



MESTRADO EM CIÊNCIAS
AMBIENTAIS E SAÚDE

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DE GOIÁS
PRÓ-REITORIA DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA
COORDENAÇÃO DE PÓS-GRADUAÇÃO *STRICTO SENSU*
MESTRADO EM CIÊNCIAS AMBIENTAIS E SAÚDE

SABRINA MOITA COSTA MENDES

INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI) EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS DE TERESINA-PI

GOIÂNIA
2013

SABRINA MOITA COSTA MENDES

**INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK (BDI) EM MULHERES
MASTECTOMIZADAS DE TERESINA-PI**

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde da PUC-GO como requisito parcial para obtenção do título de mestre em Ciências Ambientais e Saúde.

Orientadora: Prof. Dra. Flávia Melo Rodrigues.

GOIÂNIA
2013

A Deus, meu guia, que tornou possível eu chegar ao final desta jornada. À minha família, em especial ao meu amado esposo, Júnior, pelo apoio incondicional e aos sujeitos da pesquisa que contribuíram para minha formação profissional.

AGRADECIMENTOS

Ao meu esposo, Júnior, por fazer parte da minha vida, pelo amor, companheirismo e dedicação em todos os momentos e por tornar possível a realização de mais uma conquista.

Agradeço ao meu pai, pelo amor, carinho, dedicação, pelo exemplo de vida, de caráter, aos meus irmãos, Júnior, Iluska, Sofia e Camilla pelo carinho, apoio e por acreditarem que eu seria capaz.

Aos meus tios Dielson, Layanne e Divaldo e minhas avós Ducarmo e Elon por me orgulharem de fazer parte dessa família, pelos conselhos valiosos que me ajudaram a crescer como pessoa.

Aos professores da PUC-GO, que contribuíram de forma decisiva para o meu aprimoramento profissional, compartilhando seus conhecimentos sempre com muita dedicação. Em especial, agradeço à professora Flávia que, com sua atenção, parcimônia e carinho, conseguiu transmitir um pouco de sua sabedoria, sempre com muita generosidade.

Ao Hospital São Marcos e à enfermeira Fabiane Vasconcelos, que tornaram possível a realização da pesquisa.

Enfim, agradeço a todos que, de alguma forma, contribuíram direta ou indiretamente para a conclusão desta dissertação!

Obrigada!

“Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.”

(Chico Xavier)

MENDES, S. M. C. **Inventário de depressão de Beck (BDI) em pacientes mastectomizadas de Teresina-PI**. 2013. 69f. Dissertação (Mestrado em Ciências Ambientais e Saúde). Pontifícia Universidade Católica de Goiás, Goiânia, 2013.

RESUMO

A neoplasia mamária é uma doença ameaçadora e temida entre as mulheres, pois representa uma das principais causas de morte na população feminina. Além disso, tem como principal recurso terapêutico a mastectomia, que traz consequências dolorosas na vida das mulheres em virtude dos efeitos psicológicos, das limitações e das mudanças no estilo de vida. Diante do exposto, este estudo tem como objetivo: avaliar a depressão em pacientes mastectomizadas de Teresina-PI, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI). Trata-se de uma pesquisa qualitativa e quantitativa, a qual partiu de um levantamento bibliográfico em acervos bibliotecários e de publicações eletrônicas, além da utilização de alguns instrumentos de coleta de dados, como entrevista semi-estruturada e o BDI. Os dados foram analisados e organizados em quadro categorias: saberes sobre a doença; o diagnóstico de câncer; repercussões da cirurgia de mastectomia; importância do apoio familiar e do companheiro e crenças. Os resultados permitiram identificar que a mastectomia gera implicações de ordem emocional, física e social. No que se refere às implicações de ordem emocional essas mulheres apresentavam sentimentos como: medo, ansiedade, diminuição da auto-estima e depressão. No campo social, elas têm receio em relação ao preconceito da mutilação que a mastectomia prova nelas e na sociedade. Apesar de todas as implicações representadas identificou-se com aplicação do BDI que essas mulheres apresentavam quadros leves de depressão e a maioria não apresentavam. Conclui-se, portanto, que a neoplasia mamaria e a mastectomia são responsáveis por um grande impacto na vida dessas mulheres e que o apoio da família, dos amigos e do companheiro, juntamente com a fé em Deus, as ajuda a superar as dificuldades.

Palavras-chave: Mastectomia. Câncer de mama. Qualidade de vida. Depressão.

MENDES, S. M. C. **Beck Depression Inventory (BDI) in mastectomy patients Teresina-PI**. 2013. 69f. Dissertation (MSc in Environmental Science and Health). Catholic University of Goiás, Goiânia, 2013.

ABSTRACT

The breast neoplasia is a menacing and feared disease in women, as it represents a major cause of death among females. Moreover, mastectomy is the main therapeutic resource, which brings painful changes in women's lives due to psychological effects, limitations and changes in lifestyle. Considering the above, this study aims to: assess depression in mastectomy patients from Teresina-PI, using the Beck Depression Inventory (BDI); assess the implications of physical, psychological and social mastectomy on the quality of life of those women; investigate depression in post-mastectomized women; identify changes in their daily life and relation to the environment where they live; discuss the perceptions of women with mastectomies; understand the psychosocial implications occurred. Therefore, it was performed a quantitative and qualitative research, which started from a bibliographical survey involving this topic through library collections and electronic publications, besides the use of some tools for data collection, such as semi-structured interview and BDI. Data were analyzed and organized into four categories: knowledge about the disease, the diagnosis of cancer; consequences of mastectomy; importance of family, partner and beliefs. Thus, it was possible to identify that mastectomy generates implications of emotional order such as fear, anxiety, low self-esteem and depression; and physical order such as removal of the breast. In the social field, women are afraid how they will be viewed by society after the loss of breast. So, in conclusion, breast cancer and mastectomy are held responsible for a large impact on quality of life of women and that the support of family, friends and partner, and faith in God helps them overcome difficulties and improve their prognosis.

Keywords: Mastectomy. Breast Cancer. Quality of Life. Depression.

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|----|
| Tabela 1: Características sociodemográficas (idade e número de filhos) do grupo controle e de mulheres mastectomizadas, Teresina-PI (2012-2013)..... | 43 |
| Tabela 2: Características sociodemográficas do grupo controle e de mulheres mastectomizadas, Teresina-PI (2012-2013)..... | 44 |
| Tabela 3: Média do escore total do DBI de mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas. Teresina-PI (2012-2013)..... | 44 |
| Tabela 4: Correlação entre o tempo de mastectomia e a idade de mulheres mastectomizadas. Teresina-PI (2012)..... | 45 |
| Tabela 5: Prevalência de Depressão e IC95% do Inventário de Depressão de Beck da população do estudo..... | 45 |
| Tabela 6: Sintomas de depressão da DBI em mulheres mastectomizadas..... | 46 |

SUMÁRIO

| | |
|--|----|
| 1 INTRODUÇÃO | 10 |
| 2 REFERENCIAL TEÓRICO | 16 |
| 2.1 A neoplasia mamária..... | 16 |
| 2.2 A mastectomia e o processo de reabilitação..... | 19 |
| 2.3 Vivencia da mulher mastectomizada e o impacto em sua qualidade de vida..... | 20 |
| 3 OBJETIVOS | 24 |
| 4 METODOLOGIA | 25 |
| 4.1 Tipo de Estudo..... | 25 |
| 4.2 População e amostra..... | 25 |
| 4.3 Aspectos éticos e legais..... | 26 |
| 4.4 Instrumento e coleta de dados..... | 26 |
| 4.4.1 Formulário para a caracterização sociodemográfica e dados clínicos relacionados a neoplasia mamaria..... | 27 |
| 4.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)..... | 27 |
| 4.5 Análise dos dados..... | 28 |
| 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO | 30 |
| 5.1 Saberes sobre a doença..... | 30 |
| 5.2 Impacto do diagnóstico..... | 32 |
| 5.3 Repercussões da mastectomia na vida da mulher..... | 36 |
| 5.4 Importância da família e do companheiro..... | 38 |
| 5.5 Crenças..... | 41 |
| 5.6 Análise quantitativa baseada no Inventário de Depressão de Beck (BDI)..... | 41 |
| 6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES | 49 |
| REFERÊNCIAS | 51 |
| APÊNDICE | 59 |
| ANEXOS | 64 |

1 INTRODUÇÃO

Em face ao diagnóstico de neoplasia mamária, frisa-se que a mulher vivencia várias percepções e sentimentos, os quais influenciam diretamente na sua vida e que necessitam ser explorados através de pesquisas e estudos que abordem este fenômeno de uma forma mais subjetiva, ou seja, pesquisas que enfatizem além dos dados quantitativos.

Diante da grande incidência de neoplasia mamária no Brasil e da presença de co-morbidades, como a depressão, associadas ao seu diagnóstico, surgiu o interesse em aplicar o inventário de Beck em pacientes mastectomizadas da cidade de Teresina-PI. Além disso, buscou-se conhecer as implicações e dificuldades que uma mulher submetida esse procedimento vivencia.

A neoplasia, assim como a depressão, tem sido considerada uma doença que se apresenta como grave problema de saúde pública, estando a neoplasia em segundo lugar nas estatísticas de causa de morte por doença no mundo (BRASIL, 2009). Com esses dados, fez-se necessário e iminente aprofundar o conhecimento acerca da avaliação da depressão para a população feminina com neoplasia maligna de mama, onde o Inventário de Depressão de Beck - BDI foi o meio escolhido para identificar a ocorrência da depressão, por ser um instrumento que atende ao propósito de avaliar alguns sintomas sugestivos dessa enfermidade.

Inicialmente, o que chamou atenção para o desenvolvimento dessa temática foi o contato direto da autora, no seu campo de trabalho, com pacientes em tratamento de neoplasia mamária, as quais, em sua maioria, desenvolviam quadros depressivos. Posteriormente, o interesse foi despertado pela importância da atuação da equipe multiprofissional em saúde na promoção de uma assistência que seja capaz de identificar possíveis co-morbidades associadas à neoplasia mamária. Na grande maioria das vezes, a doença é sobreposta à cliente e costuma-se esquecer que por trás de toda a problemática do tratamento, existe um ser humano que precisa de apoio emocional e conforto, principalmente no que diz respeito ao seu prognóstico.

Desta forma, desenvolver estudos que abordem essa temática é fundamental para que os profissionais de saúde se sensibilizem quanto às implicações impostas pelo tratamento da neoplasia mamária para as mulheres, subsidiando um

comportamento nesses profissionais que as proporcione bem-estar físico, psicológico e social.

Tentando entender melhor o universo que rodeia uma mulher com o diagnóstico confirmado de neoplasia mamária surgiram os seguintes questionamentos: Quais são as implicações de ordem física, psicológica e social na qualidade de vida de mulheres pós-mastectomizadas? Quais são as mudanças no seu cotidiano e a sua relação com os ambientes nos quais estão inseridas? Qual a ocorrência e intensidade de depressão após a mastectomia?

A neoplasia mamária é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre as mulheres. A palavra câncer é vista pela sociedade como um processo irreversível cheio de significados, que representa um grave e contínuo problema de saúde pública (JUNQUEIRA; FONSECA, 2003). Além disso, é uma das maiores causas de morte entre as neoplasias malignas no sexo feminino, o que a coloca como uma das grandes preocupações nesse público (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

Dados divulgados pelo Instituto Nacional do Câncer (INCA) demonstram que cerca de 27 mulheres no Brasil morrem diariamente vítimas do câncer de mama e aproximadamente 130 novos casos são diagnosticados neste mesmo tempo. Ainda no ano de 2006 mais de 48 mil mulheres desenvolveram essa patologia, sendo a região sudeste o local de maior incidência, com estimativa de 71 casos novos por 100.000 habitantes (BRASIL, 2009).

Esses dados estatísticos não são preocupantes apenas para o Brasil e outros países em desenvolvimento, mas também para países desenvolvidos, como Estados Unidos e alguns países da Europa Ocidental. Esta situação deve-se às dificuldades encontradas na prática da prevenção primária, tais como: eliminar fatores de risco, bem como diagnosticar e tratar lesões precursoras do câncer (SILVA; FRANCO; MARQUES, 2005).

Os fatores de risco estão classificados em muito elevados (mãe ou irmã com câncer de mama na pré-menopausa), mediamente elevados (mãe ou irmã com câncer de mama na pós-menopausa e nuliparidade) e pouco elevados (menarca precoce, menopausa tardia, primeira gestação a termo depois de 34 anos, obesidade, sedentarismo, ingestão alcoólica excessiva e terapia de reposição hormonal por mais de 5 anos) (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2004).

Estudos mostram também que uma em cada quinze mulheres irá apresentar algum tipo de problema nas mamas durante a vida, não sendo necessariamente carcinoma de mama. Outros 10% apresentam as chamadas lesões benignas (JUNQUEIRA; FONSECA, 2003). Atualmente, no Brasil, apenas 3,4% dos casos são detectados na fase inicial, enquanto 60% são diagnosticados em estádios avançados, momento em que a doença já se tornou incurável (KLIGERMAN, 2000).

No entanto, o controle do câncer de mama é uma prioridade da política de saúde no Brasil e foi incluso como uma das metas do “Pacto pela Saúde (2006)”. Tal pacto tem como objetivo o fortalecimento, a integração e a resolutividade do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde a divulgação, em 2004, do “Controle do Câncer de Mama, as ações governamentais têm-se orientado de modo a oferecer à população acesso a procedimentos de detecção precoce da doença. É o caso da mamografia de rastreamento (BRASIL, 2009).

Com o objetivo de atuar de forma mais prática e efetiva, com dados de avaliação rápida, regular e seguros sobre neoplasias mamárias, foi criado um sistema eletrônico de informação, o Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), que visa criar um banco de dados de informações, de todas as regiões do Brasil, sobre a enfermidade citada através da informatização padronizada da requisição de mamografia e de seu resultado (JUNQUEIRA; FONSECA, 2003).

O SISMAMA entrou em vigor no ano de 2009 e para isso as Secretarias de Estado deram início, em 2008, à capacitação dos prestadores regionais e municipais sobre esse novo sistema. O SISMAMA foi desenvolvido pelo Instituto Nacional de Câncer e o DATASUS/MS, iniciado em 2000 e retomado entre 2005 e 2006 (SANTOS; KOCH, 2010).

Após o rastreamento e a confirmação do diagnóstico a paciente segue para tratamento, o qual é realizado por meio de procedimento cirúrgico e de técnicas coadjuvantes, a citar a radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia. A mastectomia é consiste na retirada do tecido mamário, podendo ser de três tipos: total, radical modificada e radical (TIEZZI, 2007).

A mastectomia radical é a dissecação total da mama e de determinadas porções de nodos linfáticos e musculares. A mastectomia radical modificada, se classifica em mastectomia radical modificada do tipo Madden, que conserva o músculo peitoral maior e menor, e mastectomia radical modificada do tipo Patey e

Dyso, que conserva apenas o músculo peitoral maior. A mastectomia total, a ressecção apenas do tecido mamário (RIEMANN; LEPHART, 2002).

Após a mastectomia ou segmentectomia, a paciente poderá apresentar algumas complicações, como dor, linfedema no membro superior envolvido e aderências na parede torácica, que podem aumentar o risco de complicações pulmonares pós-operatórias, diminuição da amplitude de movimento (ADM) no ombro homolateral e alterações posturais (ADACHI et al., 2002).

Destaca-se também a existência de vários fatores que podem trazer resistência na adesão ao tratamento, dentre eles: a característica da terapia; aspectos relacionados com a equipe multiprofissional; variáveis socioeconômicas e características do paciente, como idade, sexo, raça, escolaridade, ocupação, estado civil, religião, hábitos de vida, hábitos culturais, além de crenças relacionadas à saúde e particularidades da doença. Por conseguinte, identificar os fatores que dificultam a adesão precoce ao programa de tratamento é uma forma de otimizar o serviço prestado (GUTIÉRREZ et al., 2007).

Desta forma, dentre os tipos de tratamento para a neoplasia mamária, a mastectomia, em especial, acarreta uma série de consequências de ordem física e psicológica, dentre as quais se destacam aquelas relacionadas ao desempenho de suas atividades na vida diária e de seus papéis sociais, incluindo a incerteza sobre o futuro, medo da recidiva, do seu tratamento, além da insegurança sobre as suas funções na família e no trabalho (SMELTZERR; BARE, 2011). Tais sinais e sintomas são influenciadas, especialmente, pelo comprometimento da sua auto-imagem, decorrente tanto da própria cirurgia e dos efeitos colaterais da quimioterapia, como também do preconceito gerado pelo diagnóstico (PEREIRA et al., 2006).

Outra consequência que pode surgir, com a retirada da mama, é a sintomatologia fantasma, ou seja, sensação e dor no local correspondente ao membro amputado, como se ele ainda estivesse presente. Pode apresentar-se através de sensações de persistência, peso, prurido e formigamento chamada de “sensação da mama fantasma”. Ou, ainda, apresentar-se apenas com dor na mama extirpada. Ambas podem ocorrer em toda ou em apenas parte da mama amputada, o que confunde e acarreta maior sofrimento à mulher, como se a mesma vivenciasse uma ilusão (SILVA; JENERAL; DUARTE, 2008).

A família também sofre com o tratamento. O sofrimento tende a prolongar-se com a indicação de terapia coadjuvante associada à cirurgia, principalmente a

radioterapia e a quimioterapia. Assim, a doença e o tratamento, podem interferir nos relacionamentos família (MELO; MENEZES, 2008).

Outro ponto ressaltado pelas mastectomizadas diz respeito às limitações e dificuldades em lidar com situações que envolvam a exposição do próprio corpo. Geralmente, sentem-se inseguras em relação a julgamentos e preconceitos da sociedade, como também em relação ao companheiro e à vida sexual (DUARTE; ANDRADE, 2003).

No início, pode haver desconforto da mulher ao olhar a incisão cirúrgica. Lidar com essa situação requer cautela, e as dificuldades enfrentadas devem ser respeitadas e manejadas com sensibilidade. Os profissionais devem ajudar a reconhecer que os seus sentimentos são respostas esperadas, afim de tranquilizar e permitir que ela expresse suas emoções (BARROS; BARBOSA; GEBRIM, 2004).

É importante mencionar ainda que a doença tem um significado próprio para cada pessoa. Pesquisas apontam a depressão e a ansiedade como os problemas psicológicos mais frequentes entre as pacientes com neoplasia mamária. Adachi et al. (2002) apresentam que de 20% a 30% das pacientes com câncer de mama têm ansiedade, depressão e baixa auto-estima em algum momento após o diagnóstico. Riemann e Lephart (2002) acrescentam que essas co-morbidades podem ocorrer durante todo tratamento e mesmo após o seu término.

Os sentimentos de tristeza ou vazio são comuns em pacientes em estados depressivos, porém, nem todas relatam subjetivamente essas sensações, o que acaba ocorrendo é que muitas referem redução da capacidade de experimentar prazer nas atividades gerais e do interesse pelo ambiente (VALLE et al., 2006).

Todas as pessoas, segundo Matos, Matos e Matos (2006), passam por sentimentos de tristeza, solidão ou infelicidade. O termo depressão, na linguagem corrente, pode designar um estado afetivo normal, um sintoma, uma síndrome ou várias doenças. Entretanto, a depressão é caracterizada como episódio patológico, no qual existe perda de interesse ou prazer, distúrbios do sono e apetite, retardo motor, sentimentos de inutilidade ou culpa, distúrbios cognitivos, diminuição da energia e pensamentos de morte ou suicídio.

A depressão é, reconhecidamente, um dos processos patológicos com maior frequência na atenção primária médica, com cerca de 10% de todas as novas consultas, sendo altamente incapacitante e interferindo de modo decisivo e intenso

na vida pessoal, profissional, social e econômica dos portadores (LIMA; FLECK, 2009).

De acordo com Teng et al. (2005), a depressão acomete 3% a 5% da população mundial. Apesar de os estudos não evidenciarem que esta patologia provoque algum tipo de câncer, a sua relação entre sobrevida do paciente oncológico é nítida. Em pacientes submetidas à mastectomia, repercussões emocionais importantes danificarão não somente a integridade física, como também alterará a imagem psíquica que a mulher tem de si mesma, de sua sexualidade e da relação que ela estabelece com seu corpo e mente (ROSSI; SANTOS, 2003).

A associação entre câncer e depressão pode ser uma reação esperada do organismo à doença e ao tratamento (WEDDING et al., 2007). O sintoma depressivo em pacientes submetidas ao tratamento das neoplasias pode estar relacionado à dor ou aos efeitos colaterais do tratamento. Estimativas apontam que mais de 50% das pessoas apresentam dor no decorrer da doença (JUVER; VERÇOSA, 2008).

Em cerca de 20% dos casos, a depressão segue um curso crônico e sem remissão. A taxa de recorrência para aqueles que se recuperam do primeiro episódio fica em torno de 35%, dentro de 2 anos e cerca de 60% dentro de 12 anos; e a taxa de recaídas é mais alta nas pessoas acima de 45 anos de idade (MATOS; MATOS; MATOS, 2006).

Levando em consideração as modificações e as consequências geradas pela à neoplasia mamária e à mastectomia, a assistência prestada pelo profissional de saúde em oncologia deve abranger diversos aspectos presentes na prevenção primária e secundária, reabilitação até a doença avançada. Nesse sentido, o tratamento deve ter foco no paciente, família e comunidade, visando à educação em saúde, oferecendo suporte psicossocial, implementando a terapia recomendada, selecionando e administrando intervenções que diminuam os efeitos colaterais da terapia proposta, participando da reabilitação e provendo conforto e cuidado (MELO; MENEZES, 2008).

Nesse momento, é importante que a mulher seja acompanhada por uma equipe multiprofissional, a fim de que seja informada a cerca de todos os cuidados necessários para uma reabilitação menos dolorosa e complicada (SMELTZERR; BARE, 2011).

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 A neoplasia mamária

A neoplasia mamária é uma enfermidade caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual em 5% a 10% resulta de alterações no código genético. Todos os casos de câncer envolvem danos de origem física, química ou biológica ao material genético, acumulados ao longo da vida mutações somáticas não hereditárias (WCRF/AICR, 2007).

Além desses fatores de risco, merecem destaque neste documento: variáveis ginecológicas, antropométricas, história da amamentação, ingestão de bebida alcoólica e atividade física. Porém, ainda existem muitos aspectos a esclarecer, principalmente com relação à composição corporal e à atividade física, o que torna necessária a realização de mais estudos sobre a influência destes fatores na neoplasia maligna de mama (WCRF/AICR, 2007).

Pinho e Coutinho (2007) mostram que fatores sócio-demográficos, variáveis hormonais e reprodutivas, primeira gestação a termo após os 30 anos, história de um ou mais abortos, uso de anticoncepcionais por cinco anos ou mais e tabagismo estão relacionados com a incidência do câncer de mama.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) estima que o número de mortes por essa enfermidade deverá crescer 45% entre 2007 e 2030, saltando de 7,9 milhões para 11,5 milhões de óbitos anuais. Estima ainda, que o número de casos novos aumentará de 11,3 milhões para 15,5 milhões anuais no mesmo período. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos da confirmação do diagnóstico é de 61% (OMS, 2009).

No Brasil, as estimativas do Instituto Nacional do Câncer (INCA) para 2010/2011 apontaram o risco de 49 novos casos de neoplasia mamária a cada 100 mil mulheres, e colocam a região sudeste como área de maior incidência (65/100.000), seguida pela região sul (64/100.000) (BRASIL, 2008). No Piauí, o índice foi de 24,89% para o ano de 2012. As taxas de mortalidade continuam elevadas, provavelmente por conta do diagnóstico tardio da doença (BRASIL, 2012b).

A neoplasia mamaria é uma patologia relativamente rara antes dos 35 anos, e, acima desta faixa etária, a incidência cresce rápida e progressivamente. Estatísticas apontam o aumento do número de casos desse tipo de neoplasia tanto nos países desenvolvidos quanto em desenvolvimento (BRASIL, 2012a).

A prática da lactação é apontada pelo WCRF e AICR como fator protetor contra a neoplasia maligna de mama, tanto em mulheres na pré-menopausa quanto na pós-menopausa. Porém, ainda não há consenso sobre quanto tempo de amamentação é necessário para proteger a mulher de tal enfermidade. A prática regular de atividade física também é um provável fator de proteção para o câncer de mama na pós-menopausa. Porém, as evidências desse efeito para a referida variável ainda são limitadas a mulheres na pré-menopausa (WCRF/AICR, 2007).

Para diagnosticar o câncer de mama, a comunidade internacional reconhece dois sistemas, o TNM, criado pelo médico francês Pierre Denoix, que classifica a doença em três fases: T, tumor; N, linfonodos axilares homolaterais; M, metástases à distância. O outro sistema, complementar a esse, identifica a doença por estágios que variam de 0-IV, crescente por ordem de gravidade da doença. A realização do diagnóstico depende dessa classificação, que revela o grau de comprometimento da área atingida, além do prognóstico e do tratamento a ser implementado (DUARTE; ANDRADE, 2003).

É importante mencionar também que o número de diagnósticos da doença em estágio inicial é ainda considerado insuficiente, pois, cerca de 80% dos casos novos que são diagnosticados apresentam tumores em estágios avançado (III ou IV), fazendo com que a cirurgia invasiva seja a alternativa terapêutica mais recomendada (MACHADO; SAWADA, 2008).

A neoplasia mamaria quando diagnosticado em fases iniciais, apresenta grandes chances de cura, com uma sobrevida de 97% em cinco anos (OMS, 2009). A sobrevida é o parâmetro mais utilizado para avaliar resultados na área oncológica, inclusive no que diz respeito à epidemiologia, onde as taxas de mortalidade em séries históricas são de alta relevância analítica, e possibilita abordar técnicas estatísticas de análise de sobrevida com observações obtidas em registros de serviços de saúde. Alguns fatores prognósticos para a sobrevida global dependem do tamanho do tumor, do status dos linfonodos e dos receptores hormonais, do grau histológico e da idade (PEDERSON et al. 2004).

Desta forma, considera-se como meios mais eficazes para detecção precoce da doença a mamografia e o exame clínico da mama, os quais possibilitam a detecção de alguns sinais, como o nódulo ou tumor, sobretudo quando não desaparece durante o ciclo menstrual, acompanhado ou não de dor, além de abaulamentos ou retrações ou ainda aspecto semelhante à casca de laranja e nódulos palpáveis na axila (BRASIL, 2008).

O auto-exame das mamas (AEM), por facilitar a detecção precoce, auxilia no prolongamento da sobrevida da mulher, evitando sequelas físicas graves e eventuais distúrbios emocionais, sociais e econômicos. O AEM é um exame físico, indolor, sem custos financeiros e de fácil realização. Para a realização adequada do exame é fundamental conhecimento mais aprofundado das próprias mamas de modo que possibilite a familiarização com a forma, o tamanho, o aspecto da pele e do mamilo. Isso facilitará a detecção precoce de anormalidades e possibilitará um bom prognóstico, além de evitar uma possível mutilação da mama (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005).

O AEM é uma forma de auto-cuidado e de engajamento nas ações de saúde, visto ser desenvolvido pela própria pessoa e em seu próprio benefício. É por meio de atividades ou ações que satisfaçam as necessidades das pacientes, com suporte em determinados requisitos ou condições, sejam fisiológicas, de desenvolvimento ou comportamentais (NASCIMENTO; SILVA; MACHADO, 2009).

Nessa perspectiva, os profissionais de saúde que trabalham em serviços do nível primário de atenção são responsáveis por transmitir as devidas informações e orientações quanto ao AEM para as mulheres. De acordo com as Normas e Recomendações do Ministério da Saúde para o Controle do Câncer de Mama, as ações educativas devem ser desenvolvidas através do ensinamento da palpação das mamas pela própria mulher como estratégia de cuidados com seu corpo. É preciso ressaltar que não exclui o exame clínico e a mamografia (ANDRADE et al., 2005)

Levando em consideração os meios diagnósticos e seus benefícios para a detecção precoce da doença, fica evidente que políticas ineficazes de controle e rastreamento da doença são um dos fatores que podem contribuir para a gravidade dos seus indicadores, bem como para a identificação em uma fase mais avançada. Apesar disso, novos métodos para a detecção precoce e novos tratamentos surgem de modo a aumentar a sobrevida das mulheres (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005).

Na tentativa de melhorar os modelos de detecção precoce, o Ministério da Saúde recomenda que mulheres de 50 a 69 anos realizem a mamografia a cada dois anos, pelo menos. Em mulheres de 40 a 49 anos devem realizar o exame clínico da mama anualmente. Mas, esse exame deve ser realizado em todas as mulheres que se apresentam ao serviço de saúde, seja qual for a faixa etária, como parte do atendimento à saúde da mulher. Nos grupos de risco, a partir dos 35 anos, o exame clínico da mama e a mamografia são recomendados anualmente (BRASIL, 2012b).

Considerando que a mulher acometida por essa patologia sofre por perceber a possibilidade de não haver cura como também pelo medo, pela ansiedade, pela possibilidade de perder tal órgão, pelas mudanças nos planos de vida e também pelos efeitos psicológicos (SILVA; JENERAL; DUARTE, 2008), torna-se necessária a expansão das ações de controle da doença para detecção precoce e consequente diminuição do número de casos na população (MELO; MENEZES, 2008).

É importante ressaltar que a cirurgia da neoplasia mamária sofreu grandes mudanças nas últimas décadas. Atualmente, a mastectomia conservadora é o tratamento padrão para a doença em estágio inicial. Com a implantação dos programas de rastreamento e o uso imediato de tratamento sistêmico neoadjuvante, um número cada vez maior de pacientes é considerado compatível para o tratamento conservador (TIEZZI, 2007).

2.2 A mastectomia e o processo de reabilitação

Ainda hoje, o diagnóstico de câncer é percebido como "uma sentença de morte", mesmo com o avanço da medicina em relação ao tratamento e com o aumento de informações veiculadas pela mídia. Entre as mulheres portadoras de neoplasia mamária é muito comum o temor à mutilação, os preconceitos sociais, o medo da morte e do surgimento de linfedemas, além de sentimentos depressivos e de desvalorização social (MACHADO; SAWADA, 2008).

A mastectomia tem como objetivo principal a cura da doença, Tiezzi (2007) define três tipos dessa cirurgia. A mastectomia radical modificada que consiste na retirada de todo o tecido mamário juntamente com os linfonodos axilares, pois a excisão da doença linfonodal é um fator preventivo de recorrência local. O objetivo desse tratamento é manter ou restaurar a função da mão, do braço e manter intactos

os músculos peitorais. Na mastectomia total há a remoção apenas do tecido mamário e é geralmente utilizada para tratamento do carcinoma *in situ*, tipicamente ductal. Já na radical, retira-se o tecido mamário juntamente com os músculos peitorais maior e menor, e ainda realiza-se dissecação de linfonodos axilares (SMELTERR; BARE, 2011).

A grande maioria das pacientes que se submetem à abordagem cirúrgica da axila com finalidade prognóstica pode ter um pós-operatório com complicações como seroma, deiscência da ferida cirúrgica e linfedema precoce, além de infecção da ferida operatória, hemorragias, necrose de pele, lesão neural e diminuição do movimento (REZENDE et al., 2006). Tais complicações podem levar a problemas significantes, incluindo desconforto, dor e dificuldade funcional da extremidade afetada e a sua descoberta precoce pode poupá-las de um atraso na implementação do tratamento (FREITAS et al., 2001).

É importante a submissão ao processo de reabilitação o quanto antes, o qual tem como meta principal prevenir complicações que possam limitar a amplitude dos movimentos do membro superior homolateral à cirurgia. A adesão ao processo de reabilitação é considerada um importante indicador da efetividade do sistema de saúde e da qualidade do relacionamento entre a equipe e o paciente (GUTIÉRREZ et al., 2007).

Fernandes, Barbosa e Silva (2002) acreditam que atividades de grupo contribuem para o processo de reabilitação, pois a socialização e a comunicação levam a discussões acerca das mudanças na aparência física, nos cuidados pessoais, nas mudanças de atitudes frente às situações estressantes, no aumento da independência funcional e na melhoria da qualidade de vida.

2.3 Vivência da mulher mastectomizada e o impacto em sua qualidade de vida

O enfrentamento na neoplasia mamária é bastante complexo e acarreta a vivência de vários momentos que vão desde a expectativa e o medo de estar com a doença e o recebimento do diagnóstico e sua confirmação, até a procura por serviços que ofereçam condições de reabilitação física, social e emocional, no caso de sua confirmação (PEREIRA et al., 2006).

Para Bervian e Perlini (2006), quando diagnosticado câncer, a mulher passa a enfrentar um momento delicado em sua vida. Esse momento os autores dividem em

três etapas diferentes e complexas. A primeira é a do diagnóstico de estar com câncer, que vem carregado de sentimento negativo. A segunda é a realização de um tratamento muito longo e agressivo, muitas vezes com necessidade de retirada parcial ou total da mama para restabelecimento da saúde. E a terceira é a aceitação de um corpo marcado e a convivência com essa nova imagem.

Segundo Pinto e Martins (2006) quando o diagnóstico é feito a mulher acredita que perdeu seus papéis, tanto o feminino quanto o de indivíduo. Ela sente que deixou de ser possuidora de desejos e de uma história, e passa a ser percebida como uma doente, cuja função é lutar pela vida. Então, acredita que está desprotegida, sem rumo e que precisa reelaborar a própria identidade e função social nesse momento de extrema fragilidade.

Segundo Maluf, Dias e Barros (2006) a primeira reação após ser constatada a doença é de desespero: "estou com câncer, vou morrer!". Neste momento, há uma real percepção da fragilidade da vida humana, mediante a possibilidade da morte. Este impacto inicial é o marco dos problemas psicológicos causados pelo tratamento da doença.

No que tange ao meio social, é importante salientar que a mulher enfrenta a falta de prestígio dentro do contexto social, familiar e profissional, o que propicia prejuízos em sua qualidade de vida. As pessoas tendem a considerá-la inapta para levar adiante sua vida, pois é vista como alguém condenada à morte e, portanto, incapaz de se readaptar a sua função normal. Dessa forma, sua reintegração social fica prejudicada, pois à medida que a sociedade a exclui, o sentimento de desamparo, é intensificado, ou seja, é como se estivessem perdendo tudo e que as pessoas à sua volta querem manter essa perda (PINTO; MARTINS, 2006).

Desse modo, a doença representa ameaça em vários níveis, e é acompanhada por muitas inquietações, como o medo da morte, da rejeição, do estigma, da mutilação, da recidiva, dos efeitos da quimioterapia e da incerteza quanto ao futuro, dentre outros (DUARTE; ANDRADE, 2003). Segundo Caetano e Soares (2005), as pacientes geralmente adotam como mecanismos de defesa: a negação; a raiva, o medo, a aflição, a depressão, até que se ajustem a essa nova fase da vida.

O pensamento mais comum após a cirurgia é a ambivalência, pois a mulher acredita que a cirurgia trará a cura e espera que, após a realização da mesma, não precise mais se preocupar. Ao mesmo tempo, existe o temor de se deparar com um

corpo que já não é mais o mesmo, a sensação de que a doença vai voltar e as necessidades de se preparar para as novas etapas, como os curativos, radioterapia e ou quimioterapia (VIEIRA et al., 2007).

É nesse momento, com esse turbilhão de sentimentos, que são retomados os relacionamentos sociais, as atividades de lazer, o trabalho e a família. Durante os contatos sociais a paciente irá defrontar a realidade, passará a reavaliar e reelaborar as suas potencialidades e as formas diferenciadas de relacionar-se com o próprio corpo e com os outros, principalmente o parceiro (CAMARGO; SOUZA, 2003).

Segundo Pereira et al. (2006), o relacionamento de mulheres mastectomizadas com os seus parceiros está rodeado por duas possíveis situações, as quais são responsáveis por gerar insegurança em relação ao seu presente e futuro com seus parceiros. A primeira situação é a aceitação, alguns parceiros oferecem apoio neste momento não manifestando desconforto com a falta da mama, mesmo nas relações sexuais. A outra situação é a rejeição, alguns parceiros se afastam a partir da confirmação do diagnóstico.

A família enfrenta e enfrentará muitas ocasiões difíceis, novas ou não, durante o curso do tratamento. Desde a descoberta da doença e durante todo o tratamento, a mulher e também os familiares, passam, muitas vezes, por conflitos psicológicos e enfrentam uma séria crise emocional, vivendo momentos de dúvidas, insegurança e incertezas (BERVIAN; PERLINI, 2008).

Pereira et al. (2006), enfatizam que a mastectomia é uma das primeiras grandes dificuldades enfrentadas pelas mulheres, principalmente ao observar-se diante do espelho, o qual reproduz uma imagem diferente da habitual, que por sua vez atinge suas percepções a respeito da sua feminilidade. Elas percebem seu corpo assimétrico, e esse momento é extremamente agressivo à sua auto-imagem, porque culturalmente a mulher precisa ter mamas saudáveis e a retirada poderá ser um fator de discriminação e de desvalorização (PEREIRA et al., 2006).

Após a mastectomia a mulher passa por um momento de readaptação consigo mesma e com o meio social, pois a retirada da mama leva ao surgimento de muitas questões, especialmente relacionadas à imagem corporal. A forma como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta sua existência é fundamental para o novo modo de vida que irão assumir (ALMEIDA, 2006).

Persiste também a incerteza sobre a duração ou qualidade de vida no futuro, e toda essa experiência requer da mulher um aprendizado para que mantenha

algum controle sobre si. Nesse sentido, ela reconhece a necessidade de aceitar sua nova condição e de aderir ao tratamento, na ânsia de alcançar a cura (BERGAMASCO; ANGELO, 2001).

A mulher pode se perceber estranha, com vergonha, ter dificuldade de se relacionar com a família, com o companheiro, sentir-se sexualmente repulsiva e passar a evitar contatos sexuais. Um medo bastante frequente é o de não ser mais atraente sexualmente. Esses conflitos são resolvidos quando a mulher é capaz de reconhecer-se e aceitar-se em sua nova imagem (ALMEIDA, 2006).

Outro problema a ser enfrentado é a indicação da quimioterapia, principalmente por seus efeitos colaterais. Para algumas a alopecia, pode ser mais traumática do que a própria mastectomia já que, no contexto social, a perda do cabelo mostra o estranho, o diferente, o não belo, a pessoa inquestionavelmente doente, reforçando o sentimento de compaixão sentido pelos outros e pela própria paciente, pois culturalmente, o natural é que as mulheres exibam cabelos longos e bonitos, o que dificulta a aceitação desta situação tanto para mulher quanto para sociedade (PEREIRA et al., 2006).

Portanto, a partir da observação de todas as alterações físicas, psicológicas e sociais, ou seja, dos problemas que serão enfrentados por essas mulheres após a mastectomia surgem às inquietações sobre como assistir a essa clientela de forma integral, especialmente na volta para casa. Ainda não se sabe claramente como esse processo é vivido e interpretado pelas mesmas.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar alguns sintomas de depressão em pacientes mastectomizadas de Teresina-PI, utilizando o Inventário de Depressão de Beck (BDI).

3.2 Objetivos Específicos

- Avaliar as implicações de ordem física, psicológica e social da mastectomia na qualidade de vida de mulheres que se submeteram a este procedimento;
- Investigar alguns sintomas de depressão de mulheres pós-mastectomizadas;
- Identificar as mudanças no cotidiano de mulheres mastectomizadas e sua relação com o ambiente em que vivem;
- Descrever as percepções de mulheres mastectomizadas;
- Comparar sintomas de depressão em mulheres mastectomizadas e grupo controle.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo e local do estudo

Levando em consideração os objetivos propostos, optou-se por um estudo descritivo com metodologia qualitativa e quantitativa. Esse foi desenvolvido em um hospital filantrópico de grande porte e notória importância no que se refere ao combate ao câncer, o qual está localizado na capital, Teresina, e fornece serviços de saúde que vão desde atendimento em nível ambulatorial até cuidados de alta complexidade, e tem como foco principal o combate às neoplasias malignas.

Ao serem diagnosticadas com a doença as mulheres são encaminhadas para tratamento nesse hospital, onde recebem, além do tratamento médico-cirúrgico específico, suporte de uma equipe multiprofissional, constituída por enfermeiro, técnico de enfermagem, psicólogo, assistente social, nutricionista e diversas especialidades médicas, dentre elas: ginecologia, mastologia, oncologia, dentre outras.

4.2 População e amostra

O critério de saturação do sujeito foi o método selecionado para identificar o número final de participantes. A população selecionada foram 20 mulheres mastectomizadas total ou parcialmente e 20 mulheres não-mastectomizadas (grupo controle) que aceitaram participar da pesquisa.

Estabeleceram-se como critérios de inclusão para participarem da pesquisa: mulheres mastectomizadas há mais de seis meses e menos de dois anos que residissem em Teresina-PI. Esse tempo foi determinado presumindo-se que elas possuíam mais clareza das suas percepções e também ainda mantinham uma constância de consultas médicas. Foi estabelecido também a idade entre 35 a 69 anos, pois segundo o Ministério da Saúde (2009) esta faixa etária esta mais propicia a ocorrência de neoplasia mamária.

Para compor o grupo controle foi estabelecido como critério de inclusão: mulheres acima de 18 anos, que residem em Teresina-PI, que não possuíssem neoplasia mamária ou qualquer doença crônica.

Como limitação para o número de mulheres participantes foram identificados diversos endereços inválidos, pois muitas delas, para conseguir tratamento em Teresina, onde fica localizado o hospital de referência, informaram residir nesta cidade, mesmo sendo de outros municípios.

4.3 Aspectos éticos e legais

Em obediência à Resolução nº. 196 de 10 de outubro de 1996, do Conselho Nacional de Saúde, que dispõe sobre as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas em seres humanos (BRASIL, 1996), esta pesquisa foi submetida à apreciação do Hospital São Marcos na cidade de Teresina-PI (APENDICE A) e do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Pontifícia Universidade Católica de Goiás, sendo aprovada, conforme documento em anexo (ANEXO A).

Ainda obedecendo à resolução 196/96 os sujeitos da pesquisa foram informados sobre os riscos e benefícios de sua participação, os quais autorizaram a sua participação através da assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido (APÊNDICE D). O anonimato das entrevistadas foi preservado pela substituição dos seus nomes por letras do alfabeto português.

4.4 Instrumento e coleta de dados

A coleta de dados foi realizada em novembro de 2012, após parecer aprovação do CEP da instituição proponente através de dois instrumentos: o primeiro foi um formulário para caracterização sociodemográfica, dados clínicos e cirúrgicos relacionados à neoplasia mamária; o segundo foi o questionário de avaliação da presença e grau de depressão (Inventário de Depressão de Beck – BDI).

Esses dados foram coletados pela autora, não havendo a participação de outras pessoas nessa população e amostra. A seleção das participantes foi

estabelecida a partir de solicitação junto ao setor de enfermagem referente à relação de mulheres que realizaram consulta no último mês. E posteriormente, o setor administrativo forneceu dados cadastrais como o endereço e o telefone, os quais possibilitaram que as entrevistas fossem realizadas no domicílio das mulheres, na cidade de Teresina-PI.

As entrevistas foram gravadas com aparelho celular e acompanhadas de anotações. Antes do início da coleta de dados às mulheres foram orientadas a respeito dos objetivos da pesquisa, justificando-se as finalidades, garantindo seu anonimato e a liberdade de se recusar a participar em qualquer momento do estudo.

4.4.1 Formulário para caracterização sociodemográfica, dados clínicos e cirúrgicos relacionados à neoplasia mamária

Para coleta dos dados sociodemográficos, clínicos e cirúrgicos relacionados à neoplasia mamária a autora elaborou um formulário (Apêndice A), junto com a orientadora, contendo variáveis sociodemográficas (idade, nível de escolaridade, estado civil e tempo de mastectomia), aspectos clínicos relacionados ao câncer de mama (conhecimento, tratamento) e os aspectos relacionados mastectomia (experiências, percepções, sentimentos, influencia na qualidade de vida).

4.4.2 Inventário de Depressão de Beck (BDI)

O Inventário de Depressão de Beck (BDI) (APÊNDICE C) é provavelmente a medida de auto-avaliação de depressão mais amplamente usada tanto em pesquisa como em clínica (GORENSTEIN; ANDRADE, 1996).

Esse inventário avalia o nível de depressão dos sujeitos entrevistados, é um questionário de auto-relato, contendo 21 questões objetivas de múltipla escolha relacionados aos sintomas depressivos como a falta de esperança, irritação e cognições como culpa e sentimentos de punição, assim como sintomas de ordem física, como fadiga, perda de peso e do interesse sexual.

No Brasil, o BDI foi validado por Cunha, (2001) que manteve a escala de 21 itens, com escore de zero a três, com quatro alternativas, que correspondem a

níveis crescentes de gravidade de depressão. A soma dos escores dos itens individuais fornece um escore total, onde o maior escore é 63, que indica alto grau de depressão e o escore mais baixo é o zero, que corresponde a ausência de depressão.

Os vinte e um itens avaliados pelo BDI são: tristeza, pessimismo, sensação de fracasso, insatisfação, sensação de culpa, expectativa de punição, autodepreciação, autocrítica, ideias suicidas, crise de choro, irritabilidade, retração social, indecisão, distorção da imagem corporal, inibição para o trabalho, distúrbios do sono, fadiga, perda de apetite, perda de peso, preocupação somática e diminuição da libido (ANDINI et al., 2007).

A interpretação dos escores foi realizada de acordo com a seguinte padronização: escores de zero a 11, sem depressão ou depressão mínima; escores de 12 a 19, depressão leve; escores de 20 a 35, depressão moderada; escores de 36 a 63 depressão grave (CUNHA, 2001).

4.5 Análise de dados

Os dados foram organizados, categorizados e codificados segundo critérios relativamente flexíveis e previamente estabelecidos, de acordo com o objetivo da pesquisa, no intuito de produzir resultados e explicações cujo grau de abrangência e generalização depende do tipo de ponte que se possa construir entre o universo investigado e universos sociais mais amplos.

Posteriormente para a validação da consistência interna do BDI foi calculado o coeficiente alpha de Cronbach, considerando um resultado satisfatório valores acima de 0,70. A consistência interna refere-se ao grau de uniformidade e de coerência entre as respostas dos participantes da pesquisa a cada um dos itens que compõem a prova, isto é, avalia o grau em que a variância geral dos resultados se associa ao somatório da variância item a item (FAYERS; MANCHINI, 1998).

A análise estatística da escala de Beck, para variáveis dicotômicas foi realizada por meio de testes não paramétricos (qui-quadrado). As correlações foram feitas com base nos testes Spearman. O nível de significância adotado foi 0,05. Foi feita a análise descritiva por meio das médias, desvios-padrão, valores mínimos e

máximos dos escores das variáveis quantitativas e proporções. Todas as análises foram realizadas no Bioestat 5.0 (FAYERS; MANCHINI, 1998).

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

A abordagem qualitativa permitiu a compreensão da realidade vivida por cada participante desse estudo, sendo possível conhecer, a partir das verbalizações, o real significado da experiência de ser submetida à mastectomia e o impacto que, não só esse procedimento provoca na vida de cada uma como também a doença e todas as dificuldades enfrentadas.

Desta forma, para a análise dos dados qualitativos, os conteúdos que tiveram uma similaridade nas informações foram devidamente organizados em categorias. Posteriormente, os dados foram confrontados com o Inventário de Beck, que foi usado para avaliar a ocorrência de depressão em mulheres mastectomizada.

Apesar de compreender que os resultados encontrados possam não retratar a vivência de todas as mulheres que se submeteram à mastectomia, devido ao número pequeno de participantes, acredita-se que os resultados evidenciados nesta pesquisa possam servir para conhecer esse fenômeno.

A seguir serão apresentadas e discutidas as categorias encontradas:

- Saberes sobre a doença;
- Impacto do diagnóstico;
- Repercussões da mastectomia na qualidade de vida;
- Importância da familiar e do companheiro;
- Crenças;

5.1 Saberes sobre a doença

Durante a análise do conteúdo das entrevistas foi possível identificar o conhecimento das mulheres a respeito da doença. Elas encaram a neoplasia mamária como uma doença grave e que precisa de tratamento o quanto antes. Entendem que se manifesta através de um nódulo na mama e que há a necessidade de acompanhamento e prevenção, através da realização periódica de exames, como a palpação da mama, a mamografia e a ultrassonografia mamária.

Referem ainda, a importância das informações, que muitas vezes são obtidas por meios de comunicação ou pelos profissionais da área de saúde e até mesmo por

peças que já passaram por essa experiência, e que a partir dessas informações, desse entendimento, é possível se preparar melhor para a prevenção e o enfrentamento da situação.

A seguir, a verbalização de algumas pacientes:

“A principio eu sabia que era um nódulo que qualquer mulher depois dos 40 podia ter e que era fatal, não tinha cura(..). Que era o fim, vai morrer(...), mas isso foi no início, depois, quando eu descobri que eu estava com ele eu já tinha a concepção que era tratável(...) Eu sou uma pessoa muito cuidadosa com minha saúde, anualmente, fazia todos os exames. Mas não tinha medo do câncer de mama, não esperava, achava que nunca ia ter, a mamografia tirava de letra(..)”. (Entrevistada B)

(...) “É genética, né, vários fatores que desenvolve o câncer de mama, né, no meu caso minha família quase toda tem, teve câncer, meu pai mesmo morreu de câncer de garganta, aí eu tenho primos, tios(...). Também a gente vê muito falar, principalmente na televisão. Mas meu médico disse que no meu caso era curável porque tava no início”(...). (Entrevistada C)

“Sei que é uma doença de difícil resolução, que tem um tratamento difícil que exige muito da pessoa”. Acho que o câncer de mama é uma doença causada por muitos fatores, tais como genética, alimentação, estresse”. (Entrevistada D)

Estudo realizado por Silva, Franco, Marques (2005) a respeito do conhecimento das mulheres sobre a neoplasia mamária, constatou que apesar da maioria das mulheres conhecerem o auto-exame como uma das principais métodos para o auxílio do diagnóstico precoce, muitas delas não o fazem por preguiça e até esquecimento.

Nascimento, Silva e Machado (2009) evidenciaram em sua pesquisa o impacto significativo do AEM na detecção precoce do câncer de mama, registrando-se tumores primários menores e menor número de linfonodos axilares invadidos pelo tumor (ou por células neoplásicas) nas mulheres que fazem o exame regularmente, além de haver também detecção de pequenas mudanças nas propriedades físicas das mamas, diminuindo assim a probabilidade de metástase e aumentando a sobrevivência dessas pacientes.

Embora o conhecimento das vantagens do auto-exame das mamas seja bastante divulgado pelos meios de comunicação e através de setores educacionais e programas de saúde pública, estudos demonstram que o índice de sua prática é

incipiente em diversas partes do mundo, e isto se deve, na maioria das vezes, aos fatores sócio-econômicos, dentre eles é destacado o nível educacional e a renda. As camadas mais carentes de informação e conscientização sobre a importância dessa técnica na detecção precoce da neoplasia mamária, apresentam alta taxa de desconhecimento e não o praticam (ROMIEU; LAJOUS, 2009).

Já Gonçalves et al. (2009) descrevem em seu estudo dados preocupantes, no qual a maioria das mulheres não sabiam responder perguntas simples sobre sua patologia. Esses autores também atribuíram a falta de conhecimento ao baixo nível de escolaridade e reforçam a importância de disponibilizar informações sobre a doença, tornando eficaz a detecção precoce, já que o diagnóstico e o início precoce do tratamento estão relacionados à maior taxa de cura das mulheres com neoplasia mamária.

Smeltzer e Bare (2011) ressaltam que o profissional de saúde deve agir utilizando estratégias para ampliar a motivação para realização das ações preventivas, já que a assimilação dessas práticas passa primeiramente pela conscientização da importância deste procedimento pela própria equipe de saúde que atua nas unidades básicas. Estes autores ressaltam a importância desses profissionais utilizarem diversos recursos disponíveis para que o auto-exame das mamas seja realizado adequadamente e praticado por número cada vez maior de mulheres.

Assim, o Ministério da Saúde tem se esforçado bastante para detecção precoce da neoplasia mamária, através de campanhas de prevenção, veiculadas a todo o momento nos meios de comunicação. Tais campanhas buscam instruir a mulher para o autocuidado, a exemplo o incentivo à realização do AEM. (PINHO; COUTINHO, 2007).

Notou-se também em alguns depoimentos que a mídia tem muita influência no conhecimento das entrevistadas a respeito dessa enfermidade, as quais apontaram que iniciaram o auto-exame e também os exames preventivos, como por exemplo a mamografia, só após ter visto em novelas ou propagandas.

Eis as falas:

“Sei que é uma doença que tem cura, quando tratada cedo. Vi na novela que a mulher pode ficar boa, mas tem que passar por um tratamento longo. Sei que a mamografia deve ser feita anualmente após os 40 anos.” (Entrevistada F)

*“Fazia o auto-exame todos os meses após observar algumas propagandas que falavam a respeito do câncer de mama e sei que este exame me ajudou muito na identificação da minha doença”
(Entrevistada G)*

Britto et al. (2010) apontam também a importância da mídia, pois ela tem um papel cada vez mais relevante na divulgação de informações sobre a história natural da doença. Sua importância se limita à transmissão de dados corretos, ajudando a desmitificar questões relacionadas à doença. Além disso, neste trabalho, a mídia foi a principal fonte de conhecimento, de forma semelhante a outro estudo da mesma região.

Portanto, foi possível constatar que as mulheres participantes desta pesquisa têm um conhecimento regular a respeito do auto-exame das mamas, sendo muito importante que este conhecimento seja cada vez disseminado, não só pela mídia através de campanhas do Ministério da Saúde, mais também por profissionais de saúde no seu atendimento. Segundo Romieu e Lajous (2009) o nível de conhecimento das mulheres e a adesão às práticas de rastreamento e detecção precoce influenciam diretamente no momento do diagnóstico da doença e seu prognóstico.

5.2 Impacto do diagnóstico

Foi possível identificar nas falas o grande impacto emocional que o diagnóstico de uma neoplasia mamária acarreta não só para a mulher especificamente, como também para toda a sua família. Esse impacto foi constatado porque todas descreveram de forma emocionada que o momento que receberam o diagnóstico foi um dos mais difíceis enfrentados no decorrer de todo o processo, pois, segundo elas, vem carregado de sentimentos negativos e o medo da morte é o principal deles.

A neoplasia mamária carrega o estigma de uma doença “maldita”, possível causadora de desfiguração de partes do corpo e de perda da atração sexual, que traz sofrimentos por seu tratamento prolongado. É visto também como potencialmente estressor por provocar uma série de transformações na vida tanto da mulher acometida quanto de seus familiares (REGIS; SIMÕES, 2005).

Segundo Duarte e Andrade (2003) o diagnóstico da doença é visto como uma ameaça constante para a paciente e sua família em todos os níveis de vida. E isso acarreta uma alteração do ritmo familiar em virtude dos diversos tipos de pensamentos e sentimentos negativos que passam fazer parte do cotidiano.

Eis as falas:

“ O Dr. Disse: vamos fazer uma biópsia. Ave Maria doutor biópsia?, _sim biópsia, porque as características dele não são muito de descartar não. Pois vamos doutor, vamos pra biopsia. O meu câncer foi detectado carcinoma ductal infiltrante, ele é simples, não é muito agressivo não (...). A mastectomia foi total, com a reposição na mesma hora, eu não me vi mutilada. Mas saber que eu tinha a doença foi difícil, a gente pensa logo na morte(...)” (Entrevistada M)

(...) “Me abalei, mas num me desesperei, eu fui forte graças a Deus (...).Me deitei de bruços e senti o caroço, e fui procurar o médico(...) fiquei com medo de morrer, porque a gente pensa, não tem jeito”(...) (Entrevistada U)

“Anualmente fazia exames preventivos para o câncer de mama e nunca havia dado nada, mas um belo dia o meu médico fazendo o exame notou um nódulo e fiz uma biopsia e deu câncer, foi um susto muito grande. Fiquei arrasada”. (Entrevistada E)

As falas retratam o medo de morrer proporcionado pelo diagnóstico de neoplasia mamária. A biopsia também assusta muito, porque gera uma expectativa da confirmação ou não da doença. No entanto, percebeu-se pelas falas que a maioria das entrevistadas encaram como muita resignação e perseverança o tratamento.

Tal resignação e perseverança também foram constatadas no estudo realizado por Scorsolini-Comin, Santos e Souza (2009), que identificou respostas emocionais, como negação e aflição. Os autores acrescentam que as pacientes encararam a neoplasia mamária como uma fatalidade diante da qual as únicas atitudes possíveis seriam a aceitação passiva e a adesão ao tratamento.

Para Regis e Simões (2005), além da patologia propriamente dita, existe a fragilidade da mulher que se depara com uma doença grave que pode levar à morte. Diante disso, ela passa por uma completa mudança em suas relações sociais e também consigo mesma. De modo geral, o temor em relação a essa enfermidade por parte das mulheres se deve aos efeitos biopsicosociais, como o medo, frustração, insegurança, conflitos e as crises de instabilidade.

No presente estudo, foi possível identificar nos depoimentos a repercussão do diagnóstico de câncer de mama para os familiares dessas mulheres. Eis depoimentos que seguem:

“Fui entregar o resultado com a minha mãe, o médico explicou o tipo do meu câncer e o tratamento mais adequado, ela segurou forte na minha mão. (...) em casa ouvi ela ligando para minha irmã e chorando muito, fiquei muito triste(...). Minha mãe sofreu tudo comigo”. (Entrevistada A)

“Quando cheguei em casa contei para o meu marido ele, (...) sentou no sofá de uma vez (...), até pensei que ele iria ter um treco. Depois me abraçou e disse que iria dá tudo certo”. (Entrevistada T)

“Contei para os meus filhos que ficaram muito emocionados, dava para notar o quanto eles estavam preocupados em me perder, mas não deixaram transparecer nada. Me deram muita força”. (Entrevistada C)

Ficou evidente, através dos depoimentos, que o impacto do diagnóstico é sentido tanto pela mulher como por seus familiares, não somente pela gravidade da doença, mas por tudo que, de certa forma, já vivenciaram e previram acontecer, ou seja, essa interpretação da situação é fruto das vivências e experiências ao longo da vida.

Regis e Simões (2005) encontraram resultados semelhantes no que diz respeito às repercussões do diagnóstico para a família, onde as consequências destas disfunções ultrapassam o marco individual e estendem-se ao âmbito da convivência social, grupal/familiar e às relações profissionais. Isso implica em uma grande carga emocional para a paciente, seus familiares e amigos mais próximos, bem como para os profissionais envolvidos no tratamento.

Segundo Sila et al. (2008) a reação de desespero diante da descoberta da doença pode estar associada, dentre outras, as dificuldades do tratamento, do cuidar, e ao medo da perda do ente querido. Por isso, é importante que a família também seja envolvida no processo de tratamento, para que ocorra a minimização de sentimentos negativos.

Outro ponto a ser discutido é o fato de que muito embora o diagnóstico de neoplasia mamária seja um acontecimento cada vez mais divulgado e reconhecido publicamente, dada a influência dos meios de comunicação de massa na vida contemporânea e também aos avanços do conhecimento na área do diagnóstico e

tratamento, que têm permitido desmistificar a doença, há muitos aspectos do adoecer que ainda não recebem a devida atenção. Uma dessas questões é o preconceito e o estigma social em torno da doença, que afeta de forma dramática as pessoas acometidas, em especial a mulher mastectomizada (SCORSOLINI-COMIN; SANTOS; SOUZA, 2009).

É inegável, portanto, que o diagnóstico de neoplasia mamária representa para a mulher uma mudança impactante na sua vida, que leva, frequentemente, a situações conflituosas e assoladoras em detrimento dos efeitos causados pela doença, como: alteração corporal, insatisfação sexual, inibição nas interações psicossociais no trabalho e na própria família, além da variabilidade do humor e da instabilidade emocional.

Sendo assim, é importante mencionar que a atuação do profissional de saúde para uma boa assistência a mulheres deve voltar-se também aos seus familiares para que juntos consigam unir forças para ajudá-las a superar o impacto do diagnóstico e enfrentarem o tratamento.

5.3 Repercussões da mastectomia na vida da mulher

A maioria das mulheres entrevistadas citaram que, apesar do grande impacto da cirurgia, e toda a carga emocional associada a ela, a sua maior preocupação era realmente a cura da doença. Vale salientar que muitas optaram pela não reconstrução da mama por medo da submissão a um novo procedimento cirúrgico.

“Assim a gente nunca pensa que pode acontecer um negocio desse com a gente, mas eu quero é minha vida, se tiver que tirar a mama, pode tirar, mas a vida é o que importa” (Entrevistada B)

“Tem a retirada do seio, ai cai o cabelo, a gente já fica assim, por causa da discriminação, as pessoas ficam olhando assim, o lenço, aí já sabe logo o que a gente tem. Mas a gente vai superando. É difícil é, não vou lhe dizer que sou uma heroína, porque não sou, mas sou muito otimista(...)Tinha que ter tirado tudo” (...) (Entrevistada P)

“Assim que o médico me explicou como era a cirurgia eu disse que iria fazer tudo para ficar boa e aceitei” (Entrevistada H)

Foi observado nos depoimentos que a vaidade, o receio em relação ao preconceito e as questões de ordem feminina que envolvem sua sexualidade e auto-conceito, são colocadas de lado e o que sobressai é o desejo de ficar curada. Elas deixam claro que não é fácil o primeiro contato que estabeleceram com o seu corpo mutilado diante do espelho, mas que conseguem lidar muito bem com isso, se sua saúde estiver preservada.

Uma delas informou que apesar da perda da mama ser uma situação extremamente delicada e difícil, a queda do cabelo, em virtude da quimioterapia, seria mais complicada de lidar, porque é mais evidente e denuncia de imediato seu estado de saúde.

Em uma pesquisa realizada por Moura et al. (2010) foram evidenciados resultados diferentes, no qual as entrevistas remeteram à valorização do lado estético ao extremo, e quando elas se viram na possibilidade de ficar sem uma das mamas passaram se martirizar, porque não sabiam como as pessoas iriam reagir em relação à sua aparência, principalmente seu parceiro, que poderia chegar a desistir da relação em alguns casos.

Para Duarte e Andrade (2003), as mamas têm uma representatividade importante na vida de qualquer mulher, pois tem papel fisiológico em todas as fases do seu desenvolvimento, desde a puberdade até a fase adulta, além de ser um símbolo de feminilidade, sensualidade e sexualidade. Apesar disso, a literatura especializada vem mostrando que a preocupação central, tanto da mulher quanto da família diante de um diagnóstico de neoplasia mamaria, é a sobrevivência. Em seguida é que surgem as preocupações com o tratamento e seus efeitos deletérios, como a mutilação e a alopecia.

É importante enfatizar que, apesar da maioria das entrevistadas aceitarem com resiliência a mastectomia como principal meio para a obtenção da cura, os profissionais de saúde necessitam estar aptos a perceber qualquer alteração de ordem emocional, pois estas podem comprometer a evolução do tratamento. É na percepção de alterações emocionais que a família e os profissionais de saúde desempenham grande importância no movimento de aceitação da paciente, e no entendimento de que apesar da possibilidade da ocorrência de algumas mudanças para se adaptar à sua nova condição, a qualidade de vida pode ser preservada porque estão sendo devidamente acompanhadas e estão recebendo o apoio familiar.

Foi possível observar também que as mulheres que passam pelo processo de remoção do seio construíram uma concepção de que não mais precisam se preocupar com a doença, como se o problema estivesse unicamente no órgão, e tendo ele sido extirpado, todas as questões relacionadas a neoplasia estariam sob controle. Tal concepção foi adotada como método de aceitação para a nova forma física.

5.4 Importância da família e do companheiro

Nessa categoria todas as entrevistadas ressaltaram a importância do acolhimento e apoio de toda a família, incluindo, os pais, os irmãos, os filhos, o companheiro e amigos. Um acontecimento que chamou a atenção no que se refere ao apoio dispensado pelos familiares foi que relatou uma das participantes, segunda ela, seu irmão também raspou a cabeça para que não se sentisse tão diferente após as sessões de quimioterapia.

Para as pacientes, a segurança de que teriam uma família ali por perto para ampará-las a qualquer momento foi fundamental para uma boa recuperação. Além disso, na maioria dos casos os companheiros foram extremamente solidários, deixando claro que nada mudaria em decorrência da mastectomia. Um deles relatou que o relacionamento ficou melhor, pois quando se passa por uma situação difícil como essa a tendência é a aproximação do casal. Houve apenas um caso de abandono e rejeição, no grupo estudado.

As verbalizações e queixas expressas por mulheres que vivenciaram a mastectomia estão muito relacionadas às dificuldades encontradas no retorno ao lar, no entanto sabe-se que uma estrutura familiar saudável poderá contribuir de forma decisiva na sua nova condição de vida, criando um ambiente acolhedor e confortável, que favoreça o enfrentamento da doença da melhor forma possível. E o parceiro tem um papel importante, principalmente na fase de reabilitação (BIFFI; MAMEDE, 2004).

“Com o apoio dos amigos, de todo mundo, graças a Deus tô aqui. (...) Família, é muito importante, amigos, nessa hora é essencial, meu marido até hoje, o apoio dele foi total, nunca, a minha parte sexual nada mudou, eu me amo do mesmo jeito” (...). (Entrevistada M)

“Meus amigos me ajudaram muito, conversando comigo, não me deixando sozinha. Sou muito querida”. (Entrevistada O)

“Aquela foto ali é eu com meu irmão, ele até ficou carequinha igual a mim, pra me ajudar” (Entrevistada T)

Segundo Vieira, Lopes e Shimo (2007) é essencial que as pessoas que convivem com mulheres diagnosticadas com neoplasia mamária sejam capazes aceitar as limitações e muitas vezes ser o apoio necessário a essas pacientes. Tal atitude é denominada abordagem empática. Todos que com elas convivem, têm uma importância fundamental em suas vidas, porque muitos sentimentos que estão relacionados a neoplasia mamária dependem da forma como serão vistas e recebidas pela família, amigos e profissionais da saúde.

Silva et al. (2010) identificam, em sua pesquisa, a importância do apoio familiar quando as mulheres recebem o diagnóstico de neoplasia maligna da mama. Ressaltam ainda que a família não deve desprezar as necessidades dessa mulher, devendo ser solidária, não permitindo que a paciente seja vencida pela doença.

O cuidado em família requer o envolvimento sincero e afetuoso. A presença do cuidador é tão importante quanto à realização dos procedimentos técnicos, pois, nem sempre, os conhecimentos técnicos objetivos funcionam satisfatoriamente diante de situações de estresse como os conhecimentos subjetivos, que se revelam na dinâmica familiar.

O apoio oferecido pelos familiares, companheiros e amigos ajudam também a diminuir as representações negativas que a mastectomia acarreta na sua auto-estima. No entanto algumas mulheres relatam duas situações em relação ao apoio de seus companheiros, os quais alguns as apoiaram e outros acabaram abandonando-as.

“A sensação de que meu marido não iria mais olhar para mim da mesma forma foi difícil, mas passou quando ele me olhou e me ajudou em todos os momentos”. (Entrevistada J)

“Meu marido realmente é um companheiro e tanto, me acompanhou em todas as seções de quimioterapia e sempre me dizia que me amava”. (Entrevistada Q)

“Meu marido me deixou assim que descobri que estava com câncer e que teria que retirar meus dois seios”. (Entrevistada F)

Ferreira, Almeida e Rasesa (2008) demonstram em sua pesquisa que um dos maiores problemas encontrados durante o pós-operatório é a diminuição da auto-estima, pois essa sensação de descontrole provoca impotência diante da amputação física e o receio de não ser aceita fisicamente, o que pode levar essas mulheres a perder a capacidade em retornar a sua vida normalmente. Nesse momento é de fundamental importância o companheiro permanecer ao lado delas, em todas as fases do tratamento, favorecendo sentimentos positivos, tais como: aceitação e companheirismo. Neste estudo, os companheiros foram evidenciados como pessoas fundamentais no processo de aceitação e continuidade ao tratamento.

No que se refere ao abandono e a falta de apoio, os resultados desta pesquisa corroboram com a pesquisa realizada por Moura et al. (2010) onde as entrevistadas também relataram a falta de apoio e o abandono de seus companheiros causa um rebaixamento da auto-estima. Isso ocorre devido ao receio da desvalorização e à culpa que sentem por acreditarem que a nova imagem corporal não satisfazer ou causa repulsa em seu parceiro. Tal receio sobre a sexualidade feminina está diretamente relacionado à necessidade do físico perfeito.

Silva et al. (2010) afirmam que, na maioria das vezes, a mudança na auto-estima pode dificultar o tratamento. Neste contexto, é importante ressaltar que o estado psicológico e o convívio social é totalmente transformado à partir do momento da descoberta da doença, sendo necessário muita cautela e boa vontade para ajudá-las a superar essa situação.

Portanto, para ajudar as mulheres neste momento é preciso estimular a quebra dos tradicionais conceitos, caracterizados pela imagem de uma pessoa completa, de um corpo saudável e perfeito, pois a retirada da mama, órgão de fundamental importância na formação da identidade feminina, modifica essa identidade nos aspectos sociais e sexuais, com reflexos nos relacionamentos sociais. Tal modificação não pode ser encarada dentro deste conceito de corpo perfeito e sim, resultante de um tratamento.

5.5 Crenças

Todas as entrevistadas relataram o poder da fé para sua recuperação. Quando alguém se depara com uma situação extrema, como o câncer de mama, geralmente desencadeiam comportamentos religiosos mais acurados. Elas entregam suas vidas nas mãos de Deus, pedem por sua saúde e transmitem para ele toda a responsabilidade por sua cura ou boa evolução da doença.

Assim, foi possível observar que ter fé e crença em Deus e acreditar que a cura pode ser alcançada se tornou a “mola propulsora” para continuar lutando, ou seja, as suas crenças auxiliam a amenizar a carga negativa trazida pelo diagnóstico de câncer de mama.

Eis algumas falas:

*“Por incrível que pareça, não foi uma notícia boa mas poderia ter sido pior se eu não tivesse uma vivência católica, se não tivesse fé”.
(Entrevistada H)*

*“(...) Eu fui na casa de Deus, eu disse meu Deus, faça-se de mim a tua vontade, me cura, se for para minha felicidade(...) eu não fiz terapia, minha terapia, era com ELE, lá em cima. O que está acontecendo hoje, puxe minha orelha eu não estou bem(...)”.
(Entrevistada D)*

“Sempre que me sentia triste e desampada eu rezava e conversando com Deus tudo passava. Eu esquecia tudo isso”. (Entrevistada J)

Os achados acima condizem com o que foi identificado na pesquisa de Moura et al. (2010), na qual demonstrou que o amparo espiritual é responsável por gerar sentimentos positivos para as mulheres, tais como: força e coragem para superar os obstáculos; confiança; apoio e consolo para amenizar o sofrimento e enfrentar momentos difíceis.

A cura muitas vezes é buscada não só em hospitais, mas também em fontes de fé e esperança de uma vida melhor e saudável após a neoplasia. Para Caetano e Soares (2005) durante as doenças e na eminência da morte, as práticas religiosas tornam-se mais evidentes, pois várias pessoas acreditam que a fé em algo sobrenatural auxilia no enfrentamento de situações de angústia, depressão e medo, que por sua vez, proporciona apoio, proteção, recompensa e autoconservação.

Horta et al. (2003) também concordam com o pensamento anterior e acrescentam que quando alguém se depara com um problema grave, uma doença, mais especificamente, ela tende a intensificar a sua espiritualidade como forma de obter conforto e esperança em relação à recuperação, pois a fé parece ajudar na superação de uma patologia através de atitudes mais positivas e otimistas.

5.6 Análise quantitativa baseada no Inventário de Depressão de Beck

Nessa segunda parte os dados foram analisados observando as orientações presentes no Inventário de Depressão de Beck ("Beck Depression Inventory").

A tabela 1 demonstra a relação entre mulheres não mastectomizadas (controle) e mulheres mastectomizadas no que se refere às características sociodemográficas: idade e número de filhos. Foi identificado que mulheres mastectomizadas apresentaram idade superior às mulheres não mastectomizadas, com diferença estatística significativa ($p=0,0104$), a média foi de 45,6 anos ($\pm 3,7$) para mulheres mastectomizadas e 40,2 anos ($\pm 7,4$) para mulheres não mastectomizadas. Em relação ao número de filhos o grupo de mulheres mastectomizadas apresentou número maior de filhos sendo 1,90 ($\pm 0,96$) versus 1,77 ($\pm 0,86$) ($p=0,7514$).

Identificou-se que a faixa etária das mulheres mastectomizadas variou entre 38 a 50 anos e a média foi de 45,55 ($\pm 3,66$ anos). Em outras literaturas as médias de idade encontradas variaram entre 20 a 87 anos, sendo que a média estabelecida foi de 53 anos (REZENDE et al., 2006; GARDINI et al., 2007; SANTOS; XAVIER; SANTOS, 2012). No presente estudo foi estabelecido como critério de inclusão a idade para amostra superior a 30 anos, pois segundo o Ministério da Saúde as ações de prevenção para neoplasia mamária estão dentro da faixa etária de 35 anos (para o grupo de risco) a 69 anos (BRASIL, 2012a)

Tabela 1: Características sociodemográficas (idade e número de filhos) do grupo controle e de mulheres mastectomizadas, Teresina-PI (2012-2013)

| Características | Mastectomizadas | Controle | p* |
|------------------|--------------------------------|----------------------|--------|
| | Média (±dp) Mínima – Máxima | | |
| Idade (anos) | 45,6 (±3,7) 38-50 | 40,2 (±7,4) 29-54 | 0,0104 |
| Número de filhos | 1,90 (±0,96) 0-4 | 1,77 (±0,86) 0-4 | 0,7514 |

dp= desvio-padrão, *Mann-Whitney

Foi identificado que para as variáveis estado marital e religião não houve diferença estatisticamente significativa ($p > 0,005$) entre os grupos. Em relação ao nível de escolaridade identificou-se que a maioria das mulheres mastectomizadas (65%) e não mastectomizadas (100%) tinham mais de 7 anos de vida escolar, sendo tal diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0021$). No que tange à moradia própria identificou-se que a maioria das mulheres mastectomizadas (65%) residiam em casa não própria, enquanto que a maioria das mulheres não mastectomizadas afirmaram residir em casa própria (73%), sendo essa diferença estatisticamente significativa ($p = 0,0165$). E para a variável ocupação a maioria do grupo das mastectomizadas era do lar (95%), enquanto do grupo das não mastectomizadas a maioria tinham outras ocupações (87%), tal diferença mostra-se estatisticamente significativa ($p < 0,0001$) (Tabela 2).

O resultado da variável ocupação demonstrou que houve diferença significativa entre os grupos com e sem mastectomia, sendo a maioria das mulheres mastectomizadas não economicamente ativas porque eram exclusivamente do lar, embora dados publicados pelo IBGE (2012) apontem o aumento da inserção da mulher no mercado de trabalho de um patamar de 35,4% em 2000 para 43,9% em 2010, caracterizado pela maior independência socioeconômica e cultural conquistada pelas mulheres.

Tabela 2: Características sociodemográficas de mulheres mastectomizadas e do grupo controle Teresina-PI (2012-2013)

| Características | Mastectomizadas(n=20) | | Controle (n=30) | | p* |
|------------------------------|-----------------------|----|-----------------|-----|--------|
| | N | % | N | % | |
| Nível de escolaridade | | | | | |
| ≤ 7 anos | 7 | 35 | 0 | 0 | 0,0021 |
| >7 anos | 13 | 65 | 30 | 100 | |
| Estado marital | | | | | |
| Com companheiro | 13 | 65 | 24 | 80 | 0,3922 |
| Sem companheiro | 7 | 35 | 6 | 20 | |
| Religião | | | | | |
| Católica | 18 | 90 | 25 | 83 | 0,5057 |
| Outra | 2 | 10 | 5 | 17 | |
| Moradia própria | | | | | |
| Sim | 7 | 35 | 22 | 73 | 0,0165 |
| Não | 13 | 65 | 8 | 27 | |
| Ocupação | | | | | |
| Do lar | 19 | 95 | 4 | 13 | 0,0165 |
| outro | 1 | 5 | 26 | 87 | |

*Qui-quadrado

Ao comparar o grau de depressão dos dois grupos foi identificada o escore médio do BDI para o grupo com mastectomia foi de 8,4 (\pm 6,5) e para o grupo das não mastectomizadas foi de 2,7 (\pm 1,9), sendo essa diferença significativa ($p=0,0005$) (Tabela 3).

Fazendo uma comparação entre os dois grupos foi possível perceber que a média do BDI se apresentou maior no grupo das mastectomizadas (8,4 pontos) do que no grupo das não mastectomizadas (2,7 pontos). O que representa uma média de casos com depressão mínima ou sem depressão em ambos os grupos, embora tenha sido identificado poucos casos de depressão leve e moderada no grupo das mastectomizadas. Esses achados diferem de outras pesquisas que encontraram estágios depressivos graves na maioria das mulheres com neoplasia mamária (GRUNEBAUM et al.,2005; GANDINI et al., 2007; SO et al., 2010).

Foi possível perceber nas mulheres estudadas que a postura de continuar e enfrentar o tratamento da doença e busca pela cura, superaram outros obstáculo, como a depressão.

Tabela 3: Média do escore total do DBI de mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas. Teresina-PI (2012-2013).

| BDI | Mastectomizadas | Controle | p* |
|---------------|-----------------|----------|--------|
| Média | 8,4 | 2,7 | 0,0005 |
| Desvio Padrão | 6,5 | 1,9 | |

*Mann-Whitney

Ao correlacionar a idade e tempo de mastectomia com os scores do BDI, não foi observada correlação significativa estatisticamente ($p > 0,05$) (Tabela 4).

Tabela 4: Correlação entre o tempo de mastectomia e a idade de mulheres mastectomizadas. Teresina-PI (2012).

| Variável | BDI | p^* |
|----------------------|----------|--------|
| Tempo de mastectomia | - 0,3116 | 0,1811 |
| Idade | 0,1738 | 0,4636 |

* Correlação de Spearman

A tabela 5 representa a classificação dos níveis de depressão, segundo BDI, entre as mulheres entrevistadas que se submeteram à mastectomia que variou entre estados sem depressão/mínima representando 70%, passando pela depressão leve que representou 25% dos casos até a depressão moderada representando 5% das mulheres mastectomizadas. Entre as mulheres não mastectomizadas, apenas 17% apresentaram depressão média e 83% não apresentaram depressão ou depressão mínima. Porém, não houve diferença significativa entre os grupos ($p = 0,3774$).

Cangusso *et al.* (2010), encontraram evidências de depressão moderada a grave nas participantes, variando de acordo com a característica da população e com o tipo de instrumento utilizado. Utilizando-se o BDI, a prevalência de depressão foi de 29,6%, o escore médio foi de 3,8 pontos e o escore máximo, de 18 pontos. Diferindo deste estudo aonde, a maioria, apresentou nenhuma ou mínima depressão.

Tabela 5: Prevalência de Depressão e IC95% do Inventário de Depressão de Beck da população do estudo.

| Classificação BDI | n Mastectomizadas(%) | n Controle(%) | p^* |
|-------------------------|-------------------------|------------------|--------|
| Sem depressão ou mínima | 14(70) | 25(83) | |
| Depressão leve | 05(25) | 5(17) | 0,3774 |
| Depressão moderada | 01(5) | 0(0) | |

*Qui-quadrado

Quanto aos sintomas depressivos houve diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$) entre os grupos de mulheres mastectomizadas e controle nos seguintes sintomas: Auto-acusações, choro, Fatigabilidade, Preocupações

somáticas e perda de libido, para os demais sintomas, não houve diferenças significativas entre os dois grupos (Tabela 6).

Tabela 6: Sintomas de depressão da DBI em mulheres mastectomizadas

| Sintoma Depressivo | controle | mastectomizadas | p* |
|---------------------------------|-----------------|------------------------|-----------|
| | n(%) | n(%) | |
| Tristeza | | | |
| Sim | 3 (10) | 4 (20) | 0,3181 |
| Não | 27 (90) | 16 (80) | |
| Pessimismo | | | |
| Sim | 3(10) | -(0) | 0,3948 |
| Não | 27(90) | 20(100) | |
| Sentimento de fracasso | | | |
| Sim | 1(3,33) | 1(5) | 0,6585 |
| Não | 29 (96,66) | 19 (95) | |
| Insatisfação | | | |
| Sim | 5 (6,66) | 7 (35) | 0,2505 |
| Não | 25 (83,33) | 13 (65) | |
| Culpa | | | |
| Sim | 6 (20) | 5 (25) | 0,6759 |
| Não | 24 (80) | 15 (75) | |
| Punição | | | |
| Sim | 3 (10) | 5 (25) | 0,1564 |
| Não | 27 (90) | 15 (75) | |
| Auto-Aversão | | | |
| Sim | 1 (3,33) | 4 (20) | 0,1489 |
| Não | 29 (96,66) | 16 (80) | |
| Auto-acusações | | | |
| Sim | 0 (0) | 5 (25) | 0,0161 |
| Não | 30 (100) | 15 (75) | |
| Idéias suicidas | | | |
| Sim | 0 (0) | 1 (5) | 0,8366 |
| Não | 30 (100) | 19 (95) | |
| Choro | | | |
| Sim | 2 (6,66) | 7 (35) | 0,0106 |
| Não | 28 (93,33) | 13 (65) | |
| Irritabilidade | | | |
| Sim | 7 (10) | 10 (50) | 0,0512 |
| Não | 23 (90) | 10 (50) | |
| Retraimento social | | | |
| Sim | 1 (3,33) | 4 (20) | 0,1489 |
| Não | 29 (96,66) | 16 (80) | |
| Indecisão | | | |
| Sim | 8 (26,66) | 5 (25) | 0,8953 |
| Não | 22 (73,33) | 15 (75) | |
| Mudança na auto-imagem | | | |
| Sim | 0 (0) | 3 (15) | 0,1141 |
| Não | 30 (100) | 17 (85) | |
| Dificuldade de trabalhar | | | |
| Sim | 4 (13,33) | 5 (25) | 0,2928 |
| Não | 26 (86,66) | 15 (75) | |
| Insônia | | | |
| Sim | 9 (30) | 8 (40) | 0,4646 |
| Não | 21 (70) | 12 (60) | |
| Fatigabilidade | | | |
| Sim | 3 (10) | 9 (45) | 0,0045 |

| | | | |
|-------------------------|------------|---------|--------|
| Não | 27(90) | 11 (55) | |
| Perda de apetite | | | |
| Sim | 2 (6,66) | 4 (20) | 0,1552 |
| Não | 28 (93,33) | 16 (80) | |

Tabela 6: *Continuação.*

| Sintoma Depressivo | controle | mastectomizadas | p* |
|-------------------------------|-----------------|------------------------|-----------|
| Perda de peso | | | |
| Sim | 9 (30) | 4 (20) | 0,4297 |
| Não | 21(70) | 16 (80) | |
| Preocupações somáticas | | | |
| Sim | 1 (3,33) | 6 (30) | 0,0078 |
| Não | 29 (96,6) | 14 (70) | |
| Perda da libido | | | |
| Sim | 0 (0) | 5 (25) | 0,0039 |
| Não | 30 (100) | 15 (75) | |

*Qui-quadrado

A relação da depressão com a neoplasia mamária foi evidenciada nesta pesquisa de forma discreta, pois a maioria das mulheres não apresentavam sintomas de depressão ou depressão mínima. Apesar do número baixo de casos, aquelas identificadas com sinais de depressão foram encaminhadas para atendimento médico psiquiátrico para iniciar tratamento para a depressão.

Segundo Rezende *et al.* (2005) a prevenção da depressão, em mulheres mastectomizadas é mais efetivo que seu tratamento, quando já instaladas. A detecção de fatores sociodemográficos, bem como os encargos agravantes aos quais elas estariam submetidas, permitiriam implementar medidas precoces de prevenção.

Segundo Fullanetto e Brasil (2006) sintomas depressivos são comuns em pessoas com doença clínica. Esses sintomas podem ser uma complicação da doença ou de seu tratamento, ou ainda uma adaptação normal a uma doença que ameace a vida, mas, frequentemente, são subestimados. Algumas evidências, embora com controvérsias, sugerem que existem fatores emocionais e existenciais envolvidos tanto no processo da produção da doença quanto no sucesso do tratamento.

Cangusso *et al.* (2010) evidenciaram em sua pesquisa que indivíduos deprimidos apresentam exacerbação de sintomas físicos, prejuízo funcional, menor adesão aos tratamentos propostos, diminuição dos comportamentos de autocuidado e piora da qualidade de vida e ainda pior prognóstico, com maiores morbidades e mortalidade.

Nesta perspectiva, as participantes da pesquisa estão menos expostas às consequências proporcionadas pela depressão, devido a sua baixa ocorrência. Todavia, a utilização de instrumentos simples como o BDI é importante na identificação de sintomas depressivos no contexto médico não psiquiátrico. Assim, a equipe de saúde pode estar vigilante quanto à saúde mental das mulheres acometidas por neoplasia mamária, intervindo quando necessário, visando sempre o bem-estar das pacientes.

O profissional da saúde que se propõe a trabalhar com mulheres mastectomizadas, deve prestar uma assistência que congregue técnica, ciência e humanização, fornecendo todas as informações e orientações, respeitando as necessidades e o nível de entendimento, reabilitando-as para o auto-cuidado. Para isto é importante que esses profissionais desenvolvam uma relação de confiança e estímulo para que elas possam expressar o que realmente lhes preocupa.

6 CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

Conclui-se que este estudo atingiu os objetivos propostos e que o diagnóstico de neoplasia mamária gera fortes impactos na vida das mulheres, os quais influenciam nas suas percepções de vida, nas suas relações sociais e familiares e também na sua convivência com o companheiro. Pois o diagnóstico de neoplasia mamária trás efeitos psicológicos negativos, que interferem na sua vida diária, em seus papéis sociais, além disso, o tratamento é extremamente agressivo. Desta forma desenvolvidos em todo o processo da doença, desde a descoberta até a decisão e realização do tratamento, devem ser objetos de estudos aprofundados para que haja compreensão e mudanças físicas e psicológicas com a essas mulheres.

Foi observado que as mulheres mastectomia apresentam momentaneamente uma série de sentimentos como o medo, vergonha, baixa auto-estima, além de dificuldades físicas trazidas pelos efeitos colaterais do tratamento, como a dor e a alopecia.

As primeiras percepções evidenciadas pelo diagnóstico estão relacionadas a possibilidade da morte e da ausência da mama, somando-se a isso existe a incerteza quanto a aceitação, por si mesma, pela família e sociedade a sua nova condição. Porém, passado o momento impactante do diagnóstico, as etapas seguintes do tratamento foram encaradas, pela maioria, de forma muito positiva e focada na cura, questões como vaidade e vergonha foram deixadas de lado.

É notório que além da mulher, sua família também enfrenta momentos difíceis, pelo medo e insegurança do sucesso do tratamento. Porém, essa tem papel fundamental para a manutenção da vontade e da perseverança para continuidade do tratamento, pois o apoio familiar incondicional as impulsionam.

Outro aspecto relevante foi a aproximação de hábitos religiosos através de suas crenças, o que contribuiu fundamentalmente para o fortalecimento espiritual delas, tornando-as mais confiantes em si mesmas e mais dispostas para encarar o tratamento. Fica evidente a necessidade que essas mulheres têm de apoio, em todas as fases do tratamento, porque sentem-se desvalorizadas, sem identidade, e emocionalmente desestruturadas. E, entregar suas vidas nas mãos de Deus, parece ser uma alternativa para que sintam-se mais confortáveis.

No que se refere aos aspectos sociodemográficos, foi possível observar que as mulheres mastectomizadas e não mastectomizadas apresentam tempo de estudo maior que sete anos, residem com companheiro e praticam a religião católica.

As entrevistadas consideraram a possibilidade da morte como algo real que terão que conviver com isso, e mais, terão que enfrentar um tratamento difícil, com muito efeitos debilitantes, tanto físicos quanto psíquicos. Apesar de todas as implicações representadas pelas entrevistas devido à neoplasia mamaria foi identificado a través da aplicação do BDI que essas mulheres apresentavam quadros leves de depressão e muitas outras não apresentavam.

No que tange aos sintomas depressivos só houve diferença estatisticamente significativa para os sintomas de auto-acusações, tais como: choro, fatigabilidade, preocupação somáticas e perda de libido, que foram mais comuns entre as mulheres mastectomizadas do que entre o grupo controle.

Para alcançar o sucesso na atenção integral a essas mulheres, é necessário traçar um plano de cuidados à mulher, que ofereça suporte informativo com relação a neoplasia mamaria, ao tratamento recomendados e aos cuidados necessários, que proporcione maior tranquilidade e conforto, estimule a expressão de sentimentos e pensamentos aos outros. Além de ajudar na construção de alternativas para minimizar a alteração na imagem corporal, e encorajar a sua participação em grupos de auto-ajuda. Todos esses esforços podem contribuir para uma recuperação menos dolorosa .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ADACHI N, O. M. *et al.* Mechanoreceptors in the anterior cruciate ligament contribute to the joint position sense. **Acta Orthop Scand**. Shimene, v. 73, p. 330-34, jun. 2002. Disponível em: < www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12143983 >. Acesso em 23 de fev 2013.

ALMEIDA, R. A. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH**, Rio de Janeiro, v.9, n.2, dez. 2006. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a07.pdf>>. Acesso em 15 mar. 2012.

ANDRADE, C. R. *et al.* Apoio social e auto-exame das mamas no estudo Pró Saúde. **Cad Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 21, n. 2, p. 379-86, set. 2005. Disponível em: < www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/>. Acessado em 10 de março de 2013.

ANDINI, R. C. *et al.* Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **PsicoUSF**. Itatiba, v. 12, n. 1, p. 23-31, set. 2007. Disponível em: < <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v12n1/v12n1a04.pdf>>. Acessa em 13 de março de 2013.

BARROSA, A. C. S. D.; BARBOSA, E. M.; GEBRIM, L. H. **Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Mama**. Projeto Diretrizes: Associação Médica Brasileira e Conselho Federal de Medicina, 2004 Disponível em: < http://www.projetediretrizes.org.br/projeto_diretrizes/024.pdf >. Acesso em 10 jun. 2012.

BERGAMASCO, R.L.; ANGELO M., O sentimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experimentado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**. v. 3, n. 47, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf>. Acesso em 16 maio 2012.

BERVIAN, P.; PERLINI, N. A família (con) vivendo coma mulher/ mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 52, n. 2, set. 2006. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf >. Acesso em 10 jun. 2012.

BIFFI, R. G.; MAMEDE, M. V. Suporte social na reabilitação da mulher mastectomizada: o papel do parceiro sexual. **Rev Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v. 38, n.2, p. 262-269, abr. 2004. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v38n3/04.pdf>>. Acesso em: 21 nov. 2012.

BRUNNER, S. A. C.; SUDDART, A. C. Tratado de enfermagem médico-cirúrgica. 9 ed. Rio de Janeiro: 2005.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos**. Resolução 196/96 do Conselho Nacional

de Saúde Rio de Janeiro: Fio Cruz, 1998. Disponível em:
<www.ufrgs.br/HCPA/gppger/res1996.htm>. Acessado em 10 de mai de 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer - INCA**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em:
<http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=336>

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Câncer de Mama, 2012a. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br>> Acessado em 17 maio 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Instituto Nacional do Câncer – INCA**. Incidência de Câncer no Brasil, 2012b. Disponível: <<http://www.inca.gov.br>> Acessado em 21 maio 2012.

BRITO, L. M. O *et al.* Conhecimento, prática e atitude sobre o auto-exame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 32, n. 5, p. 241-6, mai. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v32n5/a07v32n5.pdf>>. Acessado em 15 de abril de 2012.

CAETANO, J. A.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. **Rev. enferm**. Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 210-6, out. 2005. Disponível em:<www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a11.pdf>. Acessado em 22 de Nov. 2012.

CAMARGO, T. C.; SOUZA, I. E. O. Atenção à mulher mastectomizada: discutindo os aspectos ônticos e a dimensão ontológica da atuação da enfermeira no Hospital do Câncer III. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 5, set-out. 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n5/v11n5a08.pdf>>. Acesso em 5 abr. 2012.

CANGUSSU, R. O. *et al.* Sintomas depressivos no câncer de mama: Inventário de Depressão de Beck - Short Form. **J. bras. psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 59, n. 2, p. 106-10, mai. 2010. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v59n2/a05v59n2.pdf>>. Acessado em 12 de março de 2013.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das Escalas de Beck**. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2001.

DUARTE, T. P., ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**. Natal, v.8, n.1, jan-abr. 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>. Acesso em 27 jun. 2012.

FAYERS, P. M.; MANCHINI, D. Introduction. Chichester: John Wiley e sons; 1998. In: CHAPTER. **Quality of life**: assessment, analysis, and interpretation; p. 3-27.

FERNANDES, A. F. C.; BARBOSA, I. C. F. J.; SILVA, R. M. Saúde e ambiente terapêutico na reabilitação de mulheres mastectomizadas. **Texto & Contexto**

Enfermagem. Florianópolis, v. 11, n. 3, set.-dez. 2002. Disponível em:
<<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 28 mai. 2012.

FERREIRA, M.L.S.M.; MAMEDE, M.V., Representação do corpo na relação consigo mesma após a mastectomia. **Revista Latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.11, n.3, maio-junho 2003. Disponível em:
<<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>>. Acesso em 26 maio 2012.

FERREIRA, C. B; ALMEIDA, A. M^a.; RASERA, E. F. Sentidos do diagnóstico por câncer de mama feminino para casais que o vivenciaram. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**. São Paulo, v. 12, n. 27, p. 863-71, out-dez. 2008. . Disponível em:
<http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/1801/Resumenes/180114108015_Abstract_2.pdf>. Acesso em 10 de março 2013.

FREITAS, R. J. *et al.* Linfedema em Pacientes Submetidas à Mastectomia Radical Modificada. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 4, mai. 2001. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbgo/v23n4/11360.pdf > Acesso em: 10 maio 2012.

FURLANETTO, L. M.; BRASIL, M. A. Diagnosticando e tratando depressão no paciente com doença clínica. **J Bras Psiquiatr**. Rio de Janeiro, v. 55, n. 1, p. 8-19, set. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/jbpsiq/v55n1/v55n1a02.pdf>>. Acesso em 13 de março de 2013.

JUNQUEIRA, P. A. A.; FONSECA, A. M. Conhecimento sobre o diagnóstico e rastreamento do câncer de mama entre os ginecologistas do estado de Goiás (Brasil). **Rev. Assoc. Med. Bras**. Rio de Janeiro, v. 49, n. 3, p. 239, set. 2003. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ramb/v49n3/a37v49n3.pdf > Acesso em 10 maio 2012.

JUVER, J. P.; VERÇOSA, N. Depressão em pacientes com dor no câncer avançado. **Rev Bras Anestesiol**. Campinas, v. 58, n. 3, p. 287-98, mai-jun. 2008. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rba/v58n3/12.pdf>>. Acesso em 08 de março de 2013.

GANDINI, R. C. *et al.* Inventário de Depressão de Beck - BDI: validação fatorial para mulheres com câncer. **PsicoUSF**. Itatiba, v. 12, n. 1, p. 23-31, jun. 2007. Disponível em:< <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/psicousf/v12n1/v12n1a04.pdf>>. Acesso em: 24 fev 2013.

GUTIÉRREZ, M. G. R., *et al.* Adesão de mulheres mastectomizadas ao início precoce de um programa de reabilitação. **Acta Paulista de enfermagem**. São Paulo, v. 20, n. 4, jul-set. 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/ape/v20n3/a02v20n3.pdf >. Acesso em 14 maio 2012

GONÇALVES, L. L. C. *et al.* Mulheres Portadoras de Câncer de Mama Conhecimento e Acesso às Medidas de Detecção Precoce. **Rev. enferm. UERJ**. Rio de Janeiro, v. 17, n.3, p. 362-67, jan-abr. 2009. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v17n3/v17n3a11.pdf> >. Acesso em 10 de novembro de 2012.

GRUNEBaum, M. F. *et al.* Sympton components of standard depression scales and past suicidal behavior. **Journal of Affective Disorders**, v. 87, n. 1, p. 73-82, mai. 2005. Disponível em:< <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15923041>>. Acesso em 13 de março de 2013.

HORTA, C. R. *et al.* **O papel da fé no enfrentamento do câncer**. Psicologia da Saúde – perspectivas interdisciplinares. São Paulo: Rima, 2003.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Extensão). **Pesquisa mensal de emprego-PME: Mulher no mercado de trabalho**. Brasília, 2012. Disponível em:< http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/indicadores/trabalhoerendimento/pme_nova/Mulher_Mercado_Trabalho_Perg_Resp_2012.pdf >. Acesso em 13 de março 2013.

KLIGERMAN J. Estimativas sobre a Incidência e Mortalidade por Câncer no Brasil – 2000. **Rev. bras. cancerol**. Brasília, v. 48, n. 2, p. 175-79, set. 2002. Disponível em:< www.inca.gov.br/rbc/n_46/v02/editorial.html > Acesso em 10 maio 2012.

WEDDING, U. *et al.* Requestioning depression in patients with cancer: contribution of somatic and affective symptoms to Beck's Depression. **Inventory. Ann Oncol**. California, v. 18, n. 11, p. 1875-881, mai. 2007. Disponível em:< www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/06.pdf > Acesso em 10 março 2013.

World Cancer Research Fund/American Institute for Cancer Research (WCRF/AICR). **Food, nutrition, physical activity, and the prevention of cancer: a global perspective**. Washington DC: American Institute for Cancer Research; 2007. Disponível em:<eprints.ucl.ac.uk/4841/1/4841.pdf>. Acessado em 13 de março de 2013.

World Health Organization (WHO). **World Cancer Report, 2008**. Lyon: International Agency for Research on Cancer, 2009. Disponível em:< www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr/>. Acessado em 13 de março de 2013.

LIMA, A. F. B. S.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e depressão: uma revisão da literatura. **Rev. Psiquiatr. Rio Gd. Sul**. Porto Alegre, v. 31, n. 3, supl.0, p.155-164, 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/rprs/v31n3s0/v31n3a02s1.pdf>>. Acesso em 10 março 2013.

MACHADO, S. M.; SAWADA, N. O. Avaliação da qualidade de vida de pacientes oncológicos em tratamento quimioterápico adjuvante. **Texto & contexto enferm**. Rio de Janeiro, v. 17, n. 4, p. 750-57, set. 2008. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/tce/v17n4/17.pdf>. Acessado em 10 de março de 2013.

MALUF, M. F. M.; MORI, L. J.; BARROS, A. C. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. São Paulo, v. 51, n. 2, p.149-154, 2005. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/epsic/v17n2/06.pdf> Acesso em 10 maio 2012.

MAKLUF, A. S.; DIAS, R. C.; BARRA, A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, São Paulo, v. 52, n.1, p. 49-58, 2006. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_03.pdf > Acesso em 10 maio 2012.

MATOS, E. G.; MATOS, T. M. G.; MATOS, G. M. G. Depressão melancólica e depressão atípica: aspectos éticos e psicodinâmicos. **Estudos de Psicologia**. Campinas, v. 2, n. 21, p. 173-9, mai. 2006. Disponível em:<www.scielo.br/pdf/estpsi/v23n2/v23n2a07.pdf>. Acesso em 10 março 2013.

MELO, M. C. ; MENEZES, M. F. B. Aconselhamento genético direcionado às clientes com diagnóstico de câncer de mama e seus familiares. **Revista Nursing**, São Paulo, v. 118, p. 125-131, mar. 2008. Disponível em: < <http://www.nursing.com.br/paper.php?p=378> > Acesso em 10 maio 2012.

MOURA, F. M. J. S. P. *et al.* Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc Anna Nery**. Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-84, set. 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>> Acesso em 10 maio 2012.

NASCIMENTO, T. G.; SILVA, S. R.; MACHADO, A. R. M. Auto-exame de mama: significado para pacientes em tratamento quimioterápico. **Rev. bras. enferm**. Brasília, v. 62, n. 4, p. 567-71, July/Aug. 2009. Disponível em:<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v62n4/11.pdf>>. Acesso em 10 março 2013.

OLIVEIRA, M. M.; MONTEIRO, A. R. M. Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência. **Texto & Contexto enfermagem**. Florianópolis, v. 13, n. 3, jul.-set. 2004. Disponível em: < <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/>>. Acesso em 10 jun. 2012.

PEREIRA, S. G. *et al.* Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 59, n. 6 nov.-dez. 2006. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a13.pdf> >. Acesso em 6 jun. 2012.

PEDERSEN L. The prognostic influence of multifocality in breast cancer patients. **Breast**. Michigan, v. 13, p. 188-93, mar-bar. 2004. Disponível em:<www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15177420>.

PINHO, V. F. S.; COUTINHO E. S. F., Variáveis associadas ao câncer de mama em usuárias de unidades básicas de saúde. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 23, n. 5, maio 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n5/08.pdf>>. Acesso em: 24 maio 2012.

PINTO, A. C.; MARTINS D. F. G. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica **Revista SBPH**. Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, dez. 2006.

Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v59n6/a13.pdf>>. Acesso em 13 mai. 2012.

REGIS, M. F.; SIMÕES, M. F. S. Diagnóstico de câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas de mulheres. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Rio de Janeiro, v. 7, n. 1, p. 81-6, out. 2005. Disponível em: <<http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/851>>. Acesso em 14 de agosto de 2012.

RIEMANN, B. L.; LEPHART, S. M. The sensorimotor system, part I: the physiologic basis of functional joint stability. **J Athl Train**. California, v. 37, n. 1, p. 71-9, mar. 2002. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2516.2010.02312.x/full>>. Acesso em 20 de fevereiro de 2013.

REZENDE, *et al.* Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**. São Paulo, v. 52, n. 1, Jan.-Fev. 2006. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v52n1/a20v52n1.pdf>>. Acesso em 07 jun 2012.

REZENDE, V. L. *et al.* Depressão e ansiedade nos cuidadores de mulheres em fase terminal de câncer de mama e ginecológico. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de Janeiro, v. 12, n. 27, p. 737-43, out-nov. 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/%0D/rbgo/v27n12/a06v2712.pdf>>. Acesso em 13 de março de 2013.

ROMIEU, I.; LAJOUS, M. The role of obesity, physical activity and dietary factors on the risk for breast cancer: mexican experience. **Salud Pública Mex**. Boston, v. 51, suppl. 2, p. 172-80, mai-jun. 2009. Disponível em: <www.iarc.fr/en/publications/pdfs-online/wcr>. Acessado em 08 de março de 2013.

ROSSI, L.; SANTOS, M. A. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Revista Psicologia, Ciência e Profissão**. São Paulo, v. 23, n. 4, p. 23-41, 2003. Disponível em: <www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>. Acessado em 08 de março de 2013.

SANTOS, B. B. L.; KOCH, H. A. Análise do SISMAMA mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de Barra Mansa e Volta Redonda. **Radiol Bras**. São Paulo, v. 43, n. 5, p. 295-301, set-out. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rb/v43n5/v43n5a07.pdf>> Acesso em: 20 de fevereiro 2013.

SANTOS, S. L.; XAVIER, V. R.; SANTOS, P. P. Função sexual e imagem corporal da mulher mastectomizada. **Revista Internacional de Andrología**. Espanha, v. 10, n. 3, p. 106-12, jul-set. 2012. Disponível em: <<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1698031X12700638>>. Acesso 13 de março 2013.

SILVA, M. S.; JENERAL, R. B. R.; DUARTE, L. R. Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho. **Revista nursing**. São Paulo, v.11, n. 122, p. 333-38, set-dez. 2008. Disponível em: <<http://www.nursing.com.br/paper.php?p=401>> Acesso em: 10 maio 2012.

SILVA, N. C. B.; FRANCO, M. A. P.; MARQUES, S. L. Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero. **Paidéia**. Rio de Janeiro, v. 15, n. 32, p. 409-16, set. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/10.pdf> >. Acesso em: 13 mai. 2012.

SILVA, T. B. C. *et al.* Percepção dos cônjuges de mulheres mastectomizadas com relação à convivência pós-cirurgia. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 44, n. 1, p. 113-19, mai. 2010. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n1/a16v44n1.pdf>>. Acessado em 10 de março de 2013.

SILA, M. R. *et al.* O câncer entrou em meu lar: sentimentos expressos por familiares de clientes. **Rev Enferm.** Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 70-5. Disponível em:< <http://www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a11.pdf>>. Acesso em 14 de agosto de 2012.

SILVA, R. M. *et al.* Realização do auto-exame das mamas por profissionais de enfermagem. **Rev. esc. enferm.** São Paulo, v. 43, n. 4, p. 902-08, dez. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v43n4/a23v43n4.pdf>>. Acessado em 10 de março de 2013.

SMELTZERR, S. C.; BARE, B. G. **Tratado de Enfermagem Médico-Cirúrgica**. 10. ed. vol.3. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

SPENSE, R. A.; JOHNSTON, P. G. **Oncologia**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

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. Rio de Janeiro, v. 14, n. 1, p. 41-50, jan/abril. 2009. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a06v14n1.pdf>>. Acessado em 08 de março de 2013.

SO, W. K.; *et al.* Anxiety, depression and quality of life among Chinese breast cancer patients during adjuvant therapy. **Eur J Oncol Nurs**. v. 14, n. 1, p. 17-22, set-dez. 2010. Disponível em:< <http://xa.yimg.com/kq/groups/1920818/91889238/name/paper-3.pdf> >. Acesso em 13 de março de 2013.

TIEZZI, G. D. Cirurgia Conservadora do câncer de mama. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v. 29, n. 8, ago. 2007. Disponível em: < www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a08v29n8.pdf >. Acesso em 14 mai 2012.

TENG, C. T. *et al.* Depressão e comorbidades clínicas. **Revista de Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro, v. 32. n. 3, p. 149-59, ago. 2005. Disponível em:< <http://www.scielo.br/pdf/rpc/v32n3/a07v32n3.pdf> >. Acessado em 08 de março de 2013.

VALLE, R. *et al.* Sintomatología depresiva y calidad de vida em pacientes mujeres con cáncer de mama. **An Fac Med Lima**. Lima, v. 67, n. 4, p. 327-32, out-dez. 2006, Disponível em:< <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n4/a07v67n4.pdf> >.

VIEIRA, C. P. ; LOPES, S.R.; SHIMO, A. B. R. *et al.* Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**. São Paulo, v.41, n. 2, junho 2007. Disponível: < www.facenf.uerj.br/v16n1/v16n1a11.pdf >. Acesso em: 15 maio 2012.

APÊNDICE A- Carta de solicitação de autorização para a realização da pesquisa

Ilmo. Sr. Diretor Presidente Dr. Alcenor Barbosa de Almeida,

Eu, Sabrina Padilha Moita Costa, regularmente matriculada no mestrado de ciências ambientais e saúde, da PUC-GO, estou pesquisando sobre as implicações da mastectomia na qualidade de vida da mulher e suas percepções, com a finalidade de elaborar a dissertação. Para tanto, necessito obter maiores informações e levantar dados sobre este assunto por meio de uma entrevista semiestruturada onde constarão perguntas abertas a cerca do referido tema. Dessa forma, venho através desta, solicitar sua autorização para realização da coleta de dados nas paciente que realizaram seu tratamento no Hospital São Marcos.

Terminada a pesquisa, os resultados, que estão sob minha inteira responsabilidade, serão apresentados para a banca examinadora, composta por professores da PUC-GO. Também estarei à sua disposição para esclarecer dúvidas sobre este trabalho.

Certa de sua colaboração, agradeço antecipadamente.

Sabrina Padilha Moita Costa

Fone: (86) 9991-3263

APENDICE B – Roteiro de Entrevista

PESQUISADORA: Sabrina Padilha Moita Costa

ORIENTADORA: Flávia Melo Rodrigues

1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

a-Pseudônimo: _____

b-Dados de Identificação: _____

c-Idade: _____

d-Estado Civil: _____

e-Escolaridade: _____

f-Tempo de mastectomia _____

2 QUESTÕES:

a- O que você sabe sobre o câncer de mama?

b- Quais foram as etapas do seu tratamento desde a descoberta da doença?

c- Quais foram suas percepções durante o tratamento, sobre a doença, as instruções cedidas, e os seu sentimentos?

d- Você tem convivência com pessoas que passaram pelo mesmo problema que você?

e- Como foi a sua experiência de passar por uma cirurgia de mastectomia?

f- Quais transformações ocorreram no seu cotidiano?

g- Quais as sua perspectivas?

h- Tem algo a acrescentar?

APÊNDICE C – Termo de consentimento livre e esclarecido. Resolução 196/96 CNS**Dados de identificação**

Título do Projeto: Implicações da mastectomia na qualidade de vida da mulher e suas percepções

Pesquisador Responsável: Sabrina Moita Costa Mendes

Instituição a que pertence o Pesquisador Responsável: PUC-GO

Telefones para contato: (86) 99913263

Nome do voluntário:

Idade: ___ anos R.G. _____

Responsável legal (quando for o caso):

R.G. Responsável legal: _____

O Sr. (a) está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Implicações da mastectomia na qualidade de vida da mulher e suas percepções” (nome do projeto), de responsabilidade do pesquisador Sabrina Moita Costa Mendes.

O presente estudo chama atenção para que se possa entender melhor a vivência da mulher mastectomizada e as implicações de tal cirurgia em sua qualidade de vida, o que contribuirá para o reconhecimento dos sentimentos, das crenças, dos valores, das dificuldades que essas pacientes se deparam no momento pós-cirúrgico. Acredita-se que, a partir dessas informações, métodos de cuidados possam ser implementados para que a mulher mastectomizada seja assistida pelos profissionais de saúde de maneira integral e que a cura da doença não seja o único foco, ou seja, não se permitindo que a doença seja sobreposta à paciente. Tem como objetivo geral avaliar as implicações físicas, psicológicas e sociais da mastectomia na qualidade de vida de mulheres que vivenciaram esse procedimento. E objetivos específicos: investigar as representações sociais que emergem com a mastectomia em mulheres que vivenciaram esse procedimento; identificar as mudanças no cotidiano de mulheres que passaram pelo procedimento da mastectomia e sua relação com o ambiente em que vive, seja ele doméstico ou de trabalho; discutir a percepção da mulher submetida à cirurgia de mastectomia, com

vistas a entender as implicações psicossociais ocorridas; avaliar a qualidade de vida da mulher pós-cirurgia de mastectomia. A coleta de dados será realizada através de uma entrevista semiestruturada que será gravada com aparelho MP3 e acompanhadas de anotações a cerca do comportamento observado dos sujeitos, com a permissão dos mesmos. Além da entrevista será aplicada a escala de depressão de Beck, que vem sendo utilizada em diversas pesquisas relacionadas à depressão e possibilita sua quantificação. De acordo com os resultados obtidos, os profissionais de saúde poderão implantar novas estratégias de acolhimento para a realização do exame preventivo e estabelecer novas abordagens e tratamentos pré e pós-cirúrgicos que possam contribuir para a melhora na qualidade de vida dessa mulher, pois assim, ela será capaz de lidar com a situação do câncer e da retirada da mama de forma menos impactante. É uma pesquisa de baixo risco, mas que pode aflorar uma série de sentimentos negativos como medo, angústia, sofrimento, raiva e até, em casos mais graves, o desenvolvimento de uma crise depressiva ou problema de ordem psicológica. Caso aconteça, o paciente será encaminhado ao serviço de psicologia do hospital São Marcos, sem qualquer ônus para o mesmo. A identificação do sujeito não poderá ser revelada, pois não constarão na entrevista itens no qual isso possa ocorrer, já que será identificado apenas com um número aleatório que nada tem a ver com ele. A participação neste projeto é por livre e espontânea vontade sem remuneração ou qualquer outra forma de compensação. Todas as informações contidas nesta pesquisa serão consideradas confidenciais e usadas estritamente para fins de pesquisa. Em caso de dúvidas o sujeito poderá entrar em contato pelo telefone (086) 9991-3263 com a investigadora responsável por essa pesquisa. A participação é totalmente voluntária, sendo o indivíduo livre para recusar a não participar da mesma sem riscos de censura ou constrangimento. Não haverá ressarcimento, uma vez que os gastos serão por conta da pesquisadora, caso haja algum gasto decorrente da pesquisa o mesmo será ressarcido. Com relação à indenização diante de eventuais danos decorrentes da pesquisa você poderá buscar a justiça e o que for decidido judicialmente será acatado pela pesquisadora. Os dados e materiais resultantes da pesquisa ficarão guardados sob a responsabilidade da pesquisadora principal durante cinco anos conforme prevê a Resolução nº 196/96 (nos itens:IX.2.e) e após esse período os mesmos serão incinerados.

Eu, _____, RG nº _____
_____ declaro ter sido informado e concordo em participar,
como voluntário, do projeto de pesquisa acima descrito.

Teresina, _____ de _____ de _____

Nome e assinatura do responsável por obter o consentimento

Nome e assinatura do paciente ou seu responsável legal

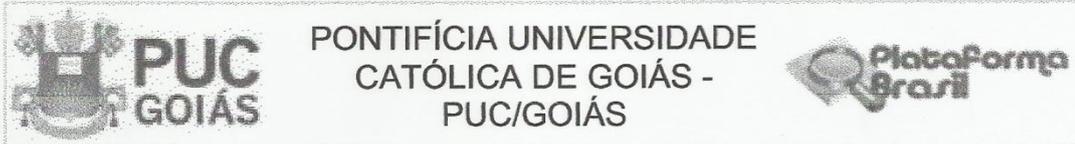
Testemunha

Testemunha

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA PUC-GO (62) 3946-1512 Fax: (62) 3946-1070.

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

ANEXO A- PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Implicações da mastectomia na qualidade de vida da mulher e suas percepções

Pesquisador: Sabrina Moita Costa Mendes

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 06049112.7.0000.0037

Instituição Proponente: Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/Goiás

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 141.214

Data da Relatoria: 07/11/2012

Apresentação do Projeto:

Estudo de abordagem qualitativa, onde se farão entrevistas com roteiro semi estruturado, com o objetivo de avaliar as implicações de ordem física, psicológica e social da mastectomia na qualidade de vida de mulheres que passaram pela cirurgia. A pesquisa abordará o câncer de mama, sua incidência, fatores de risco, sinais e sintomas; os tipos de mastectomia, possíveis complicações e o processo de reabilitação; a percepção da

mulher frente à mastectomia; os sentimentos mais frequentes e as mudanças vividas. Dessa forma espera-se que este estudo proporcione maiores esclarecimentos sobre o tema para profissionais e estudantes da área da saúde, com a finalidade de que se tornem sensíveis às dificuldades enfrentadas por essas pacientes e prestem uma assistência de qualidade, para que elas tenham uma reabilitação mais saudável e se tornem confiantes em relação a si mesmas e à sociedade.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Avaliar as implicações de ordem física, psicológica e social da mastectomia na qualidade de vida de mulheres que vivenciaram esse procedimento.

Objetivo Secundário:

- Investigar as representações sociais que emergem com a mastectomia em mulheres que vivenciaram esse procedimento;
- Identificar as mudanças no cotidiano de mulheres que passaram pelo procedimento da mastectomia e sua relação com o ambiente em que vive, seja ele doméstico ou de trabalho;

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE
CATÓLICA DE GOIÁS -
PUC/GOIÁS



- Discutir a percepção da mulher submetida à cirurgia de mastectomia, com vistas a entender as implicações psicossociais ocorridas;
- Avaliar a qualidade de vida da mulher pós-cirurgia de mastectomia.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Durante a realização da coleta de dados há o risco de todos os sentimentos negativos e as percepções de ruínas a cerca de sua vivência traumática sejam afloradas, e com isso, pode haver a possibilidade do desencadeamento de algum tipo de crise depressiva ou problema de ordem psicológica.

Desta feita, o paciente será encaminhado ao serviço de psicologia sem qualquer ônus para o mesmo. Pois é uma situação delicada, que envolve uma gama enorme de sentimentos negativos, como o medo, a vergonha da sua condição atual, de se expor, de falar sobre a própria intimidade, enfim, sentimentos estes que talvez sejam uma barreira difícil a ser transposta.

Benefícios:

A mastectomia é um processo muito traumático na vida de qualquer mulher, pois acarreta alterações de ordem física, emocional e social. Apesar da alta incidência, acredita-se que todos os olhares estão voltados apenas para a cura do câncer de mama, e a vivência dessa mulher, sua qualidade de vida, suas angústias e inquietações no retorno para sua casa e na retomada de sua vida é marginalizado. A partir da observação e do conhecimento de como essas pessoas lidam com a mutilação do corpo, com a insegurança no que tange à recidiva da doença e ao seu papel social como mulher, entende-se que possa ser possível estabelecer critérios de assistência, tratamento e acompanhamento integral que capacite a paciente para o autocuidado e para o enfrentamento de todos os percalços que venham a surgir.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O trabalho proposto está adequadamente estruturado, com metodologia bem descrita, objetivos adequadamente definidos e é relevante para a sua área de estudo. As alterações propostas foram atendidas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Termos apresentados.

Recomendações:

Recomenda-se a aprovação do protocolo.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Sem pendências.

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069

Bairro: Setor Universitário

CEP: 74.605-010

UF: GO

Município: GOIANIA

Telefone: (62)3946-1512

Fax: (62)3946-1070

E-mail: cep@pucgoias.edu.br

**Situação do Parecer:**

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Após avaliação deste Comitê de Ética em Pesquisa, o mesmo decide considerar o projeto APROVADO, considerando a Resolução 196/96 CNS.

GOIANIA, 08 de Novembro de 2012

Assinador por:
Dwain Phillip Santee
(Coordenador)

Endereço: Av. Universitária, N.º 1.069
Bairro: Setor Universitário **CEP:** 74.605-010
UF: GO **Município:** GOIANIA
Telefone: (62)3946-1512 **Fax:** (62)3946-1070 **E-mail:** cep@pucgoias.edu.br

ANEXO B- Inventário de depressão de Beck

Este questionário possui 21 grupos de afirmações, que deverão ser lidos atenciosamente. Em seguida marque a numeração (0, 1, 2, ou 3) que melhor descreva a maneira como você tem se sentido nesta semana, incluindo hoje. Se considerar que várias afirmações em um mesmo grupo se apliquem à sua vivência faça um círculo em cada uma. Tome o cuidado de ler todas as afirmações, em cada grupo, antes de fazer a sua escolha.

1. 0 Não me sinto triste.

- 1 Eu me sinto triste.
- 2 Estou sempre triste e não consigo sair disso.
- 3 Estou tão triste ou infeliz que não consigo suportar.

2. 0 Não estou especialmente desanimado quanto ao futuro.

- 1 Eu me sinto desanimado quanto ao futuro.
- 2 Acho que nada tenho a esperar.
- 3 Acho o futuro sem esperança e tenho a impressão de que as coisas não podem melhorar.

3. 0 Não me sinto um fracasso.

- 1 Acho que fracassei mais do que uma pessoa comum.
- 2 Quando olho para trás, na minha vida, tudo o que posso ver é um monte de fracassos.
- 3 Acho que, como pessoa, sou um completo fracasso.

4. 0 Tenho tanto prazer em tudo como antes.

- 1 Não sinto mais prazer nas coisas como antes.
- 2 Não encontro um prazer real em mais nada.
- 3 Estou insatisfeito ou aborrecido com tudo.

5. 0 Não me sinto especialmente culpado.

- 1 Eu me sinto culpado às vezes.
- 2 Eu me sinto culpado na maior parte do tempo.
- 3 Eu me sinto sempre culpado.

6. 0 Não acho que esteja sendo punido.

- 1 Acho que posso ser punido.
- 2 Creio que vou ser punido.
- 3 Acho que estou sendo punido.

7. 0 Não me sinto decepcionado comigo mesmo.

- 1 Estou decepcionado comigo mesmo.
- 2 Estou enojado de mim.
- 3 Eu me odeio.

8. 0 Não me sinto de qualquer modo pior que os outros.

- 1 Sou crítico em relação a mim devido a minhas fraquezas ou meus erros.
- 2 Eu me culpo sempre por minhas falhas.
- 3 Eu me culpo por tudo de mal que acontece.

9. 0 Não tenho quaisquer idéias de me matar.

- 1 Tenho idéias de me matar, mas não as executaria.
- 2 Gostaria de me matar.
- 3 Eu me mataria se tivesse oportunidade.

10. 0 Não choro mais que o habitual.

- 1 Choro mais agora do que costumava.
- 2 Agora, choro o tempo todo.
- 3 Costumava ser capaz de chorar, mas agora não consigo mesmo que o queira.

11. 0 Não sou mais irritado agora do que já fui.

- 1 Fico molestado ou irritado mais facilmente do que costumava.
- 2 Atualmente me sinto irritado o tempo todo.
- 3 Absolutamente não me irrita com as coisas que costumavam irritar-me.

12. 0 Não perdi o interesse nas outras pessoas.

- 1 Interesse-me menos do que costumava pelas outras pessoas.
- 2 Perdi a maior parte do meu interesse nas outras pessoas.
- 3 Perdi todo o meu interesse nas outras pessoas.

13. 0 Tomo decisões mais ou menos tão bem como em outra época.

- 1 Adio minhas decisões mais do que costumava.
- 2 Tenho maior dificuldade em tomar decisões do que antes.
- 3 Não consigo mais tomar decisões.

14. 0 Não sinto que minha aparência seja pior do que costumava ser.

- 1 Preocupo-me por estar parecendo velho ou sem atrativos.
- 2 Sinto que há mudanças permanentes em minha aparência que me fazem parecer sem atrativos.
- 3 Considero-me feio.

15. 0 Posso trabalhar mais ou menos tão bem quanto antes.

- 1 Preciso de um esforço extra para começar qualquer coisa.
- 2 Tenho de me esforçar muito até fazer qualquer coisa.
- 3 Não consigo fazer nenhum trabalho.

16. 0 Durmo tão bem quanto de hábito.

- 1 Não durmo tão bem quanto costumava.
- 2 Acordo uma ou duas horas mais cedo do que de hábito e tenho dificuldade para voltar a dormir.
- 3 Acordo várias horas mais cedo do que costumava e tenho dificuldade para voltar a dormir.

17. 0 Não fico mais cansado que de hábito.

- 1 Fico cansado com mais facilidade do que costumava.

- 2 Sinto-me cansado ao fazer quase qualquer coisa.
- 3 Estou cansado demais para fazer qualquer coisa.

18. 0 Meu apetite não está pior do que de hábito.

- 1 Meu apetite não é tão bom quanto costumava ser.
- 2 Meu apetite está muito pior agora.
- 3 Não tenho mais nenhum apetite.

19. 0 Não perdi muito peso, se é que perdi algum ultimamente.

- 1 Perdi mais de 2,5 Kg.
- 2 Perdi mais de 5,0 Kg.
- 3 Perdi mais de 7,5 Kg.

Estou deliberadamente tentando perder peso, comendo menos: SIM () NÃO ()

20. 0 Não me preocupo mais que o de hábito com minha saúde.

- 1 Preocupo-me com problemas físicos como dores e aflições ou perturbações no estômago ou prisão de ventre.
- 2 Estou muito preocupado com problemas físicos e é difícil pensar em outra coisa que não isso.
- 3 Estou tão preocupado com meus problemas físicos que não consigo pensar em outra coisa.

21. 0 Não tenho observado qualquer mudança recente em meu interesse sexual.

- 1 Estou menos interessado por sexo que costumava.
- 2 Estou bem menos interessado em sexo atualmente.
- 3 Perdi completamente o interesse por sexo.