenciar a mastectomia muda as concepções do que realmente é importante na vida, dando valor a outros aspectos do viver que talvez antes não tinha tanta importância, recriando formas e pensamentos de como é viver melhor.

Agora a gente valoriza as pequenas coisas, os momentos em família, ah procura viver melhor, eu era uma pessoa que me dedicava totalmente para o meu trabalho e segundo plano até certa forma colocava a família...agora eu já não faço mais isso, se eu precisar ficar em casa, eu fico, se eu precisar ir ao médico, eu vou, já estou priorizando toda essa questão da minha saúde e da família [e2].

Eu sempre digo assim, eu saía correndo e largava a saúde no canto do meu quarto, e quando chegava de noite eu pegava minha saúde de novo, para somente dormir. E correndo e correndo, hoje se tocar de eu ter que trabalhar tudo de novo não, eu vou cuidar da minha saúde, para depois ir trabalhar [e3].

Novos significados foram construídos, valorizando pequenas coisas da vida, coisas simples, como poder sentar junto à família e tomar chimarrão, sem preocupação, priorizando o estar junto, o contato afetivo e o diálogo, que em função da rotina corrida e acelerada, pouco se fazia e que depois do câncer e da mastectomia tem um valor especial e grandioso.

Porque agora eu vou fazer um chimarrão, vou sentar tomar um chimarrão; ah você vai lá, porque eu tenho que fazer tal coisa. Não senhora, deixa tal coisa e vem sentar tomar um chimarrão. É bem melhor uma conversa e o serviço que fique lá, eu faço depois [e3].

Algumas repercussões da mastectomia foram detectadas nas entrevistas das mulheres, uma delas foi a sensação de impotência que foi representada pela impossibilidade de mudar a indicação da mastectomia, de decidir sobre o seu próprio destino, de afastar o medo e probabilidade de recorrência do câncer, de ser portadora de uma doença considerada incurável e também de não poder mais trabalhar e se sentir útil. Enfim, de não poder estar mais no total controle de suas vidas. Alguns depoimentos retratam estas sensações de impotência.

Eu tenho muito medo que aconteça algo na outra mama [e4].

Ah eu gostaria de colocar o silicone, mas eu tenho medo da rejeição. É por isso que eu mesma não insisti com o doutor, o que vão fazer com a minha mama ou vão deixar assim, nem tive coragem de comentar.” [e4].

Essa sequela horrível, eu não desejo para ninguém isso, porque tu vai fazer uma coisa, se virar para deitar, não é para mim forçar assim, com esse braço aqui, apoiar o corpo para se virar, isso eu não posso fazer. Olha isso aí, eu não tenho nem como te explicar, aquilo se foi, aquela alegria com esse braço. Coitadinho, agora eu tenho que cuidar dele... [e3].

A melhor forma de enfrentamento dessa situação é reconhecer os impactos causados na vida dessa mulher e a partir disso, oferecer estratégias viáveis para interferir positivamente nessa nova realidade. As mudanças e as dificuldades na vida após a mastectomia, geram vários sentimentos, provocando modificações na imagem corporal, autoestima e relacionamento social e profissional (MOURA et al., 2010).

Nesta perspectiva é fundamental que os profissionais de saúde considerem o estilo de vida e o contexto que a mulher está inserida, de forma a promover um cuidado integral e individualizado, respeitando os princípios e valores, minimizando possíveis conflitos gerados neste processo. Portanto a compreensão do significado da mastectomia para a mulher é um desafio, sobretudo porque esse processo envolve o relacionamento interpessoal e familiar. Deve-se também considerar a avalanche de

mudanças, advindas da doença e do tratamento, na vida da paciente e da sua família as quais, com certeza, se manifestaram em torno das condutas humanas adotadas por elas (FERNANDES et al., 2010).

Lidar com uma pessoa acometida pelo câncer de mama é um processo complexo e os conhecimentos sobre a doença pouco auxiliam no seu enfrentamento. Nesta árdua luta contra a doença, o impacto do medo do desconhecido atinge, não somente, o paciente. Todos os membros da família ficam também perturbados, não conseguindo muitas vezes viver normalmente (BERVIAN; OLIVEIRA; PERLINI, 2006).

2.3.2 Espiritualidade

A segunda categoria reflete a busca de conforto espiritual que auxilia na aproximação das pessoas na fé em Deus, entidade que acompanha, dá forças e até consola durante esses momentos difíceis, auxiliando na promoção do alívio do sofrimento e na possibilidade de cura dessa enfermidade.

A doença, enquanto circunstância da vida humana, traz consigo muitas preocupações e dúvidas existenciais. No caso particular da doença oncológica desperta, ainda, sofrimento espiritual e sentimentos de abandono e desesperança que, infelizmente, marcam muitas vezes o caminho para a morte. A espiritualidade e a esperança assumem-se como componentes essenciais do cuidar, com particular relevância nos contextos de doença em geral e da doença terminal em particular (BARBOSA, 2010).

É comum o uso das crenças religiosas por parte do paciente para lidar com doenças. Isso acontece, inclusive com pessoas sem crença religiosa anterior ao adoecimento. Elas recorrem às religiões em busca de conforto e apoio, principalmente em quadros crônicos ou terminais (THUNÉ-BOYLE et al., 2011).

A espiritualidade pode ter efeito positivo para o paciente, por um lado, contribuindo para a diminuição das experiências negativas provocadas pelo câncer e, por outro lado, aprimorando sua qualidade de vida. É importante, portanto, reconhecer que, em momentos de sofrimento, os pacientes oncológicos podem recorrer à fé e às crenças religiosas como fonte de alívio e conforto (THUNÉ-BOYLE et al., 2011).

Assim se manifestaram as participantes:

se não fosse Deus eu não estava aqui. É, por tudo que eu passei, eu vi a morte de perto [e5].

Este depoimento reporta também à questão da morte, normalmente aparece como algo possível, quando se está acometido por câncer. A morte traz preocupações, não é um tema discutido nas famílias, normalmente deixam as pessoas desconfortáveis, expostas e sem defesas. A mulher acima menciona que ela viu a morte de perto, ficando sem ação, bastante vulnerável, sem uma perspectiva. Acabou se apegando à espiritualidade e a Deus.

As questões relevantes sobre a ideia de finitude e a continuidade após a morte, como crença está vinculada à espiritualidade. Este depoimento também refere a confiança e a fé em Deus, força que ajuda a reerguer e dar força à sua vida. Permite também a aceitação de sua nova condição, enfrentando as dificuldades, mas também em acreditar que é possível continuar vivendo. A fé produz um alívio do sofrimento, possibilitando a mudança na perspectiva subjetiva pela qual a paciente percebe o contexto da doença grave, além de se buscar na espiritualidade um novo sentido de vida (FERNANDES et al., 2013).

O papel da fé é uma forma de estimular o enfrentamento da doença, a crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo, são fortes influências no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis (AQUINO; ZAGO, 2007). A espiritualidade e a fé são formas que possibilitam e estimulam o enfrentamento da doença, a crença em Deus, o otimismo e o pensamento positivo, são fortes influências

no desenvolvimento de respostas adaptativas às situações difíceis (GUERRERO et al., 2011).

Em momentos difíceis do enfrentamento do câncer, as pessoas se voltam para a espiritualidade como forma de encontrar a esperança para a cura, ou como fonte de apoio para superar os desafios provocados pelo tratamento. Assim, a crença em um ser superior torna-se uma importante fonte de apoio para o enfrentamento do câncer e encontrar um sentido ao adoecimento e na aceitação de uma nova condição existencial (SALCI; MARCON, 2010).

Há também outra manifestação em que a vida é entregue a Deus,

Ah, a gente fica meio assim, é chocada, mas a gente entrega na mão de Deus né, e daí ele vai criando as forças pra enfrentar, a espiritualidade me auxiliou a enfrentar a doença com a maior naturalidade [e6].

Ao cuidar de um paciente com câncer é de suma importância que o profissional valorize além dos aspectos biológicos as questões de espiritualidade e fé, que podem ser fatores que confortam e auxiliam as pessoas a um melhor enfrentamento desse processo. Os profissionais precisam dispor de tempo para demonstrar interesse por sua história de vida e estar disponível para ouvi-lo e compreendê-lo, maneira altamente eficaz de assisti-lo emocional e espiritualmente.

Frente às manifestações a espiritualidade constrói-se nos contextos socioculturais e históricos, estruturando e atribuindo significado a valores, comportamentos, experiências humanas, e por vezes materializa-se na prática de um credo religioso específico. Os fatores religiosos e espirituais têm sido associados a diversos aspectos de adaptação ao diagnóstico e tratamento do câncer, indicando sua importância para a saúde e para a recuperação dos pacientes (ALCORN et al., 2010).

Estudos revelam que mais de 90% dos médicos acreditam que as crenças espirituais dos pacientes devem ser consideradas. Entretanto, apenas 30% dos médicos acreditam que essas crenças devam efetivamente ser abordadas, e só 10% adotam essa prática, mesmo entre pacientes terminais. Por outro lado, sabe-se também serem bastante ruins os indicadores que medem a satisfação de pacientes quanto ao cuidado dispensado pela equipe de saúde aos seus aspectos emocionais e espirituais, evidenciando uma fraqueza dos serviços de saúde que precisa ser trabalhada (TEIXEIRA).

Assim é necessário a ampliação da compreensão dessa teia de significados relativos à espiritualidade das pessoas no processo de adoecimento causado pelo câncer de mama, pois pode sinalizar uma promoção em saúde que invista na desconstrução de situações geradoras de sentimentos negativos nestas pacientes, possibilitando aumentar a coragem, a esperança para lidar e enfrentar a doença e assegurando maior estabilidade emocional (SILVA et al., 2010).

2.3.3 Apoio Familiar

A experiência de conviver com uma mulher mastectomizada pode ser considerada como fator de sobrecarga física e emocional para a família que repercute sobre a saúde dos seus membros. Esta nova realidade e seus cuidados podem levar a mudanças na dinâmica e estruturas familiares, sendo potencial fonte de estresse, pois estão diretamente relacionados às fases de evolução da doença e às especificidades do câncer de mama.

De modo geral, os envolvidos vivenciam momentos de extrema ansiedade, culpa, medo e raiva, tornando o câncer e a cirurgia potencialmente mais desestruturadora para as famílias do que para os pacientes. No entanto a família tem um papel significativo na forma da mulher enfrentar o câncer e a mastectomia. Incorporar a família nos cuidados

à mulher mastectomizada é urgente e relevante. Pois para algumas foi de extrema significância o apoio familiar.

O namorado me cuidou, me ajudou, eu fiquei careca, ele foi lá e rapou a cabeça também, ficou careca junto. Ficamos carecas! Ele foi muito querido comigo [e7].

O marido sempre, ele sempre vai comigo em tudo...esses seis meses que fiquei na cama quem me trocava e quem me dava banho era ele, sempre me apoiando [e8].

Percebe-se nos depoimentos a importância do apoio familiar, fator que auxiliou as pacientes a enfrentar a doença e o tratamento, sem desistir, uma vez que são submetidas a tratamentos agressivos podendo perdurar por longos períodos.

A família atua contribuindo na recuperação dessas mulheres que, tornam-se vulneráveis e estão fragilizadas frente à doença e às consequências do tratamento. A família representa um fator de grande importância para elas no sentido de oferecer suporte para sua adaptação e superação diante da doença. Ressalta-se que a união e a proximidade afetiva entre os membros da família favorecem um ambiente harmonioso, assim como ajuda física, e emocional. Diante de uma doença a participação da família pode ser demonstrada por meio do apoio emocional, do carinho, da compreensão e até mesmo financeiramente, contribuindo de forma positiva na trajetória da mulher durante o tratamento do câncer (SILVA et al., 2010).

É perceptível que as repercussões advindas do diagnóstico da doença para as mulheres são, em sua maioria, vivenciadas de forma negativa, pois é um momento de intenso sofrimento para elas, que se deparam com a eminência de morte, seguida pelo pavor de se tornarem dependentes. Além disso, a realização da mastectomia, que surge em seguida, fragiliza ainda mais essa mulher que vê sua feminilidade sendo afetada e em muitas vezes de uma forma irreversível. O apoio conjugal é extremamente importante para o enfrentamento da doença, pois dessa forma tanto a mulher quanto o homem,

podem se ajudar nos momentos de fraqueza, fazendo com que a vivência da enfermidade seja amenizada (FERREIRA et al., 2011).

Os mecanismos usados pelos membros da família de ambos os gêneros para a busca do equilíbrio do funcionamento familiar, diante da doença, foi lançar mão de processamento de informação, optando pela comunicação clara. Essa foi uma estratégia que aliviava a tensão e favorecia a interação familiar. As consequências de uma comunicação distorcida e o estabelecimento de limites difusos nos relacionamentos familiares foram mais percebidos pelas mulheres, o que, para elas, revelavam certa vulnerabilidade e dificuldade para solução de conflitos, vivenciados no contexto familiar (BIFFI; MAMEDE, 2010).

Por outro lado, houveram desencontros na família, devido a doença, sendo que algumas mulheres relataram a falta de apoio de cônjuges que acabaram partindo e até mesmo dos filhos que se distanciaram:

A menina (filha adolescente) não sei se não entra muito na cabeça, ou ela não quer se envolver, na primeira vez que eu fiquei internada, fiquei quatorze dias no hospital, ela foi uma vez lá, só uma vez, me ver [e1].

Ele (companheiro) não aguentou mais esperar, esperar eu melhorar, daí eu disse, olha, pega o teu guri e vai [e4].

Em contrapartida, outras frisaram a importância do apoio recebido e o significado disso na recuperação.

O apoio familiar de uma tia que teve câncer e está curada foi muito importante, foi super importante, ela veio ficar comigo. O meu pai, nossa, o apoio do meu marido, dos filhos, eu não imaginei assim que eles teriam um envolvimento tão grande comigo sabe [e2].

A família é apontada como o elemento mais importante na recuperação demulheres com câncer de mama dando suporte e ajuda, contribuindo assim para a

recuperação da mesma. O apoio da família é um dos principais recursos externos da paciente para desenvolver estratégias de enfrentamento (BERVIAN; OLIVEIRA; PERLINI, 2006). Este aspecto foi muito claramente relatado nos discursos da maioria das entrevistadas, o apoio da família, e a ajuda do companheiro.

O suporte e o apoio recebido demonstram afeto, à medida que compreenderam as mudanças de comportamento causadas pela mastectomia e pelo câncer de mama. As mudanças na rotina é um dos fatores de estresse que o ser humano tem de lidar. Tais mudanças começam a ocorrer na vida da família de uma mulher com câncer de mama a partir das informações recebidas sobre o diagnóstico e das decisões a serem tomadas em relação ao tratamento. A maneira como os membros da família se ajustam afeta a maneira como a mulher se adequa à nova situação.

2.3.4 Imagem corporal e sexualidade

A mastectomia é uma das abordagens terapêuticas vivenciadas pelas mulheres com a consequente mutilação das mamas trazendo repercussões significativas no cotidiano de pacientes. Essa mutilação tem forte repercussão na sua feminilidade com uma série de consequências emocionais, físicas e sociais, relacionadas à imagem corporal.

As mamas representam um duplo significado para a mulher, desde a expressão de sua feminilidade até a essencial tarefa da amamentação. A mama tem importância como nutriz, além de acrescentar um importante complemento à imagem corporal e identidade feminina (SILVA et al., 2010).

Assim se manifesta uma participante:

Eu sinto que eu poderia ser bonita, que nem eu era antes. Mas agora já estragou, eu me sinto feia, eu nem de frente assim, depois da cirurgia, eu nunca mais fiquei na frente do espelho sem nada, nem pro meu marido, e eu tenho vergonha das pessoas, eu me sinto assim sabe, horrível [e3].

Percebe-se na fala que a mama é símbolo da feminilidade e de sensualidade, e estética. Prefere não olhar e também não ficar frente à frente de seu espelho e também de seu marido. As mamas, além de desempenharem um importante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino, também representam em nossa cultura um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade expressam o erotismo, a sensualidade e sexualidade. As mamas, portanto, ganham uma dimensão que simboliza, a beleza, a sensualidade e a sexualidade da mulher (SILVA et al., 2010).

Dentro desse contexto, a identificação de um corpo mutilado passa pela percepção que ela tem de seu corpo atual, alterado e diferente, principalmente nas situações em que o observa, como nos momentos em que fica em frente ao espelho e quando está despida. A aparência, o visual belo, ainda é colocado em nossa sociedade como o admirável, o estar bonito, elegante, sentir-se bem. Percebeu-se nas mulheres deste estudo uma preocupação relacionada à sua imagem, na qual algumas delas deixam de se olhar no espelho, de se tocar, ficando muitas vezes com vergonha das outras pessoas. É importante ressaltar que a aparência pessoal é uma das preocupações básicas na vida do ser humano saudável e também no enfermo, trazendo traços característicos para a vida. Daí a valorização do corpo por parte, principalmente, das mulheres, visto que a própria sociedade adota um estereótipo de corpo perfeito, como podemos observar nas propagandas a imagem de mulheres com um belo corpo (SILVA et al., 2010).

O seio possui uma identificação simbólica, tornando-se um objeto central de desejo e satisfação, e adquirir uma doença localizada nesse membro, necessitando de sua retirada, acaba por destruir todas as possibilidades de simbolização da mulher, como ser feminino. Observa-se no depoimento que, a partir da perda da mama, a mulher sente

alterações em seu corpo e em sua identidade feminina, sua sensualidade e sexualidade (SILVA et al., 2010).

Por outro lado, algumas mulheres manifestam outros pontos de vista:

não, para mim não foi difícil, eu acho que, depende do ponto de vista, eu acho que a gente é bem mais do que isso e a sexualidade não está aqui, está aqui né (apontando para a cabeça). Que nem eu falo na conversava com as mulheres, as mulheres diziam que ah!!, que não vão arrumar mais ninguém, porque tirei a mama, porque uma tinha tirado uma a outra tinha tirado duas, e eu disse, não a gente não é aqui né, e nem ali, é aqui (apontando para a cabeça)...eu sou mais que dois peitos [e1].

Cada mulher reage a essas situações conforme sua imagem corporal anterior, lembrando que esta é construída em relação à história de vida, ao contexto social, econômico e familiar de cada uma (DUARTE; ANDRADE, 2003). Percebe-se que algumas delas não tiveram tamanho impacto negativo na sua imagem corporal.

Não me incomodava o jeito que as pessoas me olhavam, saia bem faceira, eu fui até madrinha de casamento, fui de lenço, porque havia já perdido os cabelos, e eu estava linda [e7].

Retomar a vida sexual não se constitui tarefa fácil. As consequências da mastectomia e dos tratamentos coadjuvantes são drásticas, no que tange à auto-imagem(imagem corporal) e a auto-estima, além dos efeitos somáticos, como também os medos da recidiva e de machucarem o local. Algumas das nossas entrevistadas relataram:

eu não tenho mais coragem de nada, vou ser franca mesmo, minha vida se foi. Eu acho que eu não tenho nem como manter uma relação com meu marido, eu acho horrível. Ele vem me procurar, mas não deixei ele me olhar. Eu sinto muita vergonha. Eu penso assim que ele me acha feia, eu estou assim sabe numa situação muito nesta parte ali [e3].

Olha, essa parte sexual realmente não tem muita coisa, por causa desse problema então a gente não tem. É essa parte não existe, mas meu marido realmente, em tudo isso ele me respeita, não me cobra nada, eu acho até que é o único homem que não, que não é aquela coisa, porque o homem sabe como é [e8].

Percebe-se que mulheres que reconstituíram a mama tiveram repercussões positivas quanto a imagem corporal e a sexualidade já que a reconstrução mamária diminui sensivelmente o sentimento de deformidade.

Não, não, normal, ficou lindo o silicone, a única coisa que mudou foi o sutiã né, que antes eu usava médio daí agora eu uso o G, por causa que daí não tem, não tem, aquela, o enchimento né, então o outro não botei enchimento, não boto nada ,fico normal, e assim ó, nem aparece né, bem normal, bem tranquilo, tem uma diferença assim, mas é uma mínima diferença [e7].

Estudo realizado em Ribeirão Preto com o objetivo de determinar a ocorrência de depressão em mulheres com câncer de mama submetidas à cirurgia conservadora, com ou sem reconstrução mamária, observou que não houve diferenças significativas entre os 3 grupos estudados quanto a ocorrência de depressão. A amostra constituiu-se de 75 mulheres com idade entre 18 e 65 anos, sendo que destas, 25 tinham câncer de mama e foram submetidas a cirurgia conservador com reconstrução imediata; um segundo grupo (n=25) também realizou cirurgia conservadora, mas sem reconstrução mamária (RM). O terceiro grupo (n=25), grupo controle, consistiu de 25 mulheres sem câncer de mama, mas com a mesma idade e distribuição de nível educacional dos outros dois grupos. Segundo estes pesquisadores, a depressão e a ansiedade estão entre os transtornos psicológicos mais prevalentes em pacientes com câncer, sendo variáveis importantes nos estudos que avaliam a qualidade de vida, particularmente em pacientes com câncer de mama. Quanto a qualidade de vida e a autoestima também devem ser levadas em conta ao se tomar uma decisão quanto ao tratamento do câncer de mama. Nossos dados indicam que a reconstrução mamária favoreceu positivamente a vida de nossas participantes que se submeteram a mastectomia (MEDEIROS et al., 2010).

A insatisfação com o próprio corpo gera repercussões negativas na identidade feminina que levam a sérios conflitos pessoais que afetam os seus relacionamentos sociais, familiares e principalmente os relacionamentos afetivos, que muitas vezes são desestabilizados diante de uma das formas de tratamento mais temido pelas mulheres: a mastectomia. A qualidade dos relacionamentos afetivos das mulheres com seus parceiros, antes do diagnóstico da doença, é um fator que influencia a qualidade de vida pós-diagnóstico, no qual, a família, também é suscetível à mudança em sua imagem, à forma como a família reage à situação do câncer de mama e a mastectomia vai depender da família se é estruturada, qual o nível de comprometimento e interação (LOPES; ASSIS, 2012).

O enfrentamento das perdas durante todo esse processo, das relações conflituosas, do tratamento e do medo de morrer fragilizam a mulher e todo o núcleo familiar, pois os profissionais para que possam trabalhar de forma integralizada e interdisciplinar desde momento do diagnóstico, durante e posterior ao tratamento. Dando suporte diferenciado e humanizado às mulheres mastectomizadas. Assim, o diagnóstico e as etapas do tratamento poderão tornar-se mais suaves para as mulheres retornando a vida sexual de forma gradual e mantenedora (LOPES; ASSIS, 2012). Encontrou-se em algumas das mulheres entrevistadas, a vida sexual voltando na medida que a mulher se restabelece física e emocionalmente.

Estudo realizado no Ceará, verificou que a autoestima encontrada entre as mulheres está fundamentada em como elas se sentiam em relação a si mesmas e as outras pessoas, remetendo ao conceito trazido inicialmente para definição desse estado psicológico, o qual se apresentou de forma positiva entre as participantes, significando, portanto, que as mesmas atribuem a si o valor que merecem se sentido igual e tão importante quanto às outras pessoas. Este resultado retrata crescimento pessoal, autoconhecimento e sentimento positivo do valor destas mulheres enquanto ser humano, com prioridades mais bem definidas no que elas consideram capazes de realizarem e de se orgulharem. Em meio a todos esses aspectos, é pertinente pontuar que após a perda

da mama, a mulher busca estratégias que propiciem mudanças de comportamento no seu estilo de vida e nas formas de pensar e refletir sobre a doença, destacando-se que o corpo e a mente devem estar em harmonia para a busca por um equilíbrio emocional, motivando-as a preservar a saúde e o estado de autoestima (FERNANDES et al., 2013).

2.4 Considerações finais

O estudo possibilitou compreender os significados e as repercussões da mastectomia na vida de um grupo de mulheres, originando as categorias: significados da mastectomia, espiritualidade, apoio familiar e imagem corporal e sexualidade. Pôde-se perceber o quanto a mastectomia pode conduzir a mulher a buscar novos significados para a sua vida. A vivência do choque inicial, da descoberta do câncer, da amputação da mama, dos medos e angústias trouxeram uma nova forma de viver a vida e de olhar o mundo.

As repercussões da mastectomia inferem na imagem corporal e na sexualidade provocando muito sofrimento nas mulheres, com sentimentos de vergonha e insatisfação com o próprio corpo, levando à dificuldade na vida sexual. Em contrapartida, a espiritualidade, a fé e a crença em algo superior, seja até na oração, foi relatado como aspecto positivo na vida destas mulheres, pois traz conforto e auxílio em todas as fases da doença e da recuperação. Além disso, as características individuais e o estilo de vida de cada pessoa devem ser considerados.

Portanto, a reabilitação da mulher mastectomizada e o seu reajustamento social dependem, em larga medida, da formação e abordagem da equipe multiprofissional. Acredita-se que os resultados apresentados possibilitaram corroborar com os conhecimentos já existentes sobre o tema, no entanto as experiências de mulheres mastectomizadas subsidiam novas e possíveis discussões dos profissionais da saúde que atuam com essa parcela da população.

Referências

ALCORN, S. R. et al. “If God wanted me yesterday, I wouldn’t be here today”: Religious and spiritual themes in patients’ experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, v. 13, n. 5, p. 581-585, 2010.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 42-47, 2007.

BARBOSA, A. Espiritualidade. In: BARBOSA, A.; NETO, I. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 595-659.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Percepção do funcionamento familiar entre familiares de mulheres sobreviventes ao câncer de mama: diferenças de gênero. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 269-277, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa da Incidência de Câncer de mama no Brasil*. 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer de Mama*. 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336>. Acesso em: 10 jan. 2014.

FERNANDES, A. F. C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-33, 2012.

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

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2010.

MOURA, F. M. S. P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 447-484, 2010.

PÁDUA, E. A. *Câncer de mama não impede a prática sexual*. 2006. Disponível em: <http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 18-25, 2010.

SILVA, S. E. D. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 3, p. 7272-734, 2010.

SINGLY, F. O nascimento do “indivíduo individualizado” e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F.; CICCHELLI, V. (Orgs.). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 13-19.

TEIXEIRA, R. A. Abordagem da espiritualidade: pode fazer parte da relação médico-paciente? *Instituto do Cérebro de Brasília*. Disponível em: <http://www.icbneuro.com.br/paginas/pdf/artigos/espiritualidade_artigo.pdf>. Disponível em: 18 jan. 2013.

THUNÉ-BOYLE, I. C. V. et al. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, v. 20, n. 7, p. 771-782, 2011.

VIANA, J. M.; CAMPOS, L. A. L. *Câncer de mama e mastectomia: cenário de atuação de enfermeiros*. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

VIANNA, A. M. S. A. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13, n. 3, p. 203-210, 2004.

3 PRODUÇÃO CIENTÍFICA II

MASTECTOMIA E SUAS REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE VIVER E ENVELHECER FEMININO

Sibeli Carla Garbin Zanin, Marisa Martinelli, Luiz Antonio Bettinelli, Silvana Alba
Scortegagna

RESUMO

O câncer de mama é um problema de saúde pública em grande parte do mundo e, no Brasil, foi identificado como o segundo tipo mais incidente. A mastectomia, por sua vez, é um dos procedimentos que visa à retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência e melhorar a expectativa de vida de mulheres pertencentes a populações consideradas de alto risco. A mulher que realiza a mastectomia enfrenta a difícil realidade de conviver com a amputação da mama e mesmo que o tratamento possa ser determinante para sua sobrevivência, na grande maioria das vezes, gera muitos temores que mudam completamente seu modo de ver a vida e o processo de envelhecimento. Diante do exposto, este trabalho tem por objetivo discutir as repercussões da mastectomia no processo de viver e envelhecer feminino.

3.1 Introdução

O câncer de mama, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, é o que mais causa medo, pela sua grande frequência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade

feminina. Este tipo de câncer é idade dependente, pois quando mais tempo de vida, maior será a chance da mulher desenvolver a patologia. É relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente (BRASIL, 2012).

A obesidade também se constitui fator de risco, preveni-la através de uma dieta equilibrada e prática de atividade física regular e adequada a idade é uma recomendação importante para prevenção do câncer de mama, uma vez que o excesso de peso aumenta o risco de desenvolver a doença. A ingestão de álcool é contra indicada, mesmo em quantidade moderada, pois há estudos que indicam como fator de risco para esse tipo de tumor. Outro fator de risco que ainda está sendo pesquisado é o uso de pílulas anticoncepcionais. Não há evidências claras sobre a associação do uso de pílulas anticoncepcionais e o aumento do risco para o surgimento de câncer de mama. As mulheres que usaram contraceptivos orais com dosagens elevadas de estrogênio, que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez, podem estar mais predispostas a desenvolver esta neoplasia (BRASIL, 2012)

O novo milênio traz consigo uma nova realidade para o Brasil, o envelhecimento da população. Ao mesmo tempo em que a população envelhece, encontramos no país e no mundo, problemas decorrentes da longevidade, como o avanço de doenças degenerativas, entre elas o câncer. Visto como uma fatalidade que leva a morte, o câncer e seu tratamento vêm tendo grandes avanços na área da saúde, porém ainda o estigma da doença é forte.

Cientes de que as características individuais e o modelo de vida de cada pessoa são determinantes no enfrentamento ao estresse ou em situações que exigem adaptação, acredita-se que a reabilitação da paciente que passou pela mastectomia e o seu reajustamento social dependem, em larga medida, da formação e abordagem da equipe multiprofissional. Nestas circunstâncias, a interface com a psicologia é fundamental e

pode facilitar este complexo processo de enfrentamento frente a este novo momento, do câncer e da mastectomia, possibilitando novas formas de adaptação na medida em que auxilia na elaboração do sofrimento psíquico.

Deve-se considerar que a crise que o diagnóstico da patologia desencadeia no sujeito tem dois significados: perigo e oportunidade. Perigo frente aos riscos reais e/ou imaginários, que precisam ser trabalhados; oportunidade frente a alternativas de compreensão e mudança que se estabelecem no tratamento. A situação emocional desencadeada pelo sintoma físico tem o caminho da representação e da ação. O caminho da representação é a elaboração do impacto emocional frente ao câncer e a mastectomia, que são vividos como desestruturadores (CONTE, 2004).

3.2 Câncer e mastectomia

O câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se uma das grandes preocupações em saúde pública, no que diz respeito à saúde da mulher. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (BRASIL, 2012), o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

É a patologia mais frequente em incidência e mortalidade no sexo feminino, apresentando curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentrando a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. Representa, aproximadamente, 20% do total de casos diagnosticados e 15%, em média, das mortes por câncer. É mais comum em mulheres de classe social elevada e entre aquelas que vivem nas grandes cidades do que naquelas que vivem no campo (BRASIL, 2011). No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada

em estágios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (BRASIL, 2012).

Antes dos 35 anos a doença é relativamente rara, porém acima desta faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam o aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento. No Brasil, a maior incidência ocorre na região sudeste. A medida utilizada para quantificar esta incidência chama-se taxa bruta, que corresponde ao número de casos para cada 100 mil mulheres. Na região sudeste esta taxa é de 64.54 casos/100mil mulheres, região sul 64.3/100mil mulheres. Dados recentes apontam um total de 52.680 novos casos evidenciando que o Sudeste lidera o ranking (29.360), seguido do Sul (9.350), Nordeste (8.970), Centro-Oeste (3.470) e Norte (1.530) (BRASIL, 2012). Esta diferença provavelmente é decorrente de quanto maior o desenvolvimento da região, maior a incidência de câncer de mama. Isto é reflexo de uma sociedade mais industrializada, que consome cada vez mais uma alimentação inadequada, provocando excesso de peso, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2011).

O tratamento mais comum é a extração da mama comprometida, chamada mastectomia. Em alguns casos, apenas a retirada de partes da mama, através de: quadrantectomia (remoção de um quarto da mama) e lumpectomia (remoção apenas do tumor e de pequena região circunvizinha), obtendo assim bons resultados em termos de sobrevida e melhor efeito estético, já que o órgão é conservado. A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos indicados em casos mais avançados. A escolha do método terapêutico apropriado irá depender de vários fatores, tais como: idade, localização e tamanho do tumor, disponibilidade financeira, análise da mamografia e do modo da paciente lidar com a mama afetada (INSTITUTO NACIONAL DA SAÚDE, 2012).

3.3 Mastectomia

Diferente de algumas culturas, na nossa sociedade as mamas são tidas como órgãos de estimulação e prazer sexual. Representam a feminilidade, tendo, importância singular na função da amamentação, além de existir um simbolismo da sexualidade feminina. Elas são determinantes do desenvolvimento do corpo da mulher, representando o início do amadurecimento do aparelho reprodutor e, o seu aparecimento representa a transição entre ser menina e passar a ser mulher. Por sua vez, a mulher submetida à mastectomia, decorrente do câncer de mama a perda da mama gera inquietações e conflitos, podendo surgir, sentimentos de culpa, possibilidade de considerar a perda da feminilidade, mutilada sexualmente, sentindo-se distante do ideal, decaindo sua auto-estima e julgando-se incapaz de satisfazer sexualmente seus parceiros, ou seja, pode levar à mulher sentir-se incompleta (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

O tratamento do câncer de mama não consiste somente na realização da mastectomia, mas há outras modalidades como, a quimioterapia, a radioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia, que podem ou não estar associadas. A abordagem e o tratamento dependem de fatores como tipo do câncer, tamanho e localização do tumor, grau histológico e estadiamento, dosagem hormonais, idade e estado geral da pessoa. Essas formas de tratamento são as chances de aumento de sobrevida e de recuperação (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

Porém durante esse período, surgem novas situações que provocam sofrimento, devido às reações adversas dos quimioterápicos, da radiação, e somando-se ao medo, à angústia e à dor de encarar o desconhecido, que significa, para muitas mulheres, sinal de fatalidade. Na atualidade muitos são os avanços farmacológicos e tecnológicos que buscam o tratamento e o controle da doença, sendo imprescindíveis e necessários para toda população feminina. Por outro lado, poucos são os momentos em que a ciência considera necessário a compreensão da subjetividade que permeia o cotidiano dessas

peças e, em particular trazer à tona as vivências das mulheres mastectomizadas, mesmo sabendo que essa experiência seja única e muito singular (CONCEIÇÃO; LOPES, 2008).

A mastectomia é uma cirurgia mutilante e os tratamentos adjuvantes utilizados no carcinoma mamário modificam os hábitos de vida destas mulheres, podendo conduzir a alterações gerais do seu equilíbrio físico, emocional, familiar e social, sendo necessário também ajudá-la na adaptação à mudança e a adoção de novos comportamentos (AMORIM, 2007).

A perda de uma mama por doença neoplásica envolve importantes aspectos que estão inteiramente ligados à alteração da imagem corporal, repercussões no cotidiano social, trabalho, sexualidade e em decorrência disso, cada pessoa possui um modo de enfrentamento. Frequentemente, a reação inicial é de choque, seguindo-se uma fase de negação em que a mulher tende a evitar falar da mastectomia, tendo dificuldades em interiorizar que está doente. Nesta fase procura negar a doença, as suas conseqüências, os seus próprios receios e sentimentos. Numa primeira instância a grande maioria das doentes sente dificuldades em exercer o seu direito de pensar e agir independentemente e de estabelecer o controle da situação. Essa negação é utilizada como uma estratégia utilizada pelas mulheres quando acometidas pela doença oncológica da mama e a mastectomia (AMORIM, 2007).

A reabilitação de uma mastectomia é caracterizada pela reorganização cotidiana e pela re-inserção no mundo individual e social, visto que a mutilação da cirurgia favorece o surgimento de inquietudes e questões na vida das mulheres, especialmente às relacionadas à mudanças na imagem corporal. Por sua vez, como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta sua existência, são pontos cruciais para um entendimento da nova dinâmica que a vida dessas mulheres assume. No momento em que a mulher decide por fazer a cirurgia, observa-se uma busca por resolver rapidamente o seu problema, tendo dessa forma, um lado reconfortante. A mulher

acredita estar colocando limites na enfermidade, e que, a remoção cirúrgica do tumor e as consequências do tratamento, trazem segurança no sentido de não ter de se preocupar com a doença. Porém, o alívio causado por essa etapa tem fim num curto período quando a mulher conscientiza-se cognitivo e emocionalmente, iniciando-se um luto diante das consecutivas perdas. As principais preocupações que surgem no período da ocorrência da cirurgia são relacionadas à perda da feminilidade com comprometimento da sexualidade, da atração sexual, alteração da imagem corporal e devido a esses aspectos, a possível perda do parceiro, além mudanças nos seus papéis sociais (ALMEIDA, 2012; BERVIAN; GIRARDON-PERLINI, 2006; FERREIRA; MAMEDE, 2002).

No período pós-operatório da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades para reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, visto sentirem dificuldades em lidar com as alterações da imagem corporal e do próprio corpo. A percepção da falta da mama causa muito sofrimento. Há então, uma alteração na percepção do próprio corpo, que pode revelar uma insatisfação e não aceitação da perda da mama, gerando sentimentos de auto-depreciação (MALUF et al., 2005).

A vivência do período pós-tratamento do câncer de mama expõe a mulher a inúmeros estressores, compatíveis com o enfrentamento de doença crônica complexa, que ameaça sua integridade física e que exige cuidados intensivos. Além das repercussões físicas, as repercussões emocionais, familiares, laborais e na vida de relações também persistem, decorrentes do tratamento intrusivo e das incertezas quanto à evolução do quadro. Toda essa condição de vida testa a capacidade adaptativa da paciente (SILVA; SANTOS, 2010). Conhecer os estressores específicos do período pós-tratamento, tendo em vista as demandas de ajustamento que eles suscitam, é passo primordial para o adequado planejamento das atividades assistenciais com fins de reabilitação.

A probabilidade de desenvolvimento de repercussões psicossociais negativas, como a instalação de um quadro de estresse, é mais provável quanto maior for a intensidade, a frequência e o tempo de duração do conjunto de estressores, aos quais o indivíduo está exposto. No entanto, sabe-se que a interpretação dos estímulos, bem como a escolha das respostas para lidar com eles, para além das características do evento, depende dos recursos pessoais e das condições ambientais disponíveis (SILVA; SANTOS, 2010).

As mensagens provenientes do ambiente social influenciam o modo como as mulheres interpretam e enfrentam a sua doença. A influência que o contexto familiar e social pode desempenhar no decurso do pós-tratamento pode se dar de forma tanto positiva como negativa.

Aspectos da convivência social são vivenciados pelas mulheres, sendo condições estressoras que atuam negativamente no ajustamento psicossocial, como a morte de pessoas conhecidas em decorrência de câncer ou o contato com pessoas enfermas, que, de algum modo, lhes evidenciavam a própria situação de fragilidade. A morte, em decorrência de câncer, de pessoas provenientes da rede familiar e social, foi destacada por cinco mulheres como evento estressor. A rapidez com que o câncer pode avançar e o sofrimento advindo do convívio com pacientes terminais remeteram-nas à ideia de doença ingrata, sorrateira e potencialmente fatal.

Nesta mesma pesquisa os autores constataram que o afastamento da ocupação profissional que exerciam, no momento anterior ao câncer, foi relacionado à sensação de diminuição da capacidade produtiva e ao desconforto suscitado pela ideia de estarem sobrecarregando os familiares e amigos. A inversão de papéis – de cuidadora a objeto de cuidado – não foi transição tranquila, nem vivenciada sem conflitos. Os resultados evidenciaram que a aceitação da alteração do papel de cuidadora revelou-se uma árdua tarefa. Acostumadas, ao longo de toda a vida, a concederem ajuda, encontraram dificuldades para solicitá-la. A dificuldade em se aceitarem no papel oposto àquele que

sempre desempenharam abriu uma ferida nos papéis de esposa e de mãe, fortemente associados aos cuidados prestados ao outro. Portanto, para as mulheres com câncer de mama soma-se, aos percalços da doença em si, o enfrentamento das alterações produzidas nos papéis sociais, uma vez que elas já não podem exercer integralmente as funções a que se dedicavam até adoecerem (SILVA; SANTOS, 2010).

3.4 Aspectos psicológicos e mastectomia

Apesar do diagnóstico de cancro ser experienciado emocionalmente de formas diversas por cada indivíduo, este constitui sempre uma ameaça à vida e à integridade do próprio portador e conduz a uma necessidade de readaptação das vivências intrapsíquicas (RAMOS; PATRÃO, 2005; VARELA; LEAL, 2007).

Assim, o primeiro impacto emocional perante esta doença surge quando se dá conta experiência de perda e percepção de que a morte está próxima. A mulher afetada inicia um percurso de choque inicial e descrença, seguido de um período de confusão e sofrimento íntimo, sendo que este inclui emoções e sentimentos de mal-estar e tristeza, passíveis de promover ansiedade, depressão, irritabilidade, falta de apetite, problemas a nível do sono e/ou pensamento intrusivos acerca do futuro (PATRÃO; LEAL, 2004; REBELO et al., 2007) Este tipo de resposta emocional, assemelha-se à resposta a um acontecimento estressante, podendo persistir longamente com elevados níveis de depressão e ansiedade, o que corresponde a uma resposta não adaptativa à situação, podendo, por isso, ser classificada no DSM-IV, como perturbação de ajustamento, com depressão e/ou ansiedade, ou misto (PATRÃO; LEAL, 2004).

Posteriormente, surge frequentemente uma evolução por parte da doente para a consciencialização da possível perda do órgão afetado como um fato irreversível, até à sua aceitação (REBELO et al., 2007).

Compreender as influências dos aspectos psicológicos nas doenças em geral pressupõe, antes de tudo, aceitar a realização indissolúvel existente entre as funções psíquicas e fisiológicas. As funções psíquicas manifestam-se por meios de estados fisiológicos específicos e vice versa. Por vários séculos, essa divisão entre corpo e mente permitiu grande desenvolvimento científico, mas por outro lado, impediu que a medicina pudesse considerar a dimensão psicológica e, aos psicólogos, impôs o desconhecimento das funções específicas do corpo (SOUZA, 2003).

O paciente com câncer apresenta todo um conjunto de elementos no corpo-mente, que possui grande transcendência para ele e para a sua vida de relação. Os conceitos de morte, enfermidade crônica e cura, podem diferir entre o pensado pelo paciente e sua família e o pensado pela equipe assistencial. Essa nova imagem apresentada à mulher que sofre mastectomia, seja ela parcial ou radical, remete a uma nova identidade (SOUZA, 2003).

Para Vieira (2007), o seio é o órgão do corpo feminino que está associado ao prazer e à vida, potencial por ser o fornecedor do leite, fonte de alimento para o seu bebê. Por esse simbolismo, dentre outros aspectos, seu valor é praticamente insubstituível nos casos em que ocorrem perdas. O seio é também símbolo de fertilidade e saúde durante todas as etapas da vida da mulher, desde a infância, puberdade, até a vida adulta. Enfim é o órgão que está mais relacionado à questão da feminilidade. A mulher pode se sentir ameaçada quanto à sua identidade feminina, bem como em relação à sua capacidade de amamentação e sensualidade.

O câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher. Compreender a mulher doente nesta teia de significados é importante para que o tratamento se oriente para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade (SILVA, 2008).

Kübler-Ross (2005) define cinco estágios que os pacientes enfrentam ao lidar com a doença. Ainda que estes estágios tenham sido definidos com base em pesquisas realizadas com pacientes terminais, cabe descrevê-los abaixo neste trabalho, pois as pessoas submetidas à cirurgia de amputação, ao tomarem conhecimento da nova realidade que irão vivenciar, também podem passar por estes cinco estágios emocionais.

O primeiro estágio descrito é o da negação. Neste estágio, o paciente nega inicialmente a doença. Normalmente essa negação não dura muito tempo e o paciente já começa a substituí-la por uma aceitação parcial ou por outro estágio emocional. Ainda o paciente acredita que seus exames podem ter sido trocados ou que o médico tenha se enganado e, não raramente, procura por outros profissionais, faz novos exames, desiste completamente do tratamento, ou seja, age como se a doença não existisse.

O segundo estágio é o da raiva, em que o paciente não consegue mais manter a negação frente à doença e inunda-se de sentimentos de raiva, revolta, ressentimentos e inveja. É o momento em que o paciente se faz a pergunta: Por que eu? A equipe de enfermagem e os familiares do paciente podem sentir muitas dificuldades para lidar com o sujeito que se encontra nesse estágio, já que ele projeta toda a sua raiva neles constantemente.

Já no terceiro estágio ocorre a barganha, em que o paciente tenta adiar ou negociar a sua doença. Há o reconhecimento da possibilidade de não mais existir como fator concreto, mas por outro lado, há o desejo de continuar projetos futuros. Dessa forma, ele utiliza mais funções do ego para enfrentar a crise e o início de uma postura mais ativa em relação a essa. O paciente, com base em experiências anteriores, sabe que há uma possibilidade de ser recompensado por um bom comportamento e receber um prêmio por isto. A maioria das barganhas é dirigida a Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário do capelão.

O quarto estágio é o da depressão, acontece quando o paciente não tem mais como negar a doença, ou necessita submeter-se a mais alguma cirurgia ou processo de hospitalização, sendo que a sua raiva e revolta dão espaço a um sentimento de grande perda. O paciente realiza uma elaboração da sua hospitalização, da sua doença e da própria vida, entrando, assim, em contato com a perda da saúde e a tristeza em decorrência de tal condição.

O quinto estágio é o da aceitação, momento em que o paciente compreende realmente seus limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a própria vida. Não se trata de um estágio de felicidade, é quase uma fuga de sentimentos.

Esses diferentes estágios pelos quais os pacientes passam, correspondem às estratégias defensivas manifestadas por eles para enfrentar situações que lhes são extremamente difíceis de lidar. Estes estágios têm duração variável e um poderão substituir o outro ou poderão acontecer simultaneamente.

3.5 Mastectomia e o processo de viver e envelhecer

O censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) demonstrou que houve importantes mudanças na estrutura etária do país nas duas últimas décadas. O Brasil está num processo acelerado do envelhecimento da população, especialmente da feminina, caracterizando a feminilização da velhice. Dentro deste contexto, altera o perfil epidemiológico, aumentando o número de doenças crônico-degenerativas, como diabetes, moléstias cardiovasculares e metabólicas, câncer e, dentre eles o de mama, que tem caráter progressivo e mutilador, afetando um órgão que simboliza a feminilidade, fonte de alimento e aconchego. As mulheres idosas são frequentemente atingidas com esse tipo de câncer, e, ao submeter-se à mastectomia, geralmente não reconstróem a mama, tendo como consequência dificuldades no processo de reabilitação postural e estética (LOPES, 2012).

O câncer de mama representa, em nosso país, uma das principais causas de óbito em mulheres, sendo superado apenas pelas mortes de causa cardiovascular e externas. Este tipo de câncer é o segundo mais frequente no mundo e entre as mulheres. Existe um aumento de cerca de 20% dos casos novos de câncer de mama. Embora seja considerado um câncer de prognóstico relativamente bom quando diagnosticado e tratado oportunamente, a mortalidade por câncer de mama continua elevada no Brasil devido ao fato de que, no país, a doença ainda é predominantemente diagnosticada em estágios avançados (IBGE, 2010).

Por sua vez, a prevenção e o tratamento precoce dessa neoplasia ainda não é possível devido à variação dos fatores de risco, características genéticas e influências ambientais, envolvidas no câncer de mama. Uma das principais ações para a prevenção secundária é o rastreamento realizado pela mamografia em mulheres acima dos 40 anos (CAMACHO; COELHO, 2010).

Devido à alta incidência de metástase e à não-aceitação da idosa em realizar a mastectomia devido às questões culturais, a extirpação da mama tem todo significado para a mulher, independentemente da idade. Esse procedimento requer uma atenção especial e muita informação respeitando-se sempre a autonomia das pessoas, seus significados, suas crenças, seus valores e seu contexto cultural (FERNANDES, 2009).

Dentro dessa perspectiva a pessoa idosa deve receber informações a respeito da existência de tecnologia, tratamento e recursos na reconstrução da mama. Uma estratégia é a utilização de próteses como forma estética, mas principalmente recomendado para manter a postura, evitando a elevação do ombro do lado afetado e o encurvamento da coluna vertebral, em função da diminuição do peso ocasionado pela retirada da mama (COELHO, 2010).

Assim sendo muitas vezes o processo de envelhecimento pode ser um período extremamente difícil para algumas pessoas, muitas delas, não conseguem se adaptar às

mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa da vida. Uma das maiores dificuldades nesta fase que reside no sentimento que acompanha o processo de perdas e de declínio físico, de reflexões profundas sobre a própria vida e a proximidade da morte. O fator decisivo não é somente a consciência da própria morte, mas a consciência da proximidade e conseqüentemente da ausência de perceptivas futuras (TEIXEIRA, 2004).

A velhice é um fato existencial que ultrapassa o biológico. Apesar dos estigmas negativos que a caracterizam, a maioria das pessoas quer chegar lá, pois o contrário significaria morrer jovem. Deparamo-nos, assim, com um campo de contradições e paradoxos de difícil resolução. A velhice é o momento da existência humana mais próximo da morte, ligado ao declínio físico e as diversas questões culturais - neste momento determinado de nossa cultura - campo fértil para uma representação social negativa que propicia atitudes de marginalização e autoexclusão. Quanto mais se aprofunda no tema, mais difícil se torna definir quando começa a velhice e o que é ser “velho”. Neste sentido, devemos diferenciar os termos velhice e envelhecimento. O termo envelhecimento alude ao processo, ao movimento contínuo a um constante e sempre inacabado processo de subjetivação; velhice, por sua vez, refere-se a um estado, a certa permanência, a um tempo que não passa, que não avança, tempo sem movimento (GOLDFARB, 2009).

Tempo, temporalidade, história, finitude, tempo subjetivo são conceitos que marcam um caminho a ser trilhado para melhor compreendermos os fenômenos que caracterizam o envelhecimento humano. Se temos uma história, é porque conseguimos registrar na memória os acontecimentos significativos de nosso passado, descobrir aquilo que permanece e que muda, e, assim, confirmar nossa identidade. Na consciência, o sentimento de finitude é exclusivo do ser humano. Ele é o único ser vivo que sabe que vai morrer e, como tal, organiza-se para isso. Acredita-se que a temporalidade humana se constrói sobre uma linha temporal que, a partir do presente, permite-nos avaliar o passado, retificá-lo e projetarmos-nos no futuro. Esse é o

movimento da historicidade humana, que cria subjetividade e preserva a identidade, dando um sentido de permanência. Uma das características do tempo do envelhecimento é a presença do sentimento de finitude, que é vivenciado com diferentes qualidades e intensidades emocionais, dependendo de cada sujeito e das diferentes experiências de proximidade com a morte vivenciadas ao longo do seu desenvolvimento. Essa proximidade com a morte marca uma experiência de luto, ou seja, um trabalho de elaboração de perdas, processo sempre necessário para que se instaurem outros objetos no lugar do perdido, para que outros investimentos sejam possíveis e a libido continue a produzir vínculos e a vida (GOLDFARB, 2009).

O processo natural do envelhecimento e a vivência de uma situação crônica, por si só, podem acarretar a perda da autonomia (BORGES, 2006). A autonomia está relacionada à capacidade a que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser melhor para si mesma. Para isso, o indivíduo deve possuir capacidade para compreender, analisar logicamente uma situação (racionalização) e habilidade para escolher entre várias possibilidades (deliberação) com o objetivo de tomar uma decisão intencional por uma das alternativas que lhe são apresentadas. Esta escolha só poderá ser considerada autônoma, se uma pessoa estiver livre de qualquer influência para tomar esta decisão (voluntariedade) (DIAS; GAUE; RUBIN, 2007).

A construção da autonomia e do cuidado de si são processos vividos, interdependentes, que se potencializam e tem em comum o exercício de práticas de superação de condições ou situações opressoras. A primeira significação pedagógica que o cuidar de si assume na questão do envelhecimento humano está embutida na consciência que se deve adquirir sobre o fato de que uma velhice saudável é o resultado de um longo processo que começa antes da velhice (DALBOSCO, 2006).

Dentro do processo de envelhecimento humano existem intercorrências em relação ao processo saúde/doença que trazem repercussões significativas e marcantes na vida de muitas pessoas. Dentre estas existe a mastectomia no grupo feminino. Por isso

busca-se ampliar informações e dados sobre significados e repercussões da mastectomia entre um grupo de mulheres.

A contribuição da Psicologia no campo da oncologia não se restringe apenas na gênese dos tumores. A presença do câncer modifica a história de uma pessoa, de suas relações, de sua família. A história de uma existência, não pertence ao acaso, pertence às escolhas feitas para um determinado caminho e nosso corpo saudável ou doente, é nossa própria história e a ela pertence. É o instrumento, e ao mesmo tempo o sujeito, para a realização dos desejos, sentimentos de angústia, sujeito e objeto na construção do sentido da existência. O adoecimento desse objeto, não é apenas um defeito de máquina. Ao contrário, é uma tentativa de reconstruir uma história perdida, de dar sentido a uma existência vazia e confusa (SOUZA, 2003).

O diagnóstico de câncer, assim ser submetida à cirurgia de mastectomia, provocam nas mulheres várias repercussões, dentre elas, sentimentos de desespero, ansiedade, insegurança, falta de esperança no futuro. Esses sentimentos não são exclusivos daqueles que são diagnosticados com câncer. Ao contrário, são características de um ser que se vê ameaçado pela possibilidade de não-ser. A ansiedade ocorre sempre que a pessoa se vê diante de uma possibilidade de ser algo diferente ou não ser mais aquilo que planejou. Estar diante de novas possibilidades do existir humano, de novas escolhas, sempre implica, de alguma forma, na perda da segurança e estar doente é apenas uma dessas possibilidades (SOUZA, 2003).

Dados atuais nos apontam para um crescimento significativo do câncer de mama entre mulheres do mundo. Esta enfermidade acarreta consequências psicológicas e físicas nestas mulheres, levando o temor de recidiva e da morte, degradação da autoimagem, problemas em relação à sexualidade, dentre outros. E, sendo a mama um órgão símbolo da feminilidade, a sua retirada pode levar a danos significativos. Além disso, a sociedade é altamente exigente em termos de padrões estéticos femininos que se associam ou não à saúde. Então, uma mulher saudável hoje seria aquela que

corresponde também aos valores estéticos esperados, nos quais incluem seios fartos e perfeitos (MULLER; HOFFMANN; FLECK, 2006).

A realidade da doença e os tratamentos, como a mastectomia são apenas uma parte da vida de alguém que é portador de câncer. Quando uma pessoa se vê vivendo com a experiência do câncer, é obrigada a reorganizar suas prioridades, tomar decisões, redefinir sua vida social e suas relações de amizade, familiares e de suporte; conhecer e manejar suas reações emocionais. Isso tudo não é possível por meio de uma prescrição, requer ajuda muitas vezes do profissional da psicologia, da colaboração familiar, da compreensão médica para facilitar seu acesso ao tratamento psicológico e possibilitar a reconstrução de sua história, agora com um novo personagem: a doença (SOUZA, 2003).

A imagem corporal como já mencionado anteriormente, é um componente fundamental no complexo mecanismo de constituição da identidade pessoal. E a imagem que uma pessoa tem de si mesma forma-se a partir da inter-relação de três componentes: a imagem idealizada; a imagem fornecida através da impressão de terceiros (informações externas) e a imagem objetiva (FIGUEIREDO et al., 2004).

O corpo transforma-se em um palco de imagens construídas. E as descobertas que temos de nos mesmos vão se revelando a partir do instante em que nos reconhecemos com um ser que reage a diversas inter-relações estabelecidas pelos mesmos corpos que tentam realizar a busca pela compreensão da existência das imagens a busca pela própria existência (SPEER et al., 2005).

A perda da mama ou a mama com má aparência poderia causar mais aflição em mulheres jovens, que tem uma maior expectativa pela beleza física. Então a procura pós tratamentos para câncer de mama é um estressor especial para as mulheres solteiras (FEHLAUER et al., 2005).

Uez (2006) em sua pesquisa com mulheres com câncer notou que existe uma idéia concreta de finitude da vida humana e o envelhecimento, apesar de normal do ser humano, é gerador de limitações e doenças. As marcas do sofrimento psicológico acompanhadas pela incerteza quanto ao adoecer e a idade avançada propiciam que, mesmo após o procedimento cirúrgico e tratamentos associados como a radioterapia e a quimioterapia, o câncer se mantenha como uma realidade constante em seus pensamentos, influenciando suas vidas.

Na maturidade, momento de despedida do corpo jovem, estamos imersos no processo de socialização da representação que se opera nos corpos. É preciso responder ao apelo social, traduzido em marketing da juventude. São necessários aí, esforços e ajustes, compreensões ilegítimas do tempo, tentativas de reversão do impossível, tudo a postos para atender as expectativas do suposto interlocutor (GOFFMANN, 2002).

Moreira e Nogueira (2008) apontam que o envelhecimento pode ser uma experiência que se traduz na identificação de um estereótipo negativo e como a recusa e ser portador de uma marca que o inferioriza ou exclui: ser velho. Envelhecer em um cenário marcado pelo culto a juventude e a beleza transforma essa experiência que é um fenômeno biológico “inevitável” em um fenômeno cultural da ordem do ‘indesejável”.

3.6 Considerações finais

Cada mulher reagirá de uma forma à mutilação de sua mama e as possíveis consequências serão decorrentes de vivências e principalmente de sua história de vida, do contexto social, econômico e familiar em que está inserida. A mulher de uma maneira geral se depara com uma série de impedimentos provocados pela cirurgia mutiladora que vão desde às paralisias e deficiências até a interrupção da carreira, no cuidado da casa e dos filhos.

A mulher mastectomizada pode vivenciar vários lutos, e, no momento de reassumir as responsabilidades de seu cotidiano, pode apresentar uma série de dificuldades, em decorrência da vergonha e da dificuldade em lidar com o próprio corpo. Por isso é necessário que a mulher tenha um acompanhamento multiprofissional para o enfrentamento deste processo. Além disso, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, em decorrência desta dificuldade, visto que as alterações neste implicam também em transformações afetivas, refletidas na forma como as mulheres percebem a si mesmas e na forma de vivenciarem sua própria vida.

Cabe a nós profissionais da saúde auxiliar neste novo reencontro com a vida e a partir de seus desejos poder facilitar seu recomeço. Para tanto, encontrar respostas para algumas questões que cercam esta problemática pode ser de grande auxílio, por exemplo: quais as vivências e significados da mastectomia no cotidiano da mulher e no seu processo de viver? Como a mulher tem vivenciado e apreendido na experiência de ser mastectomizada? Quais as repercussões e transformações que ocorreram? Como foi lidar com a nova realidade? Portanto, o seguimento de estudos que focalizem a compreensão das vivências e significados da mastectomia para o universo feminino são necessários.

Referências

ALMEIDA, R. A. *Mastectomia: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial*. Disponível em: <<http://www.espacomedicodowntown.com.br/mastectomia-aspectos-psicologicos-e-adaptacao-psicossocial>>. Acesso em: 7 set. 2013.

AMORIM, C. M. B. F. *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas*. 2007. 305f. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Porto. Portugal, 2007.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 52 n. 2, p. 121-128, 2006.

BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumentos para promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1424-1428.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Registro de Base Populacional: câncer de mama*. 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/taxa_neoplasias_/Parte455_registro_de_base_populacional_completo.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

COELHO, M.S. Mulheres mastectomizadas: uma proposta de cuidado de si com base nas concepções de Michel Foucault. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 4, n. 1, p. 311-318, 2010.

CONCEIÇÃO, L. L.; LOPES, R. L. M. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Revista de Enfermagem de Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 26-31, 2008.

CONTE, B. O universo feminino e o câncer de mama. In: SCORTEGAGNA, S. A.; BENINCÁ, C. R. (Orgs.). *Interface da psicologia com a saúde*. Passo Fundo: UPF Editora, 2004. p.120-139.

DALBOSCO, C. A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo.” *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 22-37, 2006.

FEHLAUER, F. et al. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, n. 92, p. 217-22, 2005.

FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 62, v. 5, p. 704-710, 2009.

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

FIGUEIREDO, M. et al. Breast cancer treatment in older women: does getting what you improve long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, n. 22, p. 4002-4009, 2004.

GOFFMANN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Tradução de Maria Célia Raposo. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLDFARB, C. D. Corpo e temporalidade: contribuição para uma clínica do envelhecimento. In: CÔRTE, B. (Org.). *Psicogerontologia: fundamentos e práticas*. Curitiba: Juruá, 2009. p. 95-101.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

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

MALUF, M. F. M.; JO MORI, L.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia da USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59-79, 2008.

MULLER, C. M.; HOFFMANN, S. F.; FLECK, P. A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In: WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). *Temas em psicologia clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 203-208.

PATRÃO, I.; LEAL, I. Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doença*, v. 5, n. 1, p. 53-73, 2004.

REBELO, V. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doença*, v. 8, n. 1, p. 13-32, 2007.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003.

SILVA, G.; SANTOS, A. M. Stressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2010.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008.

SOUZA, C. Corpo alma com câncer. In: QUAYLE, J. *Adoecer: compreendendo as interações do doente com sua doença*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 143-151.

SPEER, J. J. et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, n. 11, p. 440-7, 2005.

TEIXEIRA, M. H. Aspectos psicológicos da velhice. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 312-315.

UEZ, E. *Câncer de mama: imagem corporal e envelhecimento feminino*. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VARELA, M.; LEAL, I. Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, v. 25, n. 3, p. 479-488. 2007.

VIEIRA, C. P. et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

4 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Constatou-se que o câncer, assim como a mastectomia, foi um episódio marcante na vida destas mulheres, alterando totalmente sua vida profissional e pessoal. Mudanças na vida sexual e nas relações com seus companheiros, a preocupação com a recidiva da doença, a aceitação do corpo após a retirada da mama, os cuidados após a cirurgia, e tantas outras situações de estresse possibilitaram uma nova reorganização das próprias vidas.

A percepção de que a família e amigos estavam disponíveis a ajudar e oferecer apoio foram significantes para auxiliar nesta nova reorganização de forma otimista e saudável. O relacionamento com o parceiro revelou-se, nesta pesquisa, ser fundamental para a reestruturação da integridade da mulher

É evidente que a experiência da mastectomia é ampla e diferente para cada mulher, envolvendo implicações na vida diária, além das relações entre ela e as pessoas do seu convívio, no entanto, a espiritualidade foi comum nos discursos das entrevistadas pois associou-se a espiritualidade com maior cooperação no tratamento e maior capacidade de lidar com o estresse emocional, confortando-as e motivando-as a seguir.

Além disso, estas mulheres puderam compreender, cada uma de forma distinta, o significado da experiência de adoecer, possibilitando assim, re-significações desse processo, e re-significações de vida.

Espera-se que este estudo possa servir de subsídio para as intervenções na área do câncer de mama e das Políticas de Saúde, não se restringindo aos profissionais de Psicologia ou Enfermagem, mas abrangendo todos aqueles envolvidos por esta temática.

REFERÊNCIAS

ALCORN, S. R. et al. “If God wanted me yesterday, I wouldn’t be here today”: Religious and spiritual themes in patients’ experiences of advanced cancer. *Journal of Palliative Medicine*, v. 13, n. 5, p. 581-585, 2010.

ALMEIDA, R. A. *Mastectomia: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial*. Disponível em: <<http://www.espacomedicodowntown.com.br/mastectomia-aspectos-psicologicos-e-adaptacao-psicossocial>>. Acesso em: 7 set. 2013.

AMORIM, C. M. B. F. *Doença oncológica da mama: vivências de mulheres mastectomizadas*. 2007. 305f. Tese (Doutorado em Ciências da Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade do Porto. Portugal, 2007.

AQUINO, V. V.; ZAGO, M. M. F. O significado das crenças religiosas para um grupo de pacientes oncológicos em reabilitação. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 15, n. 1, p. 42-47, 2007.

BARBOSA, A. Espiritualidade. In: BARBOSA, A.; NETO, I. (Orgs.). *Manual de cuidados paliativos*. 2. ed. Lisboa: Núcleo de Cuidados Paliativos, Centro de Bioética da Faculdade de Medicina de Lisboa, 2010. p. 595-659.

BERVIAN, P. I.; GIRARDON-PERLINI, N. M. O. A família (com)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 52 n. 2, p. 121-128, 2006.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Percepção do funcionamento familiar entre familiares de mulheres sobreviventes ao câncer de mama: diferenças de gênero. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 2, p. 269-277, 2010.

BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumentos para promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. et al. (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1424-1428.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Registro de Base Populacional: câncer de mama*. 2010. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/câncernobrasil/2010/docs/taxa_neoplasias_/Parte455_registro_de_base_populacional_completo.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Estimativa da Incidência de Câncer de mama no Brasil*. 2012. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em: 10 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. *Câncer de Mama*. 2013. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336>. Acesso em: 10 jan. 2014.

CAMACHO, A. C. L. F.; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

COELHO, M. S. Mulheres mastectomizadas: uma proposta de cuidado de si com base nas concepções de Michel Foucault. *Revista de Enfermagem da UFPE*, Recife, v. 4, n. 1, p. 311-318, 2010.

CONCEIÇÃO, L. L.; LOPES, R. L. M. O cotidiano de mulheres mastectomizadas: do diagnóstico à quimioterapia. *Revista de Enfermagem de Universidade Estadual do Rio de Janeiro*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 26-31, 2008.

CONTE, B. O universo feminino e o câncer de mama. In: SCORTEGAGNA, S. A.; BENINCÁ, C. R. (Orgs.). *Interface da psicologia com a saúde*. Passo Fundo: UPF Editora, 2004. p.120-139.

DALBOSCO, C. A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo.” *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 22-37, 2006.

FEHLAUER, F. et al. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, n. 92, p. 217-22, 2005.

FERNANDES, A. F. C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-33, 2012.

FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, n. 62, v. 5, p. 704-710, 2009.

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

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

FIGUEIREDO, M. et al. Breast cancer treatment in older women: does getting what you improve long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, n. 22, p. 4002-4009, 2004.

GOFFMANN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Tradução de Maria Célia Raposo. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLDFARB, C. D. Corpo e temporalidade: contribuição para uma clínica do envelhecimento. In: CÔRTE, B. (Org.). *Psicogerontologia: fundamentos e práticas*. Curitiba: Juruá, 2009. p. 95-101.

GUERRERO, G. P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo Demográfico de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

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

MALUF, M. F. M.; JO MORI, L.; BARROS, A. C. S. D. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, Brasília, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MINAYO, M. C. S. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 12. ed. São Paulo: Hucitec/Abrasco; 2010.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia da USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, p. 59-79, 2008.

MOURA, F. M. S. P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 447-484, 2010.

MULLER, C. M.; HOFFMANN, S. F.; FLECK, P. A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In: WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). *Temas em psicologia clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 203-208.

PÁDUA, E. A. *Câncer de mama não impede a prática sexual*. 2006. Disponível em: <http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo>. Acesso em: 15 jan. 2014.

PATRÃO, I.; LEAL, I. Abordagem do impacto psicossocial no adoecer da mama. *Psicologia, Saúde & Doença*, v. 5, n. 1, p. 53-73, 2004.

PINTO, C.; RIBEIRO, J. L. P. Construção de uma escala de avaliação da espiritualidade em contextos de saúde. *Arquivos de Medicina*, v. 21, n. 2, p. 47-53, 2007.

REBELO, V. et al. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro de mama: um estudo exploratório com 60 mulheres portuguesas. *Psicologia, Saúde & Doença*, v. 8, n. 1, p. 13-32, 2007.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. *Psicologia, Ciência e Profissão*, Brasília, v. 23, n. 4, p. 32-41, 2003.

SALCI, M. A.; MARCON, S. S. A convivência com o fantasma do câncer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, Porto Alegre, v. 31, n. 1, p. 18-25, 2010.

SILVA, G.; SANTOS, A. M. Stressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 18, n. 4, p. 1-8, 2010.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, 2008.

SILVA, S. E. D. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 3, p. 7272-734, 2010.

SINGLY, F. O nascimento do “indivíduo individualizado” e seus efeitos na vida conjugal e familiar. In: PEIXOTO, C. E.; SINGLY, F.; CICCHELLI, V. (Orgs.). *Família e individualização*. Rio de Janeiro: FGV; 2000. p. 13-19.

SOUZA, C. Corpo alma com câncer. In: QUAYLE, J. *Adoecer: compreendendo as interações do doente com sua doença*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 143-151.

SPEER, J. J. et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, n. 11, p. 440-7, 2005.

TEIXEIRA, M. H. Aspectos psicológicos da velhice. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 312-315.

TEIXEIRA, R. A. Abordagem da espiritualidade: pode fazer parte da relação médico-paciente? *Instituto do Cérebro de Brasília*. Disponível em:

<http://www.icbneuro.com.br/paginas/pdf/artigos/espiritualidade_artigo.pdf>.

Disponível em: 18 jan. 2013.

THUNÉ-BOYLE, I. C. V. et al. Religious coping strategies in patients diagnosed with breast cancer in the UK. *Psycho-Oncology*, v. 20, n. 7, p. 771-782, 2011.

UEZ, E. *Câncer de mama: imagem corporal e envelhecimento feminino*. 2006. 107f. Dissertação (Mestrado em Gerontologia Biomédica) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VARELA, M.; LEAL, I. Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama. *Análise Psicológica*, v. 25, n. 3, p. 479-488. 2007.

VIANA, J. M.; CAMPOS, L. A. L. *Câncer de mama e mastectomia: cenário de atuação de enfermeiros*. 2009. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/articles>>. Acesso em: 2 mar. 2014.

VIANNA, A. M. S. A. Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 13, n. 3, p. 203-210, 2004.

VIEIRA, C. P. et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, Ribeirão Preto, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

ANEXOS

Anexo A. Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa

UNIVERSIDADE DE PASSO
FUNDO/ PRÓ-REITORIA DE
PESQUISA E PÓS-



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Mastectomia: Significados e Vivências para um grupo de mulheres.

Pesquisador: Sibeli Carla Garbin Zanin

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 13100113.1.0000.5342

Instituição Proponente: FUNDACAO UNIVERSIDADE DE PASSO FUNDO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 233.520

Data da Relatoria: 01/04/2013

Apresentação do Projeto:

O câncer de mama é um problema de saúde pública em grande parte do mundo e, no Brasil, foi identificado como o segundo tipo mais incidente. A mastectomia, por sua vez, é um dos procedimentos que visa a retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência de câncer e melhorar a expectativa de vida de mulheres pertencentes a populações consideradas de alto risco. A mulher que realiza a mastectomia enfrenta a difícil realidade de conviver com a amputação da mama e mesmo que o tratamento possa ser determinante para sua sobrevivência, na grande maioria das vezes, gera muitos temores que mudam completamente seu modo de ver a vida. A presente pesquisa é um estudo descritivo de cunho qualitativo, fundamentado na análise temática proposta por Minayo, tendo como objetivo compreender os significados atribuídos por um grupo de mulheres sobre a mastectomia. Participarão do estudo 30 mulheres que realizaram mastectomia, sem reconstrução mamária, em dois hospitais de Passo Fundo (Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital da Cidade). Será aplicada uma entrevista individual, semi-estruturada, contendo oito questões. A duração da entrevista será de aproximadamente uma hora e meia e será realizada nos domicílios.

Endereço: BR 285- Km 171 Campus I - Centro Administrativo
Bairro: Divisão de Pesquisa / São José **CEP:** 99.010-970
UF: RS **Município:** PASSO FUNDO
Telefone: (543)316-8370 **Fax:** (543)316-8283 **E-mail:** cep@upf.br

Anexo B. Comprovante de submissão da produção I

http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/autor/index

Submissões Ativas

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

CAPA SOBRE PÁGINA DO USUÁRIO PESQUISA ATUAL ANTERIORES NOTÍCIAS
INDEXAÇÃO DIRETRIZES PARA AUTORES CREDENCIADOS

Capa > Usuário > Autor > Submissões Ativas

Submissões Ativas

ATIVO ARQUIVO

ID	DATA ENVIADA	SEÇÃO	AUTORES	TÍTULO	SITUAÇÃO
1647	02-20	ART	Zanin, Bettinelli, Martinelli,...	MASTECTOMIA: SIGNIFICADOS E REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE...	Aguardando designação

1 a 1 de 1 itens

Iniciar nova submissão
[CLIQUE AQUI](#) para iniciar os cinco passos do processo de submissão.

Apontamentos

TODOS NOVO PUBLICADO IGNORADO

DATA DE INCLUSÃO	HITS	URL	TÍTULO	SITUAÇÃO	AÇÃO
Não há apontamentos.					

OPEN JOURNAL SYSTEMS
[Ajuda do sistema](#)

USUÁRIO
Logado como: **sibelig**

- Meus periódicos
- Perfil
- Sair do sistema

AUTOR
Submissões

- Ativa (1)
- Arquivada (0)
- Nova submissão

IDIOMA
Português (Brasil)

CONTEÚDO DA REVISTA
Pesquisa

 Todos

 Procurar

Submissões Ativas ... Disco removível (D:) Artigo Mastectomia...

https://br-mg5.mail.yahoo.com/neo/launch?rand=1n55rt696a94

Submissões Ativas

Arquivo Editar Exibir Favoritos Ferramentas Ajuda

YAHOO! MAIL

Buscar no Yahoo Mail Buscar na Web

Ol, Garbin

Escrever

Entrada (1)

Rascunhos (4)

Enviadas

Spam (3)

Lixeira

Pastas

Recente

Messenger

Contatos

Agenda

Bloco de notas

[Rev Rene] Agradecimento pela submissão

Rev Rene

Para Eu

Hoje em 10:49 AM

Sibelí Carla Garbin Zanin,

Agradecemos a submissão do trabalho "MASTECTOMIA: SIGNIFICADOS E REPERCUSSÕES NO PROCESSO DE VIVER DE UM GRUPO DE MULHERES" para a revista Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene. Acompanhe o progresso da sua submissão por meio da interface de administração do sistema, disponível em:

URL da submissão:
<https://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/autor/submission/1647>
 Login: sibelig

Em caso de dúvidas, entre em contato via e-mail.

Agradecemos mais uma vez considerar nossa revista como meio de compartilhar seu trabalho.

Rev Rene
 Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste - Rev Rene
<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php>

Responder, Responder a todos ou Encaminhar | Mais

PUBLICIDADE
CENTAURO.COM.BR
 APROVEITE AGORA!
 Converse CT AS Core OX

 CONVERSE
 De: R\$99,90
 Por: R\$69,90

(1 não lido) - sibelig... Disco removível (D:) Artigo Mastectomia... Documento1 - Word...

Anexo C. Comprovante de submissão da produção II



Prezada Sra. Sibeli Carla Garbin Zanin

Os organizadores do livro “ENVELHECIMENTO HUMANO: ENTRE O REAL, O IDEAL E O POSSÍVEL”, parte integrante da Série Envelhecimento Humano, do Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo - RS, vem informar que o trabalho de sua autoria e de Marisa Martinelli; Luiz Antonio Bettinelli e Silvana Alba Scortegagna, intitulado como “Mastectomia e suas repercussões no processo de viver e envelhecer feminino” foi aceito para integrar-se como capítulo do Livro Envelhecimento Humano, que se encontra no prelo, com previsão de publicação em março de 2014, pela Editora Berthier, da cidade de Passo Fundo-RS.

Solicitamos que aguarde novo contato para informarmos sobre a publicação do capítulo.

Obrigada pela colaboração na Obra.

Cordialmente,

Comissão Organizadora do Livro Envelhecimento Humano,

Série Envelhecimento Humano.

Helenice de Moura Scortegagna

Marlene Doring

Camila Pereira Leguisamo

Passo Fundo, 21 de fevereiro de 2014

Anexo D. Autorização do Hospital da Cidade de Passo Fundo

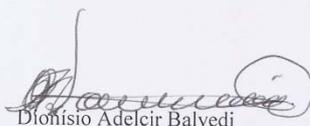
Passo Fundo, 14 de fevereiro de 2013.

AUTORIZAÇÃO

Autorizo, no Hospital da Cidade de Passo Fundo, a realização do levantamento de dados “MASTECTOMIA: VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS PARA UM GRUPO DE MULHERES” tendo como pesquisadora SIBELI CARLA GARBIN ZANIN do curso de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

• Lembramos que para a realização da pesquisa é necessário entregar para a secretaria da COREME a cópia do parecer de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Atenciosamente,



Dionísio Adalcir Balvedi
Membro Junta Administrativa HCPF

Anexo E. Autorização do Hospital São Vicente de Paulo

HOSPITAL SÃO VICENTE DE PAULO



Centro de Gerenciamento em Pesquisas (CGP- HSVP)

Comissão de Pesquisas e Pós-Graduação (CPPG)

Passo Fundo, 19 de fevereiro de 2013.

Parecer

Autor: Sibeli Carla Garbin Zanin.

Orientador(a): Professor Dr. Luiz Antonio Bettinelli.

Responsável no HSVP: Iris – Arquivo Médico - SAME.

Caros Pesquisadores

A Comissão de Pesquisas e Pós-Graduação do Hospital São Vicente de Paulo analisou seu projeto de pesquisa intitulado: **“MASTECTOMIA: VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS PARA UM GRUPO DE MULHERES”** e **aprovou** o estudo, salientando que esse pode ser iniciado a partir dessa data.

Queremos lembrar a necessidade do pesquisador de manter o centro de gerenciamento (CGP-HSVP) atualizado sobre o desenvolvimento científico dentro do Hospital, sendo informado das publicações ou apresentações dos resultados desta pesquisa (relatórios parciais e finais deverão ser encaminhados a este setor).

A comissão agradece a iniciativa em pesquisar no Hospital Ensino São Vicente de Paulo, deseja um ótimo trabalho aos pesquisadores lembrando que sejam cumpridas as normas regulamentares do HSVP (a pesquisa não deve produzir riscos aos pacientes e ao Hospital).

Atenciosamente



Rejane Pedro

Gerenciamento de Pesquisas- HSVP



Dr. Paulo Reichert

Consultor do CGP-HSVP

Comissão de Pesquisas e Pós-Graduação do HSVP - Tel.: 54 3316 4095

APÊNDICES

Apêndice A. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

A Sra. está sendo convidada a participar da pesquisa sobre Mastectomia: vivências e significados para um grupo de mulheres, de responsabilidade da pesquisadora Sibeli Carla Garbin Zanin.

Esta pesquisa justifica-se em obter maior conhecimento sobre as vivências da mastectomia em decorrência do câncer e auxiliar estas mulheres a recuperar sua saúde dentro da multidimensionalidade da vida, dentre elas, a feminilidade, sexualidade, a superação das perdas nos aspectos fisiológicos, emocionais, sociais e culturais.

O objetivo desta pesquisa é compreender as vivências e os significados atribuídos por um grupo de mulheres sobre a mastectomia. Para tanto você terá que responder a uma entrevista com oito questões que abordam a sua experiência de vida em relação a mastectomia. A entrevista será gravada e ocorrerá em um tempo aproximado de uma hora e meia. É possível que algumas das questões relacionadas as suas experiências possam desencadear sentimentos desagradáveis. Se isso ocorrer, a entrevista será interrompida e a pesquisadora compromete-se a encaminhá-la para atendimento psicológico, se necessário.

Ao participar da pesquisa, você estará contribuindo para entender melhor as vivências de uma mulher que passou pela mastectomia. Além disso, você terá como benefício, se desejar, uma entrevista de devolução prevista para ocorrer ao final do estudo. Você terá a garantia de receber esclarecimentos sobre qualquer dúvida relacionada à pesquisa e poderá ter acesso aos seus dados em qualquer etapa do estudo.

Sua participação nessa pesquisa não é obrigatória e você pode desistir a qualquer momento, retirando seu consentimento. Sua recusa não trará prejuízo na sua relação com a pesquisadora, nem com a instituição de ensino.

Neste estudo a Sra. não receberá compensações financeiras, bem como a sua participação é isenta de despesas. Será assegurada a sua privacidade quanto às informações prestadas, com sigilo e anonimato.

Caso você tenha dúvidas sobre a pesquisa e seus direitos como participante deste estudo, ou se pensar que foi prejudicado, pode entrar em contato com Sibeli Carla Garbin Zanin, pelos telefones (54) 99051379, o professor Luiz Antonio Bettinelli pelos telefones (54) 3316 8520 ou (54) 3601 1737 e o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo pelo telefone (54) 3316 8370.

Dessa forma, se você concorda em participar da pesquisa como consta nas explicações e orientações acima, coloque seu nome no local indicado abaixo. Desde já, agradecemos a sua colaboração e solicitamos a sua assinatura de autorização neste termo, que será também assinado pelo pesquisador responsável em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o (a) pesquisador (a).

Passo Fundo, ____ de ____ de 2013.

Nome do (a) participante: _____

Assinatura: _____

Prof. Luiz Antonio Bettinelli

Sibeli Carla Garbin Zanin

Observação: o presente documento, em conformidade com a resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde, será assinado em duas vias de igual teor, ficando uma via em poder do participante e outra com os autores da pesquisa.

Apêndice B. Projeto de pesquisa

Universidade de Passo Fundo
Faculdade de Educação Física e Fisioterapia
Programa de Pós-Graduação em Envelhecimento Humano

**Mastectomia: vivências e significados para um grupo de
mulheres**

Sibeli Carla Garbin Zanin

Passo Fundo, março de 2013.

1 Dados de identificação

1.1. Título

Mastectomia: vivências e significados para um grupo de mulheres

1.2. Autores

Sibeli Carla Garbin Zanin- Mestrado em Envelhecimento Humano da Faculdade de Educação Física e Fisioterapia da Universidade de Passo Fundo.

1.3. Orientador

Luiz Antonio Bettinelli. Enfermeiro. Pós-Doutor e Mestre em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina. Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

1.4. Coorientadora

Silvana Alba Scortegagna. Psicóloga. Doutora em Psicologia pela Universidade São Francisco, Itatiba-SP. Docente do Programa de Pós-Graduação *Stricto Sensu* em Envelhecimento Humano da Universidade de Passo Fundo.

1.5. Duração

24 meses

1.6. Vigência

A pesquisa terá início em março de 2012, com término previsto para março de 2014.

1.7. Resumo

O câncer de mama é um problema de saúde pública em grande parte do mundo e, no Brasil, foi identificado como o segundo tipo mais incidente. A mastectomia, por sua vez, é um dos procedimentos que visa a retirada total da glândula mamária, com o objetivo de reduzir a incidência e melhorar a expectativa de vida de mulheres pertencentes a populações consideradas de alto risco. A mulher que realiza a mastectomia enfrenta a difícil realidade de conviver com a amputação da mama e mesmo que o tratamento possa ser determinante para sua sobrevivência, na grande maioria das vezes, gera muitos temores que mudam completamente seu modo de ver a vida. A presente pesquisa é um estudo descritivo de cunho qualitativo, fundamentado na análise temática proposta por Minayo, tendo como objetivo compreender os significados atribuídos por um grupo de mulheres sobre a mastectomia. Participarão do estudo 30 mulheres que realizaram mastectomia, sem reconstrução mamária, em dois hospitais de Passo Fundo, são eles: Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital da Cidade. Será aplicada uma entrevista individual, semi-estruturada, contendo oito questões. A duração da entrevista será de aproximadamente uma hora e meia e será realizada nos domicílios. Espera-se que os dados deste estudo possam subsidiar discussões entre profissionais sobre o tema.

1.8. Palavras-chave

Mastectomia. Imagem corporal. Sexualidade.

2 Finalidade

A assistência a pacientes que passaram pela mastectomia deve ser aprimorada nas mais diversas áreas da saúde. Considera-se importante ampliar os conhecimentos

existentes sobre os significados, repercussões, modificações na imagem corporal, sexualidade no processo de viver e envelhecer de mulheres submetidas à mastectomia devido ao câncer de mama. O impacto da mastectomia pode ser traumático para as pacientes. Em decorrência disso, os desafios aos profissionais que atuam com mulheres mastectomizadas são constantes, necessitando-se de conhecimento novo e a partir dos dados de estudos, criar estratégias e ações no cuidado, propiciando qualidade de vida às pacientes, melhores condições de tratamento e possibilidades reais de enfrentamento desse processo. O presente estudo tem este propósito e também de privilegiar as possíveis práticas profissionais a estas mulheres de uma maneira mais compreensiva e humanizada.

3 Problemática e questão de pesquisa

O câncer de mama é talvez, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, o que mais causa medo, pela sua grande frequência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina. Este tipo de câncer é idade dependente, isto é, quando mais idade, maior será a chance da mulher desenvolver a patologia, sendo relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente. A estimativa de novos casos este ano de 2012 é de 52.680 (INCA, 2012).

A causa do câncer é desconhecida, no entanto vários estudos associam o aparecimento do câncer de mama com o envelhecimento. Outros fatores de risco são importantes como: a história pessoal e familiar de câncer de mama, alterações genéticas, a menarca precoce, a menopausa tardia, a nuliparidade, a exposição ao estrogênio, a obesidade e o uso de substâncias alcoólicas regularmente, dentre outras.

O diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de conflitos emocionais, em que a morte, a alteração da imagem corporal, representam uma ameaça constante na vida da mulher acometida. Dificuldades na sexualidade são comuns ocorrer após procedimento cirúrgico e tratamentos para câncer de mama. Esses problemas podem comprometer a qualidade de vida destas mulheres.

O câncer de mama, por afetar o órgão de representação da sexualidade e da maternidade, causa um impacto direto na identidade feminina. A mastectomia realizada como procedimento cirúrgico para tratamento do câncer de mama causa uma desestruturação emocional intensamente perturbadora, não somente pelo significado da enfermidade, mas também pela privação de um órgão, cujo simbolismo tem origem nas primeiras culturas da humanidade.

No período pós-operatório imediato ou tardio da mastectomia, a mulher pode vir a apresentar uma série de dificuldades ao reassumir a sua vida profissional, social, familiar e sexual, visto que essas mulheres, em geral, sentem dificuldade em lidar com o próprio corpo. Segundo pesquisa realizada por Duarte e Andrade (2003), o primeiro contato que as mulheres estabelecem com o seu corpo operado é diante do espelho. A percepção de que uma ou as duas mamas não estão mais presentes causa muito sofrimento. Há então, uma alteração na percepção do próprio corpo, que pode revelar uma insatisfação e não aceitação da perda da mama, gerando sentimentos de autodepreciação e baixa autoestima. A vestimenta, desempenharia um importante papel durante o período pós-cirúrgico, uma vez que é por meio de alguma roupa que a mulher procura ocultar a cicatriz e a falta do seio (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Uma das consequências psicológicas da mastectomia nestas mulheres é a depressão, razão das inúmeras perdas que decorrem da cirurgia e suas repercussões na concepção do eu das pacientes. O medo de não ser mais atraente sexualmente e a sensação de diminuição da feminilidade, além da vergonha e isolamento podem fazer parte da alteração da própria imagem corporal depois da cirurgia.

Cientes de que as características individuais e o modelo de vida de cada pessoa são determinantes no enfrentamento ao estresse ou em situações que exigem adaptação, acredita-se que a reabilitação da paciente que passou pela mastectomia e o seu reajustamento social dependem, em larga medida, da formação e abordagem da equipe multiprofissional. É importante que este trabalho seja realizado de forma integrada e mantenha um relacionamento de proximidade, zelando pela demonstração de interesse e acolhimento para fornecer estratégias e suporte para o enfrentamento da doença.

Sem dúvida o papel da psicologia é poder facilitar este complexo processo de enfrentamento frente a este novo momento, do câncer e da mastectomia, possibilitando novas formas de adaptação amenizando o sofrimento psíquico. Este é motivo pelo presente estudo: poder aprofundar conhecimento sobre câncer de mama e a mastectomia e contribuir com a minha área neste novo momento de vida e no próprio envelhecer.

Nessa perspectiva têm-se como problemas de pesquisa: quais as vivências e significados da mastectomia no cotidiano da mulher e no seu processo de viver? Como a mulher tem vivenciado e apreendido na experiência de ser mastectomizada? Quais as repercussões e transformações que ocorreram? Como foi lidar com a nova realidade?

Assim analisando o que as mulheres vivenciam ao enfrentar problemas ligados à mutilação de seu corpo (mastectomia), surgem inquietações sobre como cuidar desse ser humano de forma integral, especialmente no retorno ao seu lar, no seu cotidiano, pois ainda não há clareza como esse processo é vivido e interpretado por elas.

4 Justificativa

Há uma grande necessidade interior de poder compreender o câncer, a enfermidade, o paciente, na tentativa de uma escuta muito mais ampla e profunda, pretendendo “ler” todo este complexo de mudanças físicas e psicológicas, podendo com isso ver o ser humano de uma forma integrada onde mente e corpo interagem como um só.

O fenômeno psicossomático e ou a psiconcologia tem este propósito assim como eu para examinar o câncer a partir do individuo como totalidade.

O emocional feminino é pouco considerado, inclusive pelos profissionais da saúde, que ressaltam mais os aspectos físicos e biológicos da mulher, porque são mais visíveis. Entretanto, corpo e mente se comungam em um processo uno e indivisível. Com base nesta vertente, ocorre uma maior desintegração na vida da mulher e seus familiares, o que provavelmente acarretará mudanças significativas em seu estilo de vida (MOURA et al., 2010).

A imagem corporal envolve, além da percepção e dos sentidos, as figurações e representações mentais que a pessoa tem dos outros e de si mesma, além de emoções e ações advindas da experiência do próprio corpo e do contato com a imagem corporal experienciada por outras pessoas; assim, a imagem corporal é uma construção dinâmica e intercambiável (SCHILDER, 1999).

O mesmo autor menciona que imagem (esquema) corporal afirmando que é a imagem do corpo humano, a figuração de nossos corpos formada em nossa mente, ou seja, o modo pelo qual o corpo se apresenta para nós. E ainda, o esquema corporal é a imagem tridimensional que temos de si mesmos.

Pode-se chamar de imagem corporal. Esse termo indica que não estamos tratando de uma mera sensação ou imaginação. Existe uma percepção do corpo. Indica também que, embora nos tenha chegado através dos sentidos não se trata de uma mera percepção. Existem figurações e representações mentais envolvidas, mas não é uma mera representação (SCHILDER, 1999).

O interesse pelos aspectos psicológicos no câncer é um assunto que vem crescendo nas últimas décadas e tem significativa importância no tratamento da doença. O papel do psicólogo neste contexto afirma que é preciso um melhor aprimoramento em suas atuações já que o câncer e a mastectomia compromete todos os aspectos de vida da mulher.

Neste sentido este estudo é inovador em nosso município, pois tem uma relevância científica importante tanto dentro da área da psicologia e também em conjunto com outras áreas que cuidam de pacientes com câncer, pois tem propósito interdisciplinar de prevenir e reduzir sintomas físicos e emocionais causados pelo câncer e seus tratamentos, neste caso a mastectomia, levando a paciente a resignificar todo este processo, melhorando sua qualidade de vida e favorecendo seu envelhecer de forma saudável e esperançosa.

Quanto maior o conhecimento sobre as repercussões da mastectomia em decorrência do câncer e como auxiliar a recuperar sua saúde dentro da multidimensionalidade da vida, dentre elas, a feminilidade, sexualidade, a superação das

perdas nos aspectos fisiológicos, emocionais, sociais e culturais são alguns pontos da relevância do estudo.

Além disso, o estudo poderá ampliar aspectos relacionados com o viver na sua cotidianidade, sendo que os dados poderão subsidiar os debates entre os envolvidos neste processo. As possíveis estratégias de enfrentamento da doença e das consequências poderão até mesmo dar outro significado à vida dessas pessoas. Nessas perspectivas envolver órgãos representativos da sociedade nas discussões sobre o tema e sobre essa doença tão temida e cheia de tabus.

Diante da magnitude da problemática a ser investigada e das possibilidades de uma efetiva atuação multiprofissional junto a essa clientela que, se devidamente tiver apoio e acompanhamento, mesmo nessa situação impactante na vida de uma pessoa, terá benefícios físicos, emocionais e sociais, evidencia-se a relevância do estudo.

Além do mais, os resultados encontrados contribuirão para agregar maior conhecimento sobre o tema. E a partir dos achados desta investigação, poder-se-á identificar caminhos e estratégias para atuação dos vários profissionais envolvidos com o envelhecimento humano.

5 Objetivo da pesquisa

5.1. Objetivo geral

Compreender as vivências e significados da mastectomia para um grupo de mulheres.

5.2. Objetivos específicos

- Compreender os significados atribuídos por um grupo de mulheres sobre a mastectomia.
- Identificar as possíveis repercussões da mastectomia na vida de um grupo de mulheres.

- Conhecer o impacto causado na imagem corporal e na sexualidade em um grupo de mulheres após a mastectomia.

6 Revisão da literatura

6.1.Câncer e Mastectomia

O câncer de mama, dentre as neoplasias malignas, tem sido o responsável pelos maiores índices de mortalidade no mundo, tornando-se uma das grande preocupações em saúde pública, no que diz respeito à saúde da mulher. De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2012), o câncer de mama é o segundo tipo mais frequente no mundo, o mais comum entre as mulheres, respondendo por 22% dos casos novos a cada ano. Se diagnosticado e tratado oportunamente, o prognóstico é relativamente bom.

O câncer de mama é o mais freqüente em incidência e mortalidade no sexo feminino, apresentando curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentrando a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. Representa, aproximadamente, 20% do total de casos diagnosticados e 15%, em média, das mortes por câncer. É mais comum em mulheres de classe social elevada e entre aquelas que vivem nas grandes cidades do que naquelas que vivem no campo (BRASIL, 2009, 2011).

No Brasil, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas, muito provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61% (INCA, 2012).

O câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, porém acima desta faixa etária, sua incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas indicam o aumento de sua incidência tanto nos países desenvolvidos, quanto nos em desenvolvimento. No Brasil, a maior incidência ocorre na região sudeste. A medida utilizada para quantificar esta incidência chama-se taxa bruta, que corresponde ao número de casos para cada 100 mil mulheres. Na região sudeste esta taxa é de 64.54 casos/100 mil mulheres, região sul 64.3/100 mil mulheres. Esta diferença provavelmente é decorrente de quanto maior o desenvolvimento da região, maior a

incidência de câncer de mama. Isto é reflexo de uma sociedade mais industrializada, que consome cada vez mais uma alimentação inadequada, provocando excesso de peso, dentre outros (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2011).

O INCA (2012) estima, para 2012, um total de 52.680 novos casos de câncer de mama entre as mulheres. Por região, o Sudeste lidera o ranking (29.360), seguido do Sul (9.350), Nordeste (8.970), Centro-Oeste (3.470) e Norte (1.530).

Já em uma pesquisa documental realizada em dois hospitais que atendem doenças de alta complexidade de Passo Fundo, a incidência do câncer de mama nos anos de 2008 e 2009 é maior em mulheres com idade entre 41 e 60 anos, sendo 52,9% no Hospital da Cidade (HC) e 50,3% no Hospital São Vicente de Paulo (HSVP). Já em relação ao estado civil, no HC as casadas são 63,1% contra 12% do HSVP. As solteiras do HSVP foram 63,2%. Quanto ao tratamento no HC 18,4% das mulheres nos dois anos não receberam tratamento, 21,8% fizeram quimioterapia, 12,6% quimioterapia e hormonioterapia, 12,3% cirurgia, 9,6% hormonioterapia, 7,5% cirurgia-quimioterapia, 3,8% cirurgia-hormonioterapia, 2,7% quimioterapia e cirurgia (ZANIN; SCORTEGAGNA; BETTINELLI, 2012).

No HSVP 12,8% das mulheres não fizeram tratamento, 21,5% fizeram radioterapia, 16,8% cirurgia e radioterapia, 13,7% cirurgia, 7,2% cirurgia e quimioterapia, 3,6% cirurgia-radioterapia- hormonioterapia, 2,9% quimioterapia, 2,9% cirurgia e hormonioterapia, 2,7% hormonioterapia, 1,5% radioterapia e hormonioterapia, 1,5% quimioterapia e radioterapia, 0,6% quimioterapia e cirurgia, 0,4% radioterapia e quimioterapia, 0,4% outros, 0,2% imunoterapia. A localização maior da doença (CID-10) encontrada nos dois hospitais foram: Neoplasia maligna do quadrante superior externo da mama (**C50.4**) e Neoplasia maligna da mama, não especificada (**C50.9**). Conclui-se que a incidência do câncer de mama é maior em mulheres com idade entre 41 e 60 anos, sendo 52,9% no HC e 50,3% no HSVP. Já em relação ao estado civil, no HC as casadas são 63,1% contra 12% do HSVP (ZANIN; SCORTEGAGNA; BETTINELLI, 2012).

Esta patologia pode ser prevenida através do controle do excesso de peso e obesidade, do aumento da atividade física e da alimentação rica em frutas e verduras,

contribuindo, portanto, para um envelhecimento bem-sucedido (HARRIS, 2005). O tratamento do câncer de mama pode envolver modalidades terapêuticas diferentes como quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia e cirurgia. Estes métodos podem ser combinados visando à obtenção de índices maiores de cura, como perdas anatômicas menores e maior preservação da estética e da função dos órgãos comprometidos, e menor toxicidade (DEL GIGLIO, 2004).

O tratamento mais comum é a extração da mama comprometida, a mastectomia. Em alguns casos, os médicos vêm fazendo apenas a retirada de partes da mama, através de: quadrantectomia (remoção de um quarto da mama) e lumpectomia (remoção apenas do tumor e de pequena região circunvizinha), obtendo assim bons resultados em termos de sobrevida e melhor efeito estético, já que o órgão é conservado. A radioterapia e a quimioterapia são tratamentos indicados em casos mais avançados. A escolha do método terapêutico apropriado irá depender de vários fatores, tais como: idade, localização e tamanho do tumor, disponibilidade financeira, análise da mamografia e do modo da paciente lidar com a mama afetada (INSTITUTO NACIONAL DA SAÚDE, 2012).

Uma das maiores dificuldades é a realidade do diagnóstico e a mastectomia, pois abrange o aspecto íntimo, feminino e emocional da mulher, aliados ao desconhecimento da doença, o que soa como uma sentença de morte. O emocional feminino é pouco considerado no tratamento de mulheres com câncer e que passaram pela mastectomia e precisa ser conhecido e olhado e tratado de forma competente e profissional. As mulheres com câncer podem sofrer grande impacto emocional e psicossocial. É uma doença que carrega um significado muito forte, o da morte, transformando-se em um estigma para quem é acometido por ela (MALUF et al., 2005).

Diante do diagnóstico, a mulher vivencia crises de instabilidade marcadas por medo, frustrações, conflitos e inseguranças que acarretam uma série de problemas que vão além do aspecto físico, associando-se a expectativa de morte, dor e sofrimento (FURTADO et al., 2009).

O câncer, genericamente falando, possui uma história repleta de imagens da vergonha, pois se converte num dos piores flagelos do mundo contemporâneo, vergonha

esta que tende a transformar os doentes nos únicos responsáveis por seus próprios sofrimentos e, assim, os modos de enfrentamento do câncer permanecem, na grande maioria das vezes, limitados ao silêncio. Isto ocorre especialmente quando se trata de câncer de mama, pois, neste caso, a vergonha é agravada pela ameaça da mutilação de uma parte do corpo considerada, há muito, um dos principais símbolos da identidade feminina (GIMENES, 2000).

Gimenes (2000) aponta que, depois de um diagnóstico de câncer de mama, as mulheres e seus familiares se preocupam primordialmente com a questão de sobrevivência. Posteriormente, todos passam a se preocupar com as habilidades necessárias para tolerar os tratamentos prescritos, com questões econômicas e com a reintegração social da mulher mastectomizada. Há uma preocupação com a perda da feminilidade, ou seja, com o desfiguramento e a perda da atração sexual, o que se pode tornar condição predominante.

A medicina e outros cursos na área da saúde são responsáveis por grande número de mitos, que agem de forma inconsciente e consciente, determinando em grande parte o tratamento e a evolução de algumas enfermidades. Em especial, as afecções de maior impacto emocional, reconhecidas ao longo da história como enfermidades sagradas, cujo modelo atual é o câncer. Chama-se assim a toda uma série histórica e sequencial de afecções que, ao longo, dos séculos, apresentam como característica serem depositárias (a enfermidade e o enfermo) de profundos e poderosos sentimentos individuais e sociais, projeções culposas, sentimento de pecado, o diabo, o maligno, o fogo, os raios, e culpas, culpas. O trauma psicológico decorrente da cirurgia foi uma via de acesso para o reconhecimento da situação emocional dos pacientes com câncer. É evidente que a cirurgia em pacientes com câncer tem um componente emocional muito maior do que em outras afecções. Esteja ou não informado o paciente, é o ambiente que organiza a situação emocional que é inescapável para o paciente (SCHÁVELZON, 1992).

6.2.Imagem corporal

Através do corpo humano é possível estabelecer inúmeras formas de comunicação em relação aos outros. Ele permite a comunicação com o mundo numa

relação individual e muito particular no nosso cotidiano. Por sua vez a imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão de desejos, atitudes emocionais e interação com o outro (HAES et al., 2003).

Todas as manifestações do existir são, de certo modo, corporais, vividas através do sentir, mesmo sendo racionais e abstratas. O corpo é o registro fiel daquilo que consideramos nossa identidade. As coisas são percebidas sempre com referência ao corpo, pois existe uma consciência imediata dele, de como ele existe para si, ou seja, há uma familiaridade prévia como nosso corpo, que nos permite agir (SPEER et al., 2005).

Dolto (2007) distingue imagem do corpo e esquema corporal. Especifica o esquema corporal o indivíduo enquanto representante da espécie, quaisquer que sejam o lugar, a época ou as condições nas quais ele vive. É ele, o esquema corporal que será o interprete ativo ou passivo de uma imagem do corpo, no sentido de que lhe permite a objetivação de uma intersubjetividade de uma relação libidinal “linguageira” com os outros que, sem ele, sem o suporte que ele representa, permaneceria para sempre um fantasma não- comunicável.

Para Dolto (2007) se o esquema corporal é em principio, o mesmo para todos os indivíduos (aproximadamente da mesma idade, um mesmo clima) da espécie humana, a imagem do corpo, em contrapartida é peculiar a cada um: está ligada ao sujeito e a sua história. Ela é específica de uma libido em situação de um tipo de relação libidinal. Daí resulta que o esquema corporal é, em parte, inconsciente, mas também pré-consciente e consciente, enquanto que a imagem do corpo é iminentemente inconsciente, ela pode tornar em parte pré-consciente, e somente quando se associa a linguagem consciente, que utiliza de metáforas e metonímias referidas à imagem do corpo, tanto nas mímicas “linguageiras” quanto na linguagem verbal. A imagem do corpo é a síntese viva de nossas experiências emocionais inter-humanas, repetitivamente vividas através das sensações erógenas eletivas, arcaicas ou atuais.

O corpo é compreendido de diferentes maneiras dependendo do campo epistemológico de investigação. Na história, dependendo da época e do lugar, os entendimentos sobre o corpo, foram interpretados e delineados por diferentes compreensões. Por sua vez, em cada cultura existem diferentes concepções de corpo. O

corpo em si, como uma essência natural, não se sustenta. É a cultura e a linguagem que lhe atribuem diferentes sentidos, pois são investidas de um poder regulador que localiza o corpo dentro de limitações, autorizações, obrigações, e modelos. Isso vai além de sua condição fisiológica (Soares, 2001).

Levin (2002) situa a questão do sujeito e do corpo, expondo que o ser humano só se diferencia de seu corpo porque é captado pela linguagem. O animal é o próprio corpo, enquanto o ser humano além de ser o próprio corpo, pode ter seu corpo, ou seja, a linguagem é que irá produzir o efeito de separação entre o sujeito e o corpo, e isso ocorre, quando o ser humano ascende ao universo do simbólico.

Dolto (1991) apresenta o conceito de imagem corporal como a imagem inconsciente do corpo, formada anteriormente ao estágio do espelho, já na vida intrauterina. Essa imagem inconsciente do corpo, quando somada ao esquema corporal, irá constituir o narcisismo fundamental. Então, todo o risco que se apresentar ao sujeito de ameaça de dissociação entre imagem corporal irá produzir sintomas fóbicos.

Nasio (2008) desdobra o conceito de imagem inconsciente do corpo proposto por Dolto (1991), pontuando que esse constructo se forma pelo conjunto das primeiras impressões gravadas no psiquismo infantil, pelas sensações corporais que um bebê, até mesmo um feto, sente ao contato carnal, afetivo e simbólico com a mãe. São sensações que foram experienciadas pela criança antes do domínio completo da palavra e anteriormente a descoberta de sua imagem no espelho, isto é, antes dos três anos. No contato afetivo com a mãe, o bebê consegue receber o mapeamento erógeno de seu corpo, pois as suposições que a mãe lhe lança vão investindo o corpo da criança de sentido, primeiro momento em que a imagem corporal vai sendo construída.

São dois elementos distintos, mas inseparáveis que constituem a imagem inconsciente do corpo, a saber, uma sensação percebida e sentida e a imagem que dessas sensação se imprime no inconsciente. Sempre que o bebê experimenta uma sensação viva, agradável ou dolorosa quando a mãe interage nas percepções corporais, essa sensação imprime simultaneamente uma representação psíquica. Toda experiência afetiva e corporal intensa, consciente ou não, deixa seu traço indelével no inconsciente (NASIO, 2008).

Jerusalinsky (2004) apresenta a importante diferenciação entre esquema corporal e imagem corporal, colocando que, tanto em um quanto em outro constructo, o significante participa como constituinte. A diferença entre esses constructos está no fato de que, no esquema corporal, o significante faz enodamento à mecânica do corpo, ou seja, o toque materno investe a percepção corpórea da criança, que encontrará no movimento de seu corpo a solicitação materna desejante. Dessa forma, os movimentos do corpo irão ao encontro dos objetos do mundo da palavra a ação motora. O sujeito vai ter propriedade sobre a lógica das ações do movimento corporal. O esquema corporal designa o domínio do sujeito sobre seus movimentos e músculos, sobre as ações motoras. No esquema corporal, a ritmicidade dos movimentos vai se desdobrar de movimentos em práxis, agitação em ação e de turbacão em ato. O aleatório do movimento corporal passa a ser intencionado, ou seja, há um sujeito que deseja nas ações, e seus movimentos se direcionaram aos objetos desejados.

Nasio (2008) conceitua a imagem do corpo como uma interpretação pessoal e afetiva do que se sente e do que se vê do corpo, isso em um sentido consciente e pré-consciente, revelando apenas uma ponta do iceberg da imagem corporal que esta submersa no inconsciente. O autor destaca que o corpo na sua pura organicidade é o corpo rela onde se produz o acontecimento sensorial bruto; este lança uma resposta orgânica, e o corpo biológico é que responde por isso. Entretanto, o ser humano vivencia uma representação mental sobre tudo que ocorre no corpo, pois é sujeito e, como tal, fantasia, nomeia, representa e dá sentido ao que sente na carne, tanto de forma consciente quanto inconsciente. Toda a dor ou sensação sentida no corpo é carregada de afeto, é falada e sempre relatada a um outro, e Levin (2009) ressalta que graças a linguagem, é possível dar significado, dar um sentido e uma forma a experiência corporal.

De acordo com Farah (1995), a imagem do corpo é altamente pessoal, pois é caracterizada pela aquisição e registro de dados objetivos fornecidos pelo senso percepção, e de significados afetivos e cognitivos obtidos durante a vida. O indivíduo tem, assim, uma representação simbólica extremamente elaborada e complexa de sua estrutura física objetiva. Dessa forma, a simples idéia de que algo em seu corpo mudará

estando fora de sua vontade, como a necessidade de retirar uma parte da mama, é significativa, visto esta mudança implicar uma reformulação psíquica da auto imagem.

Como imagem corporal pode se pensar que as diferentes estruturas orgânicas do homem, suas funções reais e seus significados sócios culturais, cumprem um papel básico e decisivo na integração física e psicológica. São chamados de imagem corporal e esquema corporal. Ambas são representações psíquicas relacionadas com a organização do ego. A anatomia e as funções são determinadas pela evolução filogenética, sendo, além disso, modificáveis apenas de uma forma muito parcial e lenta no pessoal e cultural, a isso chama de esquema corporal. Além destas estruturas e funções reais e objetivas, existe uma atribuição de funções, de valores e de significados sociais, dados pela cultura e, portanto, subordinados a ela. A consciência e o reconhecimento destes valores ou funções, atribuídos pela cultura, a cada parte e ao todo de nossa estrutura física, são denominados de imagem corporal. Ambas são estruturas psíquicas que completam sua integração entre 2 e 4 anos de idade. Se pelo câncer ou seu tratamento for afetado ou perdido um órgão, uma função ou aspecto exterior, produz-se uma “fratura” da capacidade de adaptação físico-emocional, que é temida especialmente diante das exigências sócio culturais, reais e ou supostas. Esta ruptura ou modificação traz graves transtornos psicológicos e de adaptação, que são vivenciados como verdadeiros lutos (SCHÁVELZON, 1992).

Kübler-Ross (2005) define cinco estágios que os pacientes enfrentam ao lidar com a doença. Ainda que estes estágios tenham sido definidos com base em pesquisas realizadas com pacientes terminais, cabe descrevê-los abaixo neste trabalho, pois as pessoas submetidas à cirurgia de amputação, ao tomarem conhecimento da nova realidade que irão vivenciar, também podem passar por estes cinco estágios emocionais.

O primeiro estágio descrito é o da negação. Neste estágio, o paciente nega inicialmente a doença. Normalmente essa negação não dura muito tempo e o paciente já começa a substituí-la por uma aceitação parcial ou por outro estágio emocional. Ainda o paciente acredita que seus exames podem ter sido trocados ou que o médico tenha se enganado e, não raramente, procura por outros profissionais, faz novos exames, desiste completamente do tratamento, ou seja, age como se a doença não existisse.

O segundo estágio é o da raiva, em que o paciente não consegue mais manter a negação frente à doença e inunda-se de sentimentos de raiva, revolta, ressentimentos e inveja. É o momento em que o paciente se faz a pergunta: Por que eu? A equipe de enfermagem e os familiares do paciente podem sentir muitas dificuldades para lidar com o sujeito que se encontra nesse estágio, já que ele projeta toda a sua raiva neles constantemente.

Já no terceiro estágio ocorre a barganha, em que o paciente tenta adiar ou negociar a sua doença. Há o reconhecimento da possibilidade de não mais existir como fator concreto, mas por outro lado, há o desejo de continuar projetos futuros. Dessa forma, ele utiliza mais funções do ego para enfrentar a crise e o início de uma postura mais ativa em relação a essa. O paciente, com base em experiências anteriores, sabe que há uma possibilidade de ser recompensado por um bom comportamento e receber um prêmio por isto. A maioria das barganhas é dirigida a Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessional do capelão.

O quarto estágio é o da depressão, acontece quando o paciente não tem mais como negar a doença, ou necessita submeter-se a mais alguma cirurgia ou processo de hospitalização, sendo que a sua raiva e revolta dão espaço a um sentimento de grande perda. O paciente realiza uma elaboração da sua hospitalização, da sua doença e da própria vida, entrando, assim, em contato com a perda da saúde e a tristeza em decorrência de tal condição.

O quinto estágio é o da aceitação, momento em que o paciente compreende realmente seus limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a própria vida. Não se trata de um estágio de felicidade, é quase uma fuga de sentimentos.

Esses diferentes estágios pelos quais os pacientes passam, correspondem às estratégias defensivas manifestadas por eles para enfrentar situações que lhes são extremamente difíceis de lidar. Estes estágios têm duração variável e um poderá substituir o outro ou poderão acontecer simultaneamente.

Oliveira et al. (2010), a partir do estudo sobre imagem corporal de mulheres com câncer e que passaram pela mastectomia, evidenciaram que a aceitação da doença e a condução do tratamento dependem de fatores como equilíbrio emocional, autoestima e sólidas redes de apoio e que estes mesmos fatores ajudaram as mulheres a enfrentar as alterações da imagem corporal de uma forma tranquila, ajudando a superar o pesar ocasionado pela perda da feminilidade.

A imagem corporal, sendo uma das experiências básicas na vida de qualquer ser humano, traz traços característicos de toda a vida. A pessoa, ao perder parte de seu corpo, apresenta modificação do modelo postural, com alteração de toda a mobilidade do organismo. A mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta (HAES et al., 2003).

A mastectomia é um dos tratamentos para o câncer de mama que pode trazer resultados que compromete física, emocional e socialmente as mulheres que passam por este processo. A mutilação provocada pela cirurgia favorece o surgimento de muitos questionamentos na vida das pacientes, especialmente às relacionadas à imagem corporal.

Como a mulher que passa pelo processo da mastectomia lida com essa nova imagem e como isso afeta a sua existência, apresenta-se como forma de inquietações para os profissionais da saúde que estão imbuídos em prestar uma assistência individualizada e integral. Por isso, a alteração da imagem corporal é um aspecto a ser considerado na atuação dos profissionais, especialmente quando se pensa no cuidado com a dimensão psicossocial ou quando se abarca a multidimensionalidade do ser humano. O conhecimento do significado da mutilação para as mulheres que a vivenciam, precisará ficar claro para os profissionais para que eles possam reconhecer as representações disso no contexto de vida destas mulheres, na ocasião da alta hospitalar e ao retornarem pra casa, agora mastectomizadas (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

A percepção feminina em relação ao corpo sempre levou o lado estético ao extremo desde pequena, e, quando a mulher se vê na possibilidade de ficar sem uma de suas mamas, a tendência é que venha a se martirizar, porque não sabe como as pessoas

irão reagir em relação a sua aparência, principalmente seu parceiro, que poderá desistir da relação em alguns casos (VIEIRA et al., 2007).

Kübler-Ross (2005) define cinco estágios que os pacientes enfrentam ao lidar com a doença. Ainda que estes estágios tenham sido definidos com base em pesquisas realizadas com pacientes terminais, cabe descrevê-los abaixo neste trabalho, pois as pessoas submetidas à cirurgia de amputação, ao tomarem conhecimento da nova realidade que irão vivenciar, também podem passar por estes cinco estágios emocionais.

O primeiro estágio descrito é o da negação. Neste estágio, o paciente nega inicialmente a doença. Normalmente essa negação não dura muito tempo e o paciente já começa a substituí-la por uma aceitação parcial ou por outro estágio emocional. Ainda o paciente acredita que seus exames podem ter sido trocados ou que o médico tenha se enganado e, não raramente, procura por outros profissionais, faz novos exames, desiste completamente do tratamento, ou seja, age como se a doença não existisse.

O segundo estágio é o da raiva, em que o paciente não consegue mais manter a negação frente à doença e inunda-se de sentimentos de raiva, revolta, ressentimentos e inveja. É o momento em que o paciente se faz a pergunta: Por que eu? A equipe de enfermagem e os familiares do paciente podem sentir muitas dificuldades para lidar com o sujeito que se encontra nesse estágio, já que ele projeta toda a sua raiva neles constantemente.

Já no terceiro estágio ocorre a barganha, em que o paciente tenta adiar ou negociar a sua doença. Há o reconhecimento da possibilidade de não mais existir como fator concreto, mas por outro lado, há o desejo de continuar projetos futuros. Dessa forma, ele utiliza mais funções do ego para enfrentar a crise e o início de uma postura mais ativa em relação a essa. O paciente, com base em experiências anteriores, sabe que há uma possibilidade de ser recompensado por um bom comportamento e receber um prêmio por isto. A maioria das barganhas é dirigida a Deus, são mantidas geralmente em segredo, ditas nas entrelinhas ou no confessionário do capelão.

O quarto estágio é o da depressão, acontece quando o paciente não tem mais como negar a doença, ou necessita submeter-se a mais alguma cirurgia ou processo de

hospitalização, sendo que a sua raiva e revolta dão espaço a um sentimento de grande perda. O paciente realiza uma elaboração da sua hospitalização, da sua doença e da própria vida, entrando, assim, em contato com a perda da saúde e a tristeza em decorrência de tal condição.

O quinto estágio é o da aceitação, momento em que o paciente compreende realmente seus limites e possibilidades impostas pela doença, hospitalização, tratamento e a própria vida. Não se trata de um estágio de felicidade, é quase uma fuga de sentimentos.

Esses diferentes estágios pelos quais os pacientes passam, correspondem às estratégias defensivas manifestadas por eles para enfrentar situações que lhes são extremamente difíceis de lidar. Estes estágios têm duração variável e um poderá substituir o outro ou poderão acontecer simultaneamente.

6.3. Sexualidade

“A saúde é o silêncio dos órgãos”. Esta é uma frase que define um estar bem pela vida da não percepção do que está em funcionamento no corpo. Assim, o ser humano vive uma espécie de adormecimento, esperando nunca ser acordado para aquilo que evita, desde o momento que se inscreveu na civilização e na ordem simbólica: a finitude, a impotência diante da morte, ou, para utilizar um termo psicanalítico, a castração. No cuidado de pacientes ontológicos, a demanda surge com uma marca indisfarçável de angústia, denotando um encontro com algo da ordem do insuportável. Porém, em ambos os casos, o que se apresenta subjacentemente há demanda é um pedido para voltar à condição anterior, um momento em que o corpo não se fazia notar, um corpo silencioso, que não era um lugar marcado pela inquietação, pelo sem-sentido e pela possibilidade de finitude (SANTOS, 2003).

Compreender as influências dos aspectos psicológicos nas doenças em geral pressupõe, antes de tudo, aceitar a realização indissolúvel existente entre as funções psíquicas e fisiológicas. As funções psíquicas manifestam-se por meios de estados fisiológicos específicos e vice versa. Por vários séculos, essa divisão entre corpo e mente permitiu grande desenvolvimento científico, mas por outro lado, impediu que a

medicina pudesse considerar a dimensão psicológica e, aos psicólogos, impôs o desconhecimento das funções específicas do corpo (SOUZA, 2003).

O paciente com câncer apresenta todo um conjunto de elementos no corpo-mente, que possui grande transcendência para ele e para a sua vida de relação. Os conceitos de morte, enfermidade crônica e cura, podem diferir entre o pensado pelo paciente e sua família e o pensado pela equipe assistencial. Essa nova imagem apresentada à mulher que sofre mastectomia, seja ela parcial ou radical, remete a uma nova identidade.

Para Vieira (2007), o seio é o órgão do corpo feminino que está associado ao prazer e à vida, potencial por ser o fornecedor do leite, fonte de alimento para o seu bebê. Por esse simbolismo, dentre outros aspectos, seu valor é praticamente insubstituível nos casos em que ocorrem perdas. O seio é também símbolo de fertilidade e saúde durante todas as etapas da vida da mulher, desde a infância, puberdade, até a vida adulta. Enfim é o órgão que está mais relacionado à questão da feminilidade. A mulher pode se sentir ameaçada quanto à sua identidade feminina, bem como em relação à sua capacidade de amamentação e sensualidade.

O câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher. Compreender a mulher doente nesta teia de significados é importante para que o tratamento se oriente para uma mulher fragilizada em sua sexualidade, maternidade e feminilidade (SILVA, 2008).

Ao levar em conta os significados e representações que o seio adquire em nossa sociedade em relação à maternidade, além da nutrição física que a mãe proporciona ao seu filho, ele representa também as trocas simbólicas e afetivas entre ambos. Além disso, a nutrição psíquica mãe-filho que alimenta e exercita as várias possibilidades de maternagem da mulher. Sobre isso há toda uma construção teórica e prática em psicologia e psicanálise que enfatiza o seio como objeto pela qual a mãe estabelece contato com seu filho e lhe proporciona não só o alimento, mas também o prazer e o acolhimento. Ter o seio mutilado pode significar, a impossibilidade de continuar sendo acolhedora e nutridora de seus entes queridos (SILVA, 2008).

Segundo Highwater (1992), a sexualidade humana originou-se a partir do corpo feminino no decorrer do processo de hominização, tendo em vista que os mistérios, em torno deste corpo que sangra sem produzir dor, que faz que a gente seja homem e mulher, além de ser fonte de alimento, potencializam seu poder enigmático, assim, o surgimento da concepção patriarcal e ocidental do mundo só seria possível com a derrota da deusa mãe, tornando o ser masculino o símbolo maior de poder, ou seja, num deus. Ao colocar os homens numa posição superior, capaz de relacionar a masculinidade ao espírito racional e a feminilidade a sensibilidade e percepção dos sentidos, teve-se a intenção de rejeitar politicamente as mulheres, pois, em toda e qualquer sociedade, o que desejamos e o que fazemos depende, em larga medida, daquilo que fomos criados para querer e do que nos permitiram fazer.

Para Highwater (1992), a sexualidade é antes de tudo, um produto de forças sociais e históricas, uma unidade imaginária, enquanto o sexo é o veículo para uma ampla variedade de sentimentos e de necessidades biológicas, fisiológicas e morfológicas do ser humano, que procura se expressar apesar das regras enfrentadas para controlá-lo da cultura e da civilização, além de representar o mecanismo para a reprodução da espécie.

O papel sexual é um enorme aspecto da qualidade de vida, aspecto que deve ser tratado com o paciente juntamente com a discussão sobre a doença. Deve ser feita a ligação entre a saúde e a questão sexual enfatizando a importância de manter a atividade sexual durante o tratamento e recuperação (MALUF, 2006). Para a autora, a sexualidade feminina esta sempre em constante transformação. A sociedade cada vez mais estipula um padrão de beleza. Para a mulher ser sensual e atraente, o corpo feminino deve adaptar-se as novas normas da sociedade, sendo um corpo torneado e definido, que seja valorizado através de suas vestimentas, sendo estas justas ou curtas, com decotes, fendas e tecidos que modela seu corpo “esculpido” e extremamente sexualizado.

Falar sobre sexualidade após uma mastectomia é tão importante quanto abordar qualquer aspecto que envolve o câncer de mama, assim também é importante falar de reconstrução mamária. Maluf (2006) apresenta uma probabilidade de benefícios psicológicos para as pacientes com câncer de mama operável, da mesma forma como

pacientes que fizeram reconstrução, contam que passaram por menos sofrimento psicológico do que aquelas submetidas a mastectomia simples sem reconstrução.

Com relação ao desempenho sexual após a mastectomia, Lim (1995), em um estudo realizado em Cingapura, aplicou a Escala de Ansiedade e Depressão em hospital geral (HAD 1- Hospital Anxiety e Depression) e um questionário a 20 mulheres consideradas sexualmente ativas. As pacientes eram solicitadas a falar sobre sua vida sexual antes da doença, enfocando aspectos relacionados à frequência de relações, desejo por atividade sexual e sobre a presença de dor e secura vaginal durante a relação. Foram também privilegiadas questões referentes às mudanças em suas atitudes e nas dos maridos, no comportamento sexual de ambos após a mastectomia. Os resultados demonstraram que nove mulheres apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na frequência de relações sexuais.

Neste grupo, também foram identificados mudanças no comportamento sexual, em que as mulheres evitavam despir-se diante dos parceiros e serem tocadas pelos mesmos. A utilização de sutiã e camisa durante as relações sexuais também foram relatadas pelas pacientes. Apesar dessas implicações terem sido consideradas negativas pelas mulheres, Lim (1995) afirma que a mastectomia não é a única causa dessa sensação de desconforto para a mulher acometida, como problemas financeiros, sociais, conjugais, idade da paciente, sua forma de lidar com situações adversas e também a falta de informação sobre a doença e suas consequências. Este estudo também conclui que o esclarecimento sobre as questões referentes à sexualidade, na fase pós-cirúrgica não são habitualmente abordados nas práticas médicas de rotina. E a cada dia cresce a necessidade desse esclarecimento, pois é fundamental para assegurar o bem estar e a qualidade de vida das mulheres que vivenciam essa situação.

Atualmente, a sociedade considera a sexualidade como única forma de manter uma relação estável e sólida. Quando algo como um câncer de mama e juntamente com a realização da mastectomia, impõe a possibilidade deste ato ser interrompido, a relação conjugal é abalada e muitas vezes se configura em motivo de separação. Tal fato ocorre porque mulheres sentem vergonha do próprio corpo ou temem que o marido perca a atração por sua companheira. Porém nem sempre a perda da sexualidade implica

necessariamente na perda do amor e companheirismo por parte do casal (FERREIRA et al., 2011)

Ainda que existisse uma vida sexual ativa antes do diagnóstico de câncer de mama, a doença traz consigo implicações que vão desorganizar o funcionamento sexual do casal, tal como comprometimento da autoimagem corporal, dor, fadiga, não só pelo impacto do diagnóstico, mas também, pelos efeitos adversos relacionados ao tratamento. O surgimento do câncer de mama na vida do casal é algo que modifica a vida destas pessoas para sempre. A gama de dificuldade que os mesmos enfrentam é extensa e traumática, porém se os dois se mantiverem unidos, o enfrentamento desta doença é facilitado, uma vez que o suporte dado de um para o outro auxilia em todos os períodos da doença. É necessário saber respeitar os limites de cada um, sem colocar imposições, apenas deixando claro que independente da situação este apoio será fornecido e estabelecido (FERREIRA et al., 2011).

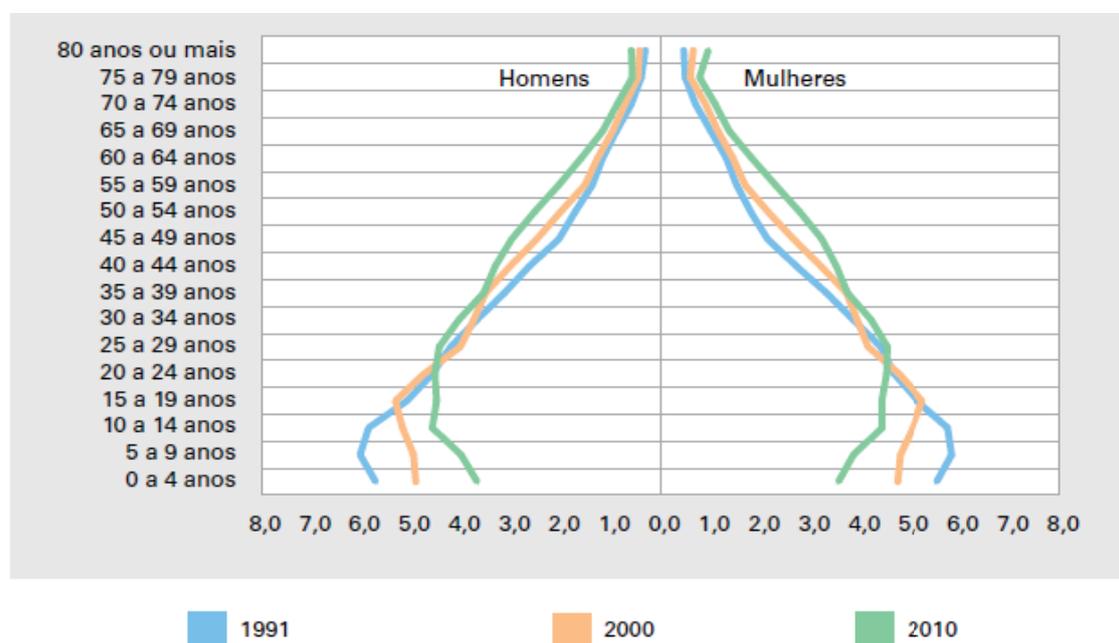
Biffi e Mamede (2004) mencionam que os parceiros, de um modo geral, não estão compartilhando as suas incertezas provocadas pela doença de suas parceiras, seja pela diferença relacionada ao tempo do ajuste emocional, após a cirurgia, ou pelas dificuldades de expressarem seus sentimentos, e isso parece propiciar afastamento no relacionamento sexual. Os autores verificaram que o afastamento do casal, na esfera sexual, também pode relacionar-se a forma como o parceiro encara a relação conjugal.

Quando o parceiro entende que o corpo de sua parceira está para servi-lo e se isso não acontece, cria-se logo um distanciamento. A falta de comunicação entre os casais é um problema que deve ser considerado na assistência de ambos. Essa falta de comunicação é percebida e revelada por eles especialmente quando sentem dúvidas e incertezas de como agir diante de mudanças de comportamento de suas mulheres as quais interferem na rotina do casal.

6.4. Mastectomia e suas repercussões no envelhecimento feminino

O censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) demonstrou que houve importantes mudanças na estrutura etária do país nas duas últimas décadas. Fica visível, na comparação das pirâmides demográficas de 1991, 2000

e 2010, conforme Figura 1, o estreitamento da base e a ampliação do ápice com o passar das décadas.



Fonte: IBGE, 2010.

Composição da população residente total, por sexo e grupos de idade – Brasil - 1991/2010.

O Brasil está num processo acelerado do envelhecimento da população, especialmente da feminina, caracterizando a feminilização da velhice. Dentro deste contexto, altera o perfil epidemiológico, aumentando o número de doenças crônico-degenerativas, como diabetes, moléstias cardiovasculares e metabólicas, câncer e, dentre eles o de mama, que tem caráter progressivo e mutilador, afetando um órgão que simboliza a feminilidade, fonte de alimento e aconchego. As mulheres idosas são frequentemente atingidas com esse tipo de câncer, e, ao submeter-se à mastectomia, geralmente não reconstruem a mama, tendo como consequência dificuldades no processo de reabilitação postural e estética (LOPES, 2012).

O câncer de mama representa, em nosso país, uma das principais causas de óbito em mulheres, sendo superado apenas pelas mortes de causa cardiovascular e externas. Este tipo de câncer é o segundo mais frequente no mundo e entre as mulheres. Existe um aumento de cerca de 20% dos casos novos de câncer de mama. Embora seja

considerado um câncer de prognóstico relativamente bom quando diagnosticado e tratado oportunamente, a mortalidade por câncer de mama continua elevada no Brasil devido ao fato de que, no país, a doença ainda é predominantemente diagnosticada em estágios avançados (IBGE, 2010).

Por sua vez, a prevenção e o tratamento precoce dessa neoplasia ainda não é possível devido à variação dos fatores de risco, características genéticas e influências ambientais, envolvidas no câncer de mama. Uma das principais ações para a prevenção secundária é o rastreamento realizado pela mamografia em mulheres acima dos 40 anos (CAMACHO; COELHO, 2010).

Devido à alta incidência de metástase e à não-aceitação da idosa em realizar a mastectomia devido à questões culturais, a extirpação da mama tem todo significado para a mulher, independentemente da idade. Esse procedimento requer uma atenção especial e muita informação respeitando-se sempre a autonomia das pessoas, seus significados, suas crenças, seus valores e seu contexto cultural (FERNANDES, 2009).

Dentro dessa perspectiva a pessoa idosa deve receber informações a respeito da existência de tecnologia, tratamento e recursos na reconstrução da mama. Uma estratégia é a utilização de próteses como forma estética, mas principalmente recomendado para manter a postura, evitando a elevação do ombro do lado afetado e o encurvamento da coluna vertebral, em função da diminuição do peso ocasionado pela retirada da mama (COELHO, 2010).

Assim sendo muitas vezes o processo de envelhecimento pode ser um período extremamente difícil para algumas pessoas, muitas delas, não conseguem se adaptar às mudanças físicas, psicológicas e sociais que ocorrem nesta etapa da vida. Uma das maiores dificuldades nesta fase que reside no sentimento que acompanha o processo de perdas e de declínio físico, de reflexões profundas sobre a própria vida e a proximidade da morte. O fator decisivo não é somente a consciência da própria morte, mas a consciência da proximidade e conseqüentemente da ausência de perceptivas futuras (TEIXEIRA, 2004).

A velhice é um fato existencial que ultrapassa o biológico. Apesar dos estigmas negativos que a caracterizam, a maioria das pessoas quer chegar lá, pois o contrário significaria morrer jovem. Deparamo-nos, assim, com um campo de contradições e paradoxos de difícil resolução. A velhice é o momento da existência humana mais próximo da morte, ligado ao declínio físico e as diversas questões culturais - neste momento determinado de nossa cultura - campo fértil para uma representação social negativa que propicia atitudes de marginalização e autoexclusão.

Quanto mais se aprofunda no tema, mais difícil se torna definir quando começa a velhice e o que é ser “velho”. Neste sentido, devemos diferenciar os termos velhice e envelhecimento. O termo envelhecimento alude a processo, a movimento contínuo a um constante e sempre inacabado processo de subjetivação; velhice, por sua vez, refere-se a um estado, a certa permanência, a um tempo que não passa, que não avança, tempo sem movimento (GOLDFARB, 2009).

Tempo, temporalidade, história, finitude, tempo subjetivo são conceitos que marcam um caminho a ser trilhado para melhor compreendermos os fenômenos que caracterizam o envelhecimento humano. Se temos uma história, é porque conseguimos registrar na memória os acontecimentos significativos de nosso passado, descobrir aquilo que permanece e que muda, e, assim, confirmar nossa identidade. Na consciência, o sentimento de finitude é exclusivo do ser humano. Ele é o único ser vivo que sabe que vai morrer e, como tal, organiza-se para isso.

Acredita-se que a temporalidade humana se constrói sobre uma linha temporal que, a partir do presente, permite-nos avaliar o passado, retificá-lo e projetarmos-nos no futuro. Esse é o movimento da historicidade humana, que cria subjetividade e preserva a identidade, dando um sentido de permanência. Uma das características do tempo do envelhecimento é a presença do sentimento de finitude, que é vivenciado com diferentes qualidades e intensidades emocionais, dependendo de cada sujeito e das diferentes experiências de proximidade com a morte vivenciadas ao longo do seu desenvolvimento. Essa proximidade com a morte marca uma experiência de luto, ou seja, um trabalho de elaboração de perdas, processo sempre necessário para que se instaurem outros objetos no lugar do perdido, para que outros investimentos sejam possíveis e a libido continue a produzir vínculos... e a vida (GOLDFARB, 2009).

O processo natural do envelhecimento e a vivência de uma situação crônica, por si só, podem acarretar a perda da autonomia (BORGES, 2006). A autonomia esta relacionada à capacidade a que a pessoa possui para decidir sobre aquilo que julga ser melhor para si mesma. Para isso, o indivíduo deve possuir capacidade para compreender, analisar logicamente uma situação (racionalização) e habilidade para escolher entre várias possibilidades (deliberação) com o objetivo de tomar uma decisão intencional por uma das alternativas que lhe são apresentadas. Esta escolha só poderá ser considerada autônoma, se uma pessoa estiver livre de qualquer influência para tomar esta decisão (voluntariedade) (DIAS; GAUE; RUBIN, 2007).

A construção da autonomia e do cuidado de si são processos vividos, interdependentes, que se potencializam e tem em comum o exercício de práticas de superação de condições ou situações opressoras. A primeira significação pedagógica que o cuidar de si assume na questão do envelhecimento humano esta embutida na consciência que se deve adquirir sobre o fato de que uma velhice saudável é o resultado de um longo processo que começa antes da velhice (DALBOSCO, 2006).

Dentro do processo de envelhecimento humano existem intercorrências em relação ao processo saúde/doença que trazem repercussões significativas e marcantes na vida de muitas pessoas. Dentre estas existe a mastectomia no grupo feminino. Por isso busca-se ampliar informações e dados sobre significados e repercussões desse processo da mastectomia entre um grupo de mulheres.

A contribuição da Psicologia no campo da oncologia não se restringe apenas na gênese dos tumores. A presença do câncer modifica a história de uma pessoa, de suas relações, de sua família. A história de uma existência, não pertence ao acaso, pertence às escolhas feitas para um determinado caminho e nosso corpo saudável ou doente, é nossa própria história e a ela pertence. É o instrumento, e ao mesmo tempo o sujeito, para a realização dos desejos, sentimentos de angústia, sujeito e objeto na construção do sentido da existência. O adoecimento desse objeto, não é apenas um defeito de máquina. Ao contrário, é uma tentativa de reconstruir uma história perdida, de dar sentido a uma existência vazia e confusa (SOUZA, 2003).

O diagnóstico de câncer, assim ser submetida à cirurgia de mastectomia, provocam nas mulheres várias repercussões, dentre elas, sentimentos de desespero, ansiedade, insegurança, falta de esperança no futuro. Esses sentimentos não são exclusivos daqueles que são diagnosticados com câncer. Ao contrário, são características de um ser que se vê ameaçado pela possibilidade de não-ser. A ansiedade ocorre sempre que a pessoa se vê diante de uma possibilidade de ser algo diferente ou não ser mais aquilo que planejou. Estar diante de novas possibilidades do existir humano, de novas escolhas, sempre implica, de alguma forma, na perda da segurança e estar doente é apenas uma dessas possibilidades (SOUZA, 2003).

Dados atuais nos apontam para um crescimento significativo do câncer de mama entre mulheres do mundo. Esta enfermidade acarreta consequências psicológicas e físicas nestas mulheres, levando o temor de recidiva e da morte, degradação da auto-imagem, problemas em relação à sexualidade, dentre outros. E, sendo a mama um órgão símbolo da feminilidade, a sua retirada pode levar a danos significativos. Além disso, a sociedade é altamente exigente em termos de padrões estéticos femininos que se associam ou não à saúde. Então, uma mulher saudável hoje seria aquela que corresponde também aos valores estéticos esperados, nos quais incluem seios fartos e perfeitos (MULLER; HOFFMANN; FLECK, 2006).

A realidade da doença e os tratamentos, como a mastectomia são apenas uma parte da vida de alguém que é portador de câncer. Quando uma pessoa se vê vivendo com a experiência do câncer, é obrigada a reorganizar suas prioridades, tomar decisões, redefinir sua vida social e suas relações de amizade, familiares e de suporte; conhecer e manejar suas reações emocionais. Isso tudo não é possível por meio de uma prescrição, requer ajuda muitas vezes do profissional da psicologia, da colaboração familiar, da compreensão médica para facilitar seu acesso ao tratamento psicológico e possibilitar a reconstrução de sua história, agora com um novo personagem: a doença (SOUZA, 2003).

A imagem corporal como já mencionado anteriormente, é um componente fundamental no complexo mecanismo de constituição da identidade pessoal. E a imagem que uma pessoa tem de si mesma forma-se a partir da inter-relação de três

componentes: a imagem idealizada; a imagem fornecida através da impressão de terceiros (informações externas) e a imagem objetiva (FIGUEIREDO et al., 2004).

O corpo transforma-se em um palco de imagens construídas. E as descobertas que temos de nos mesmos vão se revelando a partir do instante em que nos reconhecemos com um ser que reage a diversas inter-relações estabelecidas pelos mesmos corpos que tentam realizar a busca pela compreensão da existência das imagens a busca pela própria existência (SPEER et al., 2005).

A perda da mama ou a mama com má aparência poderia causar mais aflição em mulheres jovens, que tem uma maior expectativa pela beleza física. Então a procura pós tratamentos para câncer de mama é um estressor especial para as mulheres solteiras (FEHLAUER et al., 2005).

Uez (2006) em sua pesquisa com mulheres com câncer notou que existe uma idéia concreta de finitude da vida humana e o envelhecimento, apesar de normal do ser humano, é gerador de limitações e doenças. As marcas do sofrimento psicológico acompanhadas pela incerteza quanto ao adoecer e a idade avançada propiciam que, mesmo após o procedimento cirúrgico e tratamentos associados como a radioterapia e a quimioterapia, o câncer se mantenha como uma realidade constante em seus pensamentos, influenciando suas vidas.

Com a aproximação da velhice, o corpo, operando a tarefa de modificar-se, suscita sentimentos de perda, vividas na desoladora recrudescência do desamparo. Importa reconhecer os próprios desejos e seguir na busca dos meios para satisfazê-lo, tarefa exaustivamente reiniciada e persistentemente marcada pela incompletude (SAUTHER, 1994).

Na maturidade, momento de despedida do corpo jovem, estamos imersos no processo de socialização da representação que se opera nos corpos. É preciso responder ao apelo social, traduzido em marketing da juventude. São necessários aí, esforços e ajustes, compreensões ilegítimas do tempo, tentativas de reversão do impossível, tudo a postos para atender as expectativas do suposto interlocutor (GOFFMANN, 2002).

Moreira e Nogueira (2008) apontam que o envelhecimento pode ser uma experiência que se traduz na identificação de um estereótipo negativo e como a recusa e ser portador de uma marca que o inferioriza ou exclui: ser velho. Envelhecer em um cenário marcado pelo culto a juventude e a beleza transforma essa experiência que é um fenômeno biológico “inevitável” em um fenômeno cultural da ordem do ‘indesejável”.

7 Metodologia

7.1.Delineamento geral do estudo

Trata-se de um estudo descritivo de cunho qualitativo, que será desenvolvido com mulheres submetidas à mastectomia, até dois anos, na cidade de Passo Fundo - RS. Este tempo foi proposto com o intuito de poder compreender o impacto inicial da cirurgia e da retirada da mama e os possíveis significados e vivências atribuídos por este grupo de mulheres, neste período inicial, após a cirurgia. Para o tratamento dos dados será utilizada a análise temática (MINAYO, 2010).

7.2.Local do estudo

Passo Fundo é um município localizado no Planalto Rio-Grandense, na parte norte do estado do Rio Grande do Sul. Tem uma área de 780 km² e uma população de 184.826 habitantes (IBGE, 2010). Dados obtidos de um sistema de informação municipal demonstram que destes, 97,9% ocupam a área urbana e 2,9% a área rural. O Produto Interno Bruto (PIB) do município foi de 2.692.460.985,10 e PIB per capita de 14.531,68 nos anos de 2005 sendo a maior renda proveniente do setor agropecuário. O Índice de Desenvolvimento Humano foi de 0,80 no mesmo período. Passo Fundo conta com 211 estabelecimentos de saúde cadastrados no setor de alvará, destes seis são hospitais. Dentre eles, o Hospital São Vicente de Paulo e Hospital da Cidade são referências de municípios da região para os serviços de tratamento de doenças.

7.3. População de estudo e procedimento amostral

A pesquisa, a princípio, será realizada com 30 mulheres, com idade superior a 18 anos, que realizaram mastectomia, sem reconstrução mamária, no HSVP e no HC, dois hospitais de Passo Fundo, cidade do interior do RS. Têm-se como propósito entrevistar 15 mulheres de cada instituição hospitalar. Vale ressaltar que este número foi estipulado aleatoriamente pela pesquisadora. As entrevistas serão realizadas até acontecer à saturação dos dados (TURATTO, 2010).

A amostragem por saturação é uma ferramenta conceitual, empregada com frequência nas investigações qualitativas em diferentes áreas no campo da saúde. Ela é utilizada para estabelecer ou fechar o tamanho final de uma amostra em estudo, interrompendo a captação de novos componentes. Assim, o fechamento amostral por saturação teórica é operacionalmente definido como a suspensão de inclusão de novos participantes, pois existe repetição ou redundância, não sendo considerado relevante continuar na coleta de dados (TURATTO, 2010).

A saturação teórica é a constatação do momento de interromper a captação de informações (obtidas junto a uma pessoa ou grupo) pertinentes à discussão de uma determinada categoria dentro de uma investigação qualitativa. Na expressão dos autores, tratar-se-ia de uma confiança empírica de que a categoria está saturada, levando-se em consideração uma combinação dos seguintes critérios: os limites empíricos dos dados, a integração de tais dados com a teoria (que, por sua vez, tem uma determinada densidade) e a sensibilidade teórica de quem analisa os dados (STRAUSS; CORBIN, 2002).

A desnecessária representatividade estatística é um dos motivos pelos quais as amostras qualitativas são menores do que as necessárias nos estudos quantitativos. No entanto, exige do pesquisador a explicitação dos critérios para interromper a seleção de casos novos, tornando-os inteligíveis aos leitores e que possibilitem alguns eixos norteadores do andamento prático dos procedimentos de captação de dados (TURATTO, 2010).

A coleta de dados será feita por meio de uma entrevista individual, semiestruturada, contendo oito questões. A duração da entrevista será de aproximadamente uma hora e meia e será realizada nos domicílios das mulheres que aceitarem participar do estudo. As mesmas serão gravadas com consentimento das participantes. Será realizado agendamento prévio em horários que interfiram o mínimo possível no cotidiano das pessoas.

Os critérios de inclusão serão os seguintes:

1. Mulheres adultas e idosas;
2. Independente de estado civil, classe social e/ou nível de escolaridade, profissão;
3. Que estiveram internados no HSVP e/ou no HC de Passo Fundo, terem sido submetidas à cirurgia de mastectomia até dois anos;
4. Residir na cidade de Passo Fundo;
5. Ter ou não se submetido à radioterapia ou quimioterapia.

7.4.Procedimentos de coleta de dados e variáveis analisadas

Os dados serão coletados através de entrevista semiestruturada, utilizando o instrumento apresentado no Apêndice 1. As entrevistas (individuais gravadas) serão realizadas com as mulheres, após a sua alta e reabilitação, em suas residências, após a aceitação e a assinatura do TCLE (Apêndice 2). As entrevistas individuais serão gravadas, com anuência das participantes do estudo para posterior decodificação. Após serão transcritas e sistematizadas para o processo de análise. A técnica de análise empregada será a temática, apresentada por Minayo (2010). A análise temática serve como instrumento metodológico que se aplicam a discursos e/ou falas, nesse caso, dos pacientes.

Com esta técnica, determinam-se as unidades de significado com o propósito de chegar ao objeto de estudo proposto, agrupando-os em unidades temáticas que darão origem as categorias, as quais serão analisadas à luz da literatura concernente ao tema. Sendo assim, a análise temática oscila entre os dois pólos do rigor da objetividade e da fecundidade da subjetividade e estimula o investigador a subjetividade, pelo retido na mensagem, e indica as diferentes fases da análise: a pré-análise; a exploração do material; o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Na fase da pré-análise o objetivo do investigador é fazer a primeira leitura descobrindo as ideias principais e/ou iniciais, de maneira a conduzir a um esquema preciso do desenvolvimento das operações sucessivas, num plano de análise.

A fase seguinte, a exploração de material, consiste de operações de codificação, em função de regras formuladas antecipadamente. Por fim, na terceira etapa, os resultados brutos são tratados de maneira a serem significativos e válidos.

Os resultados obtidos, a confrontação sistemática com o material e o tipo de inferências alcançadas, podem servir de base a uma outra análise disposta a técnicas diferentes (MINAYO, 2010).

A análise do material coletado por meio das respostas dos sujeitos às entrevistas semiestruturadas, serão identificadas as ideias centrais expressas através dos relatos. Durante o desenvolvimento do estudo será garantido o anonimato dos entrevistados, conforme Normas da Resolução 196/96. A digitação das respostas das entrevistas será fiel ao que for mencionado enumerando-as, e1; e 2: e3,.

7.5.Considerações éticas

As pesquisas envolvendo seres humanos devem atender às exigências éticas e científicas fundamentais. A eticidade da pesquisa implica em:

a) Consentimento livre e esclarecido dos indivíduos-alvo e a proteção a grupos vulneráveis e aos legalmente incapazes (autonomia). Neste sentido, a pesquisa

envolvendo seres humanos deverá sempre tratá-lo em sua dignidade, respeitá-lo em sua autonomia e defendê-lo em sua vulnerabilidade;

b) Ponderação entre riscos e benefícios, tanto atuais como potenciais, individuais ou coletivos (beneficência), comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos;

c) Garantia de que danos previsíveis serão evitados (não maleficência);

d) Relevância social da pesquisa com vantagens significativas para os sujeitos da pesquisa e minimização do ônus para os sujeitos vulneráveis, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (justiça e equidade).

O projeto será encaminhado ao Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade de Passo Fundo para verificar se a pesquisa atende às normas da Resolução do MS 196/96 CNS quanto a pesquisa realizada com seres humanos. Esse encaminhamento será realizado após a inserção do projeto na Plataforma Brasil.

A pesquisa terá início após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade de Passo Fundo que regulamenta pesquisas envolvendo seres humanos e autorização do Comitê de Pesquisa do Hospital São Vicente de Paulo e do Hospital da Cidade de Passo Fundo - RS.

Todas as mulheres convidadas a participar do estudo serão devidamente esclarecidas quanto aos objetivos do mesmo e solicitado a registrar sua livre aceitação por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

8 Cronograma

O quadro a seguir descreve as ações e atividades, bem como o período de execução previsto para a conclusão do projeto de dissertação.

AÇÕES E ATIVIDADES	PERÍODO DE EXECUÇÃO	
	Mês e Ano	
Definição do tema de pesquisa	Março e Abril	2012
Elaboração do projeto de pesquisa	Maio a Dezembro	2012
Submissão do projeto a Plataforma Brasil para avaliação do Comitê de Ética em Pesquisa	Fevereiro	2013
Banca de qualificação de Projeto de Dissertação	Março	2013
Compra de Materiais e impressão de questionários	Março	2013
Coleta de dados	Abril e Maio	2013
Estruturação e análise do banco de dados	Junho e Julho	2013
Elaboração de artigos científicos e dissertação	Agosto/13 a Março/14	2013/2014
Encaminhamento do artigo científico a periódicos	Outubro/13 a Março/14	2013/2014
Banca de Defesa de Dissertação de Mestrado	Dezembro de 2013	2013

9 Orçamento

O quadro a seguir demonstra as despesas para a execução do projeto.

Folhas A4 (Pacote)	38,00
Caneta	5,00
Xerox	50,00
Tinta Impressora	60,00
Gravador	45,00
Vale transporte	50,00
Total	248,00

* As despesas serão de responsabilidade da pesquisadora

10 Referências

BIFFI, G. R.; MAMEDE, V. M. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 38, n. 3, p. 262-269, 2004.

BORGES, C. M. M. Gestão participativa em organizações de idosos: instrumentos para promoção da cidadania. In: FREITAS, E. V. et al (Orgs.). *Tratado de geriatria e gerontologia*. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2006. p. 1424-8.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução do MS 196/96 CNS*. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Portal*. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>>. Acesso em: 26 jul. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Estimativa 2010: incidência de câncer no Brasil*. Rio de Janeiro, 2009.

_____. Ministério da Saúde, Instituto Nacional de Câncer (INCA). *Tipos de câncer: mama*. 2010. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home/mama>>. Acesso em: 17 maio 2012.

CAMACHO, A. C. L. F; COELHO, M. J. Políticas públicas para a saúde do idoso: revisão sistemática. *Revista Brasileira de Enfermagem*, v. 63, n. 2, p. 279-284, 2010.

COELHO, M. S. Mulheres mastectomizadas: uma proposta de cuidado de si com base nas concepções de Michel Foucault. *Revista de Enfermagem da UFPE*, v. 4, n. 1, p. 311-318, 2010.

DALBOSCO, C. A. Corpo e alma na velhice: significação ético-pedagógica do “cuidado de si mesmo.” *Revista Brasileira de Ciências do Envelhecimento Humano*, Passo Fundo, v. 1, n. 1, p. 22-37, jan./jun. 2006.

DEL GIGLIO, A. A quimioterapia adjuvante para o câncer de mama engorda. *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50, n. 3, jul./set. 2004.

DIAS, H. Z. J et al. Psicologia e bioética: diálogos. *Psicologia Clínica*, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, 2007.

DOLTO, F. *A imagem inconsciente do corpo*. São Paulo: Perspectiva, 2007.

DOLTO, F.; NASIO, J. D. *A criança do espelho*. Tradução de A. M. N. Almeida. Porto Alegre: Artes Médicas, 1991.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas a sexualidade. *Estudos Psicológicos*, Natal, v. 8, n. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsi>>. Acesso em: 26 fev. 2013.

FARAH, R. M. *Integração psicofísica: o trabalho corporal e a psicologia de C. G. Jung*. São Paulo: Robe, 1995.

FEHLAUER, F. et al. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment*, n. 92, p. 217-222, 2005.

FERNANDES, M. G. M. Papéis sociais de gênero na velhice: o olhar de si e do outro. *Revista Brasileira de Enfermagem*, n. 62, v. 5, p. 704-710, 2009.

FERREIRA, B. D. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. *Revista Brasileira de Enfermagem*, Brasília, v. 64, n. 3, p. 536-544, maio/jun. 2011.

FERREIRA, M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003.

FIGUEIREDO, M. et al. Breast cancer treatment in older women: does getting what you improve long-term body image and mental health? *Journal of Clinical Oncology*, n. 22, p. 4002-4009, 2004.

FURTADO, S. B. et al. Compreendendo sentimentos das enfermeiras acerca do câncer de mama. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 10, n. 4, p. 45-51, 2009.

GIMENES, M. G. G. *A mulher e o câncer*. Campinas: Livro Pleno, 2000.

GOFFMANN, E. *A representação do eu na vida cotidiana*. Tradução de Maria Célia Raposo. 10. ed. Petrópolis: Vozes, 2002.

GOLDFARB, C. D. Corpo e temporalidade: contribuição para uma clínica do envelhecimento. In: CÔRTE, B. (Org.). *Psicogerontologia: fundamentos e práticas*. Curitiba: Juruá, 2009. p. 95-101.

GUIDO, L. A. *Stress e coping entre enfermeiros de centro cirúrgico e recuperação anestésica*. 2003. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2003.

HAES, J. C. J. M. et al. Quality of life in breast cancer patients agedover 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *European Journal Cancer Care*, n. 39, p. 945-951, 2003.

HARRIS, N. G. Nutrição no envelhecimento. In: MAHAN, K. L.; ESCOTT-STUMP, S. (Orgs.). *Alimentos, nutrição e dietoterapia*. São Paulo: Rocca, 2005. p. 304-321.

HIGHWATER, J. *Mito e sexualidade*. Tradução de João Alves dos Santos. São Paulo: Saraiva, 1992.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). *Censo demográfico de 2010*. Disponível em: <<http://www.ibge.gov.br/cidadesat/topwindow.htm?1>>. Acesso em: 19 nov. 2012.

JERUSALINSKY, A. *Psicanálise e desenvolvimento infantil*. 3. ed. Porto Alegre: Artes e Ofícios. 2004.

KUBLER-ROSS, E. *Sobre a morte e o morrer*. São Paulo: Martins Fontes, 2005.

LEVIN, E. A infância em cena: constituição do sujeito e desenvolvimento psicomotor. Tradução de L. E. Orth e E. F. Alves. 4. ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

_____. *A clínica psicomotora: o corpo na linguagem*. Tradução de J. Jerusalinsky. 8. ed. Petrópolis: Vozes, 2009.

LIM, J. Sexuality of woman after mastectomy. *Annals of the Academy of Medicine*, Cingapura, v. 25, n. 5, p. 660-662, 1995.

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

MALUF, M. F. *Mastectomia radical e sexualidade feminina*. São Paulo: Livraria Médica Paulista, 2006.

_____. et al. O impacto psicológico do câncer de mama. *Revista Brasileira de Cancerologia*, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MINAYO, M. C. S. (Org.). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade*. 29. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

MOREIRA, V.; NOGUEIRA, F. N. N. Do indesejável ao inevitável: a experiência vivida do estigma do envelhecer na contemporaneidade. *Psicologia da USP*, São Paulo, v. 19, n. 1, 2008.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Esc Anna Nery*, v. 14, n. 3, p. 477-484, jul./set. 2010.

MULLER, C. M.; HOFFMANN, S. F.; FLECK, P. A vivência do câncer de mama e a imagem corporal na mulher contemporânea. In: WERLANG, B. S. G.; OLIVEIRA, M. S. (Orgs.). *Temas em psicologia clínica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. p. 203-208.

NASIO, J. D. *Meu corpo e suas imagens*. Tradução de A. Telles. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2008.

OLIVEIRA, L. C. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. *Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste*, v. 11, Número Especial, p. 53-60, 2010.

SANTOS, O. N. Quando o corpo (se) faz despertar. In: QUAYLE, J. (Org.). *Adoecer: compreendendo as interações do doente com sua doença*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 3-8.

SAUTHER, J.; PY, L. Pensando perdas e aquisições no processo de envelhecer. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA. *Caminhos do envelhecer*. Rio de Janeiro: Revinter, 1994. p. 15-17.

SCHÁVELZON, J. Sobre psicossomática e câncer. In: MELLO, F. et al. (Orgs.). *Psicossomática hoje*. Porto Alegre: Artmed, 1992. p. 215-225.

SCHILDER, P. A. *A imagem do corpo: as energias construtivas da psique*. 3. ed. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

SERRA, A. Recursos e estratégias para lidar com o stress. In: SERRA, A. (Ed.). *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra: Ed. do Autor, 2002. p. 365-439.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SOARES, C. (Org.). *Corpo e história*. Campinas: Autores Associados, 2001.

SOUZA, A. M. F. *Informações, sentimentos e sentidos relacionados à construção mamária*. 2008. Dissertação (Mestrado) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2008.

SOUZA, C. Corpoalma com câncer. In: QUAYLE, J. (Org.). *Adoecer: compreendendo as interações do doente com sua doença*. São Paulo: Atheneu, 2003. p. 143-151.

SPEER J. J. et al. Study of sexual functioning determinants in breast cancer survivors. *The Breast Journal*, n. 11, p. 440-447, 2005.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Facultad de Enfermería, Ed. Universidad de Antioquia, 2002.

STUMM, F. M. E. et al. Mecanismos de coping utilizados por mulheres mastectomizadas para lidar com o estresse. *Scientia Médica*, Porto Alegre, v. 19, n. 3, p. 108-114, jul./set. 2009.

TEIXEIRA, M. H. Aspectos psicológicos da velhice. In: SALDANHA, A. L.; CALDAS, C. P. (Orgs.). *Saúde do idoso: a arte de cuidar*. 2. ed. Rio de Janeiro: Interciência, 2004. p. 312-315.

TURATO, E. R. *Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 2010.

UEZ, M. E. *Câncer de mama: imagem corporal e envelhecimento feminino*. 2006. Dissertação (Mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2006.

VIEIRA, C. P. et al. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

ZANIN, G. C. S.; SCORTEGAGNA, A. S; BETTINELLI, L. Incidência de câncer de mama e tratamento em dois hospitais de Passo Fundo no período de 2008 e 2009. In: CONGRESSO INTERNACIONAL DE ESTUDOS DO ENVELHECIMENTO HUMANO: DESAFIOS DO SABER ENVELHECER, 2, 2012, Passo Fundo, *Pôster*. Passo Fundo, 2012.

ZAUTRA, A. J. et al. Interpersonal stress, depression and disease activity in rheumatoid arthristes and osteoarthritis patients. *Health Psychol*, n. 13, p. 139-148, 1994.

Apêndice C. Formulário de Coleta de dados

Instrumento de coleta de dados



MASTECTOMIA: VIVÊNCIAS E SIGNIFICADOS PARA UM GRUPO DE MULHERES

Nº: _____

Roteiro da entrevista com mulheres mastectomizadas.

Nome:(iniciais)

Idade:

Residência (endereço):

Estado Civil:

Numero de Filhos:

Escolaridade em anos:

Uso de alguma medicação antes da mastectomia, por quanto tempo?

Período da realização da mastectomia: _____

Hospital onde foi realizada mastectomia: _____

Idade em que foi feito diagnóstico: _____

Quimioterapia () sim () não

Radioterapia () sim () não

- 1) Como foi a experiência de realizar a cirurgia?

- 2) Que significados essa experiência teve para você e seu viver?

- 3) Passar por este tipo de cirurgia, de algum modo, modifica algumas situações na vida das mulheres, me fale o que aconteceu com a senhora em relação:
 - a) Seu corpo (sua imagem), sua feminilidade?
 - b) Seu relacionamento conjugal (afetividade, sexualidade)?

