



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM - MESTRADO**

ÁLLAMY DANILO MOURA E SILVA

**NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DO CÂNCER DE MAMA:
Interface entre vivências e o cuidar**

Teresina, PI

2016

ÁLLAMY DANILO MOURA E SILVA

**NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DO CÂNCER DE MAMA:
Interface entre vivências e o cuidar**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação Mestrado em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí para obtenção do título de mestre em enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Inez Sampaio Nery

Área de Concentração: A enfermagem no contexto social brasileiro

Linha de Pesquisa: Processo de cuidar em saúde e enfermagem.

Teresina, PI

2016

ÁLLAMY DANILO MOURA E SILVA

**NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DO CÂNCER DE MAMA:
Interface entre vivências e o cuidar**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Piauí – UFPI, como requisito para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Aprovada em 21 de dezembro de 2016.

BANCA EXAMINADORA

Profa. Dra. Inez Sampaio Nery
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Presidente

Profa. Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes
Universidade Federal do Ceará (UFC) – 1ª Examinadora

Profa. Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – 2ª Examinadora

Profa. Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes
Universidade Federal do Piauí (UFPI) – Suplente

À todas as mulheres que
passaram ou passam pelo adoecimento
por câncer de mama.

AGRADECIMENTOS

A Deus por iluminar meus passos nessa caminhada sublime e me permitir a realização desse sonho. Que guia em todos os caminhos, decisões e objetivos que me proponho a seguir.

À Universidade Federal do Piauí (UFPI) pela oportunidade de realização deste mestrado e a Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pela dedicação com que tem conduzido este programa.

Às Professoras da banca examinadora Dra. Ana Fátima Carvalho Fernandes, Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães e Dra. Benevina Maria Vilar Teixeira Nunes por aceitar o convite e pelas valorosas contribuições.

À minha orientada Profa. Dra. Inez Sampaio Nery, que é exemplo de perseverança. Obrigado pela amizade, disponibilidade e incentivo nessa caminhada. Sabiamente soube me transmitir paz, orientar, compreender, acompanhar, explicar e impulsionar nos momentos oportunos, meus sinceros agradecimentos.

À minha família, exemplo de união, em especial aos meus pais Dorgival Moura Fé e Maria do Socorro da Silva Moura Fé, pessoas íntegras e exemplos para a vida, que sempre me ensinaram a importância da educação e cujos esforços permitiram que eu concretizasse esta conquista.

À minha turma 9 do mestrado que compartilharam sentimentos de solidariedade e amizade, em especial Joaquim, Gaubeline, Inara, Girlene, Laelson, Guilherme, Ana Livia, Lourival e Raylane que foram meu alento ao longo de todo o mestrado. A convivência com vocês tornou meu caminho menos árduo.

Às colegas enfermeiras Amanda, Michelle, Joseana e demais colegas de trabalho do Hospital São Marcos pela demonstração de estímulo e ajuda quando eu me sentia fraco diante de toda a correria.

Aos colegas professores e a Coordenação do Curso de Enfermagem da Universidade Federal do Piauí, *campus* de Floriano pelo incentivo e compreensão durante esse período. Vocês são o que busco me espelhar.

Aos amigos e colegas pelo carinho, paciência pelos momentos que estive ausente.

Aos funcionários do Programas de Pós-Graduação em Enfermagem, em especial à Ruth, pela disponibilidade em ajudar e desempenhar tão bem as suas funções.

"É que eu gosto do riso de tudo.
De flores. De gente. De bichos.
Dos dias de céu azul lisinho.
Das noites carregadas de cachos de estrelas.
Da canção que as ondas cantam quando tocam a areia.
Às vezes, eu vejo até o riso contido do que não tem coragem de rir."

— **Ana Jácomo**

RESUMO

O câncer de mama se configura como um grave problema de saúde pública, tendo em vista a sua magnitude, índices de morbimortalidade e alterações psicoemocionais que repercutem negativamente na saúde da mulher que o vivencia. O tratamento se dá, principalmente, por meio de cirurgia (mastectomia), radioterapia e quimioterapia. Passar por esse processo significa ajustar-se à nova condição de vida, permeada por sequelas de âmbito físico e psicossocial, o que merece uma atenção integral. A enfermagem tem papel fundamental na prestação de cuidados às mulheres portadoras do câncer mamário, por atuar nos serviços clínicos, curativos e, principalmente, um cuidado holístico, vislumbrando a subjetividade do ser mulher. O estudo objetivou compreender as narrativas de vida de mulheres portadoras do câncer de mama. Trata-se de uma pesquisa descritiva, com abordagem qualitativa que utilizou o método narrativas de vida segundo Bertaux e a análise temática dos dados. A técnica empregada foi a entrevista em profundidade, realizada com onze mulheres portadoras do câncer mamário atendidas em um hospital filantrópico referência no atendimento em oncologia, no período de junho a julho de 2016, em Teresina, Piauí. Para conhecer o perfil das participantes buscamos os dados sociodemográficos, reprodutivos e de história familiar por meio de entrevista, seguido da questão norteadora do diálogo, que versava: “Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com o adoecimento pelo câncer de mama”. As falas foram gravadas em áudio e colocadas à análise na metodologia de Bertaux. As participantes tinham a faixa etária entre 33 a 68 anos, cinco eram casadas e sete eram procedentes do interior do estado do Piauí. Quanto a cor, quatro disseram ser pardas, três brancas e três pretas. Em relação à idade da menarca, compreenderam entre 10 e 14 anos. Quanto à menopausa, sete mulheres já haviam passado pela última menstruação, destas, a faixa etária compreendeu entre 49 e 55 anos. Oito mulheres eram múltíparas, e três nunca haviam parido. Foram identificadas quatro categorias temáticas: Da alteração mamária ao diagnóstico; Influências socioculturais no tratamento; Práticas de enfrentamento do câncer de mama; Perspectivas futuras após o adoecimento. As categorias discutidas referem o sofrimento das mulheres ao serem diagnosticadas, com sentimentos de medo, preocupação e incertezas, que em parte delas foram influenciados pelos estigmas, preconceitos e questões socioculturais. Para amenizar o sofrimento as mulheres se apoiaram na família e espiritualidade, até passarem a uma aceitação e vislumbrarem novos projetos de vida. Conclui-se que as narrativas de vida das mulheres mostraram sentimentos que se misturaram e que transcenderam ao sofrimento configurado pela doença em si, pela influência do estilo de vida, cultura, significados e fatos do histórico de vida que adentraram as dimensões do ser feminino e interferiram na autoestima, relações interpessoais e íntimas e, assim, no tratamento de modo geral. Considerar e atuar com os cuidados de enfermagem nesses aspectos de vida às mulheres com câncer de mama são essenciais para sua qualidade de vida.

Palavras-chave: Neoplasias da mama, Saúde da Mulher, Enfermagem.

ABSTRACT

Breast cancer is a serious public health problem, due to its magnitude, morbidity and mortality rates and psychoemotional changes that negatively affect the health of the woman who experiences it. The treatment is mainly through surgery (mastectomy), radiotherapy and chemotherapy. Going through this process means adjusting to the new condition of life, permeated by physical and psychosocial sequels, which deserves integral attention. Nursing plays a fundamental role in providing care to women with breast cancer, because they work in clinical services, curatives and, mainly, a holistic care, looking at the subjectivity of being a woman. The study aimed to understand the life narratives of women with breast cancer. It is a descriptive research with a qualitative approach that used the life narratives method according to Bertaux and the thematic analysis of the data. The technique used was the in-depth interview conducted with eleven women with breast cancer attended at a philanthropic reference hospital in oncology care, from June to July, 2016, in Teresina, Piauí. In order to know the profile of the participants, we searched for sociodemographic, reproductive and family history data through interviews, followed by the guiding question of the dialogue: "Tell me about your life related to breast cancer ". The speeches were recorded in audio and put to the analysis in the methodology of Bertaux. The participants were between 33 and 68 years of age, five were married and seven were from the interior of the state of Piauí. As for color, four said they were brown, three white and three black. Regarding the age of menarche, they comprised between 10 and 14 years. As for the menopause, seven women had passed through the last menstruation, of these, the age range comprised between 49 and 55 years. Eight women were multiparous, and three had never given birth. Four thematic categories were identified: From breast alteration to diagnosis; Sociocultural influences on treatment; Breast cancer coping practices; Future perspectives after illness. The categories discussed refer to the suffering of women when diagnosed, with feelings of fear, concern and uncertainties, which in part were influenced by stigmas, prejudices and sociocultural issues. In order to alleviate suffering, women relied on family and spirituality, until they came to an acceptance and envisioned new life projects. It is concluded that women's life narratives showed mixed feelings that transcended the suffering configured by the disease itself, influenced by the lifestyle, culture, meanings and facts of the life history that entered the dimensions of the female being and Interfered in self-esteem, interpersonal and intimate relationships, and thus in general treatment. Considering and acting with nursing care in these aspects of life to women with breast cancer are essential for their quality of life.

Keywords: Breast Neoplasms, Women's Health, Nursing.

RESUMEN

El cáncer de mama se configura como un grave problema de salud pública, debido a sus tasas de magnitud, de morbilidad y mortalidad y los cambios psico-emocionales que tienen un efecto negativo sobre la salud de las mujeres que han experimentado. El tratamiento se lleva a cabo principalmente a través de la cirugía (lumpectomía), la radioterapia y la quimioterapia. Ir a través de este proceso significa que adaptarse a la nueva condición de vida, permeada por las secuelas del contexto físico y psicosocial, que merece toda la atención. De enfermería juega un papel fundamental en la atención a las mujeres que viven con el cáncer de mama, para el trabajo en los servicios clínicos, curativos y, sobre todo, una atención integral, vislumbrando la subjetividad del ser mujer. El estudio tuvo como objetivo comprender los relatos de vida de mujeres con cáncer de mama. Se trata de un estudio descriptivo con un enfoque cualitativo que utiliza el método de la narrativa de la vida de acuerdo Bertaux y el análisis temático. La técnica utilizada fue la entrevista en profundidad realizada con once mujeres que viven con cáncer de mama tratadas en un hospital de referencia de atención filantrópica en oncología, en el período de junio a julio de 2016, en Teresina, Piauí. Para conocer el perfil de los participantes buscan los datos socio-demográficos, historia reproductiva y de la familia a través de entrevistas, seguido de la pregunta guía del diálogo, que se refiere, "Háblame de tu vida que se relaciona con la enfermedad por cáncer de mama ". Las declaraciones fueron hechas audio grabado y análisis sobre la metodología Bertaux. Los participantes tuvieron el grupo de edad entre 33-68 años, se casaron cinco y siete eran del interior del estado de Piauí. En cuanto al color, cuatro dijeron que eran de color marrón, tres blancos y tres negro. En cuanto a la edad de la menarquia, comprendida entre los 10 y 14 años. En cuanto a la menopausia, siete mujeres ya habían pasado por el último período, éstos, edad comprendida entre 49 y 55 años. Ocho mujeres eran multíparas, y tres nunca habían dado a luz. Se identificaron cuatro categorías temáticas: El diagnóstico cambio en el seno; las influencias socioculturales en el tratamiento; prácticas de cáncer de mama de afrontamiento; Las perspectivas de futuro después de enfermarse. Las categorías se refieren discutieron el sufrimiento de las mujeres a ser diagnosticados con sentimientos de miedo, la preocupación y la incertidumbre, la cual de ellos fueron influenciados por el estigma, los prejuicios y los aspectos socioculturales. Para ayudar a las mujeres que sufren confiado en la familia y la espiritualidad, para ir a una aceptación y vislumbrar nuevos proyectos de vida. Se concluye que las narrativas de vida de las mujeres mostraron sentimientos se mezclaban y trascendido el sufrimiento configurados por la propia enfermedad, por la influencia del estilo de vida, la cultura, los significados y hechos de la historia de vida que entró a las dimensiones de la hembra y interfieren con la autoestima, interpersonal y las relaciones íntimas y por lo tanto en el tratamiento general. Considerar y actuar con los cuidados de enfermería en estos aspectos de la vida de las mujeres con cáncer de mama son esenciales para su calidad de vida.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama, Salud de la Mujer, Enfermería.

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	11
1.1	Contextualização da problemática e objeto de estudo	11
1.2	Questão norteadora e objetivo	14
1.3	Justificativa e contribuições do estudo	14
2	REFERENCIAL TEMÁTICO	16
2.1	A neoplasia mamária e suas manifestações clínicas	16
2.2	Fatores de risco para o câncer de mama	17
2.3	Diretrizes assistenciais para o câncer de mama	20
2.4	Vivências de mulheres com câncer de mama	24
2.5	Cuidados de enfermagem às mulheres portadoras de câncer de mama	21
3	METODOLOGIA	30
3.1	Tipo de estudo	30
3.2	O Método Narrativa de Vida	30
3.3	Período e Cenário de pesquisa	32
3.4	Participantes do estudo	33
3.5	Produção e análise dos dados	34
3.6	Aspectos éticos e legais	36
4	RESULTADOS E DISCUSSÃO	37
4.1	Caracterização sociodemográfica, reprodutiva e de história familiar	37
4.2	Apresentação sinóptica da história de cada uma das participantes	40
4.3	Narrativas de vida das mulheres portadoras do câncer de mama	45
4.3.1	Da alteração mamária ao diagnóstico	45
4.3.2	Influências socioculturais durante o tratamento	48
4.3.3	Práticas de enfrentamento do câncer de mama	53
4.3.4	Perspectivas futuras após o adoecimento	59
4.4	Interface das vivências de mulheres com câncer de mama e o cuidar em enfermagem	63

5	CONSIDERAÇÕES FINAIS	66
	REFERÊNCIAS	69
	APÊNDICE A	80
	APÊNDICE B	81
	APÊNDICE C	82
	ANEXO A	86
	ANEXO B	90

1 INTRODUÇÃO

1.1 Contextualização da problemática e objeto de estudo

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

Mais de um milhão de mulheres são diagnosticadas com neoplasias da mama em todo o mundo e causa mais de 410 mil mortes por ano. Essa doença é mais frequente em países desenvolvidos, sendo que as maiores incidências são observadas no Reino Unido, Austrália, Estados Unidos da América (EUA) e Canadá, por outro lado a sobrevida média é maior em cinco anos nesses países e menor em países em desenvolvimento como Argélia, Brasil e os da Europa oriental (COUGHLIN, EKWUEME, 2009; TUNKAY, 2014).

As discrepâncias nos índices de sobrevida entre os países condizem com o estágio em que o câncer é diagnosticado. Apesar da taxa de mortalidade ser menor em regiões menos desenvolvidas, a neoplasia mamária se posiciona como a principal causa de morte por câncer envolvendo mulheres, situando-se entre as principais causas de mortalidade por todos os tipos de cânceres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

No Brasil, o Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima para o ano de 2016, cerca de 57.920 casos novos do câncer de mama, sendo o câncer que mais mata as mulheres. Estes números correspondem à taxa bruta de incidência de 56,2 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2015).

Ao excetuar os tumores de pele não melanoma, a neoplasia mamária é a mais prevalente em mulheres de todas as regiões, menos a região norte onde o câncer de colo uterino é mais incidente (BRASIL, 2016).

A estimativa para o Nordeste em 2016 é de 11.190 casos novos, enquanto que para o Piauí, estimou-se uma taxa de incidência de 34,39 para cada 100 mil habitantes, com 580 novos casos. Em Teresina, estipula-se para esse ano, 230

casos novos com taxa bruta de incidência de 50,03 para 100 mil habitantes (BRASIL, 2015).

O tratamento se dá, principalmente, através de cirurgia (mastectomia), radioterapia e quimioterapia, e cerca de 50% das mulheres sobrevivem por pelo menos 15 anos (BRASIL, 2014). Sobreviver a esse acontecimento significa ajustar-se à nova condição, permeada por sequelas de âmbito físico e psicossocial, com repercussões negativas na sexualidade e na função sexual (FERREIRA et al., 2013).

Quando diagnosticado e tratado precocemente é considerado um câncer de relativo bom prognóstico. Entretanto, quando diagnosticado em estágios avançados, com metástases sistêmicas, a cura é praticamente impossível. Com isso, sobrevida média após cinco anos do diagnóstico, na população de países desenvolvidos, tem apresentado um aumento e está hoje em cerca de 85% (BRASIL, 2014).

Em virtude do crescente número de casos de câncer mamário registrados, verifica-se o incremento de inovações para o suporte à mulher portadora da doença. Apesar disso, muitas das ações estão voltadas apenas para o tratamento medicamentoso, desmerecendo a subjetividade da pessoa. Entende-se essa linha de intervenção como modelo biomédico, considerado limitado e vertical, que exclui o conceito subjetivo dos significados, necessários para a compreensão plena quanto aos pacientes e as doenças (CARVALHO et al., 2009; FELIX, et al, 2011).

Na visão clínica, a eficácia terapêutica é avaliada a partir de parâmetros como: diminuição do tumor, intervalo livre de doença e toxicidade. No entanto, é importante atentar-se aos efeitos que esses tratamentos poderão gerar. Por isso, há necessidade de analisar o impacto da doença e do seu tratamento na vida das pessoas acometidas (GUIMARÃES; ANJOS, 2012).

A necessidade de intensificar e aprimorar a assistência em saúde ao câncer de mama não se dá, apenas, pelo seu perfil epidemiológico, mas pelos efeitos e repercussões negativas que esta doença provoca na vida das mulheres acometidas. Conviver com uma doença atrelada a estigmas, possuir constantemente incertezas em relação a sua qualidade de vida futura, com a possibilidade de recorrência da doença e até a associação com a morte, constituem-se algumas das várias dificuldades que a mulher acometida por esta enfermidade terá de enfrentar em seu cotidiano (RÊGO; NERY, 2013).

Não obstante, poucos profissionais de saúde valorizam os sentimentos de baixa autoestima e os aspectos relacionados ao estresse da mulher com câncer de

mama (HAUTAMÄKI et al., 2007). Situação semelhante acontece na prática de enfermagem, em que vários aspectos de vida são tratados como uma questão invisível e, ao mesmo tempo, oculta. É como se os estressores não existissem, fossem ignorados e, quando perceptíveis, por motivos pouco conhecidos, não é explorado (ALVES; SANTOS; FERNANDES, 2012).

Nesse sentido, deve-se ir além de modelos verticalizados na assistência à saúde mamária, já que a mama é a metonímia do feminino e, dentro de um espiral de complexidade, o seu acometimento expõe as pacientes a uma série de questões, como por exemplo, o seu posicionamento como mulher. Assim, sentimentos de incerteza e de insegurança tornam-se perceptíveis e geralmente prolongam-se durante o tratamento, reabilitação e readaptação social (FERNANDES et al., 2010; SCHLOSSER; CEOLIM, 2012).

Perante a magnitude da temática e por estar em contato cotidiano com mulheres em tratamento de câncer de mama em um Hospital Filantrópico, surgiu o interesse pelo tema, por conseguir instigar a procura de medidas alternativas e embasadas no caráter científico para um melhor posicionamento frente a doença e por crer que a procura por novos métodos assistenciais possam influenciar positivamente, norteando as ações de enfermagem.

Ao refletir sobre a problemática que envolve as repercussões do câncer de mama na vida da mulher e baseando-se nas implicações na qualidade de vida, delimitou-se como objeto de estudo, as narrativas de vida contadas por mulheres portadoras do câncer de mama sobre o conhecimento, sentimentos, práticas, enfrentamento, acesso/adesão ao tratamento ou não e a partir disso, descrever narrativas de vida que vislumbrem a interface das vivências junto ao processo de cuidar.

Diante das expectativas e inquietações em conhecer o objeto de estudo, no cortejo desse movimento, entende-se que é através de um paradigma de complexidade, que ao mesmo tempo separa e associa, reintegra o conhecimento e valoriza a sensação, o sentimento, a intuição, que se promoverá uma abordagem de qualidade: a abordagem holística e, por sua vez, novas descobertas e produções de conhecimentos e práticas possibilitarão o entendimento do ser humano com melhores possibilidades de resolução de seus problemas e dilemas.

1.2 Questão norteadora e objetivo

Com base no objeto e problemática evidenciado neste estudo torna-se importante buscar respostas para as seguintes questões que norteiam a presente pesquisa: Quais as vivências de mulheres no adoecimento por câncer de mama? Quais as contribuições das narrativas de vida de mulheres em tratamento do câncer de mama para os cuidados de enfermagem?

Ao considerar as características da assistência atual às mulheres portadoras de neoplasia mamária e a necessidade de intensificar e criar novos meios para melhorar a qualidade de vida desse extrato social, esse trabalho tem por objetivo compreender as narrativas de vida de mulheres portadoras do câncer de mama.

1.3 Justificativa e contribuições do estudo para a enfermagem

A afinidade com a temática se deu desde a Graduação em Enfermagem na Universidade Federal do Piauí, Campus Amílcar Ferreira Sobral, na participação do projeto de extensão intitulado: “Um toque pela vida: ações para detecção precoce do câncer de mama” que visava o desenvolvimento de ações em enfermagem por meio de oficinas educativas em saúde para a sensibilização de mulheres nos cuidados com as mamas, reforçando as estratégias de rastreamento e detecção rápida da doença.

Como enfermeiro, integrei o corpo clínico de enfermagem em oncologia da Associação Piauiense de Combate ao Câncer – Hospital São Marcos, instituição referência no tratamento de câncer neste Estado, incluindo a neoplasia mamária, que propiciou a aplicação prática nos cuidados às mulheres portadoras de câncer de mama e uma visão mais ampla sobre a temática.

Na Pós-Graduação em Enfermagem *stricto sensu* da Universidade Federal do Piauí, a participação no Núcleo de Estudos e Pesquisas sobre o Cuidar Humano e Enfermagem (NEPECHE) proporcionou o incremento do conhecimento sobre as neoplasias da mama relacionados aos cuidados de enfermagem, por meio de reuniões científicas realizadas periodicamente e as pesquisas desenvolvidas, permitiu-se desenvolver e atualizar conhecimento sobre o cuidado de enfermagem, considerando a multidimensionalidade do ser humano em suas distintas fases da

vida e em diferentes contextos de atuação do enfermeiro para a execução do cuidado.

Assim, a vivência durante a vida acadêmica, a realidade da prática assistencial e a inserção no núcleo de estudos e pesquisas despertaram o interesse para estudar e conhecer os aspectos da vida de mulheres portadoras do câncer de mama.

Conhecer a história de vida das mulheres, no contexto do adoecimento por câncer de mama, possibilitaria compreender a complexidade que envolve a temática e sensibilizar em relação à mesma. Isso, conseqüentemente, poderia contribuir para um atendimento mais adequado e com melhor qualidade.

Acredita-se que os elementos resultantes desse estudo serão imprescindíveis para a ampliação do conhecimento acerca do assunto e para o auxílio da tomada de decisões acerca das ações de enfermagem a serem implementadas no sentido de saber lidar com o sofrimento das mulheres que se encontram fragilizadas por esse problema de saúde. Esses conhecimentos poderão também subsidiar futuras pesquisas voltadas para essa problemática.

Diante disso e, em virtude do câncer de mama ser o mais temido entre as mulheres, sobretudo pelo impacto biopsicossocial que provoca e conseqüente diminuição da qualidade de vida, é oportuno desenvolver esse estudo com as mulheres que vivenciam esse processo de adoecer.

2 REFERENCIAL TEMÁTICO

2.1 A neoplasia mamária e suas manifestações clínicas

O processo de transformação de uma célula normal para uma célula maligna acontece por conta de exposição prolongada a agentes carcinogênicos, acarretando em mutação, que ocorre durante a divisão para a formação de novas células. Esse processo de carcinogênese, que pode ser dividido em iniciação e promoção, tem um tempo indeterminável para se completar, levando anos para que ocorra o aparecimento do tumor e pode ser interrompida se o organismo estancar a proliferação celular, reparar o dano ou diminuir a exposição ao agente (BRASIL, 2008a).

O organismo humano encontra-se exposto a múltiplos fatores carcinogênicos, com efeitos aditivos ou multiplicativos. Sabe-se que a predisposição individual tem um papel decisivo na resposta final, porém não é possível definir em que grau ela influencia a relação entre a dose e o tempo de exposição ao carcinógeno e a resposta individual à exposição (BRASIL, 2008a).

O câncer de mama é a doença em que as células normais da mama se modificam, multiplicando-se sem controle como é característico em outros tipos de cânceres, formando uma massa de células denominada tumor. Nesse sentido, o câncer de mama pode ser classificado em *in situ* e invasivo, assim como outros tipos de câncer (BRASIL, 2004).

No carcinoma *in situ* as células cancerosas estão localizadas na camada de tecido onde se desenvolveram e ainda não se espalharam para outras partes do órgão de origem. Por outro lado, no câncer invasivo as células cancerosas invadem outras camadas celulares do órgão, ganham a corrente sanguínea ou linfática e têm a capacidade de se disseminar para outras partes do corpo, tendo como característica principal, a capacidade de invasão, de disseminação e de produção de outros tumores em outras regiões do organismo (BRASIL, 2012a).

O câncer de mama pode aparecer em qualquer parte do tecido mamário, todavia, são encontrados em grande parte, no quadrante superior externo, onde está localizada a maior parte do tecido da mama (SMELTZER et al., 2010). Dentre as manifestações mais comuns do referido câncer estão o aparecimento do nódulo mamário, dor e sensibilidade difusa em toda a extensão da glândula afetada pelo

tumor, além de retração mamilar, comprometimento da pele, manifestado por lesões ulceradas e, dos linfonodos axilares que podem se mostrar palpáveis (FIGUEIREDO et al., 2009; BRASIL, 2013).

Ademais, nessas lesões palpáveis, os sintomas do nódulo ou tumor no seio são acompanhados ou não de dor na mama, podendo surgir alterações na pele que recobre a mama, como abscessos ou retrações, além de um aspecto comparável à casca de uma laranja. É bom ressaltar que podem também surgir nódulos palpáveis na axila, indicando a necessidade do exame clínico completo da mama (BRASIL, 2013).

De forma geral, as lesões mamárias são indolores, fixas, endurecidas com bordas irregulares. Com o avanço da doença, podem aparecer sinais de irregularidade da superfície da pele, retração do mamilo ou ulceração da mama (SMELTZER et al., 2010).

Um das principais medidas a depender do quadro clínico é a mastectomia radical, por ser considerada um procedimento extremamente agressivo e traumático para a mulher, vem sendo substituída atualmente por cirurgias mais conservadoras, como a quadrantectomia (remoção de cerca de um quarto da mama) e a lumpectomia (remoção do tumor e de pequena região adjacente), levando em consideração se o quadro clínico da paciente seja favorável à realização dessas modalidades cirúrgicas, com a meta de evitar mutilação e diminuir o sofrimento psíquico das mulheres (ALMEIDA; GUERRA e FILGUEIRAS, 2012).

2.2 Fatores de risco para o câncer de mama

O aumento da incidência do câncer de mama, os enormes custos sociais, as repercussões físicas e psicológicas e a elevada taxa de mortalidade conferem à neoplasia mamária as características de um grave problema de saúde pública mundial.

O câncer de mama tem seu prognóstico e tratamento definidos pela localização, idade de apresentação e estadiamento, e ainda fatores de risco que levam em consideração critérios histopatológicos, biológicos e, mais recentemente, moleculares e genéticos.

Existem diversos fatores de risco associados à patogênese do câncer de mama, dentre os quais pode-se destacar: ser do sexo feminino, a idade, a história

familiar, menarca precoce, menopausa tardia, uso de terapia de reposição hormonal (TRH), nuliparidade, obesidade e tumores ovarianos funcionantes (INUMARU et al., 2011).

Em uma revisão sistemática, Rosa (2012) identificou que a média de idade nacional e mundial das pacientes portadoras do câncer de mama é acima de 50 anos, e os estudos da revisão evidenciaram que o avanço da idade representa um fator de risco para o câncer de mama, de modo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa.

Assim, a idade elevada, principalmente a partir dos 50 anos, é um dos principais fatores de risco para o câncer de mama feminino, sendo na maioria dos casos, o único encontrado. Nesse sentido, com o envelhecimento nos países de baixa e média renda, a perspectiva é de que aumentem as taxas de incidência do câncer de mama, principalmente por conta do avanço da idade na população feminina (PINHO; COUTINHO, 2007; SILVA; HORTALE, 2012).

Apesar disso, a pesquisa de Pinheiro et al. (2013) na qual verificou, por meio de uma estudo transversal com 12.689 participantes, que no Brasil as mulheres jovens portadoras de câncer de mama apresentam estadiamento avançado ao diagnóstico e aquelas mais jovens apresentam doença ainda mais avançada e pior resposta terapêutica que aquelas entre 35 e 39 anos.

A maior vulnerabilidade de mulheres jovens ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos devido à alta densidade mamária (PINHEIRO et al., 2013).

Em um estudo realizado numa capital nordestina, Gonçalves et al. (2010), identificaram ao avaliar os fatores de risco em mulheres acometidas por câncer de mama, que a menopausa tardia e a história familiar tiveram maior associação com a neoplasia, em relação aos fatores gineco-obstétricos.

Sobre a história familiar do câncer de mama, constitui-se como um fator de risco bem reconhecido. No entanto, a maioria da frequência de casos de câncer mamário em parentes de primeiro grau é descrita em mulheres mais jovens. Uma explicação para esta afirmativa é o achado de mutações nos genes BRCA-1 e BRCA-2, que são responsáveis por grande número de casos de neoplasia mamária em familiares, presentes em até 12,8% dos casos no grupo mais jovem e 5,2% nas faixas etárias mais elevadas (CLAGNAN et al., 2008).

Estudos das bases moleculares da gênese e progressão dos tumores formou o conceito de que o câncer é uma doença genética provocada pelo acúmulo de mutações, em que as primeiras evidências para a concretização desse pensamento vieram de testes microscópicos de células tumorais, nos quais verificaram-se a presença de várias alterações na estrutura dos cromossomos, mas que atualmente podem-se identificar com mais precisão, genes afetados a partir do avanço da técnica de manipulação de DNA e detecção de mutações (SOUZA et al., 2012)

O risco de desenvolvimento do câncer de mama em mulheres que tiveram seu primeiro filho após os 30 anos é aproximadamente o dobro do risco das mulheres que o fazem antes dos 20 anos. De acordo com pesquisas mais recentes, cada aumento de cinco anos na idade da primeira gravidez sobe o risco de neoplasia mamária em 13% (BRASIL, 2012a).

Como se sabe que fatores hormonais podem estar associados ao aumento de risco do câncer de mama, a prescrição tanto de anticoncepcionais orais, como da terapia de reposição hormonal devem ter, sempre, a relação risco-benefício bem avaliada (BRASIL, 2008a).

Outros fatores de risco, comuns a outros tipos de câncer, também estão associados ao câncer de mama como a obesidade pós-menopausa e exposição à radiação ionizante. Porém, a prevenção primária deste câncer ainda não é totalmente possível, pois fatores de risco ligados à vida reprodutiva da mulher e características genéticas estão envolvidos em sua etiologia (FERNANDES et al., 2010).

Todavia, é importante evitar maus hábitos de vida associados ao risco de desenvolver câncer, como a obesidade, pelo aumento do nível de estrogênio produzido no tecido adiposo, principalmente no climatério, ingestão regular de álcool acima de 60 gramas diárias, por conter um metabólito carcinogênico e mutagênico que estimula a produção de estrogênio e é imunodepressor, além da influência do tabagismo (BRASIL, 2012a; SILVA, RIUL, 2011).

É recomendável que esses fatores de risco como a obesidade e o tabagismo, sejam alvos de ações em saúde visando à promoção da saúde e a prevenção não só do câncer de mama, mas de todas as doenças crônicas não transmissíveis (BRASIL, 2004). Com relação a isso, Pinho e Coutinho (2007) reforçam a atenção que deve ser dada às altas prevalências de comportamentos de risco como

obesidade e tabagismo encontrados em seu estudo, corroborando com resultados de outras pesquisas.

A partir de uma revisão sistemática realizada por Inumaru et al. (2011), verificaram-se que vários autores corroboraram informações quanto ao aumento das medidas antropométricas (circunferência da cintura, peso ao longo da vida adulta) representarem fator de risco para o câncer de mama na pós-menopausa.

Souza et al. (2012), relatam que pode-se evitar a exposição a estrógenos exógenos através do fornecimento de dados e sugerem a criação de programas populacionais para a identificação do perfil genético de risco para o câncer de mama.

O estudo dos fatores de risco pode auxiliar na identificação de fatores modificáveis que aumentam a incidência de casos de câncer de mama, na intensificação das ações de promoção da saúde e prevenção dos fatores externos. Os identificáveis fatores de risco intrínsecos podem ser atuados a partir das estratégias de educação em saúde e rastreamento para a detecção precoce e aumento das possibilidades de cura.

2.3 Diretrizes assistenciais para o câncer de mama

O câncer de mama é uma das afecções mais enfatizadas nos estudos de oncologia, considerado muito heterogêneo e, portanto, com diferentes abordagens em diretrizes, *guidelines*, e trabalhos científicos. As recomendações nas presentes diretrizes, em sua maioria, estão baseadas em estudos prospectivos e randomizados, em revisões sistemáticas e em metanálises.

Esses estudos, junto aos dados epidemiológicos e sociodemográficos disponibilizados pelos Sistemas de Informação em Saúde do Ministério da Saúde norteiam a elaboração dos protocolos assistenciais, documentos de consenso e deliberação de diretrizes assistenciais baseado nas evidências.

O procedimento quanto aos riscos das mulheres desenvolverem câncer de mama está contemplada nas diretrizes do Ministério da Saúde do Brasil para a detecção precoce (rastreamento e diagnóstico precoce) desse câncer, sendo o exame clínico anual das mamas e o rastreamento mamográfico as estratégias adotadas: exame clínico anual das mamas a partir dos 40 anos e mamografia bilateral a cada dois anos, para mulheres de 50 a 69 anos (BRASIL, 2008a).

A prevenção e a detecção precoce são os maiores enfoques da saúde pública, principalmente nas doenças de alta mortalidade, como é o caso do câncer de mama. Pelo fato dos seus elevados índices de morbimortalidade e por conta de suas repercussões psicológicas e na qualidade de vida da mulher, essa doença tem motivado amplas discussões em torno de medidas que promovam o seu controle (BORGES et al., 2008).

O Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), criado em 1984, foi imprescindível na ênfase aos cuidados à saúde da mulher, que versava a ampliação do cuidado a esse grupo, para além da tradicional atenção ao ciclo gravídico-puerperal. Esse documento tem como base a assistência ao parto, aborto e puerpério, prevenção do câncer do colo uterino e de mama (MEDINA; PENNA, 2008).

Em 1996, o Ministério da Saúde lançou o Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e de Mama (Programa Viva Mulher), sob a coordenação do Instituto Nacional do Câncer (INCA), voltado para as ações de detecção precoce, ao estabelecer uma relação formal de cooperação entre os três níveis de governo, proporcionando suporte técnico, financeiro e recursos materiais (equipamentos) de maneira sistemática e contínua para todas as unidades da federação (BRASIL, 2008b).

As diretrizes propostas no Programa Viva Mulher para as ações de detecção precoce buscam garantir às mulheres sintomáticas o diagnóstico do câncer de mama, em seus estágios iniciais, por meio do Exame Clínico das Mamas e rastreamento das mulheres assintomáticas por meio do Exame Clínico das Mamas e Mamografia. Assim, as ações de prover a capacitação de profissionais e gestores de saúde para as ações de detecção precoce, produzir materiais educativos e de comunicação, apoiar a aquisição de equipamentos, financiar o custeio dos serviços e desenvolver sistemas de informação para o monitoramento das ações de detecção precoce era função do gestor federal (BRASIL, 2008b; BRASIL 2014).

Nos anos 2000 as ações nacionais para o controle do câncer de mama ganharam uma maior intensidade, a partir dos dados epidemiológicos sobre essa doença que não eram o mais positivos. Em 2004, foi publicado o Documento de Consenso para o Controle do Câncer de Mama, que propôs as diretrizes técnicas para o controle do câncer de mama no Brasil e apresentava uma série de

recomendações para a prevenção, detecção precoce, diagnóstico, tratamento e cuidados paliativos, baseado em evidências (BRASIL, 2004).

Ao seguir as recomendações da Declaração do Milênio das Nações Unidas, documento que agrupa os Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, o Brasil se empenha com a superação dos maiores desafios enfrentados pela humanidade e estabelece metas a serem alcançadas até o ano de 2015. No ano de 2005 foi acrescentada a meta de redução da mortalidade de mulheres pelos dois tipos de neoplasias mais frequentes: a de mama e de colo do útero, tendo em vista a crescente elevação de suas taxas de incidência e mortalidade entre mulheres em idade fértil. Destacou-se a necessidade de incorporar a detecção precoce destes tipos de cânceres à rotina dos serviços do Sistema Único de Saúde (SUS), rompendo a tradição de trabalhar essas ações como parte de campanhas (BRASIL, 2007).

Ainda em 2005, também foi instituída a Política Nacional de Atenção Oncológica, que previa a implementação de ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos em todos os estados que compõem o país. O controle do câncer de colo do útero e de mama foi destacado como componente fundamental dos planos estaduais e municipais de saúde (BRASIL, 2011). Nesse mesmo período, foi organizado o Plano de Ação para o Controle dos Cânceres de Colo do Útero e de Mama 2005-2007, que propôs seis diretrizes estratégicas: 1) ampliação da cobertura da população-alvo; 2) garantia de qualidade; 3) fortalecimento do sistema de informação; 4) desenvolvimento de capacitações; 5) estratégia de mobilização social; 6) e incentivo ao desenvolvimento de pesquisas (BRASIL, 2013).

O Pacto pela Saúde lançado em 2006 é um documento que determina prioridades a serem adotadas pelos governos federais, estaduais e municipais, tomando como base a análise da situação de saúde do país. Dentre as prioridades pactuadas está a redução da mortalidade por câncer de colo do útero e de mama (BRASIL, 2006).

Nos anos de 2007 e 2008 colocou-se em ação o Projeto-Piloto de Qualidade em Mamografia, que visava avaliar a adequação dos serviços em relação aos requisitos de qualidade e proteção radiológica. Os resultados das primeiras análises mostraram a necessidade de prosseguir com a avaliação em todo o território

nacional, a fim de corrigir as inadequações, capacitar profissionais e unificar informações e procedimentos (BRASIL, 2012a).

No Rio de Janeiro em abril de 2009, o INCA promoveu o Encontro Internacional sobre Rastreamento do Câncer de Mama, que reuniu representantes do Ministério e das Secretarias Estaduais de Saúde, de entidades representativas das mulheres e de instituições relacionadas com o controle do câncer, com objetivo de conhecer a experiência de programas bem-sucedidos na Europa, Canadá e Chile. O encontro teve como resultado uma série de recomendações para implantação de programa organizado de rastreamento do câncer de mama (BRASIL, 2013).

Em 2009, também foi implantado o Sistema de Informação do Câncer de Mama (SISMAMA), uma ferramenta para o gerenciamento das ações de detecção precoce. Além disso, verifica-se o aumento da oferta de mamografias através do Programa “Mais Saúde: direito de todos” 2008-2011 e a publicação de documentos, dentre os quais os *Parâmetros técnicos para o rastreamento do câncer de mama* e as recomendações para a diminuição da mortalidade por esse câncer no Brasil, lançadas pelo INCA, em 2010 (BRASIL, 2013).

Diante das dificuldades organizacionais de acesso ao sistema de saúde, o que compromete o diagnóstico precoce e tratamento, em novembro de 2012 foi sancionada a Lei nº 12.732, que estabelece o prazo máximo de 60 dias, contados a partir da confirmação diagnóstica, para início do tratamento oncológico na rede pública de saúde. Para o cumprimento dessa lei, cabe às Secretarias de Saúde dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, organizar a assistência oncológica, definir fluxos de referência para atendimento dos usuários e garantir-lhes acesso oportuno a serviços de qualidade, ficando os gestores sujeitos às penalidades administrativas, em caso de descumprimento (BRASIL, 2012b).

Apesar disso, percebe-se que o êxito das políticas de controle do câncer de mama no Brasil, vai além dos investimentos na área da saúde oncológica, pois há necessidade de estabelecer ações contínuas de conscientização de todos os atores sociais, o que inclui o governo, a sociedade civil, a mídia, as indústrias e os setores da economia, quanto aos fatores de risco relacionados ao câncer, a detecção precoce e a necessidade de maior acesso e tratamentos qualificados e equitativos em todo o território nacional (RÊGO; NERY, 2013).

Com base no que foi apresentado, verifica-se todos os esforços do Ministério da Saúde e estudiosos na área para o controle do câncer de mama. Porém existem lacunas para a implementação de um cuidado adequado às mulheres com câncer de mama, tais barreiras envolvem desde questões de acesso associados a situações socioeconômicas menos favorecidas, descontinuidade dos atendimentos e morosidade nos serviços públicos de saúde, nível de conhecimento insuficiente. Cabe a enfermagem como profissão que visualiza o outro em sua totalidade, mover esforços organizacionais nas instituições de saúde, aperfeiçoar a prestação de cuidado por meio da promoção da saúde ao figurar o empoderamento das pessoas, sempre embasada no conhecimento científico e basear a práticas em evidências positivas.

2.4 Vivências de mulheres com câncer de mama

O estudo dos aspectos vivenciais de mulheres com câncer de mama é imprescindível para evidenciar sentimentos e práticas que são próprias da subjetividade e particularidades de cada pessoa e que devem ser considerados durante o contato, escuta e assistência à saúde de modo geral para as pacientes.

Estudos de Andolhe, Guido e Bianchi (2009) comprovam que a temática câncer de mama é vivenciada de maneira dolorosa e que quando a mulher descobre-se com a doença emergem sentimento de tristeza, angústia, medo e diminuição da autoestima, diante dos quais ela necessita elaborar uma nova realidade, um novo conceito de si. Assim torna-se necessário que se tenha grupos de apoio para essas mulheres de modo que se consiga a reinserção de suas atribuições na sociedade tanto da barreira física quanto dos preconceitos e estigmas.

A surpresa de descobrir-se em um contexto totalmente novo, lidar com uma doença repleta de estigmas, com uma mistura de emoções, muitas vezes negativas e enfrentar preconceitos, significa para muitas mulheres se defrontarem, a todo o momento, com dúvidas e possibilidades de sentimentos ruins (RAMOS et al., 2012).

Está com diagnóstico do câncer na mama segundo Crist e Grunfeld (2013), independentemente da idade ou gênero, apresenta uma forte sensação de perda, medo, vulnerabilidade e, principalmente, a preocupação ao futuro. Nesse contexto, salienta-se a importância de que a compreensão dos sentimentos pelas mulheres

durante o tratamento, auxilia nas ações a serem implementadas pelos profissionais de saúde, em especial os enfermeiros, tendo em vista a instituir um cuidado humanizado e assistência integral.

A maioria das pessoas veem o câncer como algo que não tem volta, sentindo-se impotente frente ao diagnóstico, permitindo inferir que a referida palavra deixa a sua sombra a estabilidade emocional da mulher, a qual ora se demonstra forte e ora frágil, desorientada (ZAPPONII; TOCANTINS; VARGENS, 2015).

Um abalo que merece destaque por influenciarem tanto física como psicologicamente nas mulheres, advém da cirurgia de mastectomia, que é uma das intervenções mais utilizadas, podendo ser associada às outras formas de tratamento como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. A eleição do tratamento depende de fatores como o tipo do câncer, tamanho do tumor, grau histológico e estadiamento, dosagem de receptores hormonais, idade, status menstrual (menarca, climatério e menopausa) e o estado geral do indivíduo. Essas formas de tratamento representam as chances de aumento de sobrevida e de recuperação (LAGO et al., 2014).

Apesar da dificuldade vivida durante o câncer, a mulher descobre-se forte e busca motivos que a levem a lutar contra a doença. Na maioria das vezes, ela encontra esse apoio emocional na fé espiritual e em seus familiares (ALMEIDA et al., 2015).

A fé religiosa é vista como uma forma de encarar a doença, um suporte nos momentos difíceis. Essa crença em Deus e a religião auxiliam na melhoria da doença, fornecendo forças para não desistirem diante das dificuldades surgidas. Já o suporte familiar encoraja a mulher na luta contra o câncer, é um ponto fundamental na tomadas de decisões. Os laços afetivos que normalmente une seus membros é um fator de aproximação, de ajuda física, emocional e cuidado à mulher. O envolvimento de todos contribui para uma recuperação mais rápida e menos traumática (MISTURA; CARVALHO; SANTOS, 2011).

Trata-se de uma doença que se relaciona a planos futuros, questões emocionais para o enfrentamento da doença, bem como independência na tomada de decisões acerca do tratamento (BRASIL, 2016). Além disso, desencadeiam questões existenciais, mudanças de conceitos e valores, seja na personalidade, na relação com as pessoas e família. Nesse sentido, o adoecimento também representa uma segunda oportunidade de repensar a vida e adquirir novos valores,

já que o fato de lidar com o câncer traz sofrimento, porém, contribui de forma positiva na vida de cada mulher, já que é nesse momento que elas têm a chance de refletir sobre sua vida (LÔBO et al., 2014).

Entende-se que o cuidado à mulher com câncer de mama deve ser realizado de maneira holística cabendo ao enfermeiro ser sensível para conseguir adentrar na realidade dessas mulheres assistidas, ciente de que cada uma delas é única e reage, de maneira diferenciada (FROHLICH; BENETTI; STUMM, 2014).

É necessário que o tratamento do câncer de mama seja desenvolvido por uma equipe multidisciplinar, a fim de que a paciente se recupere da melhor forma. Os profissionais de saúde são primordiais nesse momento, ao repassarem informações sobre a doença e sua evolução, bem como ao encorajar e confortar. Esse cuidado que atrela as ações nas diversas dimensões tenta minimizar o sofrimento vivenciado por essas mulheres (SALIMENA et al., 2012).

Assim, pode-se inferir que o apoio, a atenção e suporte emocional da equipe de saúde, em especial do enfermeiro, deve contribuir no dia-dia dessas mulheres que vivenciam o adoecimento por câncer de mama, ao atuar na prevenção, promoção e recuperação da saúde dessa doença em que o estigma por vezes fala mais alto e traz repercussões severas na vida de cada uma delas.

2.5 Cuidados de Enfermagem às mulheres portadoras de câncer de mama

A definição de cuidado de acordo com Stumm, Leite e Maschio (2008), é ir ao encontro, dar sentido à existência, buscar transpor a realidade do sofrimento e da dor, mediante formas criativas e efetivas e vislumbrando novos horizontes de cuidado. Assim, o cuidar na enfermagem se traduz em uma dinâmica de troca e interação, alicerçada na confiança, respeito, ética e na experiência compartilhada de vida, tendo na competência profissional, além das atribuições de cunho técnico e assistencial, atividades de caráter educativo, relativas à prevenção, detecção precoce, cuidados e reabilitação, envolvendo equipe, pacientes e familiares.

O cuidado de enfermagem pode ser compreendido como um fenômeno intencional, essencial à vida, que ocorre no encontro de seres humanos que interagem, o ser que cuida e o ser cuidado, por meio de atitudes que envolvem consciência, zelo, solidariedade e amor. Expressa um "saber-fazer" embasado na

ciência, na arte, na ética e na estética, voltado às necessidades do indivíduo, da família e da comunidade (VALE; PAGLIUCA, 2011).

Essa característica da assistência de enfermagem é um diferencial, devendo o profissional valer-se disso para o estabelecimento de vínculo dialógico e de aproximação com a paciente, proporcionando confiabilidade para que seja estimulado o resgate de sua autoestima, favorecendo seu autocuidado e melhorando a resposta adaptativa (PINHEIRO et al., 2013).

Nesse sentido, os cuidados de enfermagem ao paciente com câncer devem ser individualizados e adaptáveis aos costumes de cada um, pois cada fase da vida apresenta transformações fisiológicas e psíquicas e cada pessoa possui sua subjetividade. O paciente está fragilizado e com uma perspectiva de sobrevida reduzida; por isso diante de um diagnóstico de uma doença neoplásica, a sua perspectiva se torna bem reduzida e ocorre um grau de sofrimento. O enfermeiro deve promover uma maior aproximação com esse paciente, alcançado por meio da comunicação, para identificar suas necessidades e proporcionar, melhor qualidade de vida (PETERSON; CARVALHO, 2010).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o papel do enfermeiro na equipe multidisciplinar é imprescindível e reitera que sua atuação deve perpassar todas as etapas de assistência, de modo que tenha início logo após o diagnóstico da doença e acompanhe a mulher com câncer de mama após o momento da alta até sua reintegração à vida cotidiana (BRASIL, 2004).

Na fase de tratamento a mulher poderá perpassar por várias abordagens terapêuticas, sendo a quimioterapia, mastectomia e radioterapia as mais empregadas. Assim, a assistência de enfermagem se encarrega de planejar os cuidados, com fornecimento de informações e ensino sobre a utilização de medicamentos, estratégias de enfrentamento, ações que minimizem os efeitos colaterais e informações sobre o autocuidado a ser realizado no domicílio. Além disso, manter-se disponível ao diálogo, para esclarecimento das eventuais dúvidas que possam surgir (ABRÃO et al., 2011).

A aproximação profissional paciente se baseia na tentativa de processar estas situações estressoras, busca-se adaptar às circunstâncias estressantes por meio da interação entre o organismo e o ambiente o que equivale ao enfrentamento, que também é conhecido como “coping” e “ajustamento”. Tal conceito centraliza-se na repercussão dos acontecimentos ao longo da vida das pessoas, e refere-se às

perdas, dificuldades, fatos inesperados, tragédias, ajustando-se ao seu impacto (ZAKIR, 2003).

A assistência de enfermagem ofertada ao paciente na oncologia visa prover o conforto, agir e reagir adequadamente frente à situação de morte com o doente e consigo mesmo; promover o crescimento pessoal do doente, valorizar o sofrimento e as conquistas, empoderar o outro com seu cuidado e empoderar-se pelo cuidado, lutar para preservar a integralidade física, moral, emocional e espiritual, vincular-se e auxiliar o outro e a si mesmo a encontrar significados nas situações (SALES et al., 2012).

A enfermagem, enquanto profissão comprometida com a saúde e qualidade de vida da pessoa, família e comunidade, na prestação de cuidados à mulher portadora de câncer de mama, pode utilizar, além da essência no holismo, importantes instrumentos de trabalho, como a Sistematização da Assistência em Enfermagem (SAE), enquanto modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde e, a consulta de enfermagem (COSTA, et al., 2012).

Nesse âmbito, o cuidado de enfermagem incluiu o diálogo, o saber ouvir, a segurança, a valorização dos questionamentos e o apoio dos familiares. Nos cuidados de enfermagem, existem alguns princípios e valores que devem prevalecer e nortear a relação entre equipe de enfermagem e cliente, dentre eles, o respeito pelo outro, prestar informações claras e precisas e, ainda, reconhecimento do outro como ser único e com autonomia (MENEZES, 2006).

A resolução nº 358/2009 do Conselho Federal de Enfermagem, diz que a SAE é uma atividade privativa do enfermeiro que utiliza método e estratégia de trabalho científico para a identificação das situações de saúde-doença, subsidiando ações de assistência de enfermagem que possam contribuir para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde, sendo um modelo assistencial a ser aplicado em todas as áreas de assistência à saúde do enfermeiro, pois sua implementação implica, efetivamente, em melhora na qualidade do cuidado (BRASIL, 2009).

A consulta de enfermagem, por sua vez, tem como finalidade a promoção da saúde, diagnóstico e tratamento precoce. Segundo a resolução do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) nº 159/93, é uma atividade privativa do enfermeiro que deve ser obrigatoriamente realizada em todos os níveis de assistência à saúde em instituições públicas e privadas na assistência em enfermagem (BRASIL, 1993).

Entretanto, a prática do cuidar em enfermagem nos serviços de saúde tem se restringido ao modelo biomédico, em que as ações permanecem focadas em um modelo reducionista, atrelado na técnica pela técnica, enfatizado nas afecções em vez da pessoa portadora da doença. Acredita-se que isso esteja relacionado à própria evolução histórica da profissão de enfermagem que, associada ao avanço tecnológico e científico, tenha contribuído para um modo de fazer que se configura em intervenções técnicas, sem a incorporação da subjetividade e com consequente distanciamento na relação entre o ser cuidado e o cuidador (LEAL; LOPES; GASPAR, 2011).

Dolina et al. (2013), percebem que é necessário pensar em modos de estar junto de fato e por inteiro no cuidado da vida e para a vida das mulheres com câncer, porém a formação dos profissionais de saúde tem se calcado nos procedimentos técnicos ao invés de uma formação humanista que possa lhes dar respaldo para incorporar tanto a tecnologia e o saber acumulados ao longo da história quanto o sentido humano ao se lidar com emoções e cuidado.

Acredita-se que as mulheres com câncer de mama esperam receber dos enfermeiros um cuidar que ganha o significado de uma atenção especial que é mais que um ato único ou uma virtude própria. Esse cuidar muitas vezes é um modo de ser, na forma como as pessoas se estruturam e se realizam no mundo com os outros (BOFF, 2002).

As mulheres em tratamento de câncer de mama perceberam o cuidado prestado pelo enfermeiro como uma relação dialógica entre o profissional e a cliente/família, que é sustentada pela confiança e pelo apoio. O vínculo estabelecido entre enfermeiro e cliente não se fundamenta apenas das competências técnicas, mas também nas humanas, carinho e respeito (COSTA, et al., 2012).

Nesse contexto, observa-se a necessidade da ampliação do foco de atenção dos profissionais de saúde às mulheres em tratamento do câncer de mama, diante das suas características estigmatizantes, incluindo as referências socioculturais do contexto das pessoas que vivenciam o processo de ter um câncer. Para a enfermagem, isso significa uma forma de ir além da dimensão biológica do cuidar, no entendimento da construção junto com as mulheres acometidas pelo câncer, de estratégias para cuidado em consonância com suas concepções, vivências e expectativas, com objetivo de proporcionar o aumento da sobrevivência com qualidade de vida.

3 METODOLOGIA

3.1 Tipo de estudo

Ao fazer jus à profundidade e nuances subjetivos atrelados ao objeto de estudo, esta trata-se de uma pesquisa descritiva com abordagem qualitativa, fundamentada nas narrativas de vida. Segundo Gil (2011), a pesquisa descritiva tem como objetivo maior descrever o que caracteriza uma população ou fenômeno, inclusive, busca fazer levantamentos de opiniões, atitudes e crenças de uma população.

A metodologia qualitativa trata de uma realidade que não pode ser quantificada, por se trabalhar com o universo dos significados onde o pesquisador se insere no mundo dos participantes para observar, ouvir, fazer, perguntar e coletar dados disponíveis, entendendo-os como parte da realidade social (MINAYO, 2011).

Decidiu-se utilizar nessa pesquisa o método Narrativa de Vida, que possibilita, por meio do ato de ouvir o outro em profundidade, criar um espaço terapêutico mediante a abordagem integral do indivíduo, ao considerar as dimensões biológica, psicológica, social e cultural. Essa escuta sensível coloca o sujeito como autor e protagonista de sua própria história, e não o restringe a um número/dado ou uma informação. Nesse processo, o escutar é preocupar-se e estar com o outro, o que torna uma ação de cuidado (SANTOS; SANTOS, 2008).

Acredita-se que esse método do estudo possibilitou o aprofundamento nas sutilezas e particularidades das mulheres entrevistadas. No que diz respeito a esses tipos de investigações, tendencialmente a enfermagem tem procurado maior aproximação com os participantes do estudo, na busca de escutá-los, e não apenas tratá-los como simples objetos de pesquisa (MORAES; NERY, 2012).

3.2 O Método Narrativa de Vida

As narrativas de vida ou história de vida emergiram das Ciências Sociais, apresentam dois conceitos distintos ao diferenciar *life history* (história de vida) e *life story* (estória de vida). A *life history* implica a inclusão de documentos para comprovar a narrativa, como dossiês médicos, registros policiais, artigos jornalísticos, entre outros, sendo muito utilizada pela historiografia nas formas de

autobiografia e estudos de caso. Na *life story*, por sua vez, base utilizada nesta pesquisa, não existe a necessidade de comprovação porque a narrativa da pessoa é valorizada como aspecto principal e único para a compreensão dos fenômenos (BERTAUX, 2010).

Neste estudo, foi utilizada a terminologia narrativas de vida, mesma expressão introduzida na França por Daniel Bertaux, sociólogo natural deste país e precursor na utilização do método. Durante muito tempo, o termo consagrado em ciências sociais era “história de vida”, que consistia na tradução literal da expressão americana *life history*, mas verificou-se que esse termo apresentava inconveniências, como o de não distinguir a história vivida por uma pessoa e a narrativa que ela poderia fazer da sua vida. Para Bertaux, a concepção proposta consiste em considerar que a narrativa de vida acontece a partir do momento em que o sujeito conta a outra pessoa um episódio qualquer da sua experiência vivida, que significa que a produção discursiva do indivíduo tomou a forma narrativa (BERTAUX, 2010).

De acordo com Bertaux (2010), as narrativas de vida têm significados diversos e a sua construção é o modo como o indivíduo representa os aspectos vivenciados que considera relevante para a situação atual ou ainda quando as experiências do passado funcionam como uma reelaboração da situação vivenciada.

Para Bertaux (2010), por mais particulares que possam ser as narrativas de vida, serão sempre relatos de práticas sociais, relatos da maneira como o indivíduo insere-se e atua no mundo e no grupo do qual ele faz parte. Dessa forma, as narrativas de vida poderiam até ser chamadas de “narrativas de práticas em situação”.

O método narrativas de vida permite que informações da essência subjetiva das pessoas sejam obtidas e, dessa forma, tentar compreender o universo que as integra. A melhor maneira de conhecer as perspectivas e experiências de alguém é por meio da sua própria fala, dando-lhe a liberdade de expressar livremente sobre sua experiência pessoal em relação ao assunto indagado pelo entrevistador (SILVA et al., 2007; SANTOS; SANTOS, 2008).

O referencial em questão, também permite ao pesquisador aprender a ouvir o outro que vivenciou a situação objeto de estudo, oferecer escuta, dar voz a quem tem/teve sua voz calada, tendo-o como alguém ativo no estudo, um parceiro. Esse processo ocorre por meio de uma escuta comprometida, participativa e engajada,

em que há possibilidade daquele que narra sua história, ao construir a narrativa de sua vida, de se reconstruir, refletir sobre a sua vida enquanto conta, deixando vir à tona aspectos particulares da sua vivência. É possível, inclusive, identificar uma dimensão terapêutica proporcionada pela história de vida (SPINDOLA, SANTOS, 2003; SANTOS, SANTOS, 2008; MORAES, NERY, 2012).

Nesse sentido, é importante colher e compreender relatos de pacientes portadores de doenças que causam estigmas e estressores como é o câncer, que confronta o sujeito com a questão do imprevisível, da finitude e da morte. Essa, como toda doença potencialmente letal, traz a ideia de perda do corpo saudável, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida (ALMEIDA, GUERRA, FIGUEIRAS, 2012).

As investigações na enfermagem objetiva maior aproximação com os sujeitos do estudo, procurando escutá-los numa relação emancipatória e não apenas tratá-los como amostras. Assim, as narrativas de vida constituíram-se como relevante norte científico e prático para este estudo.

3.3 Período e cenário de pesquisa

Desenvolveu-se este estudo no período de maio a julho de 2016, em um Hospital Filantrópico, referência Norte e Nordeste no atendimento em oncologia, situado no município de Teresina, capital do Piauí. Sua atuação no tratamento do câncer tem contribuído para a saúde pública do Estado do Piauí e das regiões fronteiriças, com imensa repercussão social, criando oportunidade de cura ou, no mínimo, garantindo melhor qualidade de vida para os portadores dessa enfermidade (HSM, 2013).

A instituição dispõe de diversos serviços de cuidados, ensino e pesquisa com ênfase no paciente com câncer, destes, é específico da enfermagem, o Grupo de Estudos de Enfermagem em Oncologia (GRECON) que atua nos aspectos clínicos e de promoção da saúde para os pacientes em tratamento oncológico intra e extra hospitalar visando a sensibilização para o autocuidado e qualidade de vida das pessoas. Além do GRECON, destaca-se a atuação do Grupos de Estudos de Curativos (GREC) que se detém ao tratamento de enfermagem nas feridas oncológicas.

Neste hospital, é notória a atuação do serviço de psicologia junto à equipe de enfermagem e multiprofissional que desenvolvem diversas atividades no grupo de apoio “Amigas do Peito” que tem o intuito de minimizar o sofrimento causado pela doença e oferecer suporte emocional aos pacientes assistidos pela instituição na fase de tratamento e pós tratamento do câncer de mama. O grupo se reúne quinzenalmente, tem uma população flutuante de quinze mulheres, em que são desenvolvidas práticas como Terapia Comunitária, que é um espaço de fala e escuta em que são compartilhadas experiências de dor, sofrimento e superação do câncer de mama, e a yogoterapia, dentre outras práticas alternativas, que é conduzida por uma profissional voluntária (HSM, 2013).

3.4 Participantes do estudo

As participantes foram mulheres atendidas em um Hospital Filantrópico, que obedeceram aos seguintes critérios de inclusão:

- ✓ Possuir diagnóstico médico de neoplasia mamária;
- ✓ Está em tratamento ambulatorial com medicação antineoplásica;

Não fizeram parte deste estudo, as participantes que atenderem ao critério de exclusão a seguir:

- ✓ Mulheres que possuíssem diagnóstico de alguma condição degenerativa, neurológica e/ou fonética, que impossibilitasse o diálogo consistente.

Ressalta-se que para a determinação da quantidade de participantes será feita uma seleção aleatória por meio de convite verbal das pacientes presentes na instituição hospitalar durante o período de realização do estudo em campo.

O presente estudo tem um número de 11 mulheres participantes. A quantidade real de participantes foi definida pela demanda no campo e dependeu da qualidade de informações obtidas. Esse critério para o número de relatos a serem coletados é baseado no considerado ponto de saturação de Bertaux (2010), momento em que os relatos se tornam repetitivos ou não acrescentam fatos novos ante os depoimentos anteriormente coletados.

3.5 Produção e análise dos dados

A aplicação do pré-teste do instrumento de produção de dados ocorreu no mês de abril de 2016, no ambiente hospitalar em que a pesquisa foi desenvolvida. Para tanto, foram selecionadas duas participantes que não fizeram parte da amostra da pesquisa e foi aplicado o instrumento. Durante o processo de teste e validação, foi possível verificar que ao pedir às participantes da pesquisa que contassem sua história a respeito de sua vida que tivesse relação com o adoecimento com câncer de mama, elas apresentaram dúvidas se havia restrição de tempo nas falas e se poderiam falar tudo. As dúvidas foram sanadas e levadas em consideração para as entrevistas efetivas.

O encontro começava pedindo à participante da pesquisa que contasse sua história conforme ela quisesse, falando livremente, por meio de uma entrevista aberta, dizendo “*Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com o adoecimento pelo câncer de mama*”, interferindo o mínimo possível, a não ser para esclarecer algum detalhe, nortear e estimular a fala do interlocutor.

Quanto a isso, optamos por seguir as recomendações de Glat e Pletsh (2009) e Reis (2012), ao recomendarem que o interlocutor uma escuta atenta, porém, não passiva, mas com cautela para não abordar nenhum tema que não tenha sido trazido à tona pelo entrevistador.

Concomitante à aplicação do instrumento, foi realizada gravação em áudio com smartphone, aplicativo MaterRec^R, no momento em que as participantes foram avisadas a princípio. Também foi utilizado um diário de campo, em que se registraram impressões e reflexões do pesquisador, gestos, atitudes e sentimentos aflorados das participantes. Detalhes que ajudaram e foram utilizados posteriormente no momento da análise dos relatos. Durante os depoimentos, muitas mulheres se emocionaram em alguns momentos, outras falavam com tom de voz baixo, timidamente em alguns pontos.

Imediatamente após a realização da entrevista, a mesma era transcrita pelo pesquisador, conservando os erros gramaticais presentes na linguagem informal. Posteriormente, foram corrigidos alguns destes erros para que a leitura ficasse mais compreensível para o leitor, e outros foram mantidos, visando manter a originalidade e espontaneidade do discurso.

O processo de transcrição das entrevistas permitiu lembrar o encontro e a emoção que ele comporta e, a análise desses relatos, possibilitou encontrar respostas para as questões formuladas e descobrir o que está subjacente aos discursos dos sujeitos, perpassando o que é aparentemente comunicado, o não dito.

Depois de transcritos, os depoimentos foram submetidos à análise temática que segundo Bertaux (2010), que consiste em descobrir nos relatos os núcleos de sentido correspondentes ao tema, a partir do desmembramento do texto em unidades para, posteriormente, realizar a categorização. Esta etapa consiste em agrupar expressões, tópicos mais frequentes ou ideias em função de seus caracteres semelhantes ou que possuam associações, que emergem do discurso dos entrevistados.

De acordo com Glat e Pletsh (2009) a principal vantagem deste tipo de abordagem é que garante que a tendência observada ou os fatos considerados dignos de interesse científico, são os apontados pelos próprios participantes, e não aqueles que o pesquisador, prioritariamente, achava que ia encontrar para comprovar sua hipótese, mas sim pelos informantes, por suas experiências de vida. Ao fazer o relato, o participante está ao mesmo tempo compartilhando com o entrevistador uma análise avaliativa e prospectiva.

Os relatos nem sempre correspondem ao real ou o que se espera, tendo em vista que importará o sentido que a pessoa atribui a sua realidade, de forma que, na análise posterior dessa fala, o indivíduo seja visto como social, pois a partir da sua vivência, tem-se acesso à sua cultura, valores, ideologias e meio social. (SILVA et al., 2007).

A leitura realizada é densa, visando compreender o máximo do que os relatos revelavam, até surgirem novas informações e significados com conteúdos semânticos. A partir da primeira leitura permitiu conhecer o teor dos depoimentos; posteriormente, foi grifado com cores distintas o que mais chamava atenção nos depoimentos e visualizadas as anotações do diário de campo relacionada ao momento; após esta etapa, foram preparados glossários correspondentes aos assuntos mais debatidos relacionados com as expressões e emoções observadas durante as falas que foram registradas no diário de campo e analisou-se o que foi destacado e, por meio da técnica de recorte e colagem, foram recortados dos relatos e agrupados os núcleos de sentido com maior frequência de aparição e que traziam

significado para o objetivo do trabalho e realizada a categorização para a construção das categorias temáticas.

3.6 Aspectos éticos e legais

O projeto foi submetido para a análise do Comitê de Ética de Pesquisa da Universidade Federal do Piauí, sendo aprovado pelo parecer de número **1.607.566** (ANEXO – A). A pesquisa foi desenvolvida dentro das diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde, a qual se refere à pesquisa com seres humanos e destaca a proteção ao bem estar dos indivíduos pesquisados, bem como o respeito aos valores culturais, morais, religiosos e éticos (BRASIL, 2012c).

A partir da permissão do comitê de ética em pesquisa, foi encaminhado um ofício de solicitação de autorização para a coleta de dados ao Centro de Estudos e Pesquisa do Hospital, sendo obtida posteriormente a autorização (ANEXO – B).

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados são apresentados a partir das narrativas de vida das mulheres participantes do estudo. De início, tem-se a caracterização sociodemográfica, reprodutiva e história familiar destas mulheres. Posteriormente, para ajudar a conhecer cada uma delas, traz-se brevemente a história de vida narrada que tinha relação com o adoecimento por câncer de mama. Na terceira parte, são apresentadas as quatro categorias temáticas que emergiram dos discursos das entrevistadas, a saber: Da alteração mamária ao diagnóstico; Influências socioculturais durante o tratamento; Práticas de enfrentamento do câncer de mama; Perspectivas após o adoecimento. Por seguinte, discute-se a interface das histórias narradas com as contribuições para o processo do cuidar em enfermagem.

4.1 Caracterização socioedemográfica, reprodutiva e de história familiar

Quadro 1. Caracterização das participantes quanto aos dados sociodemográficos. Teresina PI, 2016.

P	Idade	Escolaridade	Estado civil	Procedência / Residência	Ocupação	Cor	Religião	Renda Mensal
P1	66	1º grau completo	Casada	Campo Maior – PI / Urbana	Aposentada	Preta	Católica	1 a 2 SM
P2	33	1º grau incompleto	Solteira	Tanque do Piauí – PI / Urbana	Do lar	Parda	Católica	Menos de 1 SM
P3	36	1º grau incompleto	Solteira	Lagoa Alegre – PI / Rural	Vendedora	Branca	Católica	Menos de 1 SM
P4	56	2º grau completo	Casada	Piripiri – PI / Rural	Artesã	Parda	Católica	1 a 2 SM
P5	68	Analfabeta	Casada	Campo Maior – PI / Urbana	Aposentada	Preta	Umbandista	1 a 2 SM
P6	54	2º grau completo	Casada	São Raimundo Nonato – PI / Urbana	Técnica em Enfermagem	Branca	Católica	1 a 2 SM
P7	49	2º grau completo	Solteira	Teresina – PI / Urbana	Monitora infantil	Parda	Evangélica	1 a 2 SM
P8	62	Analfabeta	Viúva	Teresina – PI / Urbana	Do lar	Parda	Católica	Menos de 1 SM
P9	37	2º grau completo	Solteira	Florianópolis – PI / Urbana	Vendedora	Branca	Evangélica	1 a 2 SM
P10	57	Superior completo	Viúva	Teresina – PI / Urbana	Professora	Parda	Não tem	3 a 4 SM
P11	56	Analfabeta	Casada	Codó – MA/ Rural	Lavradora	Preta	Católica	Menos de 1 SM

Legenda: P: Participante; SM: Salário mínimo (R\$ 880,00); PI: Piauí; MA: Maranhão

As participantes tinham idade entre 33 e 68 anos, três delas disseram serem analfabetas e apenas uma possuía ensino superior completo. No momento da entrevista, cinco referiram estarem casadas e quatro solteiras. Quanto à procedência das mulheres, sete viviam no interior do estado do Piauí, permaneciam na capital, Teresina, apenas no período dos ciclos de quimioterapia e internações clínicas. Somente três participantes residiam na zona rural de suas cidades e uma era procedente do estado vizinho, Maranhão.

Em uma revisão sistemática, Rosa (2012) extraiu dos estudos que a média de idade nacional e mundial das pacientes portadoras de câncer de mama é acima de 50 anos, e os estudos evidenciaram que o avanço da idade representa um fator de risco para o câncer de mama, de modo que a incidência dobra a cada dez anos a mais vividos até a menopausa.

Destaca-se a baixa ênfase descritiva da literatura quanto a alguns dados sociodemográficos como, estado civil e religião, que podem trazer informações sobre o perfil cultural das participantes, além do grau de escolaridade que junto à baixa renda, constituem-se como importantes fatores de risco, já que podem influenciar no acesso destas mulheres a serviços de saúde, práticas de autocuidado e adoção de medidas de detecção precoce para o câncer de mama (GONÇALVES et al., 2010).

No que diz respeito à profissão/ocupação, duas estavam aposentadas, duas relataram serem do lar, duas trabalhavam como vendedora, uma professora e outra trabalhava também com educação no acompanhamento escolar de crianças, uma das mulheres vivia de artesanato, outra era técnica em enfermagem e uma era lavradora.

Quando autorrefererem a cor, cinco disseram serem pardas, três brancas e três pretas. Quanto à religião, sete mulheres eram católicas, duas evangélicas, uma umbandista e um referiu não ter religião. No que tange à renda mensal, seis participantes disseram receber entre um e dois salários mínimos mensais, quatro referiram viver com menos de um salário mínimo e uma mulher receber entre três e quatro salários mensais.

Conforme enfatizados no **quadro 2**, alguns dados reprodutivos e a história familiar são utilizados nos estudos de fatores de risco para o câncer de mama. Aqui, colhemos informações acerca desses elementos de vida das mulheres participantes.

Quadro 2. Caracterização das participantes quanto aos dados reprodutivos e história familiar. Teresina PI, 2016.

P	Idade da menarca	Idade da menopausa	Número de partos	Lactação	TRH	História familiar
P1	12	50	Múltipara	Não	Não	Não
P2	10	-	Múltipara	Não	Não	Não
P3	13	-	Múltipara	Sim	Não	Não
P4	14	49	Múltipara	Sim	Não	Sim
P5	13	50	Nulípara	-	Não	Não
P6	13	53	Múltipara	Não	Não	Não
P7	11	-	Múltipara	Sim	Sim	Sim
P8	13	54	Múltipara	Não	Não	Sim
P9	12	-	Nulípara	-	Não	Sim
P10	12	52	Nulípara	-	Não	Não
P11	11	55	Múltipara	Sim	Não	Não

Legenda: P: Participante; TRH: Terapia de Reposição Hormonal.

No que concerne à idade da menarca, compreenderam entre 10 e 14 anos, sendo que quatro mulheres tiveram a primeira menstruação com 13 anos. Quanto à menopausa, sete mulheres já haviam passado pela última menstruação, destas, a faixa etária compreendeu entre 49 e 55 anos.

Oito mulheres eram múltiparas, e três nunca haviam parido. Destas oito, quatro participantes referiram que amamentaram seus filhos e outras quatro disseram não amamentaram.

Em um estudo realizado por Silva e Riul (2011) envolvendo mulheres que faziam tratamento para o câncer de mama (idade de 30 a 66 anos), verificou-se que a média de idade da menopausa foi de 51 anos, discordando da literatura quanto ao fator de risco menopausa tardia (>55 anos), pois não houve em nenhum dos casos de câncer do estudo.

Por outro lado, no estudo de Gonçalves et al. (2010), realizado em Aracajú, Sergipe, envolvendo mulheres em tratamento do câncer de mama, encontraram uma considerável associação dessa doença com a idade da menopausa tardia e uma menor predominância da menarca como fator de risco. Apesar disso, o Ministério da Saúde (2008) defende que os fatores de risco relacionados à vida reprodutiva da

mulher como: menarca precoce (<11 anos), menopausa tardia, nuliparidade, lactação, dentre outros, são bem estabelecidos.

Quanto à lactação, o Ministério da Saúde afirma que a associação da prevenção do câncer de mama através da lactação requer mais estudos, mesmo assim, acredita-se nos benefícios diante do fato de que a mulher que amamenta tem o período de amenorreia de lactação, perde peso ou gordura corporal e tem uma maior proteção para o câncer no período da menopausa (BRASIL, 2006).

No nosso estudo, apenas uma mulher mencionou já ter sido submetida à terapia de reposição hormonal (TRH). Em uma pesquisa realizada em Maringá, Paraná, envolvendo mulheres com faixa etária entre 40 e 69 anos, Matos, Pelloso e Carvalho (2010) constataram que a maioria das participantes acometidas por câncer de mama (69,2%) não fizeram terapia de reposição hormonal.

Um fator de risco considerado pertinente é a história familiar de câncer de mama, principalmente em parentesco próximo, como mãe e irmã. Entre as entrevistadas, sete relataram não ter história familiar de câncer de mama, enquanto quatro disseram que sim.

Nesse contexto, a literatura confirma que o risco aumenta de duas a três vezes quando a mulher possui mãe ou irmã com câncer de mama, sendo que se for ambas, o risco aumenta mais, principalmente se foi diagnosticada antes dos 50 anos (BRASIL, 2012a). Assim, nesta pesquisa, apesar de não se deter ao aspecto quantitativo, consideram-se relevantes os valores associados à história familiar, por constituir boa parte das participantes.

4.2 Apresentação sinóptica da história de cada uma das participantes

Para ajudar a conhecer as participantes e facilitar a compreensão da vivência narrada, apresenta-se brevemente um resumo da história relatada por cada uma delas.

A participante 1 (P1) é uma idosa acompanhada da filha mais nova. Usa peruca e mantém um terço na mão durante a sessão de quimioterapia. A princípio, percebeu caroços na mama esquerda e escondeu da família, passou a intensificar as orações e frequentar mais a igreja, já que referiu saber “que aquela alteração na mama não era coisa boa”. Certo tempo, não conseguia disfarçar tanto a preocupação, que era perceptível pela filha caçula, a única das três que residia com

a senhora e a quem resolveu contar a situação. A mulher ficou enraivecida pelo fato da filha ter falado sobre o caso de saúde da mãe para o restante da família, mas mesmo assim conseguiu motivá-la a ir numa consulta ginecológica em Teresina. Durante a consulta com a médica, a senhora não conseguia expressar sobre o caso, necessitando da filha intermediar. Depois de passar por exames que confirmaram o câncer de mama e só agora durante o processo de tratamento, a idosa percebe que foi imprescindível a ajuda da filha.

A participante 2 (P2) é a mais jovem das mulheres entrevistadas. Com 33 anos de idade, vem de uma pequena cidade do interior do estado, possui dois filhos adolescentes e uma história de vida um tanto “tumultuada”. Primeiro porque saiu de casa muito cedo quando engravidou pela primeira vez aos 16 anos, sendo rejeitada pelo próprio pai. Nesse período, deixou de estudar e passou a se dedicar a família que estava construindo em união conjugal estável com o pai da criança que esperava. Em pouco tempo, eles já tinham dois filhos e viviam na zona rural do seu município. Por um acidente de trabalho na construção de uma rodovia, o seu companheiro faleceu, e a mulher passou a cuidar das crianças sozinha. Foi aí também que ela se reaproximou da sua família, e seu pai já não era tão rude como antes. Um tempo depois, começou novo relacionamento, casou e foi morar na zona urbana da cidade com suas crianças e o marido, que demonstrava ser carinhoso. Esse relacionamento manteve estável até o adoecimento por câncer de mama e isso é umas das situações que mais a angustia. Agora, em tratamento, ela conta com a ajuda financeira e emocional da família, dos filhos, exceto do marido que a abandonou e foi embora para uma cidade vizinha.

A participante 3 (P3) mostrava-se bastante atenciosa e preocupada com o seu estado de saúde. Apesar de não haver terminado o ensino médio, ela procura ler todas as informações sobre o câncer de mama e participa de palestras sobre a temática como ouvinte e também dando depoimentos para ajudar outras mulheres no processo de enfrentamento. A justificativa disso, ela refere que ao ser diagnosticada ficou “sem chão”, se viu numa depressão e o que a fez reagir e ter forças para continuar seu tratamento foi o apoio da sua família e a fé que ela tem em Deus. Agora, ela consegue falar sobre o câncer de mama numa boa, não tem mais vergonha da cabeça sem cabelos porque a família a aceitou e principalmente, ela se aceitou naquela situação e, atualmente visa compartilhar esse sentimento de superação com demais mulheres em sofrimento por essa mesma doença.

A quarta participante (P4) me recepciona com um sorriso enorme no rosto. Carismática, consegue cativar todos os profissionais de enfermagem e de outras áreas que trabalham no setor de quimioterapia e recebe um carinho recíproco. Confidenciou que sempre levou a vida daquela maneira, sorrindo e, que a única situação que a deixou entristecer foi o câncer de mama. Ela se emociona só em pensar que a vida dela nessa época de descobrimento da doença foi caracterizada por extremos, em que uma pessoa muito de bem com a vida se tornou extremamente triste e até com pensamentos suicidas. Outro fator que repercutiu muito na vida da senhora, foi por conta dela ter deixado de trabalhar, por recomendação médica, como artesã por ser um trabalho estritamente manual. Ela se dedicava à arte em barro e isso, além de ser uma fonte de renda era uma terapia para ela. O processo de negação foi intenso também. Ela se perguntava o porquê de ter sido acometida pela doença já que ela buscava ser uma pessoa boa e não fazer mal a ninguém. Ainda mais, havia o medo do que poderia acontecer com o elo familiar, medo de seu esposo procurar outra mulher “saudável”, conta ela. Um turbilhão de emoções que a deixava entristecer em um momento que só agora ela percebe que poderia ter sido mais forte.

A participante 5 (P5) é uma mulher idosa, negra e apegada a fé. Com cabelos ralos, em decorrência da queda por quimioterapia, fez do lenço que ganhara do grupo de mulheres, como um turbante que enfeita a cabeça, valorizando sua cultura. Estava a todo o tempo acompanhada do seu esposo, um senhor muito receptivo que demonstrava prestar toda atenção e carinho à senhora. Ela conta que descobriu primeiro uma alteração mamária do lado direito “como se fosse um nódulo” durante o banho, procurou assistência médica e foi conduzida para Teresina. Confessa que ficou realmente muito triste a princípio, mas que teve o apoio do seu grupo religioso (Umbanda) e de sua mãe de santo, que chamou de mãe Maria. A senhora não possui filhos, os familiares moram em outra cidade próxima, por isso contou com a ajuda do seu marido e da vizinhança que também foi muito presente. Durante o tratamento, realizou mastectomia parcial no quadrante superior externo da mama direita, e têm restrições com o braço do lado operado. Isso é uma das únicas insatisfações dela, por referir da dificuldade de dançar no terreiro e realizar movimentos.

A fala da sexta participante (P6) é arraigada de introspecção e tristeza. Uma das únicas mulheres que participaram que não deu um sorriso. Talvez, o que grande

parte das participantes revelava haver superado, esta mulher ainda passara. Refere que só a distância da sua cidade no sul do estado do Piauí para Teresina, já a deixava bastante estressada. Apesar da demonstração de intransigência da participante, aos poucos foi aberto o diálogo, contou que trabalhava como técnica em enfermagem e que por “labutar” com tanta gente doente nunca estamos preparados para está do outro lado, como pacientes. Falou que descobriu a doença na consulta de rotina com a médica ginecologista no próprio local de trabalho, e que se decepcionou ao saber que a médica consultada havia comentado com outras pessoas do mesmo local onde trabalhavam sobre as alterações encontradas na sua mama. Mas o que havia a deixado mais triste em todo esse processo foi o fato das colegas de serviço terem se afastado dela quando mais precisava, conta. Nesse momento, a participante que passava uma imagem tão forte, deslanchou e chorou copiosamente. Isso realmente a deixou entristecida por conta dela ser uma pessoa bastante conhecida na cidade, possuir muitos vínculos que ela pensava ser de amizade, além de outras informações distorcidas que a comunidade comentava, supondo que ela havia contraído alguma doença que precisava usar banheiro separado e não compartilhar copos e talheres para não transmitir.

A participante 7 (P7) trabalhava como monitora e educação infantil, percebeu uma massa na mama esquerda após massageá-la depois que uma criança acidentalmente bateu com o braço. Deixa claro que adora crianças e diz que até nisso as crianças a ajudaram, pois só depois desse evento no trabalho, ela percebeu que havia algo errado na mama e procurou assistência médica. Ela sabia que deveria ter um cuidado maior quanto ao câncer de mama, pois sua mãe havia falecido por conta dessa doença, mas era omissa e não gostava de tocar muito no assunto por lembrar-se do sofrimento da mãe. Mesmo assim, mostrava-se bastante confiante com o tratamento, fala da sua fé inabalável e tem um discurso de confiança única em Deus.

A oitava mulher a participar (P8) é uma idosa que demonstrava timidez, precisando de uma interação maior por parte do entrevistador. Diz ser analfabeta e sempre trabalhou em casa, cuidando dos filhos e do marido. Dos quatro filhos todos adultos, dois moram em outras cidades e os outros dois residem em Teresina, mesma cidade que ela, mas possuem suas famílias e moram em outros bairros. Com isso, viveu grande parte dos últimos anos apenas com o esposo, que faleceu há dois anos. Ela revelou que foi a maior dor que ela passou na vida quando seu

“bem” se foi, porque era um companheiro da vida inteira e construíram família e história juntos. A senhora atribui o aparecimento do câncer na mama a essa perda por conta da tristeza profunda. Depois que ficou sozinha em casa e que foi diagnosticada com câncer de mama, foi morar na casa do filho mais novo, a nora e uma neta criança, mas refere sentir falta da sua casa e de suas coisas, revela atrito com a mulher do filho. Observo um rosário religioso, na sua mão enquanto se submete à quimioterapia, fala que sua fé a deixa mais forte e é isso que a motiva ir à busca do tratamento.

A participante 9 (P9) relata que sempre esteve vigilante nos cuidados com as mamas, participava de reuniões de educação em saúde mamária na sua cidade pelo motivo de sua tia de primeiro grau, já ter feito o tratamento para a doença e com isso, ela passou a se cuidar mais e também adquiriu muito conhecimento. Comunicativa, conversa com a equipe que trabalha no setor, diz está satisfeita com assistência, contudo reconhece que as enfermeiras deveriam conversar mais com os pacientes, ao tempo em que justifica que as profissionais não fazem isso por conta da demanda de serviços ser muito grande. Vaidosa, usa lenço na cabeça e anda com maquiagem. Diz não conseguir expor a cabeça sem cabelos na sua cidade natal por conta do preconceito das pessoas, que ficam todas observando. Brincalhona, refere andar bonita porque ainda espera encontrar um grande amor. Por outro lado, diz ter sofrido muito quando descobriu a doença, porque ela que cuida dos pais, e ajuda no sustento financeiro da família, sendo isso o fator que a deixou mais preocupada. Depois que foi diagnosticada com câncer de mama, passou a frequentar a igreja evangélica e isso influenciou demais na aceitação da doença. Assim, ela se diz feliz e confiante no que vem pela frente.

A participante 10 (P10) é professora de língua portuguesa, não possui filhos, já foi casada, mas agora está solteira e mora só. Bem articulada comunicativamente, conta detalhadamente que percebeu assimetria nas mamas e retração do mamilo da mama esquerda quando se olhava no espelho. Aquilo a deixou desesperada e angustiou-a ainda mais num momento, em que sempre se questionava qual o sentido da vida. Apesar disso, nunca pensou em suicídio, mas confessa que realmente entrou em processo de depressão. Refere não seguir nenhuma religião, mas acreditar em Deus, nas coisas boas que ele proporciona na vida e que todo o estressor que se passa serve como experiência de vida e aprendizagem. Diz aceitar o destino que vier seja a vida ou a morte.

A última mulher participante (P11) vem do estado vizinho, Maranhão. É trabalhadora rural e demonstra pouco empoderamento nos cuidados com a própria saúde. Parece tímida, mas aberta ao diálogo quando estimulada. Marcas de cicatrizes nos braços, pele com manchas escurecidas, está com um lenço na cabeça, mas não apresenta alopecia por quimioterapia. Nesse caso, usar um lenço na cabeça faz parte da cultura dela e das mulheres que trabalham no campo, para diminuir exposição ao sol. Diz que a doença surgiu pelo esforço físico e o trabalho braçal porque apareceram várias “ínguas” nas axilas e ela resolveu ir ao posto de saúde. Mostrou para a enfermeira que a examinou e encaminhou para uma referência. Durante o diálogo, ela referiu que a doença já existia em seu corpo, mas ganhou força por conta da tristeza, depois que um filho faleceu há cinco meses. Caracteriza como a maior dor que uma mãe pode passar.

Das falas emergiram quatro categorias temáticas: Da alteração mamária ao diagnóstico; Influências socioculturais tratamento; Práticas de enfrentamento do câncer de mama; Perspectivas futuras após o adoecimento.

4.3 Narrativas de vida das mulheres portadoras do câncer de mama

4.3.1 Da alteração mamária ao diagnóstico

O diálogo das mulheres evidenciam os sentimentos diante da descoberta de uma alteração mamária, emoções que são arraigadas de dúvidas e incertezas quanto ao suposto processo de adoecimento pelo câncer, que pode ou não ser estabelecido a partir da continuidade das investigações para a instituição do diagnóstico.

Neste estudo, percebeu-se que as mulheres que descobriram alterações mamárias, demonstraram nos relatos que estas foram observadas indiretamente e/ou detectada de forma acidental. Nesse sentido, Figueiredo et al. (2009), afirma que o nódulo mamário é, geralmente, o sintoma inicial em uma mulher com neoplasia da mama, sendo a queixa principal que a leva a procurar os serviços de saúde.

Apesar do supracitado, o Ministério da Saúde não recomenda o autoexame das mamas isoladamente como estratégia de detecção precoce do câncer de mama, mas sim a indicação de que esse exame realizado pela própria mulher faça

parte das ações de educação em saúde que contemplem o conhecimento do próprio corpo (BRASIL, 2013).

Eu vi que tinha caroço quando eu estava tomando banho. Era pequeno e outras vezes eu mexia e não encontrava. Mas como fiquei muito pensativa naquilo toda hora, fui marcar uma consulta. P3 Assim normalmente, encontrei uns “nodulozinhos”, eram pequenos, mesmo assim eu fiquei preocupada. Como estava perto do dia de fazer a ‘prevenção’, deixei para mostrar para a médica ou então para a enfermeira lá. P4

Tinha uma coisa estranha, diferente do normal na minha mama. A gente percebe sim. Fui logo procurar me cuidar. P10

Observou-se que o descobrimento por meio do toque ao próprio corpo foi essencial para que as mulheres procurassem assistência em saúde, seja ela na busca de agendamento de uma consulta específica para falar do caso ou na oportunidade da consulta ginecológica, quando elas são submetidas ao exame de *papanicolaou*, momento em que aproveitam para sanar dúvidas relacionadas à saúde em geral e de grande importância para a ação dos profissionais, inclusive o enfermeiro na consulta de enfermagem, que deve ser integral na valorização das queixas e anseios da pessoa como o todo.

Na continuidade da investigação e havendo a confirmação de que aquele achado é um tumor, a mulher passa por várias fases de conflito interno que oscilam e iniciam no processo de negação da doença (MOREIRA, CANAVARRO, 2010). Verificou-se através da fala da P1, quando resolve esconder a doença e não falar para ninguém, que o processo de negar a doença é árduo e muito frequente:

“eu percebi uns carocinhos desse lado (aponta para a mama esquerda), mas não quis dizer para ninguém porque eu já sabia que não era coisa boa, uma coisa que aparece assim do nada, porque eu não tinha isso. Aí não queria que ninguém soubesse, nem eu mesma queria saber, não queria acreditar”. P1

Diante dos impactos emocionais associados à doença, o câncer de mama interfere negativamente com o imaginário das mulheres, pois o medo de descobrir-

se com a doença, bem como a percepção de invulnerabilidade que gera a negação de está com câncer, surgem como um obstáculo que afasta as mulheres dos meios que poderiam garantir o diagnóstico precoce e o sucesso do tratamento. Nesse contexto, observou-se também o processo de negar no diálogo de P4 quando busca outras causas em situações hipotéticas para explicação dos achados em sua mama, se esquivando da possibilidade de ter um câncer.

Não vou mentir, primeiro eu pensei que tinha machucado meu peito em algum lugar, por isso estava diferente, como se tivesse uma coisa dura por dentro. Mas quando fui fazer os exames que deu o câncer eu pensei que não fosse suportar. Primeiro pensei que fosse um castigo, mas nunca gostei de confusão, nem de fazer mal a ninguém, por isso eu me perguntava: Porque eu, meu Deus? Aquilo não entrava na minha cabeça. P4

Outro aspecto verificado nas falas de P4 quanto ao processo de negação, é reforçado quando é gerado um questionamento interno e pensamento conflituoso no momento em que se pergunta os motivos dela está com a doença. As palavras referenciadas remetem ao que elas sentem após o diagnóstico e mesmo até a uma antecipação de sentimentos das mulheres quanto ao possível diagnóstico de câncer de mama, considerando os preceitos de Kübler-Ross (1997) ao estudar as fases do adoecer e morrer, na qual inclui a negação como uma das atitudes dos pacientes, dentre cinco estágios.

Tais atitudes são justificadas pelo fato do diagnóstico de câncer confrontar o sujeito com a questão do imprevisível, da finitude e da morte, como uma doença potencialmente letal, que traz a ideia de perda do corpo saudável, a perda da sensação de invulnerabilidade e a perda do domínio sobre a própria vida (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012). Podemos destacar falas que caracterizam esses sentimentos:

Eu senti muito medo, foi o pior medo da vida. Medo da morte, dela está cada dia mais perto. P7

Foi o dia mais triste da minha vida. P10

Quem estava comigo quando fui ver os resultados dos exames era minha cunhada. O médico falou que realmente era um câncer e que precisava fazer todo o tratamento. Naquela hora tentei ser forte, mas não consegui, me bateu um desespero, medo de morrer. [...] (choro) Comecei a chorar lá mesmo na sala do médico. P3

Verifica-se nas entrevistadas, quando relatam sobre as vivências diante do diagnóstico, um discurso permeado de sentimentos relacionados a desespero e ao medo da morte. Conforme exposto por Cangussu et al. (2010), o primeiro contato com a doença gera angústia, tanto nas mulheres como nos familiares, podendo ser acompanhada, por sintomas depressivos, clima de estresse constante, frustração na realização de desejos e necessidades, perda da autoestima, perda da privacidade e liberdade, perda da identidade, alterações na qualidade de vida, constantes mudanças nas relações interpessoais, dentre outras alterações.

As narrativas apresentadas revelam que grande parte das mulheres entrevistadas descobriram alterações mamárias por si próprias, principalmente pelo acaso e não na realização de autoexame mamário fundamentado no adquirido por educação em saúde. Essa fase de descobrimento de alterações na mama é coberta de sentimentos negativos principiado pelo desespero, observado na fala de todas as participantes e em outras verificou-se um processo intenso de negação da doença. Quando instituído o diagnóstico, os sentimentos se intensificam e perfazem os nuances do medo, incertezas quanto ao futuro e diálogos interrompidos por choro.

4.3.2 Influências socioculturais durante o tratamento

As mudanças nas rotinas de vida das mulheres após a descoberta do câncer de mama são inúmeras e, além de um ajustamento interno que é intrínseco à pessoa que convive com o câncer, a mulher como ser social, vivencia aspectos externos, ambientais e socioculturais que podem influenciar positiva ou negativamente no processo de adoecimento.

O tratamento para o câncer de mama é altamente traumatizante para a mulher, visto que a mama, de símbolo da feminilidade da mulher passa a ser observada agora como fonte da doença. Uma vez que haja a mastectomia ou a perda dos cabelos pela quimioterapia, que culturalmente são padrões de beleza da

mulher, ocorre o sentimento de inferioridade e medo da rejeição (JASSIM; WHITFORD, 2014). Assim, o que se pode perceber nos relatos feitos por P4 e P6 é o fato delas se sentirem profundamente envergonhadas, com a sensação de que a situação consequente do tratamento causasse repulsa nas pessoas que as rodeiam e vergonha por sair do padrão de beleza predominante nos seus meio de vida.

Era vergonha, porque o cabelo começou a cair muito de uma vez por causa da química e eu não queria sair de casa. O povo olha, em cidade pequena as pessoas debocham das outras. P4

Não queria que ninguém me olhasse, primeiro foi por causa da cirurgia. Tive que tirar a mama, quer dizer, só uma parte. Eles ajeitaram, colocaram a reconstrução, mas mesmo assim eu tinha muita vergonha, era estranho. P6

Sabe-se que as mamas além de desempenharem um relevante papel fisiológico em todas as fases do desenvolvimento feminino que vai desde a puberdade à idade adulta, também representam culturalmente um símbolo de identificação da mulher e sua feminilidade anunciadas pelo erotismo, sensualidade e sexualidade. Ao reforçar isso, Fernandes e Mamede (2003), afirmam que as mamas são fontes simbólicas da vida e da maternidade e, por isso, sua perda não se reflete somente na estética da mulher, mas na sua feminilidade.

A doutora falou que primeiro seria a cirurgia. Eu pensei, meu Deus, ficar sem meus seios. Uma mulher sem os peitos. [risos] Mas é assim mesmo. Foi o jeito, mas eu achei estranho. P1

Precisou fazer a cirurgia na mama. Eu chorei tanto nesse dia que a médica falou que ia precisar. Até porque sou jovem, solteira, pensei muito como o outro ia me olhar, me ver. P3

Os relatos de P1 e P3 reafirmam a percepção das mulheres na associação das mamas com a feminilidade e o posicionamento como mulher na sociedade, em que isso reflete a preocupação com o tratamento cirúrgico citado pelas participantes,

que é a mastectomia. Percebe-se que esta é uma das experiências mais tristes descritas pelas mulheres entrevistadas, repleto de mais incertezas e tabus.

A descoberta da necessidade de uma mastectomia é uma surpresa para a mulher, tanto que ela geralmente não tem tempo de se preparar para enfrentar a situação. Assim, a mastectomia, sobretudo, um impacto psicológico e social por conta dos medos e estigmas da doença, traz uma ideia de mutilação, dor, perda da atração sexual, impotência que se manifestam por atitudes de exclusão social (SILVA; CRESPO; CANAVARRO, 2012).

O preconceito enfrentado pelas mulheres portadoras de câncer mamário é evidenciado em relação à aparência física e sexualidade, esse último fator leva a outra dificuldade a ser enfrentada no tratamento, o retorno à vida sexual e alterações na vida conjugal. A maioria delas tem vergonha de se mostrar nua na frente de seu parceiro, implicando em insegurança, o que dificulta o enfrentamento desta doença (COSTA, et al., 2012).

Ele (marido) me abandonou quando eu mais precisava [silêncio]
Acho que ficou com vergonha de mim ou porque sabia que eu ia ficar feia, sem cabelo e doente, sei lá? Isso me contrariou muito e me deixou mais doente e poderia ser diferente se ele tivesse me ajudado. [choro] Foi, assim, um susto. Eu nunca esperei isso dele. Ele sempre muito carinhoso e bondoso, dava atenção aos meninos (filhos). Primeiro eu pensei que ele estava com outra mulher, fiquei com aquilo na cabeça, tentei investigar, mas não conseguia até porque ele foi embora da cidade. Antes dele sair, eu perguntava o porquê, mas ele não respondia, foi frio. Ninguém merece passar por isso. P2

Os relatos de P2 sustenta a hipótese criada pela maioria das mulheres com câncer de mama quando temem a rejeição dos companheiros. A participante foi abandonada pelo marido quando descobriu o câncer de mama e chora copiosamente ao relembrar tal situação, que ela mesma atribui com algo que impulsionou seu processo de adoecimento, que poderia ter sido contrário, ao receber o apoio do marido ao invés da rejeição.

Para Blanco-Sánchez (2010), os problemas sexuais são mais comuns entre casais que já os apresentavam antes do estabelecimento da doença ou tratamento,

e entre mulheres que valorizam muito a aparência e as sensações que podem experimentar em seus seios. No caso da P2, ela refere ao contrário, que o companheiro sempre foi muito atencioso e tratava com carinho, e essa questão do abandono criou clima de incompreensão e deu abertura para a criação de mais sentimentos negativos.

A separação ou abandono da mulher se configuram, também, como uma pequena morte, uma morte em vida, já que o outro continua a existir, mas deixa de fazer parte do convívio, sendo necessário reelaborar essa perda para conseguir retomar o equilíbrio psicológico, mas o processo de resignificação da própria vida sem o outro se torna ainda mais difícil quando há baixa autoestima, baixa autoconfiança e vínculos afetivos frágeis que foram potencializados e ocasionados pelo motivo do adoecimento (DOLINA, et al. 2013).

No caso em questão, sobre a vida da P2, ocorreu uma mistura e intensificação de sentimentos negativos, o que Dolina et al. (2013) apresentam como a configuração de um círculo reforçador de negatividades, e isso acarreta o agravamento da doença, ao trazer a morte e outros sentimentos ruins vistos quando o diagnóstico de câncer, que afastam a esperança de cura que se associam agora a outro sofrimento relacionado a não manutenção de sua relação amorosa.

Tal situação apontada, aumenta claramente o sofrimento e também o estigma que a doença pode causar, que por outro lado, podem está relacionados à percepção do outro e o nível de conhecimento que repercute em conceitos inadequados quanto ao câncer de mama e à quem está doente.

Envolvendo questões de estigmas, o câncer de mama faz com que a mulher passe por intenso sofrimento psíquico. Algumas bloqueadas pelos sentimentos, as mulheres com câncer afastam-se de seu círculo social e familiar, por enfrentarem uma constante perda de identidade nessas relações e sofrerem por situações preconceituosas quanto à doença (ARAÚJO; FERNANDES, 2008). Podemos verificar na fala a seguir, algumas conjunturas que traçam a associação do câncer com estigmas sociais:

As pessoas da minha cidade diziam que eu havia 'prego' uma doença ruim, venérea. Que eu tinha que usar um copo separado e se afastaram de mim [choro]... Eu ficava triste pela doença e também por isso, preocupada com meus filhos e que isso poderia afetar eles.

Apesar de eu ter total certeza que isso não tem nada a ver, eu sei que câncer de mama não é transmitido, eu tenho conhecimento, o meu sofrimento era pelo falatório. P6

As pessoas me perguntavam como eu havia ficado doente, já que era tão saudável. Isso me revoltava. Porque ninguém pede para ficar doente. Mas eles perguntavam assim porque pensavam que é uma doença que se ‘pega’ assim do nada, tipo tuberculose ou então na relação sexual, porque teve uma vizinha que morreu do câncer de útero e dizem que foi passado pelo marido dela, que era mulherengo. Essas histórias aí me deixavam chateada e triste. P9

Os relatos de P6 e P9 estimulam a discussão dos estigmas vivenciados por mulheres com câncer de mama. Ambas as falas trazem a tona as questões de nível de conhecimento e da cultura local da região em que as mulheres residiam. As duas são de cidades do interior do Estado do Piauí, possuíam o ensino médio completo, demonstravam conhecimento acerca do câncer de mama consideravelmente bom para o senso comum, mas eram atingidas pelo preconceito alheio, fato que repercutia negativamente no seu processo de tratamento.

Aos aspectos citados pelas mulheres desse estudo, somam-se a concepção de cultura, em que é conceituado por Freire (2010) como tudo aquilo que é criado pelo homem, resultante de sua capacidade de captar o mundo e de transformá-lo, de estabelecer relações de diálogo com outros homens, que consiste dessa forma em criar e recriar, e não em repetir.

A interface entre essas questões socioculturais e os cuidados de enfermagem nos remete à reflexão da Teoria da Diversidade e Universalidade do Cuidado Cultural de Leininger, ao definir que cada cultura tem a sua forma, seus padrões, suas expressões e estruturas para conhecer, explicar e predizer o estado de bem-estar, assim como padrões de comportamento relacionados ao processo saúde-doença e os universos sociais e culturais onde ocorrem (LEININGER, 1991).

Diante das vivências e influências socioculturais nas mulheres com câncer de mama, deve ser prestado o cuidado transcultural, que segundo Leininger (1991) é carregado de significado na integralidade do cuidado ao ser humano, fato indispensável para o conhecimento, para a explicação, para a interpretação e predição do fenômeno “cuidar” na enfermagem. O cuidado cultural em seus

conceitos, expressões, padrões e formas estruturais podem ser utilizados de forma diferente ou similar, e estas formas são comuns em todas as culturas do mundo.

Essas mulheres participantes exteriorizaram suas percepções das vivências quanto ao sofrimento relacionado ao câncer de mama, acerca das questões culturais de seu meio de convívio, seja ele familiar, conjugal ou social. Os discursos nesse âmbito, que muitas vezes são desmerecidos durante a assistência de enfermagem, refletem a necessidade de envolver-se o diálogo para vislumbrar os aspectos culturais das pacientes com câncer mamário, e partir disso, embasar o cuidado em enfermagem na trajetória de vida da paciente, ao esclarecer dúvidas, desmistificar tabus e sensibilizar a mulher para aquisição de conhecimento a respeito da doença de forma que favoreça o enfrentamento.

4.3.3 Práticas de enfrentamento do câncer de mama

As repercussões que sucedem o diagnóstico da neoplasia mamária para as mulheres são em sua maioria vivenciadas de forma negativa, pois é um momento de intenso sofrimento, por se depararem com a sensação de aproximação da morte, além do medo de se tornarem dependentes e não aceitas socialmente por conta das alterações físicas advindas do tratamento.

A partir do diagnóstico confirmado, a paciente vê a sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar, pois o câncer de mama pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. Isso traz implicações no seu cotidiano e nas relações com as pessoas no seu contexto social (BAGHERI; MAZAHERI, 2015). Nesse sentido, a partir da percepção que as mulheres têm de si mesmas, de seus valores e sua história de vida que elas se autoavaliam e enfrentam o câncer mamário, cada uma à sua maneira, conforme observado nas falas.

Quem me ver sorrindo assim não sabe o que passei. Foi muito difícil, eu não aceitava de maneira alguma está com essa doença. Cheguei até pensar em me matar, que Deus me livre... mas eu sempre me perguntava: Porque eu? [...] Agora, eu me sinto mais leve, eu sempre fui feliz, voltei a ser o que eu era antes, brinco com todos aqui, conto piada, sorrio de mim mesma, essa é a forma que eu levo a vida. P4

É um abalo muito grande se ver doente, mas a gente precisa reagir, um hora precisa. Se você se entregar para essa doença, a situação fica pior. P10

No início eu confesso que não sabia o que fazer, vontade de chorar todo tempo. Mas depois eu percebi que o caminho não é esse. Eu pensei muito em tudo, nos meus filhos, meus sobrinhos, em como eu teria força para continuar trabalhando. [...] E foi por eles que passei a me cuidar mais, se não, acho que já teria ido (alusão à morte). P7

As informantes falaram das dificuldades vividas e do que as motiva a continuar lutando contra o câncer. O diálogo traduz um abalo muito grande na vida de quem adoece pela doença, com sentimentos de incerteza de como continuar a vida cotidiana e os compromissos com trabalho e o cuidado da família, uma função culturalmente desenvolvida pelas mulheres, chegando a algo mais extremo como o pensamento suicida, de interrupção dos dias de vida diante do desespero vivenciado pela P4.

Dessa forma, as mudanças no trabalho, lazer, relações familiares e sociais são provocados mais por problemas psicológicos nas mulheres com câncer de mama, de uma maneira em que as pacientes e seus familiares assumam papéis impostos pela fatalidade do adoecimento, interrompendo planos e ideais futuros (FERNANDES; MAMEDE, 2003).

Concorda-se com Silva et al. (2012), quando elucidam que não só pelas sequelas advindas do tratamento, mas também pelo estigma ainda presente, vivenciar o câncer de mama pode significar a privação da sociabilidade cotidiana, segregação, interrupção do curso normal da vida para as mulheres enfermas e suas famílias.

Para suprimir grande parte dos sentimentos ruins que fazem parte do cotidiano das mulheres com neoplasia mamária, elas relatam a importância de mudança de postura quanto à visão de si mesma, algo que não é fácil adquirir sozinha, mas em função da família, como afirma P7, que pensava muito nos filhos e sobrinhos, e isso a deixou mais forte para seguir o tratamento.

Os pensamentos e preocupações na família são comuns acontecerem já que o câncer de mama e seu tratamento interferem na identidade do ser feminino e nas rotinas de vida da mulher, o que leva a sentimentos de baixa autoestima, de

inferioridade e medo de rejeição do parceiro, quando se afastam do ideal de mulher, as doentes com câncer de mama julgam-se incapazes de poder gratificar e proporcionar experiências positivas, tanto a seus companheiros quanto a seus filhos (QUINTANA et al., 1999).

Isso se justifica, por conta da mulher desde menina, desenvolver uma identificação pessoal com os caracteres e valores da mãe, baseada na aprendizagem gradual de um modo de ser familiar na vida diária, fazendo com que a personalidade feminina se defina e assim, qualquer evento que possa ameaçar as possibilidades de vinculação a outrem repercute intensamente na dinâmica emocional da mulher; muito mais em se tratando de evento de tão sérias consequências como o proporcionado pelo câncer de mama, que lhe remove o ícone mais expressivo de sensualidade, de intimidade, de cuidado e de responsabilidade pelo outro (MOURA et al., 2010).

Por outro lado, a participação da família pode contribuir para que a mulher acometida por câncer de mama lide melhor com o estresse associado aos tratamentos, cujas implicações físicas podem gerar sérias alterações na autoimagem das mulheres e na sexualidade dos casais. Assim, espera-se que a família desempenhe diferentes papéis e execute tarefas complexas que envolvem apoio emocional, compartilhar responsabilidades de tomada de decisão e comunicação com profissionais de saúde (TAVARES; TRAD, 2010). Desta forma, no que diz respeito ao apoio emocional, a família assume uma posição primordial na vida e no enfrentamento das mulheres com câncer de mama, como podemos observar na fala das participantes:

O que me deu mais força foi minha família. [...] minha família mesmo de sangue. Outros me abandonaram e se afastaram, mas minha família sempre esteve comigo (choro). P1

Recebi e continuo recebendo o apoio deles (da família). [choro] Minha filha largou o emprego para me acompanhar, não sei nem como agradecer. Ela e todos lá de casa, desde quando descobriram a doença. Falta apenas um dos meus filhos, que Deus levou, mas também estava aqui se ainda estivesse vivo. [choro]. P11

Graças a Deus, tenho apoio dos meus filhos, os que não moram aqui perto também são preocupados comigo. Isso vem da atenção que meu marido dava para eles, de ter sempre respeito. Esse que eu moro na casa dele é o mais apegado a mim. Tenho minhas desavenças com a mulher dele, mas mesmo assim ela ajuda é muito. [risos]. P8

Verificamos o reconhecimento, por parte dessas pacientes, que o apoio recebido de seus familiares, foi expresso e contribuiu para ampliar e identificar alguns valores, em especial vínculos afetivos relacionados às suas famílias. O suporte familiar destaca-se como um dos aspectos mais positivos no processo de ajustamento à doença e se constitui como uma importante estratégia de enfrentamento, quando consegue minimizar o desconforto psicoemocional provocado pelos problemas vivenciados.

Considera-se importante, nesse âmbito, a noção de que as relações familiares proveem a maioria dos apoios necessários à manutenção de bem-estar da pessoa adoecida e da própria família e de que os laços de parentesco constituem-se como elementos estruturadores do desenho das redes sociais (MUFATO, et al. 2012).

Além do apoio familiar, a relação entre a religiosidade com o processo saúde/doença auxilia as pessoas a administrarem melhor a vivência da enfermidade ajudando na aceitação da doença, no processo de cura e no vislumbre de um futuro melhor, apesar do sofrimento vivido.

A gente fica muito abalada, porque ninguém espera, 'né'? O que me sustentou mesmo foi minha fé em Iansã e Deus, com isso eu me conformei e com fé eu vou ficar curada. P5

Só Deus mesmo. Ele é quem sabe. Só me resta rezar, para Deus e pelo João (esposo falecido). Com minha reza e lembrança do meu marido eu fico mais forte. P8

Deus tem um propósito para cada um de nós. Depois dessa doença, passei a me aproximar mais de Deus. Antes eu vivia sem me importar com Deus, mas hoje, depois do grupo que participo, sou

outra pessoa. Hoje mesmo depois daqui (da sessão de quimioterapia) vou ao encontro na igreja. P9

O conteúdo das falas revela que o amparo espiritual é responsável por causar nas mulheres, diversas sensações favoráveis ao enfrentamento do câncer de mama, que envolvem a força para superar os desafios que surgem com a doença, alívio diante das incertezas quanto ao prognóstico, confiança na cura e mudança de hábitos religiosos ao se estabelecer uma barganha. Percebe-se, com maior frequência, o nome de Deus nas falas, mas também de outras manifestações religiosas como o nome de Iansã citado pela P5 e ainda a manutenção da figura do esposo já falecido pela P8, o que mostra uma visão ampla do que é ter fé para cada uma delas, fato que está atrelado, mais uma vez, à cultura e ambiente de inserção social de cada pessoa, que deve ser respeitado e levado em consideração durante o diálogo e assistência de enfermagem.

Assim, a referência à figura de Deus, por parte das mulheres, é feita no sentido de buscar o equilíbrio e forças para driblar a doença. Sendo que a crença divina lhes proporciona, muitas vezes, esperança e a certeza da cura, uma vez que Deus é considerado um ser capaz de curar por meio da fé (SOARES, 2007).

Ficou notória, a permanência de um rosário enrolado na mão da P8 durante toda a infusão da quimioterapia e nossa conversa, tal atitude associada às falas dessa entrevistada sugere que a religiosidade faz parte da sua rotina. Por outro lado, a P9 refere que passou a se aproximar das questões religiosas após o adoecimento por câncer de mama, isso evidencia a fase de barganha referenciada por Kübler-Ross (1997) nas fases do adoecer e morrer. Entende-se que o passar pelo adoecimento por câncer de mama possa intensificar as manifestações espirituais ou instigar a descoberta do apoio religioso como algo favorável no processo de enfrentamento da doença.

Em um estudo realizado com mulheres portadoras da neoplasia mamária, Furtado et al. (2016) perceberam que todo o sofrimento experimentado pela maioria das entrevistadas na vivência do câncer, parece ter direcionado as participantes a uma aproximação com o universo divino, visto que a fé e/ou a religiosidade podem se apresentar como um recurso para a superação e aceitação da doença.

É essencial entender que os termos "espiritualidade" e "religião" estão relacionados, mas, apesar de muitas vezes serem utilizados como sinônimos, esses

conceitos não apresentam as mesmas características, em que a espiritualidade é mais ampla e está relacionada a um conjunto de valores próprios, completude interior, harmonia, conexão com os outros (BARTON-BURKE; BARRETO JÚNIOR; ARCHIBALD, 2008).

O incremento da religiosidade e a participação nas atividades da igreja ou lugar de reunião, parece tornar um ambiente harmonioso para as mulheres com o câncer, além disso, a inserção nos grupos que tem como cunho principal a religião, podem favorecer o diálogo de temas que abordem o sofrimento e que são problemas sociais, como é o caso do câncer de mama. Isso estimula a criação de uma rede social, que pode ajudar no apoio de outras pessoas em sofrimento por meio dos grupos terapêuticos, que levam difusão de informações, escuta e diálogo. Nesse sentido, observou-se o contexto da P3, que ao ajustar-se à sua condição de doente com câncer, passou a multiplicar explicações e compartilhar experiências com outras mulheres que passam por esse problema de saúde:

Passei a participar no grupo da igreja, e levei o tema o câncer na mama para ajudar outras mulheres que têm a doença. Aí quem quiser pode ir procurar a gente para conversar ou é só marcar que vou na casa da pessoa. Eu falo sobre a doença, que realmente não é fácil esse tratamento, mas que não é o fim do mundo. Eu que já passei pela doença e ainda hoje faço essa quimioterapia sei como é.

P3

Observa-se na fala de P3, que ela ao relatar que já passou pela mesma experiência, traz certo conforto às outras mulheres portadoras do câncer mamário e isso lhes mostra que existe um caminho para superar esta fase. Ao compartilharem suas experiências, percebem que não estão sozinhas na luta contra o câncer de mama, ao falar da doença e da mastectomia sem medo da rejeição e preconceito, podendo surgir novas amigas e uma estratégia de enfrentamento mútuo (FERNANDES; MAMEDE, 2003; SANTOS; TAVARES; REIS, 2012).

No hospital em que a pesquisa foi ambientada, existe um grupo de pesquisa específico do serviço de enfermagem em oncologia que visa prestar assistência às mulheres com câncer nos seus diversos âmbitos. Porém, observa-se ainda, uma prática atrelada à visão tecnicista, em que as discussões são predominantemente

voltadas às infecções de cateteres, linfedemas e orientações gerais do tratamento prestadas pelo profissional enfermeiro, em que apenas ele fala, o que acaba por desmerecer os anseios da mulher e não favorece a integralidade da assistência.

Compreende-se que nas estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres participantes, foram estabelecidas práticas focadas na mudança de postura emocional, suporte familiar, na religião e espiritualidade, associada com a busca de apoio emocional em grupos religiosos e por fazer parte de grupos de ajuda, foram às formas encontradas pelas mulheres para ajustarem-se às situações postas pelo câncer de mama em suas vidas.

4.3.4 Perspectivas após o adoecimento

Discutiu-se anteriormente, que o recebimento do diagnóstico de câncer mamário e a convivência com a doença acarretaram densas mudanças na vida das mulheres acometidas e na maneira de como eles veem o mundo. As participantes que estavam já há algum tempo do diagnóstico e mais tempo de tratamento, demonstraram um processo de aceitação da doença e reavaliaram sua experiência com o câncer, passando a vê-la de forma mais positiva, ao transmitirem outros sentimentos e se demonstrarem mais fortalecidas para enfrentar as limitações de vida.

O adoecimento por câncer de mama provoca inquietações e interfere no cotidiano de vida das portadoras, ao aflorar sentimentos que vão desde a ideia de aproximação com a morte baseado nas circunstâncias sociais a partir do que foi vivido e reflexões de vida passada e a sua resignificação. Com base nisso, Mufato et al. (2012), trazem à tona a compreensão de que essa resignificação do vivido se torna mais intensa na experiência de adoecimento por câncer, frente às modificações que provoca, forçando à produção de rearranjos para a manutenção do cotidiano.

Particularmente, levo uma filosofia de vida muito leve, mesmo antes do câncer. Gosto muito de ler, me informar e me cuidar, por isso estou aqui. [risos] Após a doença, só confirmei o que sinto, aceito mais ainda meu destino e vou buscar o melhor para mim,

independente do câncer. Quando eu vencer isso aqui, vou continuar trabalhando, só que com outra visão de mundo. P10

Vou sair dessa sim! Às vezes precisamos passar por isso para procurar um rumo na vida, ver tudo de outra forma. Quero voltar a trabalhar, comprar minha casa própria e arranjar um namorado [risos]. P9

Observa-se que P10 e P9 referem que ocorreu ressignificação dos seus valores e de suas vidas, após vivenciarem o câncer de mama, no recomeço de vida ou outras visões do mundo e projetos para o futuro. Diante das falas, percebe-se que essas mulheres reconheceram que o fato de ter câncer de mama contribuiu para algumas mudanças positivas nas suas vidas, na afirmação de uma filosofia de vida, em atividades prazerosas e melhora da autoestima para conseguir realizações pessoais e uma companhia amorosa, por exemplo.

Desse modo, Silva et al. (2010), consideram que ao mesmo tempo em que esse temor gera sofrimento e angústia, ele também leva as mulheres a tomarem consciência da necessidade de mudar os hábitos de vida, implicando na valorização da vida e na intensificação dos cuidados com a saúde.

Duas participantes enfatizaram questões de adaptações físicas, que passaram a fazer parte da rotina depois do tratamento com mastectomia. Elas relataram situações vivenciadas nesta etapa, que as levaram a novos anseios. Essa situação de limitações físicas decorrentes da mastectomia trazem repercussões no comprometimento da imagem corporal, mas as mulheres mantiveram pensamentos positivos frente à adaptação.

Fico ainda preocupada com esse braço aqui (aponta para braço esquerdo) que é do lado do peto operado. Porque eu trabalho com as crianças e elas pesam, tem que ficar vigilante nas atividade para proteger elas de acidentes durante a recreação. Só fico preocupada com isso, mas posso pedir para mudar de função lá no trabalho. Não sei se vou gostar, mas só em está voltando para o trabalho já é muito bom. P7

Vou precisar ter um cuidado para sempre com esse lado que foi feita a cirurgia na mama. Vou precisar me acostumar. O importante é ficar tudo bem, ficar curada. Essa questão de cuidado a gente resolve. P4

As limitações físicas do braço e as alterações da vida diária mostram-se responsáveis pela sensação de déficit no nível de autonomia das mulheres com neoplasia da mama. Mesmo em se tratando de mulheres que já conviviam com a doença há pelo menos um ano e que finalizaram o tratamento cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico, uma série de eventos estressores, relacionados ao adoecimento, ainda se mantém presentes em suas vidas (SILVA; SANTOS, 2010).

A dificuldade e/ou impossibilidade de realizar algumas atividades cotidianas, sejam elas domiciliares e no ambiente laboral, são consequência de toda a terapêutica do câncer mamário que, com frequência, deixam uma série de sequelas físicas, como as limitações no movimento do membro superior homolateral à mama mastectomizada devido, por exemplo, à retirada dos linfonodos axilares e às queimaduras advindas da radioterapia (HUGUET, et al. 2009).

Outro fator de extrema importância na experiência de viver com câncer de mama é o fato de reinventar-se, de buscar voltar às suas condições e estilo de vida normal. Podemos classificar essa busca como resiliência, que se configura como um fenômeno caracterizado essencialmente pelos seguintes aspectos: a presença de condições adversas significativas, que constituem fatores de risco, frequentemente associados à ocorrência de desajustamentos biopsicossociais, e a demonstração de padrões de adaptação positiva diante da exposição do indivíduo a esses fatores de risco (REPPOLD et al., 2012). Evidencia-se esse processo de buscar um ajustamento positivo para condição de doente, a partir das seguintes falas:

Tudo é questão de fé e confiar. Eu confio que vou ficar boa, vou viver uma vida normal depois, claro que vou ter mais cuidado de saúde e fazer o acompanhamento. Mas vou passar por isso. Ainda vou fazer muita coisa nessa vida. P7

Já passei por tanta coisa nessa vida e sempre passa. As coisas ruins passam. Acho que eu tinha depressão antes do câncer na mama, parece que fez foi aflorar. Superei isso tudo, vou buscar ser feliz. P3

Verifica-se nos diálogos da P7 e P3 a disposição no desenvolvimento de resiliência, em que apesar do enfrentamento de uma situação tão severa, como o câncer de mama, passaram a si compreenderem não apenas como paciente, mas como um ser autônomo que precisaram ter controle e participar ativamente das decisões que fazem parte do processo de construção de sua superação.

Os diversos apoiadores como, família, amigos, profissionais, representantes de religiosidade e espiritualidade devem atuar ajudando os seres humanos adoecidos na busca por novos instrumentos para promoção de seu processo de resiliência (OLIVEIRA, 2009).

Nos cuidados de casa minha família me ajuda. Se eu precisar de ajuda em qualquer sentido tenho pessoas que me amam. Outras questões eu vou fazendo sozinha, como passo mais tempo agora em casa, reparei que consigo fazer outras coisas que eu nem imaginava. [...] Por exemplo, maquiagem, aprendi no grupo (grupo de apoio) e agora faço em mim, faço nas vizinhas. [risos] P9

Observa-se vários elementos de resiliência e superação na percepção colocada pela P9. Esses elementos observados na fala, em que para cada problema são sobrepostas soluções, são caracterizados como fatores de proteção, considerados intrínsecos ou adquiridos por cada ser humano diante de uma adversidade.

Para a construção da resiliência alguns fatores de proteção são de grande relevância, como características de personalidade, assim como ter uma família apoiadora e a disponibilidade de sistemas de apoio externo que a auxiliam a lidar com a adversidade (RUTTER, 2006).

Desta maneira, pode-se fomentar possíveis fatores de proteção com o intuito de dar suporte para o enfrentamento e ressignificar as adversidades vividas. Os fatores de proteção se constituem em características potenciais na promoção de resiliência, uma vez que minimizam os eventuais efeitos negativos ou disfuncionais na presença do risco, além da possibilidade de modificar, melhorar ou alterar a resposta pessoal diante de um perigo qualquer (PAULA JUNIOR; ZANINI, 2011; FERREIRA; SANTOS; MAIA, 2012).

Percebeu-se nesse estudo, o incremento de reflexões na vida das mulheres, fato que representa importante oportunidade para mudanças existenciais positivas, que serão consideradas para todo o resto da vida e que culminam numa reavaliação de valores e práticas, após o adoecimento por câncer de mama.

Nesse contexto, no estudo realizado por Ramos e Lustosa (2009), verificou-se nas mulheres participantes com câncer de mama, maior dedicação e proximidade da família e de si própria, valorização das coisas simples da vida, preocupação em ajudar outras mulheres no enfrentamento do diagnóstico e tratamento do câncer de mama partilhando sua experiência, a fim de encorajá-las e motivá-las na luta contra essa condição.

A caracterização de mulheres sobreviventes ao câncer de mama, conforme o grau de resiliência, poderá contribuir com os profissionais de saúde para o fortalecimento das potencialidades e promoção de novas formas de enfrentamento das dificuldades dos indivíduos, especialmente dos que manifestam baixo grau de resiliência (ANDRADE; SAWADA, BARICHELO, 2013).

Aqui ficou evidente que em certa fase do adoecer por câncer de mama, as mulheres tendem a um processo de aceitação, buscam ressignificações para a vida, identificam limitações físicas, além das emocionais, para as atividades de vida cotidiana, mas apresentam soluções e fatores de proteção ao estabelecer a resiliência e mostrarem-se otimistas frente a tantas adversidades. Essas atitudes caracterizam as perspectivas futuras das mulheres com câncer de mama e auxiliam aos profissionais de enfermagem no agir em busca da aceitação, reabilitação e reinserção da mulher como ser social.

4.4 Interface das vivências de mulheres com câncer de mama e o cuidar em enfermagem

Os efeitos de um adoecimento por câncer de mama são destrutivos para a mulher, desde a fase de descobrimento de alteração mamária, seja ela individualmente ou nos exames de rastreamento. Tais consequências envolvem circunstâncias que atingem as mulheres portadoras desde seus aspectos biológicos, psíquicos e socioculturais, que para tanto, devem ser considerados e trabalhados durante todo o processo de adoecer.

Vimos que quando se dá o diagnóstico de câncer de mama, são intensificados ou estabelecidos na mulher os sentimentos de incertezas quanto a vida, ideia de aproximação com a morte, medos e ansiedades quanto ao tratamento por quimioterapia, angústias no que diz respeito a possibilidade de passar pelo procedimento de mastectomia.

Assim, o papel do enfermeiro numa atenção integral é fundamental nesse processo tão complexo, cujo comprometimento da autoimagem traz traumas de ordem física, emocional e social, podendo influenciar de forma negativa a evolução do seu tratamento e recuperação (EWALD; DANIELSKI, 2013).

A mulher mastectomizada passa por um processo de doença por um tempo muito longo e, várias de suas necessidades humanas básicas estão alteradas. Portanto, é preciso que haja uma assistência de enfermagem efetiva de forma a auxiliá-la nesse processo com o menor número de danos (PRIMO et al., 2010).

Nesse caso, identificou-se nos relatos apresentados neste estudo, que ocorre um sofrimento psíquico perverso, e que por está associado, em alguns casos, a uma série de adaptações físicas, o cuidar não pode ser fragmentado, mas sim holístico.

As mulheres entrevistadas referiram o sofrimento pelo preconceito e estigmas atrelados ao conviver com o câncer na mama. Esses sentimentos vivenciados são consequência das questões socioculturais e meio em que a mulher está inserida. Dessa forma, as culturas possuem características próprias de cuidar, podem desenvolver conhecimentos e uma prática genérica de cuidado, e estas características são influenciadas pela visão de mundo, linguagem, religião, contexto social e político, educacional, econômico, teológico, etno-histórico e ambiental de cada cultura em particular (LEININGER, 1991).

Na experiência prática, o processo de enfermagem baseado nesta teoria transcultural de Madeleine Leininger está composto por várias etapas, nas quais a enfermeira aproxima-se do cliente ao identificar os cuidados culturais e desenvolve as ações de cuidados, ora os preservando, ora os acomodando ou ora os repadronizando (MOURA; CHAMILCO; SILVA, 2005).

Uma ações com mulheres portadoras de câncer de mama que pode ser implementada pelo enfermeiro, condiz com os círculos de cultura criados por Paulo Freire, que se constituem como estratégia efetiva para a promoção da saúde, pois acredita-se que propicie ao grupo que necessita ser ouvida a capacidade de voz e reflexão de suas condutas ao posicionarem-se como protagonistas de sua história

de vida relacionada ao seu quadro atual de saúde/doença, algo que facilita o alcance de uma melhor qualidade de vida.

Ainda envolvendo questões de cultura, cabe vislumbrar uma atenção especial para a necessidade de um olhar mais atencioso para o impacto das crenças religiosas e espiritualidade sobre a doença, pois muitas vezes essas manifestações fazem parte da saúde de um indivíduo e, as pessoas que sentem Deus em suas vidas são capazes de adaptar-se melhor a mudanças imprevistas, como o câncer, acusando a confiança das mulheres em um ser supremo (MOURA, et al. 2010).

Baseado nessas evidências, cabe ao enfermeiro, independente da sua percepção em termos de religiosidade e fé, respeitar e suscitar a ancoragem religiosa em que a mulher com câncer de mama se sustenta, de forma que melhore a autoestima, adesão ao tratamento, enfrentamento e, como consequência favoreça a diminuição do sofrimento dessas mulheres.

O desconhecimento em relação ao processo de adoecimento e as possibilidades de tratamento e recuperação do câncer de mama colaboram para que as pacientes sejam identificadas por imagens associadas à mutilação, à perda do desejo sexual, à invasão da intimidade, à queda dos cabelos e às alterações da feminilidade e, finalmente, à morte. Cabe ressaltar que essas imagens produzidas socialmente, a partir dos discursos que permeiam os interstícios das relações sociais, tornam obstáculos que impedem que a situação de sofrimento seja superada (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009).

A assistência de enfermagem é essencial no tratamento e reabilitação da mulher com câncer de mama, ao sensibilizar a paciente ao esclarecimento da doença e suas opções de tratamento, ao promover o auto-cuidado, oferecer apoio emocional, proporcionando alívio da dor, no incentivo e encorajamento da paciente a encarar a doença e suas possíveis consequências. Entretanto, essa assistência deve estar voltada, não somente nas habilidades técnicas e procedimentos terapêuticos, mas na atenção, na disponibilidade para ouvir e orientar o paciente, oferecendo assim um cuidado digno e humanizado.

A humanização em saúde envolve o trabalho integrado de diferentes profissionais pressupondo, atitudes, valores e comportamentos de respeito, atenção, disponibilidade e carinho de modo a favorecer uma comunicação aberta, partilhada entre equipe de saúde, doente e família (TOCANTINS; LIMA, 2009).

Verifica-se que todo o contexto de vida da mulher submetida ao tratamento de neoplasia mamária altera suas atividades rotineiras e, afeta sua dinâmica social e emocional. Para tanto, faz-se necessário que os profissionais realizem uma escuta ativa desses pacientes e seus familiares de modo a conhecer seus sentimentos e experiências relativas ao processo vivenciado (SANTOS; TAVARES; REIS, 2012).

Nessa interface do conviver com o câncer mamário e cuidar por parte da enfermagem, o planejamento e desenvolvimento de ações voltadas para a mulher com câncer de mama torna-se emergencial, e as ações devem abordar não só os aspectos objetivos da doença, mas, particularmente, os aspectos subjetivos inerentes a esta situação de adoecimento, condição necessária para um cuidado efetivo. Assim, considera-se de suma importância transpor as noções de causa e efeito, incorporando as ideias de sentido, significado, representação, e experiência, no entendimento do processo de adoecer por câncer de mama para nortear toda a prática de enfermagem na atenção a essas pacientes.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

As narrativas de vida das participantes deste estudo despontam que a maioria das mulheres descobriram as alterações na mama pelo acaso e não na realização de autoexame mamário fundamentado no adquirido por educação em saúde. As mulheres ao se depararem com o diagnóstico de câncer de mama sentem desespero, medo da morte e um grande choque e, reafirmam dessa forma, que o câncer ainda é uma doença arraigada de sentimentos negativos, e que pode alterar significativamente o cotidiano de mulheres por ele acometidas em todos os âmbitos do ser mulher.

Pode ser apontado que o câncer de mama e seu tratamento interferem na identidade feminina, em que foi observado sentimentos de baixa autoestima, de inferioridade, medo e do acontecimento de rejeição do parceiro. As mulheres sofreram com as influências socioculturais que estavam inseridas, já que verificou-se o preconceito instituído pelo desconhecimento da doença, por parte das pessoas de sua vivência, isolamento por conta da autoimagem corporal, acarretado pela mastectomia e queda do cabelo, em que tudo isso reforça a ideia de ser uma dos cânceres que geraram mais estigmas.

Diante das repercussões socioculturais que apareceram nesse estudo é fundamental que os enfermeiros tenham uma percepção sobre o cuidado de acordo com as diversas culturas, de forma que fundamente a atenção em saúde no cuidado cultural ao instigar o diálogo com a paciente e fornecer escuta para que isso possa nortear o cuidado de enfermagem prestado, ao esclarecer dúvidas, desmistificar tabus e sensibilizar a mulher para aquisição de conhecimento a respeito da doença de forma que favoreça um ajuste a sua condição de saúde e empoderamento.

Depois de estabelecidas várias repercussões negativas que aumentam o sofrimento, identifica-se a geração de estratégias de enfrentamento adotadas pelas mulheres participantes, que lutam internamente por adquirir práticas focadas na mudança de postura emocional, recebem em grande parte o suporte familiar e reconhecem a eficácia deste no processo, se ancoram na religião e espiritualidade que se mostraram altamente positivas na autoestima e por fazer parte de grupos de ajuda.

As inferências no decorrer das conversas evidenciaram que as mulheres expressaram sua resiliência e mostraram pensamentos positivos frente a tantas adversidades. Assim, estabeleceram um processo de aceitação, a partir dos fatores de proteção que surgiram como, autoestima, a autonomia, a autoconfiança, o otimismo e o humor. As mulheres buscaram ressignificações para a vida, e apesar de estarem cientes das limitações físicas decorrentes da condição de saúde, eram resolutivas e estipulavam soluções para qualquer percalço.

Sugere-se a elaboração de propostas de acompanhamento pela enfermagem, embasada nos preceitos socioculturais que valorizem a mulher na sua subjetividade e integralidade, como por exemplo, a utilização de círculos de cultura em grupos de apoio formado especialmente por enfermeiros, que detêm de conhecimentos clínicos e práticas humanísticas por essência. As ações por meio de círculos de cultura tornam um espaço descontraído, em formato de círculo, norteados por questionamentos e planejado com criatividade, para a geração de sentimentos compartilhados onde a troca de experiência mútua favorece o compartilhamento de emoções a partir das histórias narradas, de forma dinâmica e adaptado à realidade das participantes.

Considera-se que as narrativas de vida das mulheres mostraram sentimentos que se misturaram e que transcenderam ao sofrimento configurado pela doença em si, pela influência do estilo de vida, cultura, significados e fatos do histórico de vida

que adentraram as dimensões do ser feminino e interferiram na autoestima, relações interpessoais e íntimas e assim, no tratamento de modo geral.

Este estudo permitiu aprofundar-se de uma realidade pouco enfatizada nas práticas e serviços de enfermagem no cuidado oncológico, ao trazer da compreensão das narrativas de quem a vivenciou, com um olhar sobre cada peculiaridade de forma subjetiva. Possibilitou abranger aspectos relacionados à vida de mulheres portadoras da neoplasia mamária, como seus anseios, percepções e sentimentos até então não comentados, o modo como repercute na autoimagem, na interação social, questões de relacionamento conjugal, práticas adotadas para o enfrentamento, resiliência, assim como conhecer suas expectativas futuras.

Almeja-se que os resultados evidenciados sejam somados ao campo de conhecimento já estabelecido cientificamente sobre a temática, de forma que contribua para a implementação novas maneiras de prestar os cuidados de enfermagem, ao focar o cuidado integral à mulher, aprimorar e atuar na rede de enfrentamento, desenvolver ações de educação popular em saúde em que a mulher com câncer mamário seja a protagonista do processo, no sentido de oportunizar o empoderamento, com resgate da autoestima e conquista da autonomia. Considerar e atuar com os cuidados de enfermagem nesses aspectos vivenciais às mulheres com câncer de mama são essenciais para sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS

ABRÃO, R. S. et al. Cuidados de enfermagem às mulheres com câncer de mama: revisão de literatura. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife-PE, v. 5, n. 6, p. 1526-33, 2011.

ALMEIDA, T. G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, v.19, n.3, 2015.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Revista de Saúde Coletiva**. v.22, n.3, p.1003-29, 2012.

ALVES, P. C.; SANTOS, M. C. L.; FERNANDES, A. F. C. Stress and Coping Strategies for Women Diagnosed with Breast Cancer: a Transversal Study. **Online Braz J Nurs**, v.11, n.2, p.305-18, 2012.

ANDOLHE, R.; GUIDO, L.A.; BIANCHI, E. R. F. Stress and coping in perioperative period of breast cancer. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.43, n.3, p.703-711, 2009.

ANDRADE, V.; SAWADA, N. O.; BARICHELLO, E. Qualidade de vida de pacientes com câncer hematológico em tratamento quimioterápico. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.47, n.2, p.355-361, 2013.

ARAÚJO, I. M. A.; FERNANDES, A. F. C. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher. **Esc Anna Nery**. v.16, n.1, p.27-33, 2008.

BAGHERI, M.; MAZAHARI, M. Body image and quality of life in female patients with breast cancer and healthy women. **Journal of Midwifery and Reproductive Health**, v.3, n.1, p.285-92, 2015.

BARTON-BURKE, M.; BARRETO JÚNIOR, R.C.; ARCHIBALD, L.I.S. Suffering as a multicultural cancer experience. **Semin Oncol Nurs**. v.24, n.4, p.229-36, 2008.

BERTAUX, D. **Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos**. Natal, RN: EDUFRN; São Paulo, SP: Paulus, 2010.

BLANCO-SÁNCHEZ, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres com câncer de mama. **Index de Enfermería**, v. 19, n. 1, p. 24-8, 2010.

BOFF, L. **Saber cuidar: ética humana, compaixão pela terra.** 8ª ed. Petrópolis: Vozes. 2002.

BORGES, J. B. R. et al. Perfil das mulheres no município de Jundiá quanto ao hábito do autoexame das mamas. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo-SP, v. 54, n. 2, p. 113-22, 2008.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). Resolução nº 159, de 19 de abril de 1993 Dispõe sobre a consulta de Enfermagem. **Resolução COFEN-159/1993.** Rio de Janeiro, 1993. Disponível em: <http://www.cofen.gov.br/resoluco-cofen-1591993_4241.html> Acesso em: 25 de setembro 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Controle do Câncer de Mama. Documento de Consenso.** Rio de Janeiro: INCA, 2004.

_____. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama** / Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

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

_____. Secretaria Executiva. **Programa mais saúde: direitos de todos 2008-2011.** 2. ed. Brasília-DF: MS, 2008b. 100 p. Disponível em:<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/mais_saude_direito_todos_2ed.pdf> . Acessado em: 22 de agosto de 2016.

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

_____. Lei n.º 12.732, de 22 de novembro de 2012. Dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para o seu início. **Diário Oficial da União.** Brasília-DF, 22 de nov. de 2012b. Disponível em:< http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/ato20112014/2012/lei/l12732.htm>. Acessado em: 19 de julho de 2016.

_____. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012.** 2012c. Aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas

envolvendo seres humanos. Disponível em <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em 19 de abril de 2016.

_____. Instituto Nacional de Câncer (INCA). **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Brasil: INCA, 2013. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/>. Acessado em: 17 de julho de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Programa nacional de controle do câncer de mama: controle e garantia da qualidade em mamografia**. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama>. Acesso em 09 de fevereiro de 2016.

_____. Ministério da Saúde. **Estimativa 2016: incidência de câncer no Brasil** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva – Rio de Janeiro: INCA, 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Controle do câncer de mama**. Instituto Nacional do Câncer. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em:<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/acoes_programas/site/home/nobrasil/programa_controle_cancer_mama/conceito_magnitude>. Acesso em 09 de março de 2016.

CANGUSSU, R. O. et al. Sintomas depressivos no câncer de mama: inventário de depressão de Beck – Short Form. **J. Bras Psiquiatr.** v.59, n.2, p.106-10, 2010.

CARVALHO, C. M. R. G. et al. Prevenção de câncer de mama em mulheres idosas: uma revisão. **Rev Bras Enferm.** v.62, n.4, p.579-82, 2009.

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

CLAGNAN, W. S. et al. Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama: estudo caso-controlado. **Rev Bras Ginecol Obstet.** v.30, n.2, p.67-74, 2008.

COSTA, W. B. et al. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **Rev. Mineira de Enfermagem.** v.16, n.1, p.31-37, 2012.

COUGHLIN, S. S; EKWUEME, D. U. Breast cancer as a global health concern. **Cancer Epidemiol.** v.33, n.1, p.315-18, 2009.

DOLINA, J. V. et al. O adoecer e morrer de mulher jovem com câncer de mama. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.18, n.9, p.2671-2680. 2013.

EWALD, F.; DANIELSKI, K. Cuidado de Enfermagem diante do diagnóstico de câncer de mama. **RIES**, v.2, n.1, p. 58-78, 2013.

FERNANDES, A. F. C. et al. Ações para detecção precoce do câncer de mama: um estudo sobre o comportamento de acadêmicas de enfermagem. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n.2, p.215-222, 2010.

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

FERREIRA, C. L.; SANTOS, L. M. O.; MAIA, E. M. C. Resiliência em idosos atendidos na Rede de Atenção Básica de Saúde em município do nordeste brasileiro. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v.46, n.2, p.328-334, 2012.

FERREIRA, S. M. A. et al. A sexualidade da mulher com câncer de mama: análise da produção científica de enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, v.22, n.3, p.835-42, 2013.

FIGUEIREDO, N. M. A. et al. O corpo sadio que adoecer por câncer: um “caranguejo” no corpo. In: FIGUEIREDO, Nélia Maria Almeida de et al. (Org.). **Enfermagem oncológica**: conceitos e práticas. São Caetano do Sul-SP: Yendis, 2009.

FREIRE, P. **Educação e Mudança**. 32 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2010.

FROHLICH, M.; BENETTI, E. R. R.; STUMM, E. M. F. Vivências de mulheres com câncer de mama e ações para minimizar o estresse. **Rev enferm UFPE on line**. v.8, n.3, p.537-44, 2014.

FURTADO, H. M. S. et al. Repercussões do diagnóstico de câncer de mama feminino para diferentes faixas etárias. **Ciências & Saúde**. v.9, n.1, p.8-14, 2016.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas da pesquisa social**. 6ª Ed. São Paulo: Atlas, 2011.

GLAT, R.; PLETSH, M. D. O método de história de vida em pesquisas sobre auto-percepção de pessoas com necessidades educacionais especiais. **Revista "Educação Especial"** v. 22, n. 34, p. 139-154, maio/ago. 2009.

GONÇALVES, L. L. C. et al. Fatores de risco para câncer de mama em mulheres assistidas em ambulatório de oncologia. **Revista de enfermagem, UERJ.** v.18, n.3, p.468-7, 2010.

GUIMARÃES, A. G.; ANJOS, A. C. Y. Caracterização Sociodemográfica e Avaliação da Qualidade de Vida em Mulheres com Câncer de Mama em Tratamento Quimioterápico Adjuvante. **Rev. bras. Cancerol.**, v.58, n.4, p.581- 9,. 2012.

HAUTAMÄKI, K. et al. Opening communication with cancer patients about sexuality related issues. **Cancer Nurs**, v.30, n.5, p.399-404, 2007.

HOSPITAL SÃO MARCOS (HSM). **Histórico.** Teresina-PI, 2013. Disponível em: <<http://www.saomarcos.org.br>>. Acessado em: 11 de agosto de 2016.

HUGUET, P. R. et al. Qualidade de vida e sexualidade de mulheres tratadas de câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, 31(2), 61-67, 2009.

INUMARU, L. E. et al. Fatores de risco e de proteção para câncer de mama: uma revisão sistemática. **Caderno de Saúde Pública.** v.7, n.7, p.1259-1270, 2011.

JASSIM, G. A.; WHITFORD, D. L. Understanding the experiences and quality of life issues of Bahraini women with breast cancer. **Social Science & Medicine.** v.107, p.189-95, 2014.

KÜBLER-ROSS, E. **The wheel of life: a memoir of living and dying.** New York: Touchstone. 1997.

LAGO, E. A. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres frente ao câncer de mama. **Rev enferm UFPE on line**, v.8,n.10, p.3325-3330, 2014.

LEAL, S. M. C.; LOPES, M. J. M.; GASPARG, M. F. M. Representações sociais da violência contra a mulher na perspectiva da enfermagem. **Interface (Botucatu).** v.15, n.37, 2011.

LEININGER, M. **Culture care diversity and universality: a theory of nursing**. New York (USA): National League for Nursing; 1991.

LOBO, S. A. et al. Qualidade de vida em mulheres como neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta Paul. Enferm** v.27, n.6, p. 554-59, 2014

MATOS, J. C.; PELLOSO, S. M.; CARVALHO, M. D. B. Prevalência de fatores de risco para o câncer de mama no município de Maringá, Paraná. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v.18, n.3, 2010.

MEDINA, A. B. C; PENNA, L. H. G. Violência na gestação: um estudo da produção científica de 2000 a 2005. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro-RJ, v. 12, n. 4, p. 793-8, 2008.

MENEZES, R. K. **Equipe de enfermagem frente ao paciente com diagnóstico de câncer: percepções sobre o cuidado** [Dissertação]. Florianópolis: Universidade Federal de Santa Catarina; 2006.

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

MISTURA C., CARVALHO, M.F.A. A. C., SANTOS, V. E. P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **R. Enferm. UFSM**, v.1, n.3, p. 351-359, 2011.

MORAES, S. D. S.; NERY, I. S. Vivência da utilização do método história de vida em pacientes com câncer de mama. **Revista Nursing**, v. 15, n. 170, p. 362-365, 2012.

MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients during the course of the disease. **European Journal of Oncology Nursing**, v. 14, n. 4, p. 263-70, 2010.

MOURA, M. A. V.; CHAMILCO, R. A. S. I.; SILVA, L. R. Transcultural theory and its application in some research of nursing: a reflection. **Esc Anna Nery R Enferm**. v.9, n.3, p.434 – 40, 2005.

MOURA, F. M. J. S. P. et al. Os sentimentos das mulheres pós mastectomizadas. **Esc Anna Nery rev enferm**. v.14, n.3, p.477-84, 2010.

MUFATO, L. F. et al. (Re) organização no cotidiano familiar devido às repercussões da condição crônica por câncer. **Ciênc Cuid Saúde**. v.11, n.1, p.89-97, 2012.

OLIVEIRA, A. C. H. **Resiliência de mulheres em processo de adoecimento e recuperação com câncer de mama**: um estudo transdisciplinar. 2009. 177f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro.

PAULA JÚNIOR, Wanderley; ZANINI, Daniela Sacramento. Estratégias de Coping de Pacientes Oncológicos em Tratamento Radioterápico. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v.27, n.4, p.491-497, 2011.

PETERSON, A. A.; CARVALHO, E. C. Comunicação terapêutica na Enfermagem: dificuldades para o cuidar de idosos com câncer. **Rev Bras Enferm**. v.64, n.4, p.692-7, 2011.

PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.59, n.3, p.351-359, 2013.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO, E. S. F. Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cad. Saúde Pública**. v.23, n.5, p.1061-1069, 2007.

PRIMO, C. C. et al. Uso da Classificação Internacional para as Práticas de Enfermagem na assistência a mulheres mastectomizadas. **Acta Paulista de Enfermagem**, v.23, n.6, p.803-810, 2010.

QUINTANA, A. M. et al. Negação e estigma em pacientes com câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v.45, n.4, p.45-52, 1999.

RAMOS, W. S. R. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres acometidas por câncer de mama. **Health Sci Inst**. v. 30, n.3, p.241-248, 2012.

RAMOS, B. F.; LUSTOSA, M. A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar-SBPH**, v.12, n.1, p.85- 97, 2009.

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

REIS, A. T. et al. A escuta atenta: reflexões para a enfermagem no uso do método história de vida. **Reme – Rev. Min. Enferm.**, v. 16, n. 4, p. 617-22, 2012.

REPPOLD, C. T. et al. Avaliação da resiliência: controvérsia em torno do uso de escalas. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.25, n.2, p.248-255, 2012.

ROSA, L. M. da. **A mulher com câncer de mama do sintoma ao tratamento: implicações para o cuidado de enfermagem.** Tese (Doutorado). UFSC. Programa de Pós – Graduação em Enfermagem, 2012.

RUTTER, Michael. Implications of resilience concepts for scientific understanding. **Annals New York Academy of Sciences**, v.1, p.1-12, 2006.

SALES, C. A. et al. Cuidado de enfermagem ao paciente oncológico na ótica do familiar no contexto hospitalar. **Acta Paul enferm.** Vol. 25, n. 5, p.736 – 742, 2012.

SALIMENA, A. M. O. et al. Mulheres enfrentando o câncer de mama. **REME**, v.16, n.3, p. 339-347, 2012.

SANTOS, L. R.; TAVARES, G. B.; REIS, P. E. D. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. **Escola Anna Nery**. v.16, n.3, p.459-465, 2012.

SANTOS, I. M. M.; SANTOS, R. S. A etapa de análise no método história de vida – uma experiência de pesquisadores de enfermagem. **Rev. Texto Contexto Enferm.** v. 17, n. 4, p. 714-9, 2008.

SCHLOSSER, T. C. M.; CEOLIM, M. F. Qualidade de Vida de pacientes com câncer no período de quimioterapia. **Texto & Contexto Enferm.** v.21, n.3, p.600-607, 2012.

SCORSOLINI-COMIN, F; SANTOS, M. A.; SOUZA, L. V. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de Psicologia - UFRN**, Natal-RN, v. 14, n.1, p. 41-50, 2009.

SILVA, A. P. et al. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método história de vida. **Mosaico: estudos em psicologia**, Belo Horizonte, v. 1, n.1, p. 25-35, 2007.

SILVA, S.; CRESPO, C.; CANAVARRO, M. C. Pathways for psychological adjustment in breast cancer: a longitudinal study on coping strategies and posttraumatic growth. **Psychol Health**. v.27, n.3, p.1323–41, 2012.

SILVA, R. C. F.; HORTALE, V. A. Rastreamento do Câncer de Mama no Brasil: Quem, Como e Por quê? **Revista Brasileira de Cancerologia**. v.58, n.1, p.67-71, 2012.

SILVA, P. A.; RIUL, S. S. Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce. **Rev. Bras Enferm**, Brasília. v.64, n.6, p.1016-21, 2011.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. Estressores pós-tratamento do câncer de mama: um enfoque qualitativo. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v.18, n. 4, p. 688-95, 2010.

SILVA, S. E. D. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.63, n. 5, p. 727-34, 2010.

SILVA, S. E. D. et al. Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão e Saúde**, v. 3, n. 2, p. 727-34, 2012.

SMELTZER, S. C. et al. Brunner & Suddarth. **Tratado de enfermagem médico-cirúrgica**. 11ª edição, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2010.

SOARES, R. G. Aspectos emocionais do câncer de mama. **Revista Virtual de Psicologia Hospitalar e da Saúde**, v.3, n.6, p.245-52, 2007.

SOUZA, A. C. C.; MOREIRA, T. M. M.; BORGES, J. W. P. Tecnologias educacionais desenvolvidas para promoção da saúde cardiovascular em adultos: revisão integrativa. **Rev Esc Enferm USP**, v.48, n.5, p.944-51, 2014.

SOUZA, M. A. et al. Polimorfismo do gene do receptor estrogênico como fator de risco do câncer de mama. **FEMINA**. v.40, n.4, 2012.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R. S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisa(dora). **Rev Esc Enferm USP**, v.37, n.2, p. 119-26, 2003.

STUMM, E. M. F.; LEITE, M. T.; MASCHIO, G. Vivências de uma equipe de enfermagem no cuidado a pacientes com câncer. **Cogitare Enfermagem**. Rio Grande do Sul, 2008.

TAVARES, J. S. C.; TRAD, L. A. B. Estratégias de enfrentamento do câncer de mama: um estudo de caso com famílias de mulheres mastectomizadas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva**. v.15, n.1, 2010.

TOCANTINS, F.R.; LIMA, C.A. Necessidades de saúde do idoso: perspectivas para a enfermagem. **Rev Bras Enferm**. v.62, p.367-73, 2009.

TUNCAY, T. Coping and quality of life in turkish women living with ovarian cancer. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**. v.15, n.9, p.4005-12, 2014.

VALE, E. G.; PAGLIUCA, L. M. F. Construction of a nursing care concept: contribution for undergraduate nursing education. **Rev. bras. enferm**. v.64 n.1, 2011.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. GLOBOCAN 2008 : **Breast Cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008**. Disponível em: <<http://globocan.iarc.fr/factsheets/cancers/breast.asp>>. Acesso em: 24 de janeiro de 2016.

ZAPPONII, A.L.B.; TOCANTINS, F.R.; VARGENS, O.M.C. O enfermeiro na detecção precoce do câncer de mama no âmbito da atenção primária. **Rev enferm UERJ**. Rio de Janeiro, v.23, n.1, p.33-8, 2015.

ZAKIR, N. S. **Mecanismos de coping**. In M. E. N. Mecanismos neuropsicofisiológicos do stress: Teoria e aplicações clínicas. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2003.

APÊNDICES



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

APÊNDICE - A

ROTEIRO DE ENTREVISTA

Data da entrevista: ___/___/___

I-DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS:

1-Nome: _____

2- Idade: _____ anos

3- Escolaridade: 1() Analfabeta 2() 1º Grau Completo 3() 1ºGrau Incompleto

4() 2º Grau completo 5() 2º Grau Incompleto 6() Nível superior completo

7() Nível superior incompleto 8() Pós Graduação

4- Estado civil: 1() Solteira 2() Casada 3() Viúva 4() Estável

5- Religião 1() Católica 2() Evangélica 3() Espírita 4() Umbandista

5() outros Quais? _____

6- Renda mensal: 1() menos 1SM 2() 1 a 2 SM 3() 3 a 4 SM 4() 4

SM ou mais

II- DADOS REPRODUTIVOS E FAMILIAR:

7- Idade da menarca_____ 8- Idade da menopausa_____ 9- Duração dos ciclos:

10- Número de partos: 1() Nulípara 2() Primípara 3()Multípara

11-Lactação: 1()Não 2()Sim 2.1() <6meses 2.2 ()6m-12m 2.3 () > 12m

12- TRH pós-menopausa 1() Não 2 () Sim 3 - anos _____

12- História familiar:

1() Não 2() Sim 2.1 () 1º grau {mãe, irmã, filha}→ 2.2 Quantos:

_____ 2.3 () Outros-→ 2.4 Quantos: _____



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO**

APÊNDICE- B

QUESTÃO ABERTA NORTEADORA DE DIÁLOGO

1. *“Fale-me a respeito de sua vida que tenha relação com o adoecimento pelo câncer de mama”*



**MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ
PRÓ-REITORIA DE ENSINO DE PÓS-GRADUAÇÃO
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE / DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM – NÍVEL MESTRADO
APÊNDICE – C**

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Título do projeto: “NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DO CÂNCER DE MAMA: Interface entre vivências e o cuidar”

Pesquisadora responsável: Prof.^a Dra. Inez Sampaio Nery.

Pesquisador participante: Államy Danilo Moura e Silva (Enfermeiro, Mestrando do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFPI.

Instituição/Departamento: Universidade Federal do Piauí (UFPI) / Programa de Pós-Graduação em Enfermagem - Nível Mestrado.

E-mail para contato: inezsampaionery11@gmail.com / allamydanilo@hotmail.com

Telefones para contato: (86) 3215-5558/ (86) 99417-4850.

Local da coleta de dados: Unidade de quimioterapia da Associação Piauiense de Combate ao Câncer. A Sra. é nossa convidada a relatar sua história de vida após o adoecimento por câncer de mama de forma totalmente voluntária. Antes de concordar em participar desta pesquisa e fazer o relato, é muito importante que compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Por favor, não se apresse em tomar a decisão. Leia cuidadosamente o que se segue e pergunte ao responsável pelo estudo qualquer dúvida que tiver. Caso não tenha conhecimento de leitura, fica sugerido que alguém que acompanho e/ou de sua confiança a faça de forma que a senhora escute. Estamos a sua disposição para responder todas as suas dúvidas antes da sua decisão em participar. Este estudo está sendo conduzido pela **Prof.^a Dra. Inez Sampaio Nery**. Depois de esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de autorizar este estudo, assine este documento que está em duas vias, ou coloque sua digital caso não saiba ou esteja sem condições de assinar. Uma delas é sua e a outra é do pesquisador responsável. A Sra. tem o direito de desistir de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade.

Esclarecimento sobre a pesquisa:

Objetivo do estudo: Compreender as narrativas de vida de mulheres portadoras de

câncer de mama. **Procedimentos:** Sua participação nesta pesquisa consistirá em responder perguntas sobre seus dados sociodemográficos, reprodutivos e sobre fatores de risco para o câncer de mama. Consistirá ainda em nos permitir gravar em smartphone seus relatos de história de vida após o adoecimento por câncer de mama.

Riscos: A participação do sujeito nesta pesquisa, envolve riscos mínimos de ordem física e psicológica tais como fadiga física, incômodo e estigma. Tais riscos poderão estar relacionados a fatores estressores advindos de um conversa informal que perpassa a experiência íntima de cada participante. Porém estes serão minimizados ou anulados uma vez que você não quiser referir sobre situações que a constrange e poderá se ausentar da pesquisa a qualquer momento bem como solicitar novos esclarecimentos. Nas abordagens considerar-se-á a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejáveis, principalmente de cansaço e/ou fadiga durante o preenchimento dos questionários e realização das entrevistas. Para evitar desconfortos, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos, os pesquisadores se comprometem, sobremaneira, em manter conduta de discrição, discernimento e ética. Além disso, os pesquisadores irão interromper a entrevista caso ocorram esses possíveis riscos retomando-a assim que for conveniente para o participante.

Benefícios: Ao participar do estudo as participantes terão poder de expressão, apoio emocional e a escuta terapêutica de forma que proporcione o retorno prévio da pesquisa, uma vez que favorece o vínculo entre pesquisador e sujeito em um ambiente relacional, fazendo-o com que sintam-se não apenas como o meio de suprir os interesses do pesquisador. Estarão contribuindo na construção de conhecimento atualizado acerca da temática, possibilitando assim a reestruturação dos modelos assistenciais, atualização dos profissionais e conseqüentemente trazer um retorno para o serviço, buscando melhorar a qualidade da assistência.

Sigilo: Os resultados obtidos no estudo serão utilizados para fins científicos (divulgação em revistas e em eventos científicos, e utilizados para embasar a prática assistencial) e os pesquisadores se comprometem em manter o sigilo e anonimato da sua identidade, como estabelece a Resolução do Conselho Nacional de Saúde nº. 466/2012 que trata das diretrizes e 3 normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Para qualquer outra informação, a Sra. poderá entrar em contato com o pesquisador responsável, ou poderá entrar em contato com o

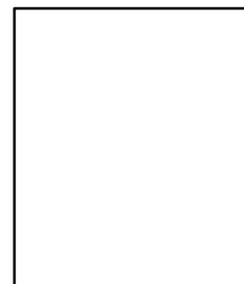
Comitê de Ética em Pesquisa – UFPI, na Pró Reitoria de Pesquisa - PROPESQ, no
Campus Universitário Ministro Petrônio Portella, Bairro Ininga, Teresina –PI, telefone
(86) 3237-2332, e-mail
cep.ufpi@ufpi.br.

Consentimento

Eu _____ tive pleno conhecimento das informações que me foram repassadas sobre o estudo “NARRATIVAS DE VIDA DE MULHERES PORTADORAS DE CÂNCER DE MAMA: Interface entre vivências e o cuidar”. Ficaram claros para mim quais são os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, os riscos mínimos, as garantias de confiabilidade e de esclarecimento permanentes e que a minha participação é isenta de despesas e que tenho garantia de acesso à pesquisa. Concordo voluntariamente, em participar deste estudo e poderei retirar o meu consentimento a qualquer tempo, antes ou durante o mesmo.

Local e data

Assinatura / nº identidade



Datilograma (impressão digital)

Inez Sampaio Nery

Pesquisador responsável

Államy Danilo Moura e Silva

Pesquisador participante

ANEXOS

ANEXO – A



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Narrativas de vida de mulheres portadoras de câncer de mama: outras faces do cuidar

Pesquisador: Inez Sampaio Nery

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 55840716.0.0000.5214

Instituição Proponente: FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.607.566

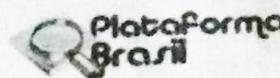
Apresentação do Projeto:

O câncer mamário constitui um importante problema de saúde pública, sendo a neoplasia mais frequente entre as mulheres e corresponde a principal causa de óbitos por câncer nesse grupo populacional. Na população brasileira, a maioria dos diagnósticos de câncer de mama é realizada em estágios tumorais avançados, onde se faz necessário instituir tratamentos radicais, com aumento significativo de morbidade e pior qualidade de vida (BRASIL, 2012). Esse estudo tem o objetivo geral de compreender as narrativas de vida de mulheres portadoras de câncer de mama, além dos objetivos específicos de caracterizar as participantes quanto aos aspectos sociodemográficos, reprodutivos, fatores de risco para o diagnóstico de câncer de mama; Confeccionar material de tecnologia socioeducativa tipo manual acerca das percepções, sentimentos e vivências das mulheres portadoras de câncer de mama. Realizar-se-á uma pesquisa metodológica, com abordagem qualitativa, por meio de narrativas de vida. Pretende-se desenvolver a pesquisa no período de abril a junho de 2016, em um Hospital Filantrópico, referência regional no atendimento em oncologia, situado no município de Teresina, capital do Piauí. Os critérios de inclusão são: Possuir diagnóstico médico de neoplasia mamária; Está em tratamento com medicação antineoplásica; Aceitar participar do estudo de forma voluntária, após esclarecimentos dos objetivos da pesquisa. A coleta dos dados consistirá no diálogo que será

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.607.566

norteados por um roteiro prévio, elaborado com base na teoria de problematização do Arco de Maguerez e literatura pertinente. Após a construção do roteiro, este será encaminhado ao comitê de juizes especialistas na área estudada para apreciação e validação. As narrativas serão apreciadas através da Análise de Discurso no modelo francês de Michel Pêcheux. A pesquisa será desenvolvida dentro das diretrizes da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Ministério da Saúde e iniciada a partir da apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Compreender as narrativas de vida de mulheres portadoras de câncer de mama.

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as participantes quanto aos aspectos sociodemográficos, reprodutivos, fatores de risco para o diagnóstico de câncer de mama;
- Confeccionar material de tecnologia socioeducativa tipo manual acerca das percepções, sentimentos e vivências das mulheres portadoras de câncer de mama.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

A participação do sujeito nesta pesquisa, envolve riscos mínimos de ordem física e psicológica tais como fadiga física, incômodo e estigma. Tais riscos poderão estar relacionados a fatores estressores advindos de uma conversa informal que perpassa a experiência íntima de cada participante. Porém estes serão minimizados ou anulados uma vez que você não quiser referir sobre situações que a constroem e poderá se ausentar da pesquisa a qualquer momento bem como solicitar novos esclarecimentos. Nas abordagens considerar-se-á a linguagem não verbal do participante para manifestações indesejáveis, principalmente de cansaço e/ou fadiga durante o preenchimento dos questionários e realização das entrevistas. Para evitar desconfortos, tendo em vista que os benefícios do estudo superam os incômodos previstos, os pesquisadores se comprometem, sobremaneira, em manter conduta de discrição, discernimento e ética. Além disso, os pesquisadores irão interromper a entrevista caso ocorram esses possíveis riscos retomando-a assim que for conveniente para o participante.

Benefícios:

Ao participar do estudo as participantes terão poder de expressão, apoio emocional e a escuta

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga CEP: 64.049-550
UF: PI Município: TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 Fax: (86)3237-2332 E-mail: cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.607.566

terapêutica de forma que proporcione o retorno prévio da pesquisa, uma vez que favorece o vínculo entre pesquisador e sujeito em um ambiente relacional, fazendo-o com que sintam-se não apenas como o meio de suprir os interesses do pesquisador. Estarão contribuindo na construção de conhecimento atualizado acerca da temática, possibilitando assim a reestruturação dos modelos assistenciais, atualização dos profissionais e consequentemente trazer um retorno para o serviço, buscando melhorar a qualidade da assistência.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O Projeto de pesquisa está bem elaborado e apresenta os componentes necessários para sua aprovação. A metodologia é clara e o termo de consentimento livre e esclarecido é suficiente para garantir a segurança dos participantes do projeto.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os documentos solicitados foram apresentados.

Recomendações:

Sem recomendações

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto apto a ser desenvolvido.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

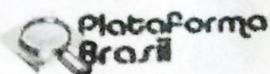
Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_700714.pdf	16/06/2016 15:13:11		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	Termodeconsentimento2.pdf	16/06/2016 15:09:56	Inez Sampaio Nery	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	projetoCompleto2.pdf	16/06/2016 15:07:15	Inez Sampaio Nery	Aceito
Cronograma	cronograma2.pdf	16/06/2016 15:05:33	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	Roteiro_dialogo.pdf	20/04/2016 17:16:57	Inez Sampaio Nery	Aceito

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550

UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br



UNIVERSIDADE FEDERAL DO
PIAÚÍ - UFPI



Continuação do Parecer: 1.607.566

Outros	Roteiro_entrevista.pdf	20/04/2016 17:14:04	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	Curriculo.pdf	20/04/2016 17:07:52	Inez Sampaio Nery	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	autorizacaoinstitucional.pdf	20/04/2016 17:02:54	Inez Sampaio Nery	Aceito
Orçamento	orcamento.pdf	20/04/2016 17:00:26	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	Confidencialidade.pdf	20/04/2016 16:59:21	Inez Sampaio Nery	Aceito
Outros	Cartadeencaminhamento.pdf	20/04/2016 16:57:20	Inez Sampaio Nery	Aceito
Declaração de Pesquisadores	declaracaopesquisadores.pdf	20/04/2016 16:55:32	Inez Sampaio Nery	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.pdf	20/04/2016 16:26:09	Inez Sampaio Nery	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

TERESINA, 24 de Junho de 2016


Assinado por:
Adrianna de Alencar Setubal Santos
(Coordenador)

Prof^a. Dra. Lúcia de Fátima Almeida de Deus Moura
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria PROPEQ N^o 10/2016

Prof^a. Adrianna de Alencar Setubal Santos
Coordenadora CEP-UFPI
Portaria Propeq N^o 16/2014

Endereço: Campus Universitário Ministro Petronio Portella - Pró-Reitoria de Pesquisa
Bairro: Ininga **CEP:** 64.049-550
UF: PI **Município:** TERESINA
Telefone: (86)3237-2332 **Fax:** (86)3237-2332 **E-mail:** cep.ufpi@ufpi.edu.br

ANEXO - B



ASSOCIAÇÃO PIAUIENSE DE COMBATE AO CÂNCER

CENTRO DE PESQUISA – HOSPITAL SÃO MARCOS

CGC. 06870026/0001-77 • I. E. Isento • e 2106.8102 • Teresina-Piauí
Rua Olavo Bilac, 2300 Centro • centrodepesquisa@saomarcos.org.br

AUT Nº 13/2016

AUTORIZAÇÃO DE ACESSO A DADOS DE PESQUISA

Por meio do presente, Államy Danilo Moura e Silva, CPF: 036.857.123-81, RG: 2.884.930 SSP PI está autorizado a pesquisar neste hospital as pacientes diagnosticadas com câncer de mama, por meio da pesquisa intitulada “**Narrativas de vida de mulheres portadoras de câncer de mama: outras faces do cuidar.**”, a fim de registrar dados necessários à pesquisa, sem a utilização do nome e dados pessoais dos sujeitos, sendo vedada a reprodução de qualquer natureza (reprográfica, fotografia, digital etc) e da divulgação de dados pessoais de identificação do paciente, sob as penas da lei.


Neylany Raquel Silva

Coordenadora Comitê de Ética em Pesquisa
Hospital São Marcos

AO TÉRMINO DA PESQUISA, FAVOR ENCAMINHAR UMA CÓPIA DO
TRABALHO PARA ARQUIVO NO CENTRO DE PESQUISA.