

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA (IMIP)

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE (FPS)

**ASPECTOS SEXUAIS E ESTÉTICOS NA QUALIDADE DE  
VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS  
ASSISTIDAS NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DO CÂNCER DA MAMA**

VALMIRA DE ASSIS SILVA ALMEIDA

ERICKSON LUAN GOMES

Recife/PE - 2017

INSTITUTO DE MEDICINA INTEGRAL PROF. FERNANDO  
FIGUEIRA

FACULDADE PERNAMBUCANA DE SAÚDE

**ASPECTOS SEXUAIS E ESTÉTICOS NA QUALIDADE DE  
VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS  
ASSISTIDAS NO CENTRO DE DIAGNÓSTICO E  
TRATAMENTO DO CÂNCER DA MAMA**

VALMIRA DE ASSIS SILVA ALMEIDA

ERICKSON LUAN GOMES

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado à Faculdade  
Pernambucana de Saúde como  
parte dos requisitos para  
obtenção do grau de Bacharel  
em Enfermagem.

Orientadora: Gisele Freire Peixoto de Oliveira  
Co Orientador: Clécia Cristiane da Silva Sales

Recife/PE – 2017

**Valmira de Assis Silva Almeida**

Acadêmica de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde – FPS

Telefone: (081) 996645645

E-mail: [mylaifpe@hotmail.com](mailto:mylaifpe@hotmail.com)

**Erickson Luan Gomes**

Acadêmico de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde

Telefone: (081) 984469463

e-mail: [ericksonluangomes@hotmail.com](mailto:ericksonluangomes@hotmail.com)

**Gisele Freire Peixoto de Oliveira**

Enfermeira, Especialista em Saúde Pública, Tutora do curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde,

E-mail: [giselepeixoto2014@gmail.com](mailto:giselepeixoto2014@gmail.com)

**Clécia Cristiane da Silva Sales**

Enfermeira, Mestre Em Saúde Materno Infantil, Tutora do curso de Enfermagem da Faculdade Pernambucana de Saúde,

E-mail: [cleciacristiane@yahoo.com.br](mailto:cleciacristiane@yahoo.com.br)

**Resumo:** O câncer de mama ocorre devido a alterações morfofuncionais nas células do organismo implicando em alterações fisiológicas, das quais incidem em multiplicações desordenadas de determinadas células que se modificam em grande velocidade. A qualidade de vida é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive. Após a mastectomia, as mulheres podem apresentar dificuldades em sua vida profissional, social, familiar e sexual. **Objetivo:** Analisar os aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama. **Método:** Estudo descritivo, corte transversal de abordagem quanti- qualitativo. Realizado no período de setembro a novembro de 2016, durante o período do estudo foram entrevistadas 50 mulheres que foram submetidas a mastectomia total atendidas no Centro da Mama, de um hospital de referência na cidade de Recife-PE. **Aspectos ético:** O presente estudo atende aos requisitos da resolução 466/12. **Resultados:** entre os principais achados, as mulheres encontravam-se na faixa etária entre 35 a 59 anos de idade e 60% eram casadas. 68% apontaram uma renda mensal de 1 a 3 salários mínimos. Referente ao diagnóstico de câncer de mama 44% referiu sentir medo. Para 82% da inqueridas a mastectomia significa ser a remoção de um órgão e 18% a perda da identidade feminina, 80% não fizeram a reconstrução mamária. Com relação a imagem corporal 80% sofreram mudanças em sua autoestima, 46% não conseguiram se envolver durante a relação sexual e 66% consideram que ter saúde e significado para qualidade de vida. **Conclusões:** sabendo que a maneira como se passa a informação pode resultar no impacto e resposta emocional das mulheres ao receber o diagnóstico de câncer de mamário e posteriormente a mastectomia, melhora a qualidade de vida destas mulheres representa um largo desafio tanto para elas como também para o enfermeiro.

**Palavras-chave:** Câncer de mama, Mastectomia, sexualidade, Qualidade de vida.

**Abstract:** Breast cancer occurs due to morphological changes in the cells of the body that imply physiological phenomena, which occur in disordered multiplications of tumor cells that are modified at great speed. This type of cancer appears in the form of nodules. Quality of life is a perception of the individual's position in life, there is no context of the culture and value systems in which he lives. After a mastectomy, as women may present difficulties in their professional, social, family and sexual. **Objective:** To analyze the sexual and aesthetic quality of life of women with mastectomies assisted in the Diagnostic Centre and Treatment of Cancer Breast. **Method:** Descriptive study, cross-sectional, quantitative - qualitative approach. During the period from September to November 2016, during the study period, 50 women who underwent mastectomy were interviewed at the Breast Center, a reference hospital in the city of Recife, Brazil. Ethical aspects: This study meets the requirements of resolution 466/12. **Results:** Among the main findings, women were in the age group between 35 and 59 years of age and 60% were married. 68% indicated a monthly income of 1 to 3 minimum wages. Regarding the diagnosis of breast cancer, 44% reported feeling fear. For 82% of the patients, mastectomy means removal of an organ and 18% loss of female identity, 80% did not perform breast reconstruction. With regard to body image, 80% had changed their self-esteem, 46% could not get involved during sexual intercourse and 66% considered having health and meaning for quality of life. **Conclusions:** knowing that the way information is delivered can result in the emotional impact and response of women to the diagnosis of breast cancer and subsequent mastectomy, improving the quality of life of these women represents a great challenge for both women and men The nurse.

**Key-words:** Breast cancer, Mastectomy, Sexuality, Quality of life.

## SUMÁRIO

I. INTRODUÇÃO.....	7
II. OBJETIVOS .....	10
2.1 Objetivo Geral .....	10
2.2 Objetivos Especificos .....	10
III. METODOLOGIA.....	11
3.1 Tipo do estudo .....	11
3.2 Local do estudo.....	11
3.4 Critérios de Inclusão.....	11
3.5 Critérios de Exclusão.....	11
3.6 Estudo piloto.....	11
3.7 Instrumentos de Coleta de Dados .....	11
3.8 Coletas de dados .....	11
3.9 Análise dos Dados .....	11
3.10 Considerações Éticas .....	11
IV. RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	14
V. CONCLUSÃO .....	46
VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	48
ANEXOS E APÊNDICES.....	52
Anexo 1 – Carta de Anuência.....	52
Anexo 2 - Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa.....	53
Apêndice 1 – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	54
Apêndice 2 - Questionário.....	57

## I. INTRODUÇÃO

Segundo o INCA<sup>1</sup> no Brasil, a estimativa para o ano de 2016, que será válida também para 2017, aponta para a ocorrência de aproximadamente 596 mil novos casos de câncer, reforçando a magnitude do problema do câncer no país. As informações epidemiológicas do INCA ainda apontam que o câncer de mama é a segunda neoplasia maligna, em âmbito mundial.

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 tipos diferentes de doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células anormais com potencial invasivo. Além disso, sua origem se dá por condições multifatoriais. Esses fatores causais podem agir em conjunto ou em sequência para iniciar ou promover o câncer (carcinogênese)<sup>2</sup>. Quando tais alterações são localizadas na mama, denomina-se Câncer de Mama.

O câncer de mama é o resultado de multiplicações desordenadas de determinadas células que se reproduzem em grande velocidade, desencadeando o aparecimento de tumores ou neoplasias malignas que podem vir a afetar os tecidos vizinhos e provocar metástases. Este tipo de câncer aparece sob forma de nódulos e, na maioria das vezes, podem ser identificados pelas próprias mulheres, por meio da prática do autoexame<sup>3</sup>

De acordo com Dantas<sup>4</sup> o câncer de mama é caracterizado por um desenvolvimento neoplásico, ou seja, uma multiplicação descontrolada e desordenada de células epiteliais mamárias. Essas células alteradas possuem a capacidade de migrar e de se implantar em gânglios linfáticos ou órgãos distantes. As células multiplicam-se repetidamente até formarem um tumor maligno.

No Brasil, o câncer de mama é o mais frequente em incidência e mortalidade no sexo feminino, apresentando curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e cerca de 80% são diagnosticados a partir dos 50 anos de idade<sup>1</sup>. Um dos fatores para alta

mortalidade é o avançado estadiamento da doença no momento em que as mulheres são submetidas ao primeiro tratamento. Em geral, 50% dos casos são diagnosticados em estágios avançados. A predisposição genética é responsável por 5 a 10% de todos os casos de câncer de mama <sup>5</sup>. Para o Brasil, são esperados 57.120 casos novos de câncer de mama feminino, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Sendo na região nordeste 10.490, no estado de Pernambuco 2.450 e na capital Recife 780<sup>6</sup>

O diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de conflitos emocionais, em que a morte e a perda da mama neste momento, passam a representar uma ameaça constante para a vida da mulher acometida. Inicialmente ao ser informada do diagnóstico, a preocupação maior da paciente volta-se para a sua sobrevivência<sup>7</sup>.

No momento do diagnóstico e das fases posteriores ao tratamento, a mulher vê sua vida tomar um rumo diferente do que poderia imaginar. Ela tem que lidar com o medo do câncer, já que o mesmo pode acarretar alterações significativas nas diversas esferas da vida como trabalho, família e lazer. Dessa forma, acaba trazendo implicações em seu cotidiano e nas relações com as pessoas do seu contexto social <sup>8</sup>.

O tratamento do câncer de mama geralmente requer a combinação de mais de um método terapêutico, o que aumenta a possibilidade de cura, diminui as perdas anatômicas, preserva a estética e a função dos órgãos comprometidos<sup>6</sup>. Sendo a mastectomia considerada agressiva uma vez que é vista como a mutilação de um órgão, que representa para muitas e para a sociedade a maternidade, a estética e a sexualidade da mulher.

A mastectomia é considerada mais agressiva e traumática para a mulher, uma vez que a mama desempenha um importante papel em sua vida<sup>9</sup>.

A partir do momento em que a mulher é submetida a mastectomia radical sua autoestima é afetada, o que pode diminuir o grau de satisfação com o seu corpo e influenciar negativamente na qualidade do relacionamento sexual<sup>10</sup>.

Após a mastectomia, as mulheres podem apresentar dificuldades em sua vida profissional, social, familiar e sexual<sup>11</sup>.

Cabe inferir que se adaptar à nova estética corporal, experimentar mudanças nas relações sociais, seu papel dentro do âmbito familiar e na relação com seu parceiro sexual pode interferir na qualidade de vida.

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações é definido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, como Qualidade de vida <sup>2</sup>.

A qualidade de vida de um indivíduo é afetada de uma forma complexa por numerosas variáveis, como a saúde física de uma pessoa o estado psicológico, espiritual, socioeconômico, o nível de independência, os relacionamentos sócios e os relacionamentos referentes ao meio ambiente<sup>12</sup>.

Dentre as condições físicas que afetam a qualidade de vida nas mulheres, encontra-se a remoção total da mama que afetam a percepção de sexualidade e a própria imagem corporal, haja vista que, a ausência da mama representa um desafio para o sexo feminino.

Diante do exposto, o presente estudo teve como objetivo identificar o impacto do diagnóstico do câncer de mama, as repercussões da realização da mastectomia e sua influência na qualidade de vida em mulheres assistidas pelo Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama, localizado na cidade de Recife –PE. O Centro é uma parceria do Instituto de Medicina Integrada Prof. Fernandes Figueira – IMIP com o instituto Avon.

## **II. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo Geral**

Analisar os aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama.

### **2.2 Objetivos Específicos**

Caracterizar o perfil sociodemográfico de mulheres mastectomizadas.

Identificar as reações das mulheres frente ao diagnóstico do câncer de mama.

Verificar a influência da mastectomia na imagem corporal e na função sexual.

Investigar a percepção dessas mulheres quanto a sua qualidade de vida.

### **III. METODOLOGIA**

#### **3.1 Caracterização do estudo**

Estudo descritivo, corte transversal e de abordagem quanti-qualitativa, onde visou analisar e descrever as características de uma determinada população, buscando compreender a realidade cotidiana das mulheres mastectomizadas.

#### **3.2 Locais do estudo**

O estudo foi realizado no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama, localizado na Rua Francisco Alves nº 84 –Bairro: Ilha do Leite, Cidade: Recife - PE .

#### **3.3 População e Amostra**

Participaram do estudo 50 mulheres que realizaram mastectomia total e estavam sendo acompanhadas no Centro da Mama durante o período do estudo. A amostra se deu por conveniência.

#### **3.4 Critérios de Inclusão**

Foram adotados os seguintes critério de inclusão no estudo, mulheres que foram submetidas à mastectomia total, ter idade mínima de 35 anos, ser casada ou possuir união estável/morar junto, solteira, porém com companheiro fixo, residir na cidade de Recife – PE e estavam fora de tratamento há pelo menos 1 ano.

#### **3.5 Critérios de Exclusão**

Não faria parte deste estudo mulheres que estavam em tratamento (quimioterapia, radioterapia e cirúrgico) no momento da coleta de dados e mulheres com tratamento concluído há menos de 1 ano.

### **3.6 Estudo piloto**

Com o objetivo de avaliar o grau de compreensão das perguntas, detectar eventuais dificuldades no preenchimento e recolher comentários que podia ser relevante para o seu aperfeiçoamento foi realizado um pré-teste com 5 mulheres mastectomizadas residentes da cidade de Recife -PE, que não faziam parte dessa amostra, mas possuíam características semelhantes e assistidas em outra clínica de tratamento do câncer.

### **3.7 Instrumentos de Coleta de Dados**

O instrumento de coleta de dados foi adaptado, pelo investigador, um questionário, baseado no instrumento validado no estudo<sup>13</sup>, com perguntas fechadas. Foi aplicado de forma presencial. Que foi categorizada após fim da coleta, visando otimizar o processo de tabulação, o tratamento estatístico, a interpretação, assim como a análise dos dados obtidos<sup>14</sup>.

### **3.8 Coletas de dados**

Foram coletados no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama, situada na Rua Francisco Alves nº 84 – Bairro: Ilha do Leite, Cidade: Recife - PE, Cep:50070-550, Fone:(81) 30497555, após a aprovação do CEP, no período de setembro a novembro de 2016, através de questionário estruturado, após serem informadas da finalidade e objetivos da pesquisa após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

### **3.9 Análise dos Dados**

Os resultados obtidos, foram submetidos a tratamento estatístico utilizando o programa microsoft excel 2016 e posteriormente analisados a partir do referencial teórico. Sendo assim apresentados em gráficos, com a respectiva narração usando os programas como o Word e Excel.

### **3.10 Considerações Éticas**

O estudo seguiu o que preconiza a resolução 466/12, da Comissão Nacional de Ética e Pesquisa em Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, assim considerando os princípios bioéticos como autonomia e anonimato. A coleta de dados ocorreu após a aprovação do projeto de pesquisa pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (CEP- IMIP). Rua dos Coelhos, 300 - Boa Vista, Recife - PE, 50070-550, telefone: (081)21224100.

A cada mulher com o perfil do estudo, antes de serem entrevistadas recebeu um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (apêndice 1), onde foram informadas sobre recusar ou retirar o seu consentimento durante qualquer etapa da pesquisa.

No TCLE entregue aos sujeitos da pesquisa foi ainda apontado os objetivos da pesquisa, possíveis benefícios e riscos da pesquisa, garantindo a confidencialidade.

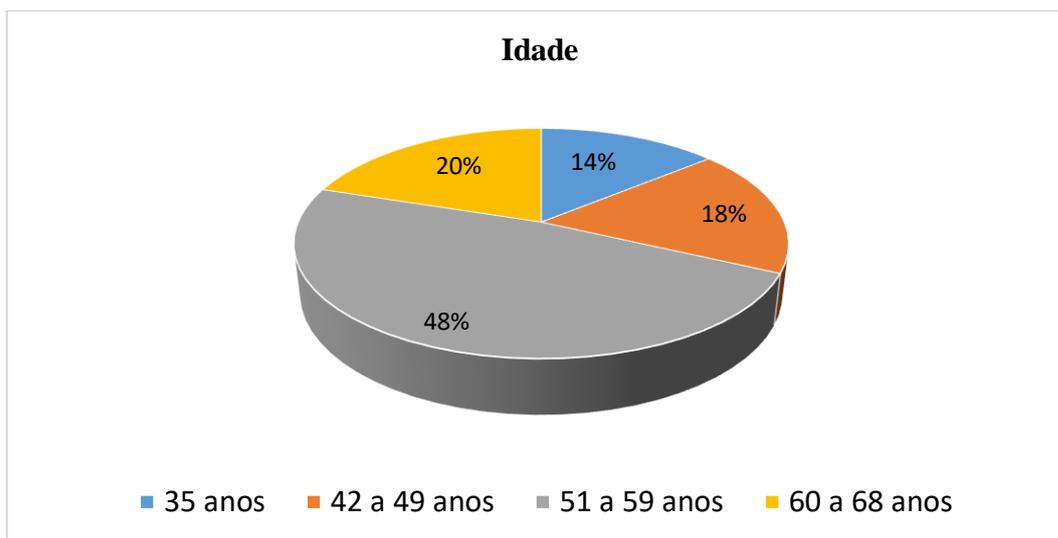
Existiam riscos mínimos na pesquisa, tais como: ansiedade em relação às questões levantadas, a possibilidade de haver constrangimento, entretanto este risco seria minimizado por meio do comprometimento dos pesquisadores em utilizarem as informações fornecidas exclusivamente na pesquisa sem a divulgação de seu nome.

Os benefícios desta pesquisa não trouxeram vantagens imediatas ao pesquisando. Entretanto, o caráter do estudo tem relevância social, pois subsidia conhecimentos para atividades preventivas, fornecimento de dados científicos à Secretaria de Saúde de Recife - PE, sobre o impacto do diagnóstico do câncer de mama, as repercussões da realização da mastectomia e sua influência na qualidade de vida das mesmas, sendo o garantido o sigilo da sua identificação.

CAAE: 54791516.7.0000.5201

Número do Parecer: 1.718.649

#### IV. RESULTADOS E DISCUSSÃO



**Gráfico 1 – Distribuição das entrevistadas segundo idade.**

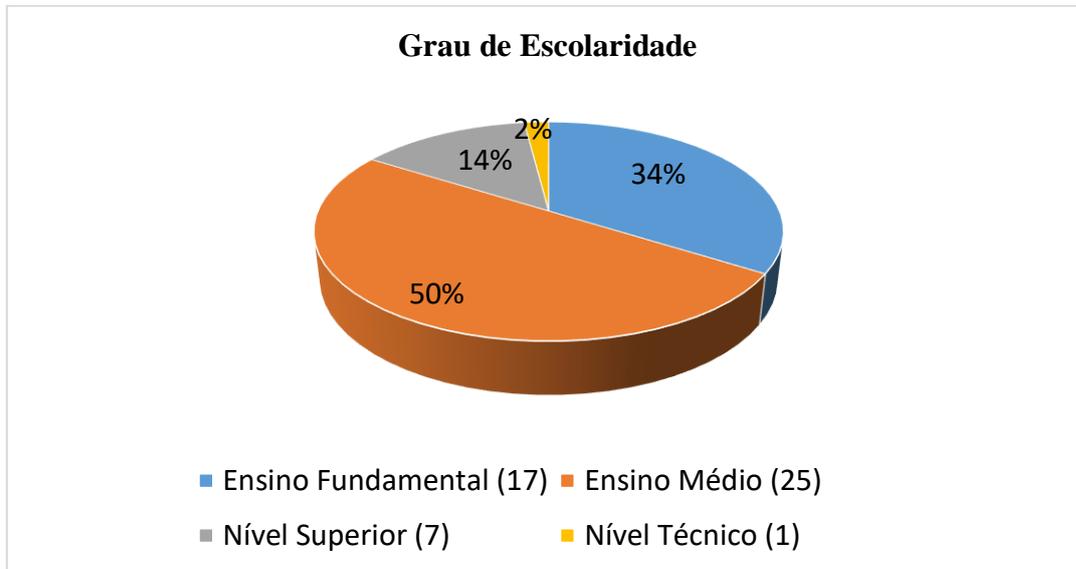
No presente estudo, a faixa etária variou entre 35 a 68 anos de idade e a maior proporção estava representada por aquelas entre 51 a 59 anos de idade e a média foi de 52 anos de idade.

Esse resultado reforçou o mencionado na literatura científica, a qual demonstrou que a maioria dos diagnósticos de câncer de mama feminino ocorre na faixa etária entre 45 e 60 anos de idade<sup>15</sup>, como também corroborou com os dados referidos no estudo feito por Manganiello<sup>13</sup> onde a maioria das mulheres diagnosticadas e submetidas a mastectomia tinha idade entre 50 a 59 anos, seguido pelas mulheres com idade entre 40 e 49 anos de idade.

Neste estudo foi observado, entre as pesquisadas, que apenas um menor percentual 14% de mulheres com menos de 40 anos foi identificada.

Achados que indicam que, no que se refere à incidência da doença entre mulheres com menos de 40 anos houve semelhança dos dados do Instituto Nacional do Câncer<sup>1</sup> indicaram que a ocorrência de câncer de mama é relativamente rara em mulheres com 35

anos ou menos de idade. Entretanto, acima desta idade sua incidência cresce progressivamente.



**Gráfico 2 – Distribuição das entrevistadas segundo grau de escolaridade.**

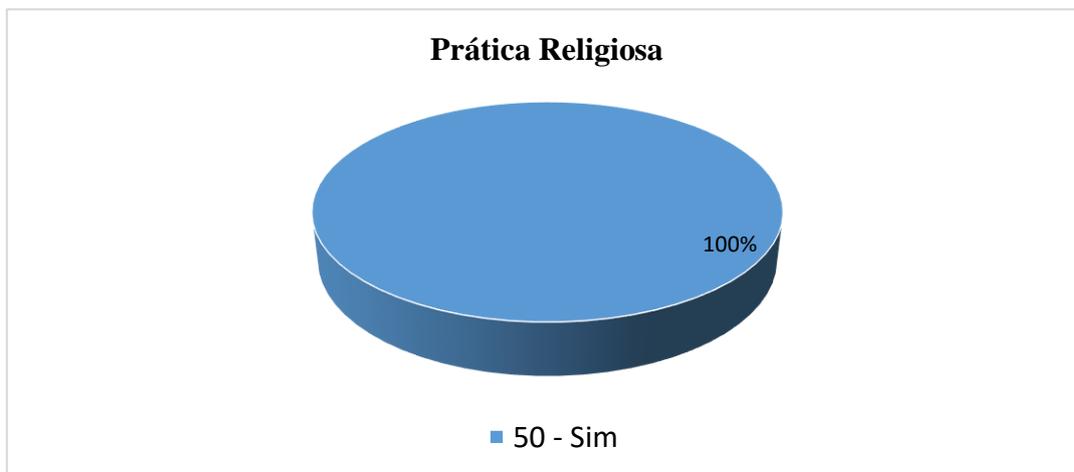
O estudo revelou que a porcentagem de mulheres submetidas a mastectomia com ensino médio foi superior aos restantes níveis de escolaridades (50%). Verificou-se que 34% têm o ensino fundamental, 14% ensino superior e somente 2% possuía nível médio técnico.

O fato é que o nível de escolaridade é relevante no processo saúde doença, sobretudo as que se refere a respeito das orientações ao passo das etapas da descoberta da doença, do enfrentamento da nova situação, tratamento e reabilitação. Cabe salientar que o profissional de saúde deve estar atento para o grau de escolaridade para assim junto com seu cliente prestar as informações mais claras possíveis bem como escolher a forma de tratamento que mais se encaixe a sua realidade. Julgar-se que esse tipo de processos educativo é realizado em sua maioria por enfermeiros e sua equipe de saúde, vale lembrar

que os parceiros devem ser incluídos nessa educação para saúde de acordo com seu nível de conhecimento e entendimento. De acordo com o INCA <sup>1</sup>, no momento do diagnóstico, durante o tratamento e alta hospitalar deve-se orientar e encaminhar a mulher para grupos de apoio interdisciplinar que discutem aspectos educativos, sociais e emocionais, visando à reintegração à vida cotidiana, objetivando assim, uma melhor qualidade de vida dessas mulheres.

Não foi possível encontrar na literatura científica métodos de educação e promoção da saúde e como também, a educação no que se refere aos aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres vitimadas pelo câncer de mama e submetidas à mastectomia.

Vale ressaltar que prestar as informações não exclui a responsabilidade do enfermeiro de ser cordial, de ouvir com atenção o que verbaliza a mulher, o parceiro e ambos juntos. Se certificar que compreenderam o que fora dito.



**Gráfico 3 – Distribuição das entrevistadas segundo prática religiosa.**

A religiosidade é atitude em que as pessoas buscam a satisfação nas práticas religiosas ou na fé, para superar momentos difíceis e através dela alcançar empoderamento para vivenciarem essa experiência.

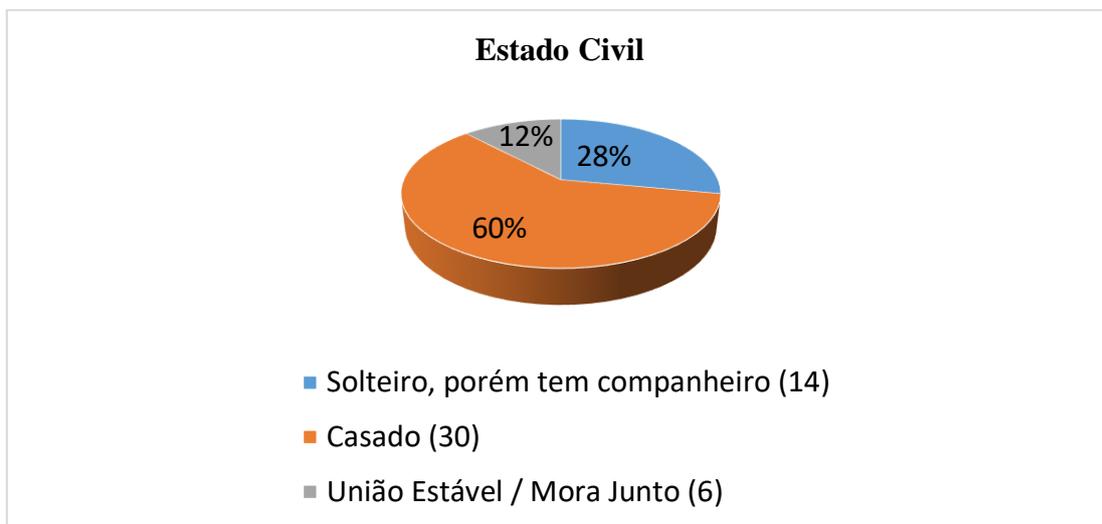
Os dados da pesquisa mostraram que 100% das inqueridas possuem alguma prática religiosa. Assim, através dessa estratégia de enfrentamento adotada, os sentimentos negativos que permeiam na mulher que precisa ser submetida a cirurgia mastectomia será minimizado pela fé em um ser divino. Pesquisas nacionais sugerem que as características de espiritualidades estavam presentes antes do diagnóstico de câncer de mama e depois deste as práticas religiosas se intensificaram. Desta maneira, a mulher acaba se entregando totalmente nas mãos divina para ajudar na trajetória da doença, visto que acredita que Ele é também o responsável pela sua cura<sup>16</sup>.

Ferreira et al <sup>17</sup>, estudando três casais, cinco mulheres mastectomizadas e três homens que eram companheiro de mulheres portadoras de câncer de mama e que realizaram a mastectomia percebeu que as pessoas de modo geral, possuem a tendência de buscar respostas para os acontecimentos da vida em algo divino, num ser maior e mais poderoso que é Deus. Dessa forma elas se sentem mais amparadas e confortadas. Constatou-se também que a fé em Deus funciona como um forte suporte emocional para vivenciar essa situação e o poder divino é também responsável pela única possibilidade de cura.

A pratica religiosa tem sido identificada como possível fator de prevenção ao desenvolvimento do impacto negativo de uma doenças e eventual redução de óbitos <sup>18</sup>.

De modo geral, a literatura demonstrou que a mulher vinculada a alguma prática religiosa tende a enfrentar o câncer de mama e a mastectomia de uma maneira mais positiva. A maioria das pesquisas tem mostrado que aquelas mulheres que buscam

conforto na prática religiosa, menos amedrontadas ante ao tratamento do câncer de mama ficarão. Presumindo que a religião serve de apoio ao momento vivenciado. Tal associação estaria relacionada as práticas implícitos nas religiões que frequentemente induz ao equilíbrio neutralizando o medo, oferecendo maior compreensão em momento difícil por essas mulheres vivenciado.



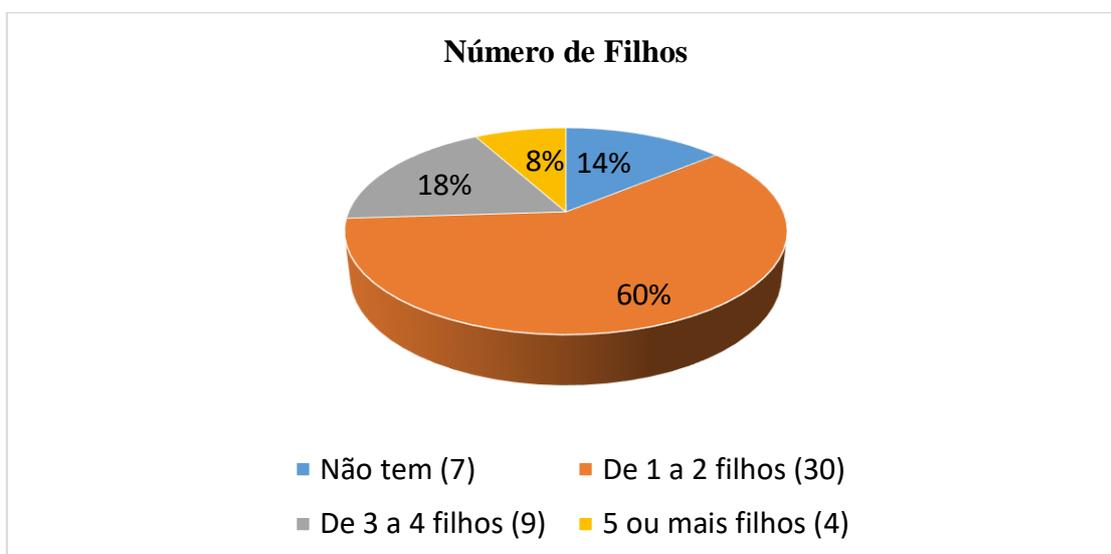
**Gráfico 4 – Distribuição das entrevistadas segundo estado civil.**

Quanto ao estado civil, pode-se verificar que metade da amostra, 60% era casada, 28% solteiras, porém com companheiro fixo e 12% caracterizada por união estável/moram juntos.

Dados que apoiam um estudo realizado por Gasparelo, Sales Marcon e Salci<sup>9</sup>, que referem o companheiro como sendo um dos membros da família em quem a mulher procura abrigo e apoio. Para esses autores, o parceiro conjugal é uma das fontes mais importantes na assistência à mulher frente ao diagnóstico do câncer de mama bem como a mastectomia/ cirurgia para retirada do total ou parcial da mama.

A proteção e a segurança ofertada pelos companheiros podem dar subsídios para o enfrentamento dos problemas, estabelecer uma relação interpessoal positiva e um compartilhar afetivo de emoções, dúvidas e preocupações<sup>19</sup>.

A procura por um enfrentamento mais equilibrado frente a nova realidade se apresentou coligado ao estado civil. As casadas apresentam maiores porcentagens. Sobre esse respeito, a literatura de maneira dominante mostrou que, estar em um relacionamento marital bem estruturado tem sido considerado como fator de apoio para enfrentar seus medos, compartilhar suas dúvidas e suas expectativas com seu parceiro.



**Gráfico 5 – Distribuição das entrevistadas segundo número de filhos.**

De acordo com a análise do gráfico 5, constatou-se que 60% das pesquisadas tem filhos. Sendo que 14% da amostra não tem filhos.

Nesta fase tão delicada para a mulher, o marido e os filhos, qualquer demonstração de cuidado e atenção só virá a beneficiá-la<sup>20</sup>.

Por família se entende uma instituição privada, passível, neste mundo moderno, de vários tipos de arranjo, porém a função básica dessa instituição privada é instruir o filho os valores e a moral, logo pressupõe-se que, está é considerada assim a primeira socialização de um indivíduo.

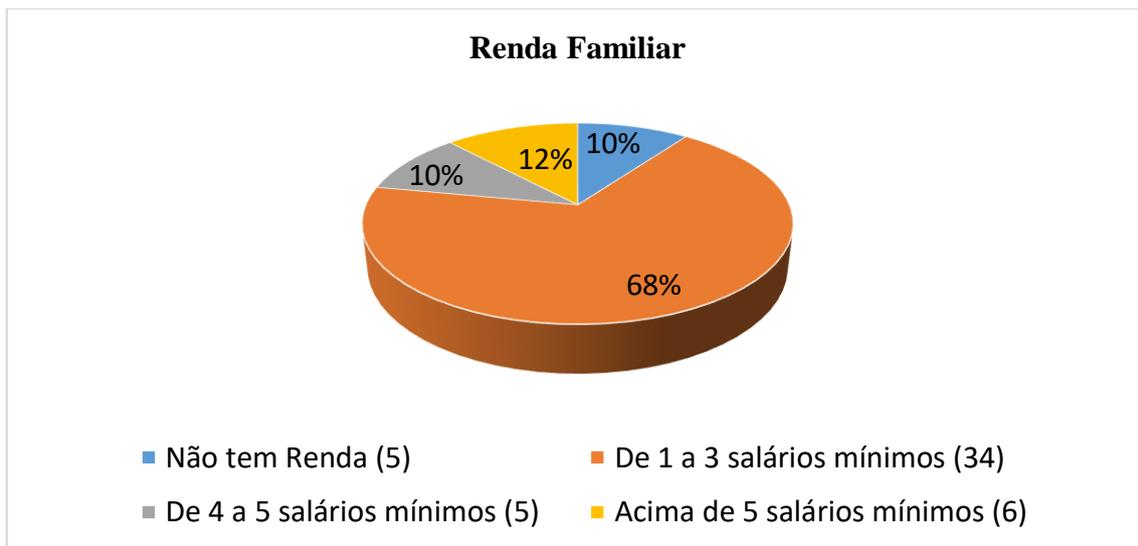
A mãe que, culturalmente assume o papel de cuidadora quando adoece, de protetora, educadora e provedora afetiva, em especial dos filhos, passa a ser por estes cuidada. Há uma inversão de papéis em que é necessário lidar com a situação e com as ambiguidades que a acompanham<sup>20</sup>.

A mulher historicamente carregou consigo o papel de cuidadora do lar. Quando se encontra diante deste agravo, acaba pensando nos filhos, pois acredita que com a presença dessa doença irá ficar impotente para desenvolver igualmente a assistência que sempre prestava dentro do lar, bem como tem medo de morrer e os filhos ficarem sozinhos<sup>16</sup>.

Um estudo realizado por Fabbro, Montrone e Dos Santos<sup>21</sup>, verificou-se que a maioria das mulheres se mostram preocupadas por terem que se ausentar de suas casas e pelas limitações no trabalho doméstico, o cuidado com os filhos, pois havia um sentimento de inutilidade por não poder realizar todas as tarefas domésticas a que estavam habituadas.

Na pesquisa de Melo, Silva e Fernandes<sup>22</sup>, foi verificado que esse processo enfrentado pela mulher representou um elo de união para a mãe e o filho, proporcionando um melhor enfrentamento da situação. Os autores citados acima ainda relataram que, a família, ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, é uma força positiva para as tomadas de decisões e transformação de conceitos e comportamentos.

Neste sentido, observa-se que tanto a relação como o comportamento mãe e filho passam a ser repensados e ajustados para o enfrentamento da condição atual, constituindo assim um ambiente social que se torna promotor de saúde e bem-estar para essas acometidas por mastectomia e conseqüentemente enfrentam a situação de maneira mais branda e por que não dizer mais leve demonstrada por carinho, respeito e cuidado por parte de ambos.

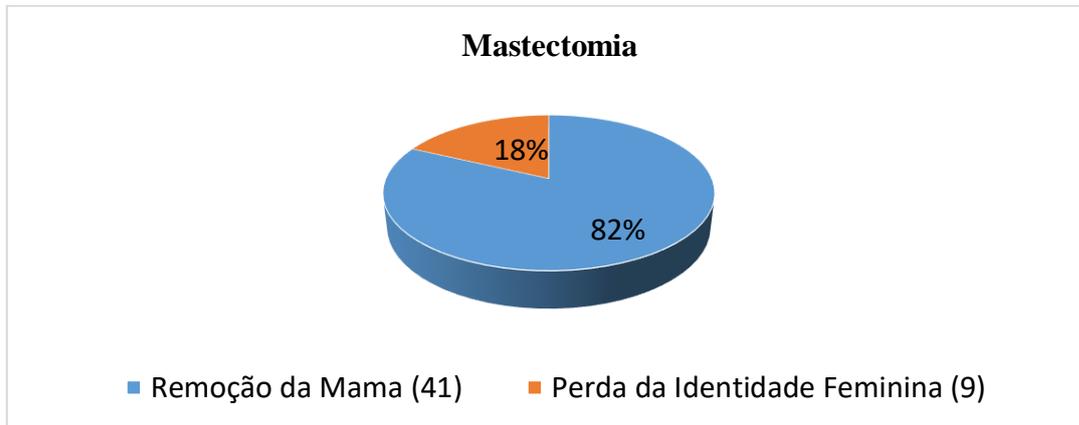


**Gráfico 6 – Distribuição das entrevistadas segundo a renda familiar.**

No que se refere à renda familiar, 10% das participantes deste estudo informaram que não possuíam renda; 10% de 4 a 5 salários mínimos; 68% 1 a 3 salários mínimos; 12% de acima de 5 salários mínimos.

Observa-se na literatura, há um déficit de estudos que abordam o impacto financeiro na vida da mulher submetida a mastectomia, visto que, a maioria dos estudos, a única preocupação é conhecer as repercussões existentes na vida da mulher mastectomizada. Deixando de lado o impacto financeiro, considerando que existem

gastos com a transporte, alimentação e medicações específicas que são necessárias e inerentes ao tratamento.



**Gráfico 7 – Distribuição das entrevistadas segundo sua definição sobre mastectomia.**

A mastectomia é uma cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila (esvaziamento axilar)<sup>1</sup>.

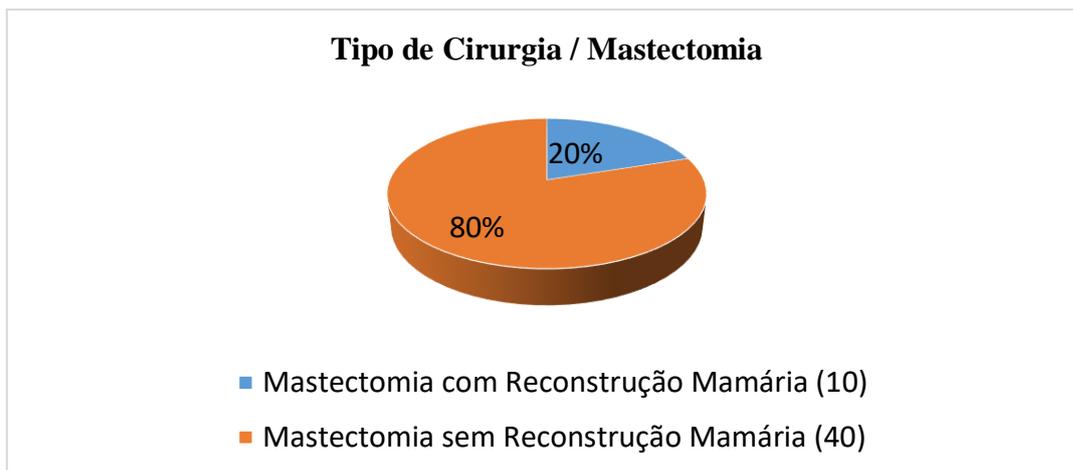
Quando questionadas a respeito “a mastectomia representa?” 82% referira ser a remoção da mama feminina enquanto que 18% perda da identidade feminina. Com base nos dados analisados para a maioria das mulheres estudadas (82%), a mastectomia representou a retirada de um órgão do seu corpo, seja parcial ou total, o que reforçou a definição sobre mastectomia pelo Instituto Nacional de Câncer. Sabe-se que a remoção da mama feminina causa alteração física em determinado ponto de seu corpo, e a partir daí inicia-se uma longa e nova trajetória em sua vida, que vai da readaptação as adequações psicossociais. Vale lembrar que após uma cirurgia de mastectomia algumas mulheres optam junto ao seu médico por uma reconstrução de mama que lhe fora retirada, já outras optam por uma cirurgia reconstrução mamaria mais à frente.

Nossos achados confrontaram com o que diz a literatura científica onde, a mastectomia representa para a maioria das mulheres ameaça a sua identidade feminina, pois a mama feminina é altamente valorizada não só pela pessoa que possui, mas também pela sociedade o que, por sua vez, a transforma para composição da identidade feminina.

A ausência da mama leva a uma mudança funcional da mulher, interrompendo a realização e o prazer do órgão, já que é a parte do corpo que fornece alimento não só ao filho, mas também uma das formas como a sociedade caracteriza como identificação feminina<sup>23</sup>. A remoção da mama pode ocasionar, o medo e a ameaça de conviver sem sua identidade feminina, uma vez que a mama é um símbolo importante para a mesma, ligada a sensualidade, erotismo e sexualidade<sup>7</sup>. Se por um lado, a mastectomia é uma das respostas a uma doença de evolução agressiva e de conotação negativa como o câncer de mama, por outro lado, a perspectiva de ser submetida a uma cirurgia mutilante do símbolo de feminilidade tem consequências na própria essência de ser mulher<sup>24</sup>.

Silva<sup>25</sup> aponta que o câncer de mama é uma ameaça que pode abalar a identidade feminina, sentimento que fundamenta a existência da mulher e que qualquer evento que possa ameaçar a possibilidades, que lhe remove o ícone (seio) mais expressivo de sensualidade, de identidade, de cuidado e de responsabilidade pelo outro repercute intensamente no emocional da mulher.

Ramos e Lustosa<sup>26</sup> completam afirmando que a descoberta da doença e seu tratamento pode abalar intensamente a identidade da mulher dado a mama ser um órgão que está relacionado à feminilidade, ao prazer, sensualidade, diferença de sexos, sexualidade e maternidade.



**Gráfico 8 – Distribuição das entrevistadas segundo tipo de cirurgia/ mastectomia.**

Dando início à discussão dos dados, citaremos Duarte e Andrade<sup>7</sup> que apontam em seu estudo que a reconstrução da mama feminina foi uma questão bastante contemplada na fala de algumas das mulheres submetidas a mastectomia. E, do ponto de vista da maioria das mulheres, representa uma possibilidade de recuperarem a sua feminilidade, sensualidade e erotismo.

Conforme Manganiello<sup>13</sup>, a reconstrução da mama é uma questão de extrema importância para a mulher, pode-se verificar que a maioria dos dados da literatura indicam que o seio é um órgão muito valorizado e importante, contudo a sua ausência exerce forte impacto sobre a autoimagem, sexualidade e qualidade de vida da mulher. Almeida<sup>27</sup>, em sua pesquisa aponta que não se sabe ao certo a porcentagem de mulheres mastectomizadas que tem a intenção de procurar a cirurgia para reconstrução da mama, mas esse método pode contribuir para a qualidade de vida dessas mulheres, representando a preservação da autoimagem, do senso de feminilidade e do relacionamento sexual, proporcionando um processo de reabilitação menos traumático.

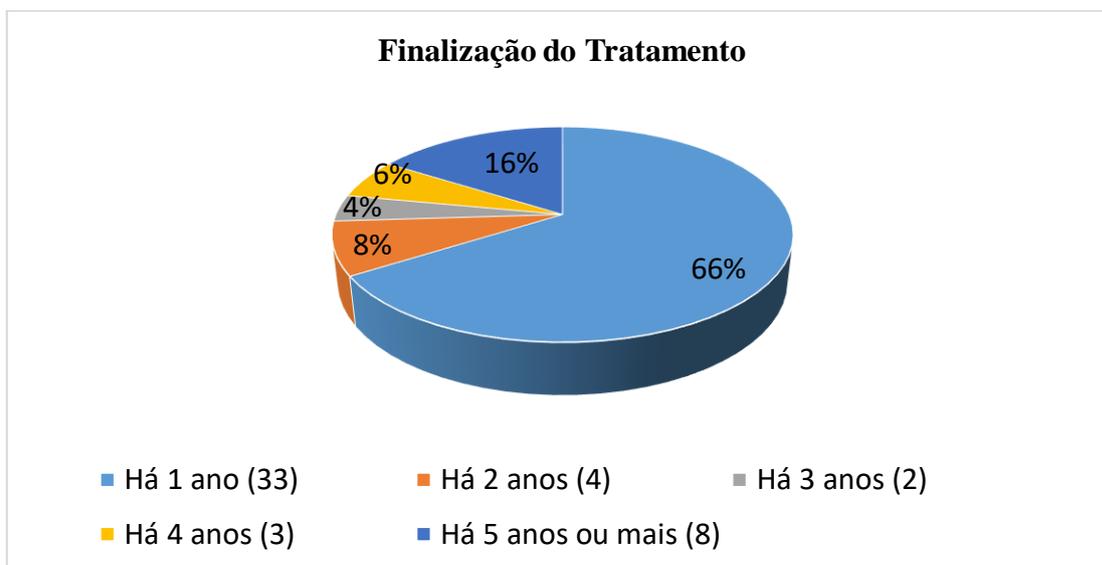
Para Ramos e Lustosa <sup>26</sup>, a cirurgia plástica de reconstrução pode ser realizada imediatamente ou posteriormente, e dependerá tanto do tipo de tumor, quanto do tipo de tratamento pós - cirúrgico proposto. Trata-se de procedimento complexo, constando de diversas etapas, dependendo do tipo de cirurgia realizada no tumor. Não se pode deixar de observar que a reconstrução mamaria após mastectomia também é intensamente influenciada pelo desejo e estado emocional da paciente. Outros fatores interferem na opção por esta pratica, tais como idade da mulher, seu estado afetivo, profissão, ter filhos ou não filhos, e cultura na qual estão inseridas.

A partir dos resultados obtidos e das discussões tidas com a literatura, pode-se perceber que o impacto e conseqüentemente as repercussões presentes e marcadas na vida e no corpo da mulher abarcam conflitos pessoais que refletirão no seu relacionamento marital, familiar e social.

Pela análise do gráfico 8, a reconstrução da mama não tinha sido realizada pela maioria das mulheres mastectomizadas inqueridas, representando 80% da amostra. De inferir ainda que 20% das mulheres realizaram a reconstrução mamaria.

É importante lembrar que a reconstrução da mama pode ser realizada logo após a remoção da mama ou em outro momento quando oportuno, de acordo com a avaliação e indicação médica, há várias técnicas de cirurgia plástica que tentam restaurar a mama considerando-se a forma, a aparência e o tamanho após a mastectomia. Esses dados nos remete a importância dada a reconstrução da mama que é garantida pela lei nº 9.797, de 06 de maio de 1990 que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reconstrutiva da mama nos casos de remoção total ou parcial decorrente de tratamento de câncer mamário, salvo nos casos de impossibilidade de reconstrução imediata, a paciente será

encaminhada para acompanhamento e terá garantida a realização da cirurgia imediata após alcançar as condições clínicas requeridas<sup>28</sup>.



**Gráfico 9 – Distribuição das entrevistadas segundo tratamento finalizado.**

Conforme o gráfico 9 e respectiva análise, em relação a tratamento finalizado pode-se perceber que 66% finalizou o tratamento a 1 ano, 8% a 2 anos, 4% a 3 anos, 6% a 4 anos e 16% a 5 anos ou mais.

O tratamento envolve a cirurgia – intervenção cirúrgica usada principalmente quando o tumor está em estágio inicial e em condições favoráveis para sua retirada;

Radioterapia – utilização de raios de alta energia que tem a capacidade de destruir para tumores localizados que não podem ser retirados por cirurgia totalmente ou para tumores que costumam retornar ao mesmo local após a cirurgia;

Quimioterapia – utiliza drogas que agem na destruição das células malignas, com o objetivo de destruir, controlar ou inibir o crescimento das células doentes e a

Hormonioterapia – impede a ação dos hormônios que fazem as células cancerígenas

crescerem, age bloqueando ou suprindo os efeitos do hormônio sobre o órgão alvo. Vale ressaltar que a reabilitação também faz parte do tratamento e esta é feita através da cirurgia plástica de reconstrução, assim como com os serviços da equipe multiprofissional (psicologia, fisioterapia, enfermagem etc). A opção pelo tratamento adequado depende de vários fatores como, estágio do câncer, particularidades do tumor, idade da mulher, saúde geral da mulher entre outros.

Para Silva <sup>25</sup> O tratamento primário é a mastectomia, intervenção cirúrgica que pode ser restrita ao tumor, atingir tecidos circundantes ou até a retirada da mama, dos linfonodos da região axilar e de ambos os músculos peitorais. A mais frequente, em torno de 57% das intervenções realizadas, é a mastectomia radical modificada, aquela que remove toda a mama juntamente com os linfonodos axilar.

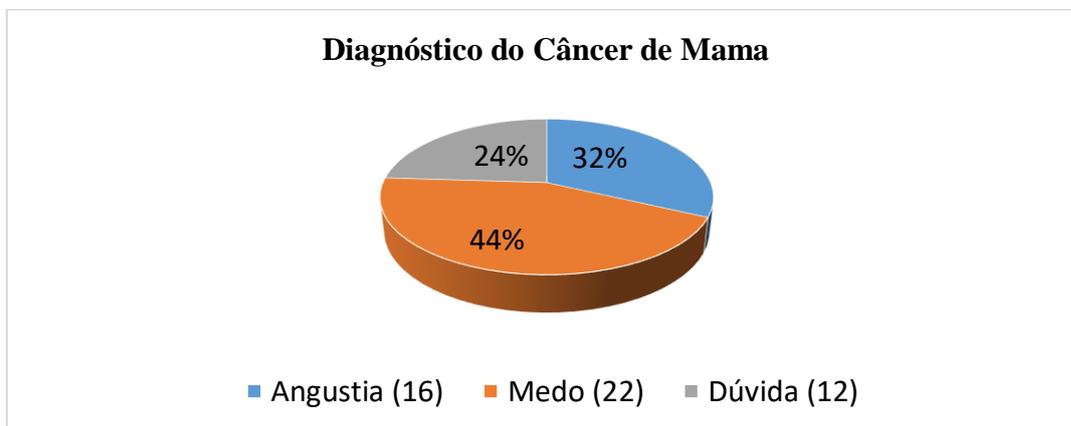
Descreve que os tipos de cirurgia para câncer de mama, são indicado de acordo com a fase evolutiva do tumor, sendo que os mais comuns: tumorectomia, remove apenas o tumor, com margem de segurança; quadrantectomia, retira todo quadrante da mama onde se situa; mastectomia simples ou total, que remove a mama, podendo-se manter a pele da mama, que auxiliará na reconstrução plástica; mastectomia total modificada, retira a mama, os gânglios linfáticos das axilas, e o tecido que reveste os músculos peitorais<sup>26</sup>.

Dentre os tratamentos, o cirúrgico é o mais agressivo pelas modificações no cotidiano e corpo da paciente, adaptar-se a vivência do tratamento não é fácil, pois vale lembrar que os efeitos desses tratamentos implicam em vários aspectos da vida da mulher. As dificuldades enfrentadas pela mulher são muitas, tais quais, a implicação na autoimagem após a mastectomia ao ver o corpo marcado, os efeitos colaterais do tratamento complementar como, a queda do cabelo, o enjoo, dificuldades e limitações

físicas etc., medo de olhares de rejeição ou pena por parte do companheiro, da sociedade, o medo da dor.

A reabilitação da mulher submetida a uma cirurgia/mastectomia requer, portanto, uma assistência multiprofissional, na qual é grande a importância do papel da enfermagem. Nesse processo de reabilitação, ela deverá receber informações a respeito dos cuidados após a cirurgia, orientações e informações sobre as diferentes etapas de recuperação, cuidados com o membro superior homolateral à cirurgia, exercícios que recuperem a capacidade funcional do braço e do ombro<sup>29</sup>.

Observou-se a relevância que tem o enfermeiro e sua equipe de enfermagem, pois são eles que mais perto estão da mulher praticamente durante todas as etapas do tratamento e com um olhar voltada para totalidade dessa mulher, criam e recriam caminhos e meios para minimizar as possíveis dificuldades e fortalece-la para o seu enfrentamento de forma menos dolorosa.



**Gráfico 10 – Distribuição das entrevistadas segundo diagnóstico do câncer de mama.**

A presente pesquisa evidenciou que para 44% das pesquisadas o medo foi o que mais sentiram ao receber o diagnóstico de câncer de mama, no entanto 32% angustia e 24% dúvida.

Esses dados confirmam aqueles apresentados na literatura nacional uma vez que, sabe-se que o paciente que recebe o diagnóstico de câncer reage de uma maneira diferente se comparado ao diagnóstico de outras doenças, seja pelo temor às mutilações e desfigurações que os tratamentos podem provocar, seja pelo medo da morte ou pelas muitas perdas, nas esferas emocional, social e material, que sempre ocorrem<sup>25</sup>.

Uma experiência amedrontadora para as mulheres, pelo seu estigma social e a associação com a morte, pois quando recebem o diagnóstico sentem-se angustiada, inseguras e preocupadas<sup>21</sup>.

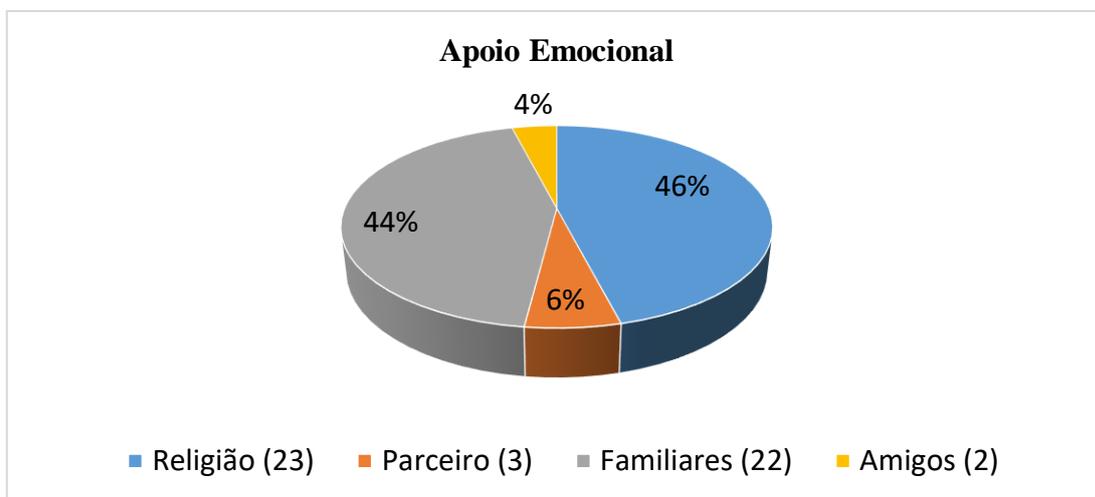
Sobre os sentimentos mais comuns apresentados pela mulher acometida pelo câncer de mama, um estudo apontou: raiva, tristeza, inquietação, ansiedade, angustia, medo e luto. Vale lembrar que quando o diagnóstico é precoce, melhora, a expectativa de cura nas mulheres com câncer de mama, tornando o processo, menos invasivo e desgastante<sup>26</sup>.

Como, também, um estudo, realizado em Cajazeiras, no estado da Paraíba, Brasil, analisando-se os dados, notou-se que não é fácil para a mulher receber a notícia do diagnóstico do câncer mamário, visto que desperta uma gama de sentimentos negativos, por exemplo, a possibilidade de o tratamento necessitar da retirada da mama. Há o surgimento de vários pensamentos diante da situação eminente de morte, tais como desespero, negação, angústia e tristeza, além da possibilidade de desenvolver a depressão<sup>16</sup>.

Diante disso, a reação frente ao diagnóstico do câncer de mama traduz uma maior probabilidade de se ter sentimentos negativos como temor, acentuado pela tensão do prognóstico e angústia, antecipada a mastectomia sinônimo de repercussão no seu corpo físico e psicológico.

No nosso estudo verificou-se ainda, que a dúvida referida ao receber a confirmação do diagnóstico de câncer de mama pode ser que tenha sido gerada pela forma como é transmitida pelo profissional de saúde, o que nos faz refletir também que pode haver o desconhecimento sobre a doença, os tipos de tratamento, incertezas quanto ao sucesso do tratamento as implicações e mudanças no estilo de vida por parte delas.

Torna-se, pois, importante a informação transmitida de maneira adequada sobre a doença e suas consequências, pois dá à mulher a possibilidade de processar o que lhe está sendo transmitido acerca do diagnóstico, da doença, do tratamento e do prognóstico do câncer de mama bem com a possibilidade de se adaptar à sua nova realidade<sup>30</sup>.



**Gráfico 11 – Distribuição das entrevistadas segundo apoio emocional após o diagnóstico.**

Quando questionado as estudadas quem ela buscou apoio emocional após o diagnóstico de câncer de mama um grande percentual, ou seja, 46% referiram recorrer à religião, 6% parceiro, 44% familiares e, somente 4% buscavam suporte emocional nos amigos.

A religião tem demonstrado ser de forte impacto quando se busca por apoio para afrontar as mais diversas situações que um indivíduo possa vir a enfrentar.

Diante do diagnóstico do câncer de mama e da necessidade de se submeter à mastectomia, a mulher pode desenvolver sentimentos negativos, bem como se aproximar mais da espiritualidade<sup>16</sup>.

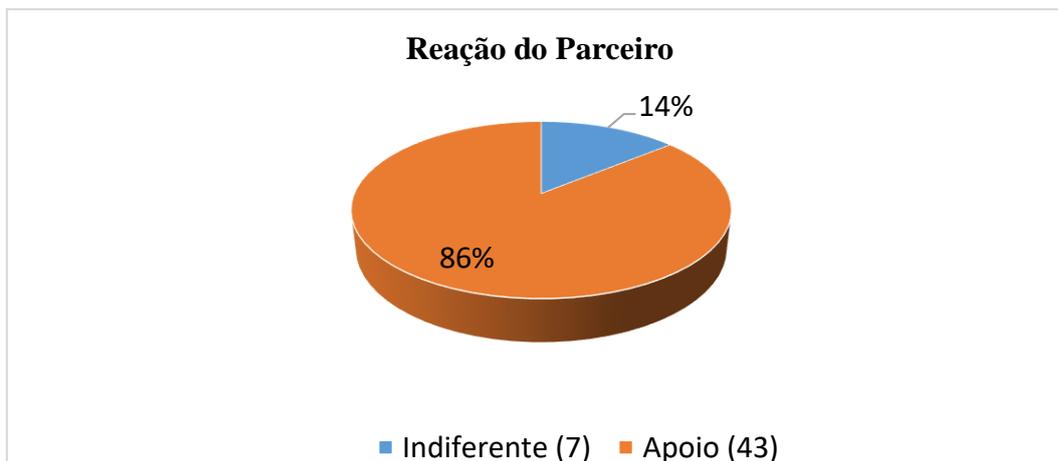
Furlan et al <sup>18</sup> em seu estudo identificou que, a religião/espiritualidade constitui um importante apoio para as mulheres fornecendo apoio para enfrentar essa situação singular por meio de conselhos e orações, proporcionando alívio para o estresse gerado pela doença e sua reabilitação, além de momentos de conforto e bem-estar.

A busca religiosa em pacientes com câncer não deve ser entendida como uma forma de fuga da realidade, mas como uma possibilidade de vislumbrar um futuro apesar do sofrimento causado pela doença, ou ainda uma ajuda no processo de cura e de aceitação da doença, uma vez que há a disponibilidade de outras formas de construção de sentidos para a doença o que possibilita ao acometido e aos seus familiares, um maior empoderamento para vivenciarem essa experiência<sup>31</sup>.

Sendo assim, entende-se a religião um mecanismo pelo qual o ser humano usa como estratégia para canalizar sua insegurança diante do que os faz parcialmente impotente. Diante disso a religião pode ser considerada um fator importante na vida das mulheres mastectomizadas.

Vale destacar, ainda, que 44% das pesquisadas recorriam aos familiares como sustentáculo para auxiliar nessa fase vivenciada. Os familiares dessa mulher nesse

momento são considerados motivadores ajudando-a a superar os momentos em que ela se sente impotente diante de tal fato. Constatando tal afirmação, Ferreira et al <sup>17</sup> realizou um estudo no qual pode-se verificar que todas as mulheres que fizeram parte da amostra referiram ter recorrido e recebido apoio familiar constante por parte de diferentes membros da família e alegaram ainda que se sentiram mais cuidadas, recebendo excesso de carinho e atenção.



**Gráfico 12 – Distribuição das entrevistadas segundo reação do parceiro ao ser informado sobre o diagnóstico do câncer de mama da sua parceira.**

Referente a reação do parceiro a pesquisa mostrou que o grande percentual dos indivíduos 86% da amostra sentiu-se apoiada pelo seu companheiro. No entanto, 14% da amostra afirma que seu companheiro se mostrou indiferente ao ser informado sobre o diagnóstico do câncer de mama da sua parceira. Diante dos dados coletados identificamos que o apoio dado por parte do parceiro demonstra carinho, respeito e compreensão do momento que está sendo vivenciado por sua parceira em consequência do diagnóstico do câncer de mama.

Nosso estudo corroborou com Bffi e Mamede<sup>32</sup> ao afirmar que, é importante esta compreensão por parte dos parceiros no sentido de entender as atitudes das parceiras de forma a adequar-se às mudanças provocadas pelo diagnóstico do câncer de mama e consequentemente o tratamento que virá.

Também, com a importância do apoio à mulher diagnosticada com câncer de mama pode ser observada em um estudo que se verificou que, um dos fatores de grande relevância para o enfrentamento do câncer de mama feminino é o apoio conjugal, uma vez que o apoio fornecido pelo companheiro para a sua companheira é algo que faz com que a vivência com câncer seja menos traumática para a mulher que passa por tal situação<sup>17</sup>.

Observamos que 14% apresentou indiferença e pouco se tem a esse respeito na literatura, encontramos apenas um estudo, onde destacou que a experiência vivenciada por mulheres ante do diagnóstico de câncer de mama foi bastante solitária, pois não receberam a atenção que esperavam de seu companheiro, o afastamento por parte do parceiro resultou no momento em sofrimento a essas no momento mulher<sup>18</sup>.

De modo geral, pode-se dizer que, o apoio consente à mulher manter um certo equilíbrio em algumas esferas de sua vida para enfrentar a doença e posteriormente os efeitos do tratamento.



**Gráfico 13 – Distribuição das entrevistadas segundo apoio por parte dos profissionais de saúde que precisava no momento.**

O enfrentamento de um câncer de mama impõe a vivência de várias reações e sentimentos, observa-se que neste momento algumas mulheres encontram-se fragilizadas enquanto outras desestabilizadas.

O que se pode constatar é que 40% considerou que ao longo do seu tratamento sentiram-se apoiadas pelos profissionais de saúde. Sendo que 30% afirmaram não ter recebido apoio e 30% afirmaram ter recebido um pouco de apoio por parte dos profissionais de saúde.

Nesse contexto, a rede social de apoio é essencial no processo de recuperação emocional e física da pessoa que está vivenciando um agravo à saúde. Para as mulheres que são diagnosticadas com câncer e aquelas que são submetidas à mastectomia, esse apoio deve ser mais intenso <sup>18</sup>.

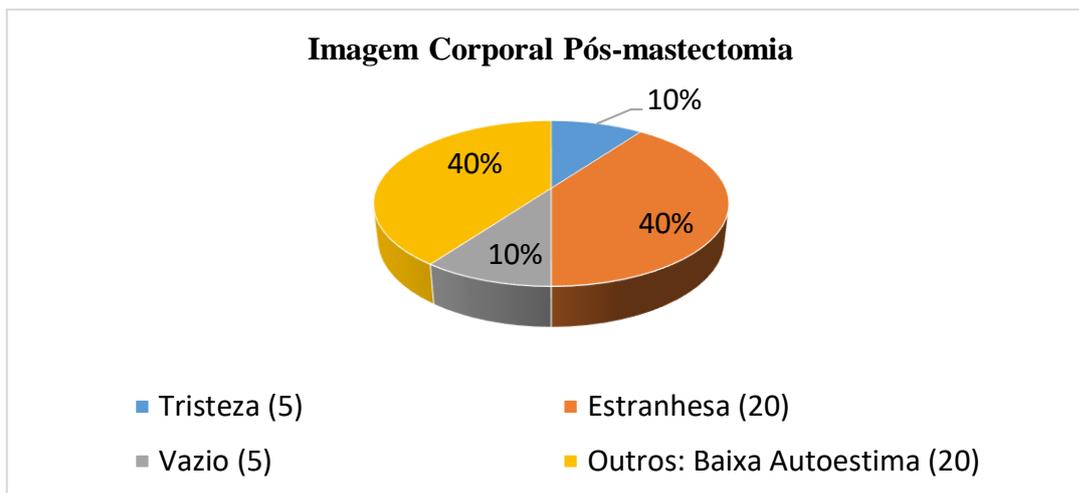
Cabe salientar que a interação entre paciente e os profissionais de saúde deve-se dar principalmente pelo o cuidado mental. E esse cuidado com a saúde mental da mulher por parte do enfermeiro, poderá contribuir para ela manter um certo equilíbrio e assim conseguir enfrentar a doença e suas formas terapêuticas, ajuste da interação social e, uma qualidade de vida melhor.

O cuidado de enfermagem tem como objetivo, em sua essência, assistir o ser humano em sua totalidade e, portanto, a paciente deve ser vista como um todo, observando-se mente e corpo. Cuidar não é tratar apenas a doença, mas é também a ver como possibilidade do ser de quem cuidamos<sup>30</sup>. Dessa forma, pode-se perceber que cada indivíduo é singular e tem necessidades e valores próprios. As autoras ainda ressaltam que nesse processo a enfermeira, então, está oportunizando a essa paciente a possibilidade de cuidar de si, de reivindicar da instituição que recebe apoio e tratamento que minimize o máximo possível seu sofrimento.

Entendemos, portanto, que, deve-se ampliar o conhecimento teórico-prático e sintetiza-lo no cuidado da mulher. Assim, visando contribuir para melhor compreensão acerca do câncer de mama uma vez que a negatividade que permeia a palavra câncer é estigmatizado pela sociedade.

Por fim, decorrido um tempo maior de pós-operatório, as mulheres deparam-se com a necessidade de conformar-se com a realidade. Nesse movimento de reorganização de sua inserção no mundo individual, social e espacial, que as mulheres realizam na reabilitação de uma mastectomia, reside um importante papel dos profissionais de saúde e do enfermeiro em particular. Há a possibilidade de auxiliá-las na sincronização e interação dessas fases de forma a favorecer a construção de importantes modelos para elas como expressado<sup>33</sup>.

Portanto fica claro que, o apoio a atenção a mulher mastectomizada tem como meta final deixa-la pronta para o as questões voltadas a ultrapassar as dificuldades, ajudando-as a definir as estratégias para superar a face difícil que se segue durante e pós - mastectomia.



**Gráfico 14 – Distribuição das entrevistadas segundo percepção na imagem corporal pós- mastectomia.**

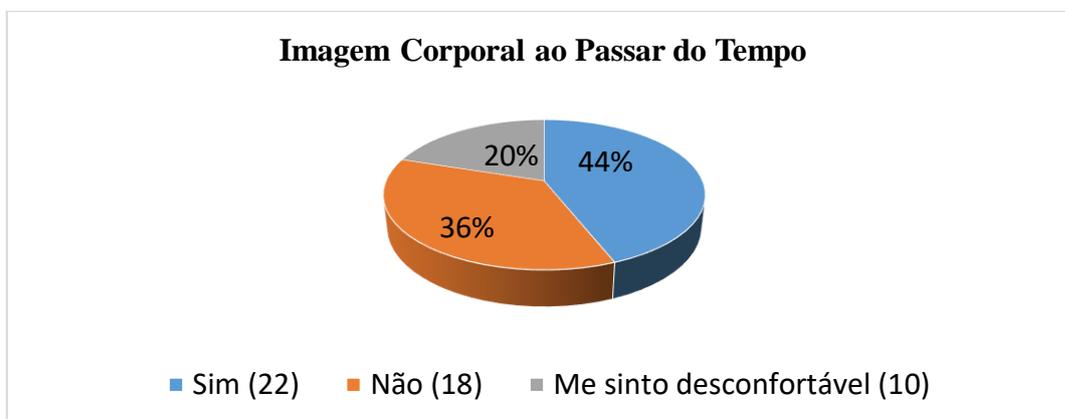
Em relação a variável “imagem corporal após a mastectomia” percebeu-se que houve uma semelhança nos resultados da amostra onde 40% das inqueridas apontou estranheza e 40% baixa autoestima. As restantes assinalaram 10% tristeza e 10% vazio.

A mastectomia, leva a mudanças físicas, as quais se interligam as alterações em sua vida pessoal, a mulher mastectomizada ao se ver sem a mama possivelmente conterà um impacto durante esse momento. E a partir dessa experiência vivenciada que, a construção de uma nova autoimagem será determinada por ela (mulher).

Frente a essa questão, as mulheres estudadas referem que após vivenciarem o momento de se perceber pós mastectomia, viram sua imagem corporal totalmente distorcida o que possivelmente acarretou mais adiante a baixa autoestima e encontra partida outra estranheza. Surgem sentimentos contraditórios, pois de um lado há esperança na cura e medo do retorno da doença, de enfrentar um corpo incompleto imposto pela mastectomia, associado a feminilidade e com as reações do companheiro frente à mastectomia, o que podendo levar a uma baixa autoestima<sup>21</sup>.

Os dados resultantes do presente estudo corroboram os dados de outra pesquisa onde constatou-se que, a primeira grande dificuldade a ser enfrentada pelas mulheres, após uma mastectomia, é sua própria aceitação, como de olhar-se no espelho e aceitar que seu corpo está diferente, sem uma parte, que culturalmente representa a feminilidade seguido da baixa autoestima<sup>33</sup>. A identificação da mutilação se dá pela percepção da assimetria do corpo e pela visibilidade da cirurgia, o que para muitas, é um momento agressivo à sua autoimagem e como consequência desenvolvem a baixa autoestima. As referidas autoras mencionam ainda que sobre a representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia foi identificado que a cicatriz no corpo foi representada pelas mulheres como perda, vazio, imagem corpo alterada e estranheza.

É perceptível que as repercussões advindas de como a mulher se ver, é uma vivência difícil, carregada de desprazer. E a forma de lidar com sua nova autoimagem é descoberta, em cada mulher, especificamente. Portanto, o que a mulher aprendeu durante toda vida sobre a estética corporal é o que o corpo feminino se constitui por alguns caracteres secundários, e um deles é representado pelas mamas. Com a mama removida, acaba por perceber com estranheza o seu corpo.



**Gráfico 15 – Distribuição das entrevistadas segundo percepção quanto a imagem corporal ao passar do tempo.**

Quanto as respostas apresentadas no Gráfico 15, 44% referiu que a percepção da imagem corporal mudou com o passar do tempo, 36% não mudou e 20% se diz ainda desconfortável.

Nessa fase da vida, a aceitação passa a ter papel extremamente relevante, pois a mulher já compreendendo que a mastectomia apontou mudança em seu corpo e que a sua mama não está integrada (ao seu corpo) tende a se aceitar melhor o contrário essa aceitação pode se tornar em um logo processo demorado.

Aceitar sua nova condição, e adaptar-se à nova imagem de seu corpo, exige um esforço muito grande para qual, muitas não estão preparadas<sup>26</sup>.

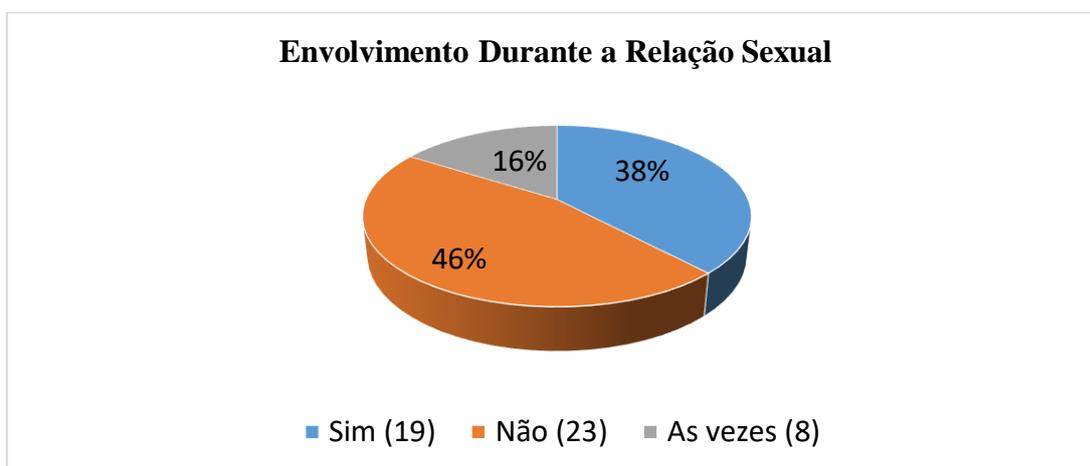
Ao representarem o corpo como incompleto, conferido pela perda da mama, revelam que a incorporação da modificação corporal se dá por uma adaptação contínua e gradativa. A mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta. No entanto, essa imagem corporal e autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida<sup>33</sup>. As autoras ainda afirmam que, a mulher ao se preocupar consigo mesma, procura meios de se cuidar buscando as soluções consideradas as mais adequadas para melhorar a sua concepção quanto a imagem corporal.

Além disso, entendemos que a percepção corporal, pós - mastectomia, ainda reflete de um olhar negativo instituído na mente humana que por sua vez exterioriza a imagem do próprio corpo. Conforme exposto em um dos dados do presente estudo onde vinte duas mulheres precisamente 44% referiram que o tempo não mudou a sua percepção quanto a sua imagem corporal, ficando evidente que a resposta para a remoção da mama é peculiar como também relacionada a vários fatores.

Tal fato é compartilhado pelos resultados encontrados em um estudo realizado por Caetano e Santos <sup>34</sup> no qual grande parte das mulheres questionadas, mencionaram

mudanças na percepção e desvalorização do próprio corpo, além de não aceitar sua nova condição.

Para algumas mulheres ao se deparar com as alterações em sua autoimagem proveniente da remoção da mama tende a rejeitar um corpo marcado e não aceitar a conviver com sua nova imagem corporal por ela assim vista de maneira desconfortável. Portanto, o que a mulher aprendeu durante toda vida sobre a estética corporal é o que o corpo feminino se constitui por alguns caracteres secundários, e um deles é representado pelas mamas. Com a mama removida, acaba por perceber com estranheza o seu corpo<sup>33</sup>.



**Gráfico 16 – Distribuição das entrevistadas segundo conseguir se envolver, sem se distrair (sem perder a concentração), durante a relação sexual.**

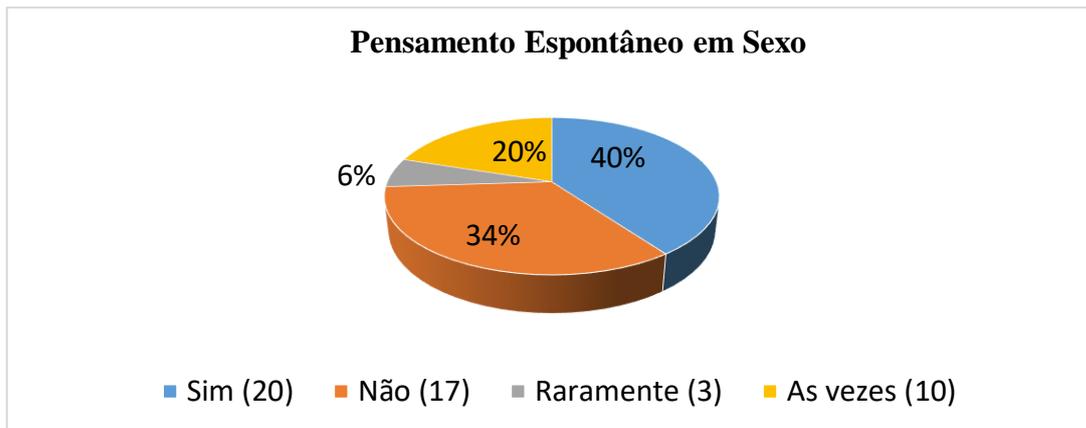
Ao considerarmos os significados que o seio adquire no meio social em relação a sexualidade, pode-se dizer que é uma experiência importante, pois representa trocas carinhosas e afetuosas entre a mulher e seu o parceiro. Neste sentido, percebe-se que para muitas mulheres a remoção total da mama, pode refletir, como limitação na beleza estética e funcional com também se sentem sexualmente repulsiva, passando a evitar o envolvimento durante a relação sexual com seu parceiro. Cabe pontua que, algumas mulheres mastectomizadas não mostraram desconforto com a ausência do seio, que não

necessariamente implicou a perda da sexualidade e conseqüentemente conseguiram envolvimento pleno e sem distração durante a relação sexual.

Confirmado tais interferências, observou-se que para 46% das mulheres não conseguiam se envolver sem perder a concentração durante a relação sexual. No entanto, 38% da nossa amostra quando inqueridas referiram que durante a relação sexual houve envolvimento sem distração por parte delas e que apenas 16% as vezes conseguiu se concentrar tornando a relação sexual possível.

O envolver-se durante a relação sexual suscita na mulher mastectomizada a vergonha e medo diante da possibilidade da rejeição do parceiro, como indicam alguns autores<sup>34</sup>, a ausência do seio e a dificuldade de expor totalmente o corpo acaba por inibir algumas mulheres durante a relação sexual e reprimindo sua sexualidade. Isso pôde ser corroborado no presente estudo, a partir dos dados a cima expostos<sup>34</sup>.

Das 38% inqueridas que apontou que o envolvimento sem distração durante a relação sexual foi satisfatório, nos mostrou que para algumas mulheres submetidas as mastectomia os ajustamentos amorosos possibilitaram novo modo de expressar a sua própria sexualidade. Convergente com estudo de Duarte e Andrade<sup>7</sup> no qual observou que para algumas mulheres era desconfortável esconder o lado marcado pela mastectomia durante a relação sexual; no entanto, isso não significou um obstáculo para seu prazer, mesmo porque encontrou outros meios para lidar com a situação.



**Gráfico 17 – Distribuição das entrevistadas segundo pensamento espontâneo em sexo, lembrando de sexo ou se imaginando fazendo sexo.**

Pela observação do gráfico 17, sobre pensamento espontâneo em sexo, verifica-se que 40% das mulheres estudadas expõem pensar, lembrar e se imaginam fazendo sexo, no entanto 34% assimila não pensar em sexo, existindo ainda 6% raramente lembra de sexo e que 20% as vezes pensa em sexo.

Muitas vezes o medo da morte faz com que o relacionamento com o parceiro melhore e isso tem impacto na vida sexual do casal. Infelizmente ainda se tem a ideia de que as mulheres que realizaram a mastectomia ficam deprimidas, imibem sua sexualidade e não pensam nem fazem sexo, Porém podemos verificar que isso não é realidade da nossa amostra.

Os dados mostraram que a sexualidade dessas mulheres não deixou de existir pós a mastectomia quando expõem que 40% referiu que pensa, lembra e se imagina fazendo sexo. Assim podemos perceber que, a sexualidade está ligada a vários fatores, sendo o nosso corpo, um corpo erótico. Portanto, não é verdade que a sexualidade está diretamente ligada ao órgão sexual. A mulher nessa nova fase de sua vida desvela aceitar sua atual imagem corporal conseguindo manter o equilíbrio deixando-se impregnar pelo prazer do pensar e se imaginar em uma relação sexual.

Na opinião de alguns estudiosos a cerca do assunto em questão, exercer a sexualidade de forma plena e sentir-se atraente é fundamental para a mulher e interfere, inclusive, em sua qualidade de vida<sup>17</sup>.

O relacionamento marital, quando existente, é considerado como fundamental para reconstrução da integridade da mulher. Nesse momento em que ela se sente pequena na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do parceiro se torna indispensável para sua reestruturação<sup>27</sup>.

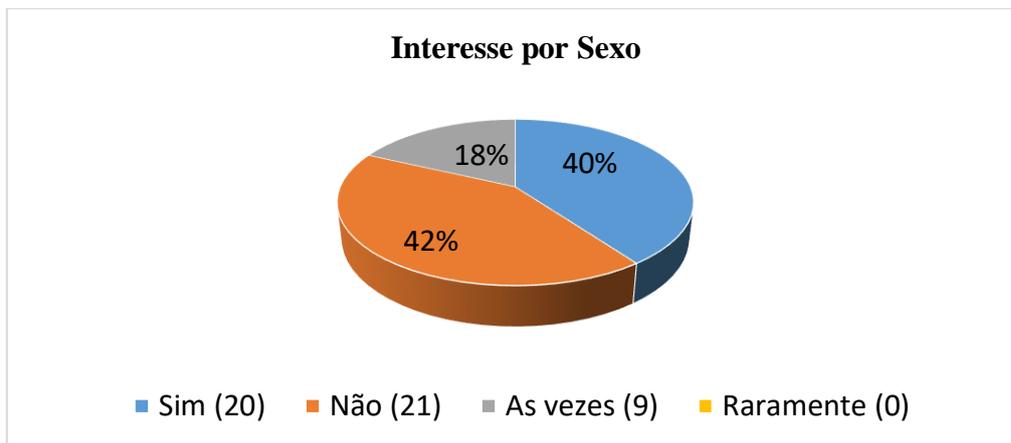
No decorrer da análise dos nossos dados e da literatura selecionada, no conteúdo de Santos, Tavares e Reis <sup>35</sup>, foi possível perceber que as mulheres inqueridas tinham uma visão segura de sua sexualidade e englobavam vários valores nesta categoria, principalmente a relação consigo mesma e com os outros.

No tocante ‘costuma pensar em sexo’, foi possível constatar que 34% das inqueridas referiu que não pensa, não se imagina fazendo sexo, 6% raramente lembra de sexo e 20% as vezes penas no sexo, ficando evidente que os efeitos deixados pela mastectomia, favorece além da depreciação do corpo a ocorrência de disfunções sexuais, entre elas a diminuição da libido feminina.

Considera-se que a sexualidade humana tem dimensões biopsicossociais, inerentes a cada indivíduo no decorrer do ciclo vital, e que está relacionada a qualidade de vida<sup>35</sup>. As autoras ainda afirmam que a maneira como a mulher responde aos estímulos caracteriza seu comportamento contanto pode-se perceber que o aspecto autoconceito traz diversas situações que podem influenciar na sexualidade.

O câncer de mama implica um elevado grau de comprometimento em vários aspectos, dentre eles a sexualidade feminina em sua dimensão física e emocional, já que a mastectomia deixa marca e, até mesmo ocorrência de dor, alteram a autoimagem, o

autoconceito e, portanto, se imaginar fazendo sexo, tendo repercussões negativa para a mulher<sup>36</sup>.



**Gráfico 18 – Distribuição das entrevistadas segundo interesse por sexo para participar da relação com vontade.**

Neste estudo, a proporção 40% de mulheres foi enquadrada na categoria de “tenho interesse por sexo participando da relação sexual com vontade”, 42% que manifestou o contrário, existindo ainda 18% apontou ter as vezes interesse participando da relação sexual com vontade.

Alguns autores, constataram que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela se torna mais receptiva, no qual o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento tornam-se melhor<sup>7</sup>.

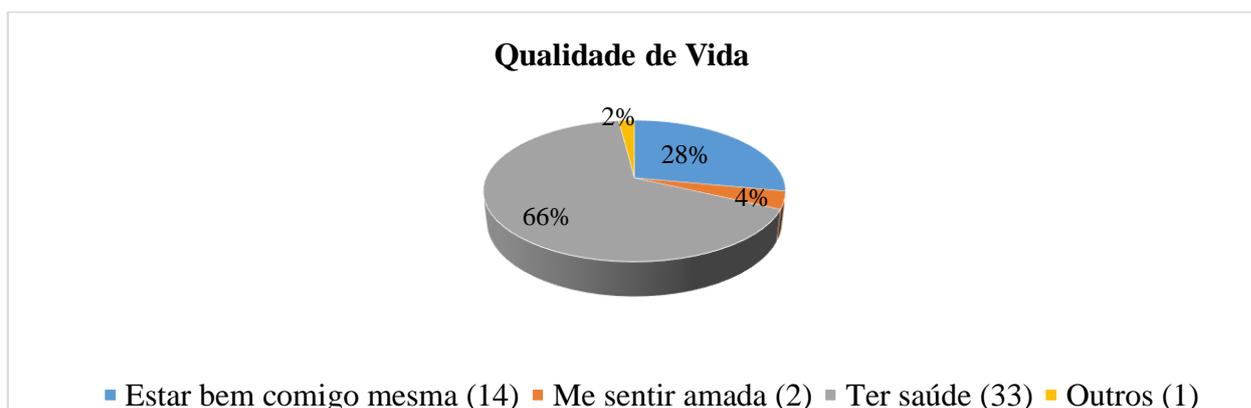
Ainda de acordo com alguns autores, a qualidade do relacionamento entre o casal não vai depender só pelo o alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher e sim pelo retorno do interesse sexual numa fase mais tranquila da doença. Deste modo, após o tratamento o casal volta a se interessar-se pela vida sexual e se preocupar com o relacionamento sexual de ambos. Buscando interessasse por maior intimidade, troca de

carícias e adaptação às condições atuais da mulher tornando o relacionamento sexual mais agradável, prazeroso e confortável<sup>37</sup>.

No estudo realizado em Cingapura<sup>7</sup>, as mulheres inquiridas apontaram que a sua sexualidade se alterou após a mastectomia ocorrendo diminuição na frequência das relações sexuais e mudanças no comportamento sexual, por outro lado verificou que a maior parte da sua população estudada não sentiu alteração no modo de viver a sua sexualidade e seu interesse na relação sexual representando 76% da amostra as restantes 27% considerou que o modo de viver a sua sexualidade se alterou pós - mastectomia<sup>38</sup>.

Como, também, sobre sexualidade pós mastectomia onde foi verificado que houve alterações significativas relativas à diminuição do apetite sexual, o prazer nas relações sexuais, a vergonha do corpo, o desconforto nas relações sexuais e o interesse pelo sexo<sup>13</sup>.

Tendo em conta os resultados apresentados, verificou-se que estes estão em conformidade com os autores acima citados, sendo vinte e uma especificamente 42% das mulheres mastectomizadas inquiridas referiu não ter interesse por sexo o que nos fez considera que a mastectomia provocou alterações no interesse pelo sexo e envolvimento durante a relação sexual.



**Gráfico 19 – Distribuição das entrevistadas segundo qualidade de vida.**

O estudo revelou que para 66% ter saúde para as inqueridas significa qualidade de vida, seguido de 28% está bem comigo mesma, 4% se senti amada e apenas 2% outros.

Podemos inferir que a maneira como o indivíduo se ver reflete também na forma de enfrentamento positivo a qualquer situação, pois o subjetivo referente a qualidade de vida pode incentivar a mulher mastectomizadas a buscar as possibilidades confrontando a nova realidade com naturalidade e, conseqüentemente, melhor qualidade de vida.

Cabe lembrar que muitas vezes, a mulher mastectomizadas se depara com uma manifestação de carinho e amor pelos que estão a sua volta, definindo, assim, a sua qualidade de vida.

A percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações é definido, de acordo com a Organização Mundial de Saúde, como Qualidade de vida <sup>2</sup>.

Dizer, portanto, que o conceito de saúde tem relações ou deve estar mais próximo da noção de qualidade de vida, que saúde não é mera ausência de doença, já é um bom começo, porque manifesta o mal-estar com o reducionismo biomédico <sup>39</sup>

Com o passar dos anos, a qualidade de vida passou a ser alvo de estudos e reflexão. Foi a partir do início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre os estudiosos da área do conceito de qualidade de vida: subjetividade<sup>40</sup>. Em outras palavras, como o indivíduo avalia a sua situação pessoal em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida

## V. CONCLUSÃO

Buscou-se nesse estudo enriquecer a compreensão das repercussões acerca dos aspectos sexual e estético na vida das mulheres que foram submetidas a mastectomia total.

O câncer de mama, é a segunda neoplasia maligna frequente em incidência e mortalidade no sexo feminino, é também a mais temida pelas mulheres em decorrência de sua agressividade e, sobretudo, pelas alterações na autoimagem.

Para muitas receber o diagnóstico de câncer mamário e, posteriormente a mastectomia causam desorganizações emocionais como por exemplo, sentimentos de medo, dúvida e angústia. Notou-se que a religião e a família demonstrou ser de forte impacto quando se buscou por apoio para afrontar as mais diversas situações que um indivíduo possa vir a enfrentar.

Em relação a variável “imagem corporal e mastectomia” percebeu-se que houve uma semelhança nos resultados da amostra onde 40% das inqueridas apontou estranheza e 40% baixa autoestima. Esse complexo processo de perda e alterações em diversos aspectos, adiciona uma necessidade de readaptação e/ou reorganização pessoal que se estende tanto ao âmbito intrafamiliar; quanto ao autoconceito e auto-imagem.

Verificou-se que boa parte das mulheres que participaram deste estudo não conseguiram se envolver durante a relação sexual e de inferir ainda que 34% apontou não pensar em sexo nem se imagina fazendo sexo, elencando a falta de investimentos e acompanhamento por partes do profissionais de saúde para as mesmas.

Apesar das alterações ocorridas no modo de viver a sexualidade causado pela mastectomia, observou-se que na proporção 40% de mulheres disseram ter apetite sexual e prazer nas relações sexuais, 42% manifestou o contrário.

Diante disso, cabe ainda ressaltar, que os sentimentos, as dúvidas e as dificuldades devem sempre ser ouvidas e minimizadas. Dessa forma, o enfermeiro assume a posição de orientador, assiste a mulher submetidas a mastectomia, proporcionando confiança e encorajando-as a viver sua nova realidade proporcionando assim uma melhora na qualidade de vida delas.

Espera-se que nosso estudo contribua para reflexões sobre o impacto que envolvem a mastectomia e sexualidade, pois estas geram implicações sobre aspecto emocional e físico na vida da mulher e desperte um olhar mais sensível .

## **VI. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- 1- Brasil. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. (2016). Coordenação de prevenção e Vigilância. Estimativa 2016: Incidência de câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA.
- 2- World Health Organization. Nacional câncer control programmes: policies and managerial guidelines. 2nd ed. Geneva: World Health Organization; 2006. Disponível em <<http://www.who.int/cancer/media/en/408.pdf>>. Acesso em 12 de setembro de 2015.
- 3- Gomes R. Manual de oncologia Básica. Campinas: Revinter. Instituto Nacional do Câncer (1997). Disponível em: [http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X20030001000117&script+sci\\_arttext](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-294X20030001000117&script+sci_arttext). Acesso em 19 de outubro de 2015.
- 4- Dantas W, Ferreira E, Coura AP, Alvarenga D. Câncer de mama: a importância do diagnóstico precoce. Diário de tabira, Minas Gerais, 2012; 35(1): 4-4.
- 5- Abreu JP. Sexualidade de mulheres mastectomizadas: o que muda após o diagnóstico. Revista Científica Acta de Ciências e Saúde, Brasília, 2014; 1 (3): 15-35.
- 6-Instituto Nacional do Câncer. Ministério da saúde. Estimativa da incidência de câncer de mama no Brasil; 2012. Disponível em <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?ID=5>>. Acesso em 02 de janeiro de 2015.
- 7- Duarte TP, Andrade NA. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estudo de psicologia, 2003 jan/abr; 8 (1): 155-163.
- 8- Bergamasco RB , Angelo M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. Revista Brasileira Cancerologia. São Paulo, 2011, jul/agos/set; 47(3): 277-282.

- 9- Gasparelo C, Sales CA, Marcon SS, Salci MA. Percepção de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. *Ciência Cuidado Saúde*, Maringá, 2010; 9 (3): 535-542.
- 10- Funghetto SS, Terra MG, Wolff Lr. Mulher portadora de câncer de mama. *Revista Brasileira Enfermagem*. 2003, set/out; 56 (5): 528-32.
- 11- Ferraz AMN. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Rio Grande do Sul, 2009.
- 12- Halyard MY, Ferrans CE. Quality assessment for routine oncology clinical practice. *Journal of Supportive Oncology*, Morristown 2008 maio/junho; 6 (5):221-233.
- 13- Manganiello A. sexualidade e qualidade de vida da mulher submetida à mastectomia 2008. 105f. Dissertação (Mestrado) – Escola de Enfermagem da universidade de São Paulo. São Paulo.2008.
- 14- Michel MH. Metodologia e pesquisa científica em ciências sociais – um guia prático para acompanhamento da disciplina e elaboração de trabalhos monográficos. São Paulo: Atlas, 2005.
- 15- Menke CH, Biazús JV, Xavier NL, Cavalheiro JÁ, Rabin EG, Bittelbrunn A, Cericatto R, Rotinas em mastologia. 2.ed.Porto Alegre: Artmed, 2007.
- 16- Sousa KA, Pinheiro MBGN, Fernandes MC, et al. Sentimentos de mulheres sobre as alterações causadas pela mastectomia. *Revista Fund Care*. 2016 out/dez; 8 (4): 5032-5038.
- 17- Ferreira DB, Farago PM, Dos Reis ED, Funghetto SS. Nossa vida após o câncer de mama: percepção e repercussões sobre o olhar do casal.2001.
- 18- Furlan MCR, Bernardi J, Vieira AM, Dos Santos MCC, Marcon SS. Percepção de mulheres submetidas à mastectomia sobre o apoio social. *Ciências Cuidado Saúde* 2012 jan/mar; 11 (1): 066-073.

- 19- Silva RM, Mamede MV. Conviver com a mastectomia. Fortaleza: FCPC 1997; 38 (3):04.
- 20- Bervian PI, Girardon-Perlini NMO. A família (com) vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. Revista Brasileira de Cancerologia 2006; 52 (2): 121-128.
- 21- Fabbro MRC, Montrone AVG, Dos Santos S. Percepção, conhecimento e vivencia de mulheres com câncer de mama. Revista Enfermagem UERJ, Rio de Janeiro, 2008 out/dez; 16 (4): 532-7.
- 22- Melo EM, Silva RM, Fernandes AFC. O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy. Revista brasileira de cancerologia 2005; 51 (3): 219-225.
- 23- Vianna AMSA. Avaliação psicológica de paciente em reconstrução de mama: um estudo piloto. Estudo de psicologia, Campinas 2004 set/dez; 21 (3): 203-210.
- 24- Serrano CM, Pires PM. Vivências da mulher mastectomizadas. Enformação 2008; 10 (1): 14-17.
- 25- Silva LC. Câncer de mama e sofrimento psicológico: Aspectos relacionados ao feminino. Psicologia em Estudo, Maringá 2008 abr/jun; 13 (2): 231-237.
- 26- Ramos BF, Lustosa, MA. Câncer de mama feminino e psicologia. Revista SBOH v.9, n. 2. 2009.
- 27- Almeida RAA. Impacto da mastectomia na vida da Mulher. Ver. SBPH 2006; 9 (2): 99-113.
- 28- Brasil. Lei Federal Nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Disponível em: [www.Presrepublica.jusbrasil.com,br>legislação](http://www.Presrepublica.jusbrasil.com.br/legislação).
- 29- Mamede MV, Clapis MJ, Panobianço MS, Biffi MS, Biffi RG, Bueno LV. Orientações pós mastectomia: o papel da enfermagem/Post-mastectomy orientations: the nursing role. Revista Brasileira Cancerologia 2000 marco;46 (1): 57-62.

- 30- Camargo TC, Souza IEO. Atenção à mulher mastectomizadas: discutindo os aspectos oncológicos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no hospital do câncer III. Revista Latino-americano Enfermagem 2003 set/out; 11(5): 614-21.
- 31- Ferreira CB, Almeida AM, Rasera EF. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. Interface: Comunicação Saúde Educação 2008 out/dez; 12 (27): 863-71.
- 32- Biffi RG, Mamede MV. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizadas: o papel do parceiro sexual. Revista escola enfermagem USP 2004 abril; 38 (3): 262-9.
- 33- Ferreira MLSM, Mamede MV. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia Revista Latino-americano Enfermagem.2004 maio/junho; 11 (3): 299-304.
- 34- Caetano JÁ, Soares E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do Self-físico e self-pessoal. Revista Enfermagem UERJ 2005 junho; 13:210-6.
- 35- Santos LR, Tavares GB, Reis PED. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. Escola Anna Nery (impr.) 2012 jul/set; 16 (3): 459-465.
- 36- Talhaferro B, Lemos SS, Oliveira E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. Arq Ciência Saúde 2007 jan/mar; 14 (1): 17-22.
- 37- Pádua EA. Câncer de mama não impede a prática sexual. 2006. Disponível em: <[http://wmulher.com.br/print.asp?id\\_mater=3134& canal=sexo](http://wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134& canal=sexo)>. Acesso em 12 de dezembro de 2014.
- 38- Barbosa JRG. A sexualidade nas mulheres mastectomizadas. 96f. Dissertação (Graduação de Enfermagem); Universidade Fernando Pessoa. Porto 2008.
- 39- Minayo MCS, Hartz ZMA, & Buss PM. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. Revista Ciência e Saúde Coletiva 2000, 5 (1):7-18.
- 40- Seidl EMF, Zannon CMLDC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno saúde Pública, Rio de Janeiro 2004 mar/abr; 20 (2):508-588.

# ANEXOS

## Anexo 1

Instituto de Medicina Integral  
Prof. Fernando Figueira  
Escola de Pós-graduação em Saúde Materno Infantil  
Instituição Civil Filantrópica



### CARTA DE ANUÊNCIA

Declaramos para os devidos fins, que aceitaremos o (a) pesquisador (a) Gisele Freire Peixoto de Oliveira a desenvolver o seu projeto de pesquisa Aspectos sexuais e estáticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no centro de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, cujo objetivo é Analisar os aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no centro de diagnóstico e tratamento do câncer de mama, nesta Instituição.

Esta autorização está condicionada ao cumprimento do (a) pesquisador (a) aos requisitos da Resolução 466/12 e suas complementares, comprometendo-se a utilizar os dados pessoais dos participantes da pesquisa, exclusivamente para os fins científicos, mantendo o sigilo e garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades.

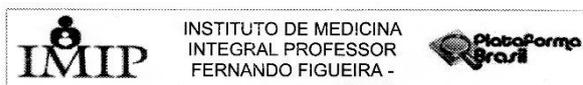
Antes de iniciar a coleta de dados o protocolo deve ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humano do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira CEP-IMIP. Credenciado ao sistema CEP/CONEP

Recife, 11 de março de 2016

Dra. Isabel Cristina Pereira  
Coordenadora Centro de Prevenção  
e Diagnóstico da Mama  
Casa Avon / IMIP - CRM: 8149

Carimbo e Assinatura da Chefia do Setor

## Anexo 2



### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

#### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** ASPECTOS SEXUAIS E ESTÉTICOS NA QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES MASTECTOMIZADAS

**Pesquisador:** GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA

**Área Temática:**

**Versão:** 2

**CAAE:** 54791516.7.0000.5201

**Instituição Proponente:** Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira - IMIP/PE

**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio

#### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 1.718.649

#### Apresentação do Projeto:

O projeto elabora o racional teórico baseado no impacto da mastectomia na qualidade de vida e atividade sexual das pacientes com câncer de mama. Relata a preocupação por ser uma doença muito prevalente e também na mutilação que pode impactar a vida das portadoras da neoplasia.

#### Objetivo da Pesquisa:

Analisar os aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimo relacionados às questões da intimidade da paciente e o constrangimento.

Benefícios não mensurados nem proposta orientação para as que tiverem impacto nos pontos que a pesquisa propõe avaliar.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O pesquisador respondeu as recomendações solicitadas.

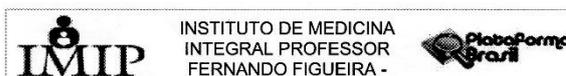
#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos estão adequados, após alguns ajustes no TCLE.

#### Recomendações:

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Página 01 de 03



Continuação do Parecer: 1.718.649

Não há.

#### Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há.

#### Considerações Finais e critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BASICAS_DO_P ROJETO_657155.pdf	18/08/2016 08:14:37		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_retificado.doc	18/08/2016 08:14:22	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	Questionario.doc	27/07/2016 07:45:14	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	2Curriculum.doc	04/04/2016 09:34:21	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	1Curriculum.doc	04/04/2016 09:30:51	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Outros	anuencia.jpg	04/04/2016 09:12:37	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Orçamento	Orcamento.doc	04/04/2016 09:10:12	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.docx	04/04/2016 09:09:34	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito
Folha de Rosto	folhaderosto.doc	11/03/2016 10:40:45	GISELE FREIRE PEIXOTO DE OLIVEIRA	Aceito

#### Situação do Parecer:

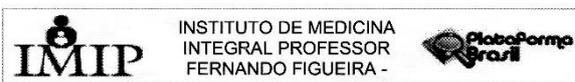
Aprovado

#### Necessita Apreciação da CONEP:

Não

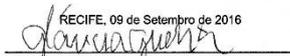
Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Página 02 de 03



Continuação do Parecer: 1.718.649

RECIFE, 09 de Setembro de 2016

  
Assinado por:  
Gláucia Virginia de Queiroz Lins Guerra  
(Coordenador)

Endereço: Rua dos Coelhos, 300  
Bairro: Boa Vista CEP: 50.070-550  
UF: PE Município: RECIFE  
Telefone: (81)2122-4756 Fax: (81)2122-4782 E-mail: comitedeetica@imip.org.br

Página 03 de 03

## **Apêndice 1**

### **TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

(PARA MAIORES DE 18 ANOS OU EMANCIPADOS - Resolução 466/12)

Convidamos o (a) Sr. (a) para participar como voluntário (a) da pesquisa Aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no centro de diagnóstico e tratamento do câncer da mama, que está sob a responsabilidade do (a) pesquisador (a) Valmira de Assis Silva Almeida, Rua dos Coelhos nº 300, CEP 50070-550, Boa vista, Recife – PE, telefone: 81- 996645645. Também participa desta pesquisa o pesquisador: Erickson Luan Gomes, Telefones para contato: 81- 984469463, e está sob a orientação de: Gisele Freire Peixoto de Oliveira Telefone: 81- 999710238, e-mail: giselef.peixoto@hotmail.com.

Caso este Termo de Consentimento contenha informações que não lhe sejam compreensíveis, as dúvidas podem ser tiradas com a pessoa que está lhe entrevistando e apenas ao final, quando todos os esclarecimentos forem dados, caso concorde com a realização do estudo pedimos que rubrique as folhas e assine ao final deste documento, que está em duas vias, uma via lhe será entregue e a outra ficará com o pesquisador responsável.

Caso não concorde não haverá penalização, bem como será possível retirar o consentimento a qualquer momento, também sem qualquer penalidade.

#### **INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA:**

- Esta pesquisa tem como objetivo Analisar os aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama.
- Serão coletados no Centro de Diagnóstico e Tratamento do Câncer da Mama, situada na Rua Francisco Alves nº 84 – Bairro: Ilha do Leite, Cidade: Recife - PE,

Cep:50070-550, Fone: (81) 30497555, após a aprovação do CEP, no período de setembro a novembro de 2016, através de questionário estruturado e validado, após serem informadas da finalidade e objetivos da pesquisa em segundas deverá assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

- Não há risco para população.
- Os resultados deste estudo não trarão benefícios imediatos, entretanto possibilitará fornecer dados para implantação de programas educativos através de palestras e campanhas promovidos pela própria instituição de saúde. Os benefícios da pesquisa para a comunidade será a inclusão social destas mulheres, deste modo o conhecimento procedente da pesquisa contribuirá para o desenvolvimento de alternativas efetivas para intervenções no futuro.

Todas as informações desta pesquisa serão confidenciais e serão divulgadas apenas em eventos ou publicações científicas, não havendo identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre a sua participação. Os dados coletados nesta pesquisa através de questionários, serão destruídos após o período de 05 (cinco anos).

Nada lhe será pago e nem será cobrado para participar desta pesquisa, pois a aceitação é voluntária. Se houver necessidade, as despesas para a sua participação serão assumidas pelos pesquisadores (ressarcimento de transporte e alimentação).

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre esta pesquisa, entre em contato com o comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos do IMIP (CEP-IMIP) que objetiva defender os interesses dos participantes, respeitando seus direitos e contribuir para o desenvolvimento da pesquisa desde que atenda às condutas éticas. O CEP-IMIP está situado à Rua dos Coelhos, 300, Boa Vista. Diretoria de Pesquisa do IMIP, Prédio Administrativo Orlando Onofre, 1º Andar tel: 2122-4756 – Email:

comitedeetica@imip.org.br O CEP/IMIP funciona de 2ª a 6ª feira, nos seguintes horários:  
07:00 às 11:30 hs (manhã) e 13:30 às 16:00hs (tarde)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do pesquisador)

## **CONSENTIMENTO DA PARTICIPAÇÃO DA PESSOA COMO VOLUNTÁRIO**

(A)

Eu, \_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_, abaixo assinado, após a leitura (ou a escuta da leitura) deste documento e de ter tido a oportunidade de conversar e ter esclarecido as minhas dúvidas com o pesquisador responsável, concordo em participar do estudo: Aspectos sexuais e estéticos na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas assistidas no centro de diagnóstico e tratamento do câncer da mama, como voluntário (a). Fui devidamente informado (a) e esclarecido (a) pelo (a) pesquisador (a) sobre a pesquisa, os procedimentos nela envolvidos, assim como os possíveis riscos e benefícios decorrentes de minha participação. Foi-me garantido que posso retirar o meu consentimento a qualquer momento, sem que isto leve a qualquer penalidade.

Local e data: \_\_\_\_\_

Assinatura do participante: \_\_\_\_\_

**Presenciamos a solicitação de consentimento, esclarecimentos sobre a pesquisa**

**e o aceite do voluntário em participar.** (02 testemunhas não ligadas à equipe de pesquisadores):

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

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

Assinatura: \_\_\_\_\_

## Apêndice 2

### QUESTIONÁRIO

<b>1.Idade:</b>
<b>2.Grau escolaridade:</b>  <input type="checkbox"/> Ensino fundamental <input type="checkbox"/> Ensino Médio <input type="checkbox"/> Nível Superior <input type="checkbox"/> Nível Técnico  _____  _____
<b>3.Frequenta alguma religião:</b> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/>
<b>4.Estado civil:</b>  <input type="checkbox"/> Solteiro com parceiro fixo <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> União estável/mora junto
<b>5. Número de filhos:</b> <input type="checkbox"/> Não tem <input type="checkbox"/> 1 à 2 <input type="checkbox"/> 3 a 4 <input type="checkbox"/> 5 ou mais
<b>6.Renda familiar:</b> <input type="checkbox"/> não tem renda <input type="checkbox"/> 1 à 3 salários mínimos  <input type="checkbox"/> 4 à 5 salários mínimos <input type="checkbox"/> acima de 5 salários mínimos
<b>7. Qual foi tua reação ao receber o diagnóstico do CA da mama?</b>  <input type="checkbox"/> tristeza <input type="checkbox"/> medo <input type="checkbox"/> dúvida <input type="checkbox"/> outros _____
<b>8. Qual foi a reação do teu parceiro?</b>  <input type="checkbox"/> Indiferente <input type="checkbox"/> Apoio <input type="checkbox"/> outros _____
<b>9.Em quem você procurou apoio emocional após o diagnóstico?</b>

Religião  Parceiro  familiares  amigos  profissional de saúde Qual? \_\_\_\_\_

**10. Você acha que recebeu o apoio referente a equipe de saúde que precisava no momento?**

Sim  Não  um pouco

**11. Há quanto tempo você fez a mastectomia? Qual o tipo de cirurgia: com reconstrução ( ) ou sem reconstrução ( )**

2 anos  3 anos  4 anos  5 anos ou mais

**12. Além do tratamento cirúrgico, há quanto tempo finalizou seu tratamento com radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia?**

1 ano  2 anos  3 anos  4 anos  5 anos ou mais

**13. Para você Mastectomia é:**

Remoção da mama  Perda da identidade feminina  outro \_\_\_\_\_

**14. Qual tua percepção na imagem corporal pós – mastectomia?**

Tristeza Medo  Vazio  Nenhuma das respostas

**15. Sua percepção quanto a imagem corporal mudou ao passar do tempo?**

Sim  Não  Me sinto desconfortável

**16. você costuma pensar espontaneamente em sexo, lembra de sexo ou se imagina fazendo sexo?**

Sim  Não  raramente  às vezes nunca

**17.Você conseguiu se envolver, sem se distrair, (sem perder a concentração) durante a relação sexual?**

Sim  Não  às vezes

**18.O seu interesse por sexo é suficiente para você participar da relação sexual com vontade?**

Sim  Não  às vezes  raramente

**19.Para você o que é ter qualidade de vida?**

estar bem comigo mesma  me sentir amada  Ter saúde  Não sei responder  outro\_\_\_\_\_