

FACULDADE DE ENFERMAGEM NOVA ESPERANÇA DE MOSSORÓ –
FACENE/RN
CURSO DE BACHARELADO EM ENFERMAGEM

MARIA MAGCELIA SOBRAL

CÂNCER DE MAMA:

Percepção de mulheres acometidas por essa neoplasia.

MOSSORÓ/RN

2013

MARIA MAGCELIA SOBRAL

CÂNCER DE MAMA:

Percepção de mulheres acometidas por essa neoplasia

Monografia apresentada à Faculdade de Enfermagem da Faculdade Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) como exigência parcial para obtenção do título de Bacharel em Enfermagem.

ORIENTADORA: Prof. Esp. Joseline Pereira Lima

MOSSORÓ/RN

2013

MARIA MAGCELIA SOBRAL

CÂNCER DE MAMA:

Percepção de mulheres acometidas por essa neoplasia

Monografia apresentada pela aluna Maria Magcelia Sobral, do Curso de Bacharelado em enfermagem, tendo obtido o conceito de _____, conforme a apreciação da Banca Examinadora constituída pelos professores:

Aprovada em: _____ de _____ de _____

BANCA EXAMINADORA

Prof. Esp.: Joseline Pereira Lima – FACENE/RN
ORIENTADORA

Prof. Esp. Patrícia Helena de Moraes Cruz Martins– FACENE/RN
MEMBRO

Prof. Esp. Francisco Rafael Ribeiro Soares– UERN/RN
MEMBRO

DEUS todo poderoso que me guardou e me livrou de todo o mal, nessa linda trajetória de minha vida. E que ele me der sempre humildade e competência para lidar com os mais necessitados. Amém

AGRADECIMENTOS

A Deus, porque sem ele não teria alcançado meus objetivos e por ele ter iluminado meu caminho todos esses anos e me sustentado até fim dessa longa jornada, meu coração senhor lhe será grato todos os dias de minha vida.

A minha mãe que sempre me apoio nessa caminhada e não mediu esforços para me ajudar, a minha irmã que me incentivou, ao meu filho que colaborou com minha luta e a toda minha família que com muito carinho e apoio, não mediram esforços para que eu chegasse até esta etapa de minha vida.

A professora Joseline e Patrícia Helena pela enorme paciência na orientação e incentivo que tornaram possível a conclusão desta monografia.

A professora e coordenadora do curso Patrícia, pelo convívio, apoio e compreensão.

A todos os professores do curso, que foram tão importantes na minha vida acadêmica e no desenvolvimento deste projeto.

Aos amigos Lina Ohara e Silveira pelo apoio e incentivo.

E aos colegas de faculdade Samara Valcácio e Karla Silderlândia, pelo apoio constante dentro e fora de sala de aula, e em especial pelo meu grande amigo Geraldo, que em tantas vezes provou que será um grande profissional; com humildade existente em meu coração, muito obrigado.

Não importa se concordamos ou se discordamos das reflexões alheias. Importa, sim,
que, livre e dialeticamente, meditemos sobre elas.

(Antônio Quadros).

RESUMO

O Câncer é o crescimento desordenado de células em alguma parte do corpo, com a formação de um caroço ou tumor. Ocorre na medida em que as células começam a se multiplicar de forma anormal e que através da corrente sanguínea, podem ser direcionadas para outras partes do corpo, formando assim novos tumores. Esta pesquisa tem como objetivo geral: conhecer a percepção das mulheres acometidas pelo câncer de mama sobre essa patologia; e como objetivos específicos: caracterizar as condições socioeconômicas das mulheres participantes do estudo, investigar o conhecimento das mulheres frente ao problema abordado, analisar o sentimento das participantes da pesquisa ao ser diagnosticada o câncer de mama, averiguar quais são os principais desafios na vida cotidiana das mulheres entrevistadas e identificar como as mulheres investigadas enfrentam o tratamento do câncer de mama. A pesquisa proposta teve caráter exploratório e descritivo com abordagem quantiqualitativa. Foi realizada nas unidades básicas de saúde localizadas no município de Mossoró/RN, utilizando-se um roteiro de entrevista. Nesta pesquisa foram entrevistadas dez mulheres acometidas por câncer de mama. Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva e os qualitativos através do Discurso do Sujeito Coletivo. O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, conforme CAAE nº: 05020312.0.0000.5179. Os resultados apresentados foram os seguintes: 60% das mulheres entrevistadas têm idade entre 40-49 anos, 60% das mulheres são casadas ou têm companheiro, 100% das mulheres já tiveram filhos, 40% que se refere ao grau de instrução nos mostra mulheres esclarecidas quanto ao seu problema que as acometem, 29% das mulheres entrevistadas tem curso Técnico em Enfermagem, 90% das entrevistadas tem renda familiar comprovada de 1 a 3 salários mínimos, 50% das mulheres são católicas. Observou-se também que as mulheres entrevistadas sabem que o câncer de mama é uma doença que mata, assim como tem conhecimento sobre o que é essa patologia. O sentimento das mesmas após o diagnóstico do câncer de mama foi de desespero, fé na cura e de surpresa com o diagnóstico. Observou-se que os desafios da vida após o diagnóstico de sua patologia são referentes ao tratamento e ao retorno à vida cotidiana como os principais. Constatou-se que as entrevistadas referem que enfrentam o problema de frente, que tem esperança e que o apoio familiar é de grande relevância. Entender como essas mulheres se sente, seus principais medos e como as mesmas enfrentaram o seu diagnóstico é muito importante. Para que haja uma melhor qualidade na assistência à saúde dessas mulheres acometidas por esse problema, o apoio de todos que fazem parte do sistema de saúde é fundamental para sua recuperação.

Palavras-chave: Saúde. Enfermagem. Câncer de mama

ABSTRACT

Cancer is the uncontrolled growth of cells in some part of the body, forming a lump or tumor. It occurs in the extent that cells begin to multiply abnormally and can be directed to other parts of the body through the bloodstream, thus forming new tumors. This research has as general aim: the perception of women affected by breast cancer on this pathology; and as specific objectives: characterize the socioeconomic conditions of women participating in the study, investigate the women's knowledge about the issue approached; analyze the feeling of the study participants when they were diagnosed with breast cancer, find out what the main challenges in everyday life of the interviewed women are and identify how the investigated women face the breast cancer treatment. The proposed research was exploratory and descriptive with a quantitative approach. It was performed in basic health units located in Mossoró/RN, using an interview guide. Ten women affected by breast cancer were interviewed in this research. Quantitative data were analyzed using descriptive statistics and qualitative data through the Collective Subject Discourse. The project was approved by the Ethics Committee according to CAAE No.: 05020312.0.0000.5179. The results were the following: 60% of the women interviewed were aged between 40-49 years old, 60% of women are married or have a partner, 100% of women have had children, 40% referred to schooling shows women informed about their problem. 29% of the interviewed women have a course of nursing technician 90% of the respondents have a proven family income of 1-3 minimum wages. 50% of the women are Catholic. It was also observed that the interviewed women know that breast cancer is a disease that kills. As well as are aware about what that pathology is. Their feeling after diagnosis of breast cancer was desperation, faith healing and surprise with the diagnosis. It was observed that the challenges of life after diagnosis of their disease are mainly related to treatment and return to daily life. It was found that the interviewees state that face the problem bravely, that have hope and that family support is very important. Understanding how these women feel, their main fears and how they faced their diagnosis is very important. To have a better quality in health care of these women affected by this problem, the support of everyone who are part of the health system is essential to their recovery.

Keywords: Health. Nursing. Breast cancer

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	10
1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA.....	10
1.2 OBJETIVOS	11
1.2.1 Objetivo Geral	11
1.2.2 Objetivos Específicos	11
1.3 HIPOTÉSE	12
2 REFERENCIAL TEÓRICO	13
2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA FEMININA	13
2.2 O CÂNCER DE MAMA.....	13
2.2.1 Conceito e Etiologia	13
2.2.2 Fatores de Risco	14
2.2.3 Manifestação Clínica	16
2.2.4 Classificação	17
2.2.5 Diagnóstico	18
2.2.6 Tratamento	20
2.2.7 Impacto do câncer de mama na vida da mulher	22
3 METODOLOGIA	24
3.1 TIPOS DE PESQUISA.....	24
3.2 LOCAIS DA PESQUISA	24
3.3 POPULAÇÃO AMOSTRA.....	25
3.4 INSTRUMENTOS PARA COLETA	25
3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	26
3.6 ANÁLISES DOS DADOS	26
3.7 POSICIONAMENTOS ÉTICOS	27
3.8 FINANCIAMENTO	28
4 ANÁLISE E DISCURSÃO DOS DADOS	29
4.1 DADOS COLETADOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS.	29
4.2 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE O CÂNCER DE MAMA	34
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS	41
REFERÊNCIAS	42

APENDICES	48
ANEXO.....	52

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZAÇÃO E JUSTIFICATIVA

A célula é a unidade que faz com que o organismo funcione. Cerca de 75 trilhões de células fazem parte do corpo humano e a mitose é um processo importante para o desenvolvimento e bom funcionamento do organismo (GUYTON, 1988). Contudo o crescimento desordenado dessas células pode resultar em uma neoplasia ou câncer. (STRICKER; KUMAR, 2010)

O câncer é o crescimento desordenado de células em alguma parte do corpo, com a formação de um caroço ou tumor. Ocorre na medida em que as células começam a se multiplicar de forma anormal e que através da corrente sanguínea, podem ser direcionadas para outras partes do corpo, formando assim novos tumores. Quando o processo não é controlado, ele pode assim acometer um órgão vital, tornando mais difícil seu controle. O câncer é considerado a segunda causa de morte mais frequente, entretanto esse quadro pode ser revertido se for detectado em tempo. (SILVA, 2009).

É relatado pelo autor que o câncer de mama ocorre quando as células dos ductos mamários passam a se dividir e se reproduzir de forma desordenada, sendo o câncer de mama mais comum o carcinoma ductal. Ele pode ser *in situ*, quando não passa das primeiras camadas de célula destes ductos, ou invasor, quando invade os tecidos em volta. Quando ocorre um câncer nos lóbulos da mama são chamados de carcinoma lobular e são menos comuns que o ductal. O carcinoma inflamatório de mama é um câncer mais raro e normalmente se apresenta de forma agressiva, comprometendo toda a mama, deixando-a vermelha, inchada e quente. (ZELMANOWICZ, 2010).

De 1979 a 2004, a taxa de mortalidade nas mulheres por câncer de mama foi de 38,62% (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2009). Segundo as literaturas consultadas, o câncer de mama é considerado um dos tipos de câncer com maior taxa de mortalidade entre mulheres, principalmente na região ocidental. A incidência de cânceres de mama no Brasil é de 40.000 casos novos, levando consigo um número de quase 9.000 mortes por ano (BARROS; GEBRIM, 2005).

Segundo o instituto nacional do câncer, têm uma estimativa para novos casos em 2012 é de 52.680, e o número de óbitos em 2008 foi de 12.098, sendo 11.969 mulheres e 129 homens. (INCA, 2012).

O câncer de mama traz mudanças efetivas na vida da pessoa, porque o diagnóstico de câncer altera a condição anteriormente estabelecida de atividade para colocá-la num lugar de passividade em relação à vida. Por esses e outros motivos, é muito importante que um tempo seja fornecido a paciente e a família para que possam lidar com o diagnóstico (SHIMO; LOPES; VIEIRA; 2007).

O motivo em desenvolver essa pesquisa surgiu mediante interesse pessoal sobre esse assunto, no intuito de entender como as mulheres percebem o câncer de mama e compreender como encaram o tratamento.

Diante do exposto, questiona-se: qual é a percepção de mulheres acometidas pelo câncer de mama sobre esta patologia?

Assim, a pesquisa trará para a academia um instrumento para melhor entender os aspectos psicossociais dessas mulheres. Como também mais um trabalho direcionado ao câncer de mama que servirá de ajuda para novos trabalhos acadêmicos e pesquisas estudantis; também me trará grande satisfação como estudante, pois este assunto me aperfeiçoará como profissional da saúde, e me qualificará para lidar com pacientes acometidos com tal patologia.

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 Objetivo Geral

- Conhecer a percepção das mulheres acometidas pelo câncer mamário sobre essa patologia.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Caracterizar as condições sócio-econômicas das mulheres participantes do estudo.
- Investigar o conhecimento das mulheres frente ao problema abordado.

- Analisar o sentimento das participantes da pesquisa ao ser diagnosticada o câncer de mama.
- Averiguar quais são os principais desafios na vida cotidiana das mulheres entrevistadas.
- Identificar como as mulheres investigadas enfrentam o tratamento do câncer de mama.

1.3 HIPÓTESE

O câncer de mama precisa ser pensado em toda a sua amplitude. A mulher acometida por essa doença não tem apenas o seu corpo modificado, mas também a sua imagem corporal e diferentes aspectos na sua vida social e afetiva (SHIMO; LOPES; VIEIRA; 2007).

Diante disso, acredita-se que as mulheres têm conhecimento sobre o que é câncer de mama e percebem esta patologia como uma doença que impõe medo, que traz mudanças na sua vida cotidiana e que após o tratamento, o retorno a suas atividades normais sofrerá algumas restrições.

2 REFERENCIAL TEÓRICO

2.1 ANATOMIA E FISIOLOGIA DA MAMA FEMININA

As mamas são as partes do corpo onde se situam as glândulas mamárias, podendo ser duas ou mais, dependendo da espécie de mamífero. Para as fêmeas serve para produção de leite e para o macho, as glândulas normalmente não se desenvolvem, permanecendo no estágio infantil. (BRASIL, 2002).

As mamas estão situadas diante dos músculos da região peitoral (músculo peitoral maior, músculo serrátil anterior e músculo oblíquo externo). É constituída de parênquima, de tecido glandular, composta por 15 a 20 lobos piramidais, cujos ápices estão voltados para a superfície e as bases para a parte profunda da mama. Os lóbulos mamários possuem ductos lactíferos que se abrem na papila da mama. O conjunto desses lóbulos é chamado de corpo da mama. A papila mamária é composta de fibras musculares lisas e apresentam inervações e ao redor da papila. Há uma área de maior pigmentação chamada de aréola mamária. (Dangelo; Fattini, 2007).

A função principal da mama é a fisiológica, ou seja, ligada à amamentação dos filhos. Além disso, é consenso na literatura que ela apresenta importância simbólica, com um papel importante na identidade sexual da mulher, sendo considerada a parte do corpo feminino que desperta maior erotismo. (MORENO, 2010).

É relatado pelos autores que as mamas têm diversas funções como: reprodução de hormônios, suas glândulas são responsáveis pela produção de leite no período de amamentação. (Dangelo; Fattini, 2007). Enquanto Carvalho (2003) fala que é essa parte do corpo, em algumas sociedades, é tão importante para as mulheres que fazem parte da construção da auto-estima e valor-próprio, ou seja, um símbolo da identidade corporal feminina.

2.2 O CÂNCER DE MAMA

2.2.1 Conceito e etiologia

O câncer é uma doença invasiva caracterizada pelo crescimento desordenado de células com alteração em seu material genético. Existem fatores internos e externos que

influenciam para o desenvolvimento do câncer. As causas externas podem ser; tanto o meio ambiente, quanto o ambiente sócio-cultural em que o indivíduo está inserido com seus hábitos ou costumes próprios. E as causas internas; genética pré-determinada, que pode desencadear um processo de mutação das células, ao longo tempo, dividindo-se em vários estágios. (SUPLEMENTO... [2007]).

É dito pelos autores que o câncer é uma enfermidade que tem origem genética, que afeta as células, sendo capaz de se multiplicar, formando assim uma massa tumoral no local. São necessárias várias mutações para que uma célula para adquira o grau de malignidade. (YAMAGUSHI, 2003 APUD GANDINI; OLIVEIRA, 2008).

De acordo com Brasil (1996), o câncer de mama ainda não tem causa específica, sendo em alguns casos de etiologia desconhecidas, porém qualquer mulher pode desenvolver esta patologia. Os homens também podem apresentar este tipo de câncer, sendo menos comum.

2.2.2 Fatores de Risco

De acordo com Brasil (2006), no controle do câncer de mama é possível identificar alguns fatores comuns, denominados fatores de risco, são eles:

- História familiar: está presente em aproximadamente 5-10% do total dos casos desse tipo de câncer, principalmente, se um ou mais parentes de primeiro grau (mãe ou irmã) foram acometidas antes dos 50 anos de idade.
- Idade: também é um importante fator de risco. A probabilidade de uma mulher ser acometida com a doença aumenta com a idade;
- Menarca precoce (idade da primeira menstruação menor que 12 anos);
- Menopausa tardia (após os 50 anos de idade);
- Ocorrência da primeira gravidez após os 30 anos;
- Nuliparidade;
- Associação do uso de contraceptivos orais: apesar de haver controvérsia, acredita-se que as mulheres que usaram contraceptivos em doses elevadas de estrogênio, as que fizeram uso da medicação por longo período e as que usaram anticoncepcional em idade precoce, antes da primeira gravidez tem o risco da doença elevado.

O quadro a seguir mostra os maiores e menores fatores de risco para o câncer de mama de acordo com o INCA (2011):

FATORES DE RISCO MAIORES	FATORES DE RISCO MENORES
Ter 50 anos ou mais	Não ter filhos ou ter o primeiro filho após os 30 anos
Densidade mamária aumentada na mamografia	Início da menstruação antes dos 12 anos
Biópsia mamária prévia mostrando achados de hiperplasia atípica	Menopausa após os 55 anos
História de câncer de mama em parentes de 1º grau (mãe e irmã) Antes dos 50 anos	Terapia de Reposição Hormonal (TRH) em curso com 5 ou mais anos de duração
História de mais de um caso de câncer de mama em parentes de 1º grau ou história de câncer de ovário na família	Uso de anticoncepcionais orais em curso ou até 10 anos da suspensão do uso
História familiar de mutações nos genes BRCA 1 ou BRCA 2	Excesso de peso após a menopausa
Exposição à radiação ionizante no tórax para tratamento de doenças (como Doença de Hodgkin). O risco é maior quando exposta entre 13 e 30 anos	Consumo diário de álcool maior que um drinque (10 g de álcool)

Fonte: INCA (2011)

Ainda segundo essa publicação, existe o “Risco Padrão”, que é o risco da população em geral, sem necessariamente analisar os fatores de risco de cada pessoa ou grupo. Assim, “as mulheres com percentuais de risco muitas vezes superiores ao risco padrão são consideradas mulheres de alto risco e são rastreadas de maneira diferenciada”. Isso mostra a importância do levantamento do histórico de cada mulher no diagnóstico, para que se possam identificar as mulheres que estão no

grupo de alto risco e, conseqüentemente, fazer a descoberta precoce da doença (INCA, 2011).

Segundo Abreu (2011) a idade avançada aumenta o risco para o aparecimento de tumores, ocorre o desenvolvimento em mulheres acima de 50 anos. História pessoal ou familiar de câncer de mama. Mulheres que tiveram história anteriormente de câncer de mama têm mais probabilidade a vir desenvolver câncer no outro seio também. E parentes de primeiro grau (mãe, irmã ou filha) com um diagnóstico de câncer de mama aumenta a chance para o aparecimento da doença. Este risco se eleva ainda mais se tiver mais de um parente com câncer de mama. Mulheres que iniciaram a menstruação precoce antes dos 12 anos ou tiveram uma menopausa tardia após os 55 aumenta ainda mais a chance de desenvolver a doença. Há relatos que a gestação obriga as glândulas mamárias a se maturarem, para ter uma preparação na produção do leite.

2.2.3 Manifestações Clínicas

Em princípio, o câncer de mama, na sua fase inicial, pode não manifestar nenhuma dor. A mulher consegue sentir um nódulo (ou caroço) que anteriormente ela não sentia. Entretanto, à medida que o tumor cresce, ele pode apresentar algumas alterações. O primeiro sinal do câncer de mama, geralmente, é um pequeno nódulo no seio. Ele pode ser indolor e com crescimento lento ou rápido. (ZELMANOWICZ, 2010).

Dentre outros sinais e sintomas, a autora citada refere ainda:

- Aumento de sensibilidade e mastalgia em uma ou ambas as mamas, com ou sem queixa de nódulos.
- Nódulos palpáveis que podem ser o resultado da presença de cistos ou tumores sólidos e podem ser benigno ou maligno.
- Retração da pele pode ser observada.
- Retração de mamilo ocorre freqüentemente, sendo importante indagar se o mamilo sempre é retraído se é uma alteração recente.
- Descamação erosão do mamilo e aréola; pode ser associado a uma doença de Paget tipo especial de câncer de mama.

- Sinais inflamatórios da mama devem ser investigados, pois o carcinoma inflamatório de mama pode mimetizar um simples abscesso.

Tipicamente há dor, edema rubor e calor no local, febre e mal-estar geral. É essencial que se tenha extremo cuidado em diagnosticar e tratar qualquer infecção na mama, principalmente na mulher pós-menopáusia (DUCAN; SHIMIDT; GIUGLIANI; 2006).

Segundo Smeltzer e Bare (2008) as manifestações clínicas podem ocorrer em qualquer lugar da mama, porém os tumores podem ser encontrados principalmente no quadrante superior externo. Em geral as lesões são indolores, fixas e endurecidas com bordas irregulares. Os sinais avançados da doença podem incluir o foveamento da pele, retração do mamilo ou ulceração da pele.

2.2.4 Classificação

De acordo com Brasil (2009), o câncer de mama é classificado como:

Classificação	Estágio
0	Corresponde ao câncer in situ (localizado)
I	Tumor de até 2cm, sem evidências para os gânglios
II	Tumor de até 5cm, com envolvimento de gânglios; ou Tumor primário de mais de 5cm, sem metástase
III	Tumor com mais de 5cm e invasão dos gânglios axilares
IV	Com metástases distantes (atinge gânglios, linfonodos...)

Fonte: Brasil (2009).

Segundo Smeltzer e Bare (2008), o câncer de mama se classifica nos seguintes tipos:

-Carcinoma Ductal in situ (CDIS): tem características pela proliferação de células malignas dentro dos ductos lácteos sem invasão para dentro do tecido

circunvizinho; é uma forma não invasiva, onde se apresentam, mediante uma mamografia, calcificações, consideram-se assim um câncer de mama em estágio zero.

-Carcinoma Invasivo: É quando atravessa a parede do ducto e cresce no interior da mama. Estes se subdividem em:

-Carcinoma Ductal Infiltrativo: tumores originados do sistema ductal e invadem os tecidos adjacentes com formação de massa sólida e irregular.

-Carcinoma Lobular Infiltrativo: tem origem no epitélio lobular ocorre como uma área de espessamento mal definida na mama.

-Carcinoma Medular: esses tumores crescem em cápsulas dentro de ductos podendo ser confundidos com fibroadenoma.

- **Carcinoma Mucinoso:** Produz mucina, e o tumor tem crescimento lento e assim o seu prognóstico é favorável.

- **Carcinoma Ductal Tubular:** contém metástases e contribuem para 2% dos cânceres de mama. O seu prognóstico é excelente.

-Carcinoma Inflamatório: É agressivo e seus sintomas são edema difuso e eritema intenso da pele, pele com aparência de casca de laranja por que as células malignas bloqueiam os canais linfáticos da pele. A doença pode se espalhar para várias partes do corpo.

-Doença de Paget: os sintomas são lesões descamativa, eritematosa e pruriginosa do mamilo. Frequentemente a doença de Paget é representa o carcinoma ductal in situ do mamilo, porém pode ter um componente invasivo.

2.2.5 Diagnóstico

O resultado positivo de um câncer de mama é vista como uma sentença para a paciente e seus familiares. E a principal dinâmica familiar é a alteração por ocasião de vários medos que começam a fazer parte do seu cotidiano. (DUARTE; ANDRADE, 2005).

Os autores citados também relatam que existem as três principais ações de saúde consideradas fundamentais para o diagnóstico precoce do câncer de mama: o auto-exame (AEM); o exame clínico das mamas (ECM); e a mamografia; (Instituto Nacional do Câncer, 1997).

- **Exame corporal.**

Gonçalves e Dias (1999) relatam ser um dos meios para a detecção do câncer de mama consiste no exame realizado por profissional especializado; com esse tipo de diagnóstico precoce com certeza favorecerá para a redução dos índices de Câncer mamária. Porém pesquisas demonstram que o autoexame é insatisfatório, principalmente para mulheres de escolaridade e nível socioeconômico baixo.

- **Mamografia**

Smeltzer e Bare (2008) definem que a mamografia é uma técnica de imagem que conseguiu reduzir consideravelmente as taxas de mortalidade e a detecção de lesões não-palpáveis e ajuda no auxílio do diagnóstico de massas palpáveis. Este procedimento leva em torno de 15 minutos para ser realizado. A mama é comprimida de cima para baixo e de um lado para o outro. A mamografia é recomendada uma vez por ano para mulheres a partir dos 40 anos de idade, idosas ou de grupos de riscos (histórico familiar).

- **Galactografia**

Smeltzer et al, (2008) diz que é injetado aproximadamente 1 ml de contraste por meio de uma cânula inserida em uma abertura ductal na aréola. Após à injeção do contraste realiza-se a mamografia. E a galactografia é realizada em pacientes que apresentam secreção mamilar.

E o uso da mamografia depois de uma injeção de corante radiopaco para diagnosticar os problemas ductais da mama.

- **Ultra-Sonografia**

É um método de imagem usando ondas sonoras de alta frequência para o diagnóstico de massas sólidas ou cheias de líquidos.

A ultrassonografia com Doppler mostra a vascularização dos tumores e ultra com contraste que amplificam o sinal de fluxo vascular.

Técnica do Exame: posição do paciente com supina com as mãos atrás da cabeça.

- **Ressonância Magnética**

É um exame que apresenta imagens com alta definição dos órgãos através de campo magnético onde não se utiliza a radiação. Porém devido este aparelho ter um potente campo magnético, o paciente não poderá utilizar jóias, objetos metálicos e maquiagem. (O QUE..., 2008).

2.2.6 Tratamento

O tratamento do câncer de mama pode ser feito através de procedimento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia.

- **Cirurgias**

Funciona através da retirada de fragmentos pequenos da mama e de seus gânglios localizados debaixo do braço. Esse método de tratamento representou um grande avanço para a saúde da mulher proporcionando um melhor diagnóstico da origem do câncer mamário, ou seja, entendendo assim o mecanismo que leva à transformação de uma célula normal em célula maligna. (VARELA, 2008).

A indicação de diferentes tipos de cirurgia depende do estadiamento clínico e do tipo histológico, podendo ser conservadora ressecção de um segmento da mama (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), com retirada dos gânglios axilares ou linfonodos sentinela, ou não-conservadora (mastectomia) (BRASIL, 2004).

Segundo Barros, Barbosa e Gebrim (2001) os tipos de cirurgias são:

- **Conservadoras:**

Tumorectomia (exérese do tumor sem margens) e Ressecção segmentar ou setorectomia (exerece do tumor com margens);

- **Não conservadoras:**

Adenomastectomia subcutânea ou mastectomia subcutânea (retirada de glândulas retirada de glândulas mamárias; onde ficam preservados a pele e o complexo aréolo-papilar); Mastectomia simples ou total (retirada da mama com pele e complexo areo-lo-papilar); Mastectomia com preservação de um ou dois músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical modificada); Mastectomia com retirada dos músculos peitorais com linfadenectomia axilar (radical).

- **Radioterapia**

É utilizada com o objetivo de destruir as células remanescentes após a cirurgia ou para reduzir o tamanho do tumor antes da cirurgia. Após cirurgias conservadoras deve ser aplicada em toda a mama da paciente, independente do tipo histológico, idade, uso de quimioterapia ou hormonioterapia ou mesmo com as margens cirúrgicas livres de comprometimento neoplásico (BRASIL, 2004).

Geralmente a radioterapia não apresenta complicações, mas pode deixar a pele com o aspecto de uma queimadura de sol. Sendo assim, Este tipo de procedimento requer um profissional especialista, chamado de radioterapeuta, e de equipamento de alta tecnologia. Os raios devem atingir apenas o local desejado, isto é, o tumor. Para isso é feito uma demarcação com tinta no local evitando atingir os tecidos circunvizinhos, são necessários vários cálculos realizados com o auxílio de um computador. O tratamento deve ser feito diariamente (de segunda a sexta-feira), através de aplicações que duram 15 minutos variando de 25 a 30 seções. Não tornando radioativa a pessoa que o recebe. (QUADROS; 1998)

- **Quimioterapia**

Segundo Quadros (1998) a quimioterapia se faz com o uso de medicamentos potentes no tratamento do câncer. Podendo ser realizada antes ou depois de uma cirurgia. É um tratamento complementar à cirurgia. A quimioterapia vai agir no corpo todo, enquanto radioterapia e a cirurgia têm efeito apenas no local. O objetivo principal

deste tratamento é evitar a reincidência da doença e o seu aparecimento em outros locais do corpo.

Segundo Ferreira (2008) a quimioterapia é um tratamento que utiliza medicamentos extremamente potentes no combate ao câncer, com o objetivo de destruir, controlar ou inibir o crescimento das células doentes.

Smeltzer e Bare (2008) diz que existem três tipos de quimioterapia:

- Quimioterapia adjuvante – uso de medicação anticâncer e outras drogas para retardar ou evitar uma reincidência da doença; mais também entra em conjunto com outros tratamentos.

- Quimioterapia neo-adjuvante – quimioterapia pré-operatória; é administrada no período pré-operatório para diminuição do tumor.

- Quimioterapia em dose densa: que é a administração de agentes quimioterápicos em doses padronizadas com intervalo de tempos mais curtos em cada ciclo do tratamento.

- **Hormonioterapia**

Alguns estudos realizados por médicos relacionaram o câncer de mama com os hormônios femininos, principalmente os estrogênios. Os nódulos mamários podem ou não estar relacionados a esses hormônios. Para detectar a causa da doença é realizados testes nas células do tumor - dosagem dos receptores de estrogênios. Estes testes permitirão avaliar a necessidade da hormonioterapia. O tratamento é feito com 1 a 2 comprimidos ao dia, por via oral, durante no mínimo 2 anos, sendo o tamoxifeno o medicamento mais utilizado (QUADROS, 1998).

2.2.7 Impacto do câncer de mama na vida da mulher.

A sensação de ter adquirido uma vida ruim, de pior qualidade é muito comum nas mulheres que passaram pela cirurgia de retirada da mama, já que acreditam que a sua vida sexual não será mais a mesma e que os aspectos sociais ficaram muito prejudicados. (VIERA et al, 2005 apud SALES; SCANDIUZZI; ANJOS, 2001).

No que diz respeito a vida pessoal a cultura que envolve o diagnóstico da doença ainda faz com que a mulher sinta que está recebendo uma sentença de morte. Surgindo assim então o medo de ser mutilado, o medo de rejeição, dentre outros. As representações associadas ao câncer são na sua grande maioria negativas, e estão associadas a algo cruel, destrutivo. As diferenças sentidas pela mulher não são apenas no nível corporal, mas também no convívio social, abrangendo família, amigos e trabalho (DUARTE; ANDRADE, 2003 apud VIEIRA et al, 2007)

Já as avaliações sobre qualidade de vida abrangem questões sobre auto-estima, imagem corporal e sexualidade, psicológico feminino é o eu feminino, é o ser e sentir-se como mulher: ser feminina, ter um corpo feminino, ter seios, menstruar e ser capaz de envolver-se em uma relação sexual (WILMOTH, 2001 apud MALUF; MORI; BARROS, 2005).

O mesmo autor também relata em seus estudos que o impacto negativo tanto na atividade sexual, como também na imagem corporal, é menor em pacientes que foram submetidas à cirurgia conservadora da mama do que aquelas submetidas à mastectomia. Onde as pacientes sempre fizeram opção pela cirurgia conservadora. (MAKLUF et al 2005). pg. 55. Também é relatado que os sentimentos sentidos pela mulher não são apenas o nível corporal, mas também no convívio social; abrangendo família, amigos e trabalho. (VIEIRA et al 2007, citado por Big e Mamede 2004).

“A dor teve um impacto negativo sobre a qualidade de vida”. (CAFFO et al, apud MAKLUF et al 2005, p.55).

Para a mulher com câncer, um dos principais desafios é de se adaptar a sua nova condição de vida, sendo que após o seu diagnóstico e até mesmo a cirurgia de mama essa mulher terá que se adaptar a uma nova rotina com também novas mudanças de hábitos, identificando suas limitações.

(Goffman, 1988 citado por Bergamasco e Angelo 2001). afirmam que o indivíduo estigmatizado acaba por enfrentar outra crise ao rever sua condição.

3 METODOLOGIA

3.1 TIPOS DE PESQUISA

A pesquisa proposta teve caráter exploratório e descritivo com abordagem quanti-qualitativa.

A pesquisa exploratória teve como propósito desenvolver e explicar ideias. Frequentemente envolvem levantamento bibliográfico e documental com o objetivo de proporcionar uma visão geral, de tipo aproximativo, acerca de determinado fato (GIL, 2009). Já a descritiva de acordo com Figueiredo (2004), visa à descrição das características de determinada população ou fenômeno, ou então o estabelecimento de relações entre variáveis obtidas através da utilização de técnicas padronizadas de coleta de dados, como o questionário e a observação sistemática.

A abordagem qualitativa, conforme apresentada por Minayo (2010) responde às questões particulares, onde ocupa nas ciências sociais, um nível de realidade que não pode ou não deveria ser quantificada, ou seja, trabalha com o universo dos significados, dos motivos, das aspirações, das crenças, dos valores, opiniões e das atitudes. Esse conjunto de fenômeno humano é entendido como parte da realidade social.

Pesquisas de caráter quantitativo visam o emprego da quantificação tanto nas modalidades de coleta de informações, quanto no tratamento delas por meio de técnicas estatísticas. Ele representa a intenção de garantir a precisão dos resultados, evitar distorções de análise e interpretação, possibilitando, conseqüentemente, uma margem de segurança quanto às inferências (RICHARDSON, 2010).

3.2 LOCAIS DA PESQUISA

A pesquisa foi realizada nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) Maria Soares da Costa, situada na Rua Dona Lourdes Monte, S/N – Bairro Inocoop; (UBS) Maria Neide de Souza Silva, situada na Rua Francisco Pereira de Azevedo, S/N; (UBS) Bernadete Bezerra de Souza Ramos, na Rua Margarida Militão, S/N – Bairro Dom Jaime Câmara, Conjunto Nova Vida; todos localizados no município de Mossoró/RN. As UBS têm pacientes acometidas por essa neoplasia, sendo classificado como local ideal para realização da pesquisa.

As escolhas por essas UBS'S se deram devido a grande população existente nesses bairros, nos proporcionando uma demanda suficiente de entrevistadas, facilitando assim a coleta de dados.

3.3 POPULAÇÃO E AMOSTRA

Levin (1987) diz que população é um grupo de indivíduos que compartilham de características comuns como: cidadania, filiação, etnia, matrícula de universidade entre outros. Já a amostra se refere é constituído de um pequeno grupo de sujeitos retirados de uma determinada população, conseguindo informações acerca de diversas pessoas.

A população foi composta por mulheres acometidas por câncer de mama, que residam na área de abrangência das Unidades Básicas de Saúde onde a pesquisa será realizada e que desejem participar espontaneamente dessa pesquisa mediante a assinatura do Termo de Consentimento e Livre Esclarecido – TCLE (Apêndice A). A amostra foi composta por 10 mulheres.

Os critérios para a inclusão dos sujeitos da pesquisa têm-se: as mulheres deverão ter o câncer mamário ou que já fizeram ou ainda fazem o uso de tratamento, também inclui mulheres de todas as faixas etárias e que tenham consciência de serem portadoras da doença e que estejam em boas condições físicas e mentais para participarem da pesquisa. Dessa mesma forma, constitui-se também como critério de exclusão: mulheres que não concordem com a pesquisa e que não queiram fazer parte da mesma e sejam menores de idade e que também não saibam que são portadoras da doença e não tenham assinado o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Com isso promovendo assim a dignidade, respeito e compreensão a essa mulher.

3.4 INSTRUMENTOS DE COLETA

O Instrumento para coleta de dados foi um roteiro de entrevista (Apêndice B) estruturado para atingir os objetivos proposto da pesquisa foram composta por duas partes, a primeira relacionada às condições sócio-econômicas das participantes e a segunda relacionada à percepção das mulheres entrevistadas sobre o câncer de mama.

Através dessa modalidade o roteiro deve conter vários indicadores considerados essenciais e suficientes em tópicos que contemplem a abrangência das informações esperadas (MINAYO, 2010).

3.5 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada através de uma entrevista. A entrevista, segundo Gil (2009) é um método de coleta muito utilizado no âmbito das ciências sociais; proporcionando um dialogo assimétrico entre o entrevistador e sua fonte de informações, ou seja, o paciente.

Foi realizada após aprovação do Comitê de Ética em pesquisa com a Escola de Enfermagem Nova Esperança – FACENE/FAMENE PB. A princípio, foi realizada uma visita aos sujeitos participantes do estudo para a devida apresentação dos objetos da pesquisa.

As entrevistas foram realizadas no mês de agosto e setembro de 2012, e com visitas previamente agendadas no domicílio das mesmas de acordo com disponibilidade das usuárias, sendo gravadas em um aparelho eletrônico e as informações obtidas transcritas.

As participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

3.6 ANÁLISES DOS DADOS

Os dados foram analisados de forma quanti-qualitativa. Os dados quantitativos foram analisados através da estatística descritiva e foram apresentados através de gráficos e tabelas e discutidos à luz da literatura. Os dados qualitativos foram analisados de acordo com a técnica de Discurso do Sujeito Coletivo (DSC), que é uma proposta de organização e tabulação de dados qualitativos de natureza verbal, que são obtidos de depoimentos. Essa proposta consiste basicamente em analisar o material verbal coletado, extraído de cada um dos depoimentos (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005).

A principal proposta da DSC (Discurso do Sujeito Coletivo) como forma de conhecimento, implica em um radical rompimento com esta lógica quati-classificatório, na busca de resgatar o discurso como de conhecimento dos próprios discursos. Assim o

DSC busca reconstruir, com pedaços de discursos. O discurso do sujeito coletivo tem como função de utilizar para tabulação de dados e a necessidade de formula questões abertas com o intuito de aprofundar as razões subjacentes na escolha por alternativas de respostas. (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005).

O Discurso do sujeito Coletivo é para os autores acima citados um discurso de sínteses elaboradas por pedaços discursos de sentido semelhantes reunidos em um só discurso, extraíndo-se de cada relato as idéias principais e suas expressões chaves.

Foram utilizados um questionário com perguntas abertas e fechadas, pela qual as mulheres entrevistadas anotaram suas respostas como também gravadas as entrevistas em um gravador e repassadas manuscrito as informações colhidas sem nenhuma identificação das mesmas, garantindo assim o total sigilo e a identidade dessas mulheres.

Foi realizado estudo quanti-qualitativo usando a análise do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) e foram coletados dados através de entrevistas estruturadas. As questões foram lidas pela pesquisadora. Taís questões se refere aos aspectos emocionais, sentimento em relação à doença e ao tratamento. As respectivas respostas foram gravadas, sendo feita transcrição lateral dos conteúdos das mesmas, onde a análise desse material permitiu ao pesquisador captar o que é expresso pelo sujeito, possibilitando assim acesso a dados da realidade, ou seja, crenças, opiniões, conhecimento, sentimentos, comportamento e percepção.

3.7 PROCEDIMENTOS ÉTICOS

Este estudo foi desenvolvido observando os princípios éticos da pesquisa envolvendo seres humanos, conforme pressupõem a Resolução 196/96 CNS/MS e Resolução 311/2007 do Conselho Federal de Enfermagem.

À dignidade humana exige que toda pesquisa se processe após consentimento livre esclarecido dos sujeitos, contenha uma linguagem acessível, justificando, objetivos, procedimentos da pesquisa, risco e benefícios, metodologia utilizada durante o curso da pesquisa. (FONTENELE apud NOBRÉGA, 2010).

A Resolução nº 196/96 CNS/MS, é sem dúvida, um documento de suma importância no campo da bioética, no sentido de assegurar uma conduta ética responsável por parte aos pesquisadores na realização de pesquisa com seres humanos (CONSELHO NACIONAL DE SAÚDE, 1996).

Conforme a Resolução 311/07 COFEN, relata que o profissional de enfermagem respeita a vida, a dignidade e os direitos humanos, em todas as suas dimensões. O profissional de enfermagem exerce suas atividades com competência para a promoção do ser humano na sua integralidade, de acordo com os princípios da ética e da bioética (COFEN, 2007).

A presente monografia foi submetida à apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da FACENE/ FAMENE.

Em consideração aos aspectos éticos do capítulo do ensino da pesquisa e da produção técnico científico da Resolução do COFEN-311/2007 que aprova a reformulação do Código de Ética dos Profissionais de Enfermagem (COFEN, 2007).

3.8 FINANCIAMENTO

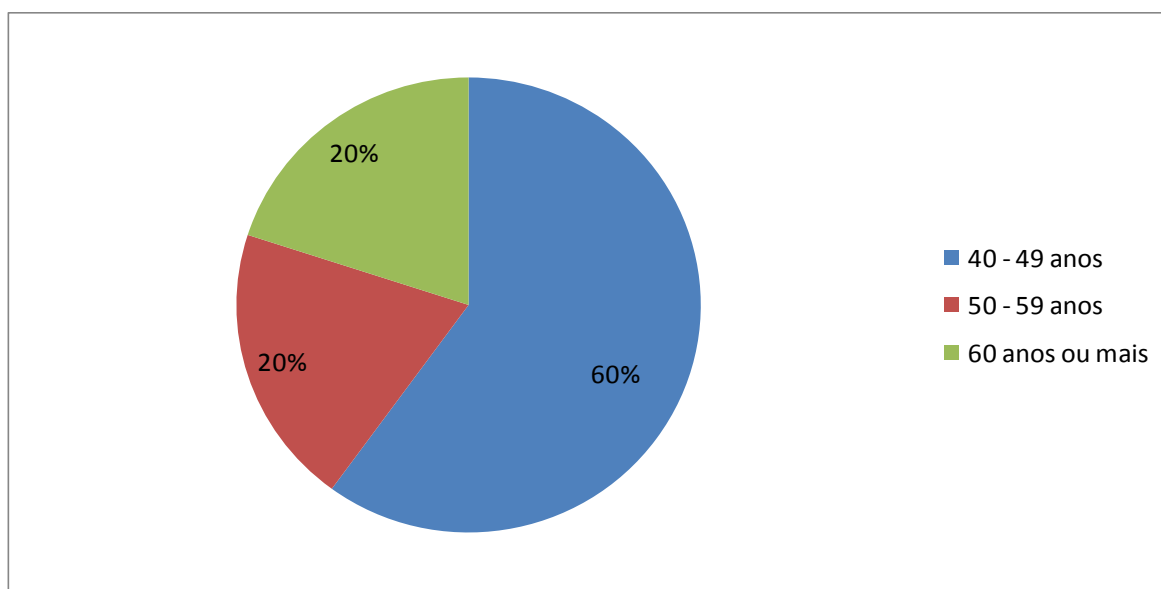
A pesquisa foi financiada pela pesquisadora participante. A Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró (FACENE/RN) contribuiu com acervo de livros e periódicos, da biblioteca, orientador e banca examinadora.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Neste item será apresentada a análise e a discussão dos dados encontrados. Os dados quantitativos serão apresentados em forma de gráficos, analisados e discutidos com base na literatura pesquisada. Os dados qualitativos serão apresentados em forma de quadros e analisados através do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC).

4.1 DADOS COLETADOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES SOCIOECONÔMICAS.

Gráfico 1- Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com a idade Mossoró/RN, 2012.

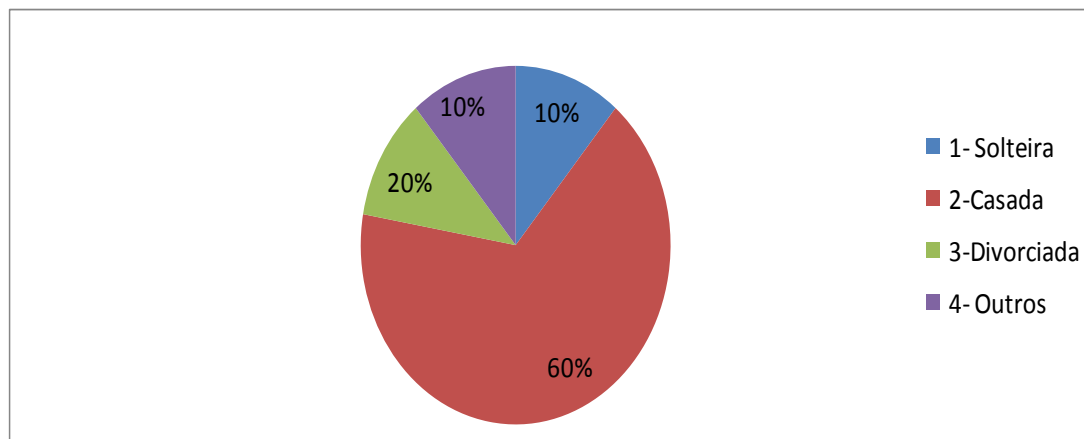


Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Gráfico 1 mostra que a maioria das mulheres entrevistadas (60%) tem a faixa etária entre 40 a 49 anos de idade, 20% apresentam entre 50 a 59 anos e 20% referem 60 anos ou mais. Sabe-se que a idade pode influenciar na experiência dessas mulheres. Tal resultado pode mostrar que as mulheres entrevistadas já possuem experiência suficiente para enfrentar o câncer de mama.

Segundo INCA (2012) a idade é um dos principais fatores de risco para o câncer de mama. As taxas de incidência são maiores até os 50 anos.

Gráfico 2 - Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com o Estado Civil. Mossoró/RN, 2012



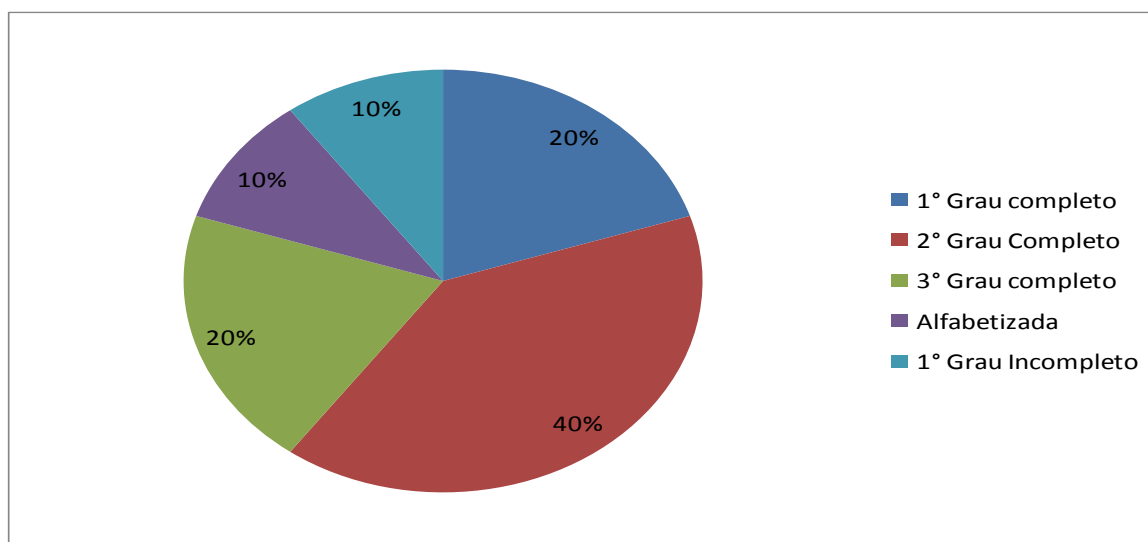
Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Gráfico 2 mostra que das mulheres entrevistadas, 10% são solteiras, 60% são casadas, 20% são divorciadas e 10% referem outro tipo de estado civil (união estável, viúva, etc.). Notou-se durante a entrevista realizada que as mulheres que tinham os seus companheiros encaravam melhor a situação, pois tinham o apoio da família, concluindo assim o suporte familiar e principalmente do marido, fazem com que essas mulheres se sintam mais protegidas e amparadas no combate a esse problema.

Os sentimentos em relação à família revelam que não há uma alteração extrema no relacionamento entre os membros da família após a descoberta da doença, sendo que aqueles que ocorrem são de natureza psicológica. As vivências são tanto positivas como o aumento de atenção, de cuidado sentido da parte dos outros - quanto negativas depressão, isolamento, vergonha, sendo estas respostas das próprias mulheres à doença. (CHAPADEIRO et al, 2001 apud VIEIRA et al, 2007, p. 314)

Foi visto que todas as mulheres entrevistadas tinham filhos independentes do seu estado civil, o que pode informar que as mesmas passaram pelo processo de amamentação.

Gráfico 3 - Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com o Grau de Instrução. Mossoró/RN, 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Gráfico 3 mostra o grau de instrução informado pelas pacientes entrevistadas, sendo 10% se consideram apenas alfabetizadas, 10% com o primeiro incompleto, 20% possuíam o primeiro grau completo, 40% tem o segundo grau completo e 20% tem ensino superior. Concluindo assim que a maioria (60%) tem uma boa formação estudantil (ensino médio e superior completo) podendo ter, pelo menos, noção do problema que as comete.

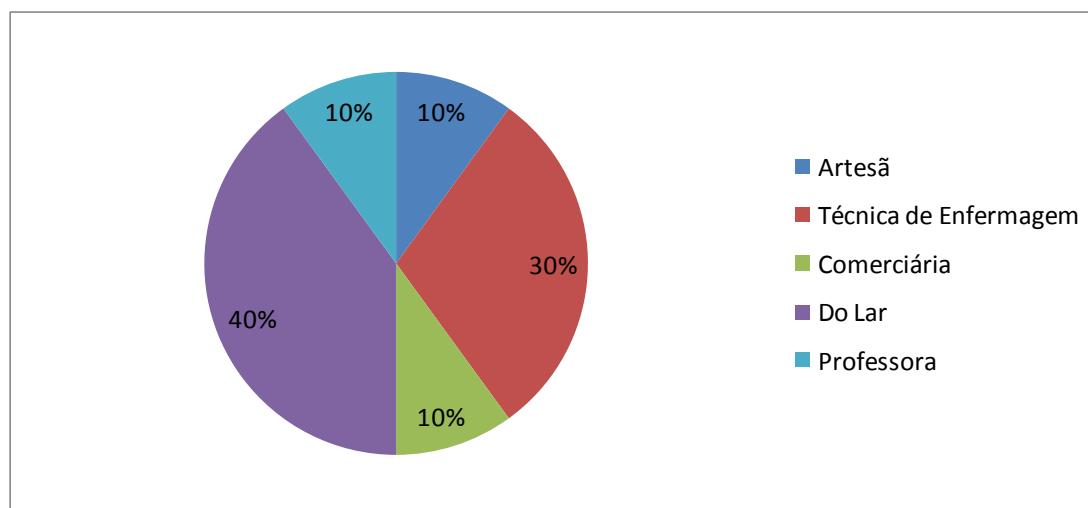
Segundo Nova (2009), a escola possibilita uma maior eficiência no processo de transmissão de conhecimentos e técnicas, como também facilita a integração do indivíduo a uma determinada cultura.

A educação por ser fonte de conhecimento e esclarecimento mediante vários assuntos ampliam a visão de um determinado assunto abordado ou vivenciado por essas mulheres, no caso citado o câncer mamário onde as mesmas sabem o que as acomete e procuram em base desse conhecimento a melhor forma de enfrentá-lo e se cuidarem, impondo e aceitando seus limites e restrições.

Para Gonçalves e Dias (1999 apud DUARTE; ANDRADE 2003).” Esses estudos vêm colaborar a idéia de que as campanhas educativas que abordam a prevenção do câncer de mama precisam ser destinadas e adaptadas à realidade da população feminina de baixa renda e de baixa escolaridade. pg. 156.

“ O nível de escolaridade, também, é nesse caso estudo considerado um fator positivo sobre a qualidade de vida. Mulheres com maior escolaridade apresentaram melhor função física, função emocional, menos dor e poucos sintomas na mama em relação a outras mulheres”. (MAKLUF et al , 2005, p.54).

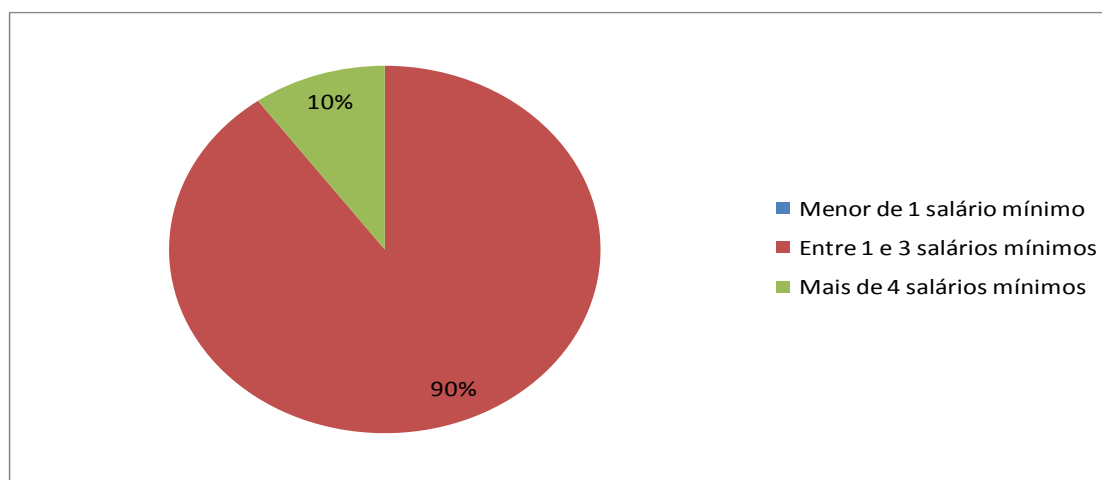
Gráfico 4 - Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com a Profissão/Ocupação. Mossoró/RN, 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Gráfico 4 representa a profissão exercida pelas mulheres entrevistadas, sendo que 15% recebem benefício do INSS, 14% são artesãs, 29% são técnicas de enfermagem. Comprovando assim o seu conhecimento sobre a doença, tornando-as mais aptas a lidarem com o seu problema, 14% são comerciárias, 14% referem ser “do lar”, 14% são professoras.

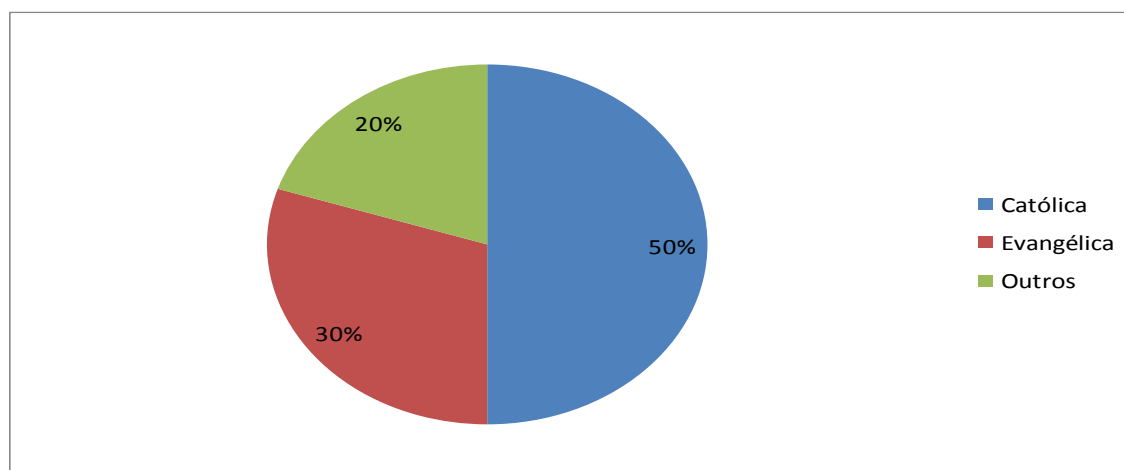
Gráfico 5 - Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com a renda familiar. Mossoró/RN, 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Gráfico 5 mostra a distribuição das participantes da pesquisa de acordo com sua renda familiar, onde foi visto que 90% das entrevistadas recebem entre 1 a 3 salários mínimos, 10% recebem mais de 4 salários mínimos e nenhuma refere ter renda familiar menor que 1 salário mínimo.

Gráfico 6 - Distribuição das participantes da pesquisa de acordo com a Religião. Mossoró/RN, 2012.



Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Gráfico 6 mostra que 50% das entrevistadas são católicas, 30% referem ser evangélicas e 20% se dizem de outras religiões.

Segundo Aquino e Zago (2007), a fé reduz o sofrimento na medida em que as pacientes com crença religiosa têm mais esperança na cura e mais satisfação com a vida,

além de níveis menores de depressão. Por isso, a fé em religião é tida como uma estratégia de sobrevivência ao câncer. Pois a idéia de poder divino proporciona nas pacientes a satisfação das necessidades e supera sentimentos de medos e frustrações.

Essas mulheres buscam na sua fé o apoio e a própria cura para sua enfermidade. Ajudando-as assim no seu processo de recuperação.

4.2 DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE O CÂNCER DE MAMA

Quadro 1 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: O que a senhora sabe sobre o câncer de mama? Mossoró/RN, 2012.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Doença que mata	<i>“O fim, o fim de tudo, muito difícil quando a gente descobre parece que acabou ali. Eu senti o mundo desabar na minha cabeça. O câncer de mama é um terror”. E1, E2, E3, E4.</i>
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Conhecimento sobre a doença	<i>“Que todos nós temos células cancerígenas no nosso corpo e que em algum momento da vida elas vão desencadear um câncer. É uma doença que vem avançando, mais do que o câncer de colo uterino, matando muito. Atinge várias mulheres e que é uma doença que temos que ter muito cuidado, pois antigamente não tinha tanta pesquisa falando sobre o câncer de mama”. E10, E8, E2.</i>

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Quadro 1 mostra o que as mulheres entrevistadas sabem sobre o câncer de mama. Percebe-se que elas percebem o câncer de mama como uma doença que mata e também tem conhecimento sobre o que é essa patologia.

Segundo Maluf, Mori e Barros (2005) referem que alguns doentes de câncer são pessoas que sempre tratam a doença como se estivessem prestes a morrer brevemente.

Alguns estudos de Silva et al 2005 citado por Molina e Cols, 2003, apontam como fator significante o fato de que mulheres com mais anos de estudos ou seja “conhecimento”, teriam melhores formas e oportunidades de diagnóstico precoce da doença.p.414.

Isso implica dizer que as mulheres com maior grau de instrução, são mais aptas a reconhecerem a doença ou seja o câncer de mama e conseqüentemente promover assim um maior cuidado da sua problemática.

Quadro 2 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: O que a senhora sentiu ao ser diagnosticado com câncer de mama? Mossoró/RN, 2012.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Desespero	<i>“Eu senti o mundo desabar na minha cabeça. A princípio eu fiquei muito atordoada, desorientada; Senti muito triste de primeiro, muito pra baixo, Desespero, vontade de chorar, condenada a morte”</i> . E4, E8, E5.
Ideia Central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Fé	<i>“Tem que ter muita força, vontade e confiar muito em Deus. Graças a Deus, com o passar de uns oito dias eu já estava melhor”</i> . E1, E2
Ideia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Surpresa	<i>“Surpresa, tinha feito uma mamografia fazia seis meses. Nunca esperava uma coisa dessas, nunca acontece comigo”</i> . E7, E9

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O quadro 2 traz o sentimento das mulheres após o diagnóstico do câncer de mama. Algumas relataram desespero, outras demonstraram fé na cura outras relataram surpresa com o diagnóstico.

Várias pesquisas acadêmicas demonstram como sentimentos negativos podem aumentar o sofrimento das pacientes com câncer e até prejudicar o tratamento, intensificando o sofrimento. Geralmente as pessoas com câncer a entendem como uma punição ou castigo divino, uma vez que a doença é vista como incurável.

A pesquisa relatada por Shimo, Lopes e Vieira 2007, trata-se de uma revisão literária acerca dos aspectos emocionais e sociais que envolvem a mulher desde da descoberta do câncer de mama até a possível vivência de ser mastectomizadas levando em consideração os sentimentos mais comuns vivenciados por essas mulheres, porém outros vários artigos foram utilizados para elaboração deste trabalho.

O câncer de mama desestrutura a mulher no sentido de trazer para a sua convivência a incerteza da vida, a possibilidade de recorrência da doença e a incerteza do sucesso do tratamento. Uma mulher com câncer busca, durante as diferentes etapas da sua doença, atribuir algum tipo de significado àquilo que está acontecendo com ela. Isso porque os sentimentos que são trazidos juntamente com o diagnóstico são de natureza negativa, como a culpa. (VIEIRA; LOPES, 2007)¹.

A forma como essas mulheres encaram a doença depende principalmente de suas características de personalidade e de sua visão de mundo. Maluf, Mori e Barros, (2005) afirmam que a mulher passará por várias fases de conflito interno que variam desde a fase de negação da doença, até a fase final onde há a aceitação da existência da neoplasia. Os conflitos são demonstrações através das alterações psicológicas pela qual passam a mulher portadora do câncer de mama e seus familiares.

Porém esses problemas podem ser aliviados na medida em que a paciente encontra estratégias de enfrentamento, como a fé e as crenças religiosas, ou seja, formas que cada pessoa encontra para lidar com a doença e possibilitar seguir adiante com projetos de cura e de vida.

Nessa mesma perspectiva, a pesquisa de Guerrero, Zago, Sawada e Pinto (2011) demonstra que sentimentos de angústia, tristeza e indignação geralmente são trazidos com a ideia que as pessoas têm do câncer. Ou seja, para muitas pessoas o diagnóstico da doença já é uma sentença de morte, pois a mesma é vista como uma doença com pouca ou nenhuma chance de cura, esses pensamentos trazem sofrimento e desespero ao paciente.

Para essas autoras, o medo da morte torna-se muito frequente no pensamento do doente, permanecendo nas diversas fases, desde o diagnóstico, passando pelo tratamento, até a cura. Por isso, a religião se torna muito importante na vida dessas pessoas.

Aquino e Zago (2007) afirmam que a busca por um conforto na fé não deve ser vista como uma fuga da realidade, mas como uma esperança no tratamento do câncer. Olhando a religião por esse ângulo, essas autoras entendem que as crenças oferecem resultados de eficácia simbólica, em relação ao bem-estar e autocontrole.

¹ Documento não paginado

Segundo Bergamasco e Ângelo (2005) os cânceres da mama em conjunto de processos que ocorre na mulher, com seu tratamento e que é em inúmeras vezes mutilador, podem contribuir assim para alterações na sua auto-imagem ou também perda funcional, alterações psíquicas, emocionais e sociais.

A fé vem da busca incansável pela cura, onde a fragilidade em que as pessoas se encontram; aproximando-as mais ainda de Deus, procurando nessa mesma fé, a força para manterem-se vivas e curadas.

Segundo Almeida, et al (2001) o processo de auto-avaliação das mulheres ocorrem através de seus depoimentos, deixando transparecer sentimentos de culpa devido a falta de cuidado consigo mesmas; como também podemos relatar a incerteza da possibilidade da recorrência da doença.

Os mesmos autores também relatam que o sentimento de culpa também é explicitado quando, em suas reflexões as mulheres passam a crer que a doença poderia ter sido identificada com antecedência e para minimizarem esse sentimento, tentam externalizar o processo de identificação da doença, diminuindo assim sua responsabilidade e culpa por não terem percebido as suas próprias alterações corporais.

Segundo Maluf; Mori; Barros, 2005 ao se depararem com o choque, e depois relutar contra esta idéia, esta mulher vai a procura de um médico para tentar obter a resposta que ela tanto deseja , com a esperança ainda que pequena, de que lhe seja dito que ela não tem nenhum tumor maligno.

Quadro 3 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente a pergunta: Quais os principais desafios na vida cotidiana, após o diagnóstico de câncer de mama? Mossoró/RN, 2012.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Tratamento	<i>“Se submeter ao tratamento. Quimioterapia, ela é a medicação que mexe com tudo, mexe com cabeça, coração, fica abatida, mexe com tudo. Depois do tratamento a gente fica mais cansada”.</i> E1, E2, E10.
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo
Retorno a vida cotidiana	<i>“Eu era acostumada a sair pra lugares, mais depois do tratamento mudou um pouco, com a vida e a família, Faço tudo como antigamente com cuidado. E procurar viver melhor com mais qualidade de vida, procurando me conhecer</i>

	<i>mais, me aceitar, gostar de mim". E4, E9, E10.</i>
--	---

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O Quadro 3 apresenta os desafios da vida após o diagnóstico de sua patologia e referem o tratamento e o retorno à vida cotidiana como os principais.

“Tratamento do câncer de mama deve ser abordado por uma equipe multidisciplinar, sendo realizado de forma integral e em conjunto para fornecer melhores subsídios de recuperação ao paciente”. (LOBO et al , 2007, p.155).

Segundo Silva, et al (2004), a quimioterapia é realizada por períodos de intervalos. Os desafios da quimioterapia vão depender do tipo e da quantidade de drogas utilizadas durante o tratamento e podem resultar em cansaço, fadiga, náuseas, vômitos, perda de apetite, queda de cabelo entre tantos outros sintomas.

Goffman, (1998) apud Bergamasco e Ângelo, (2001) firma que o indivíduo acaba por enfrentar outra crise ao se verem nessas condições. O autor afirma ainda que a experiência de se depararem com o câncer de mama dá ao indivíduo a oportunidade de aprender sobre si mesmo, adaptar-se à situação e compreender aquilo que é importante na vida.

Silva, Loureiro e Souza (2004) relatam que a singularidade, ou seja, a individualidade de cada corpo e cada indivíduo, leva a crer que nem todas as pessoas respondem da mesma maneira aos tratamentos.

Para Bergamasco e Ângelo (2001), a mulher, livrar-se do câncer significa para ela impor limites na doença, como também remover fisicamente de seu corpo uma enfermidade que traz incerteza e sofrimento, alterando seus hábitos e seu convívio social.

Quadro 4 – Ideia Central e Discurso do Sujeito Coletivo referente à pergunta: Como á senhora enfrenta o tratamento do câncer de mama? Mossoró/RN, 2012.

Ideia Central I	Discurso do Sujeito Coletivo
Apoio da família	<i>“Tive força de vontade encarei junto com minha família meus amigos, minhas irmãs. a gente precisa de muito apoio da família, graças a Deus eu tive, foi como eu enfrentei melhor.” E5, E1.</i>
Ideia central II	Discurso do Sujeito Coletivo

Enfrentamento	<i>“Muito bem! Enfrentei muito bem, tomei as quimioterapias não teve reação, eu me ajudava muito, não tive depressão, e to aqui; “Eu enfrento com bastante naturalidade, mais agora vou tranqüila”. E10, E3, E4, E9.</i>
Idéia Central III	Discurso do Sujeito Coletivo
Esperança	<i>“Que a gente tem que lutar, não pode desistir é difícil... mais que a gente consegui. muito bem!!! na certeza da cura.” E2, E10.</i>

Fonte: Pesquisa de Campo, 2012.

O quadro 4 traz como as entrevistadas enfrentam o tratamento do câncer de mama. As mesmas relataram que o apoio familiar é de grande relevância, outras referem que enfrentam de frente o problema e outras referiram esperança.

As diferenças sentidas pela mulher não são apenas no nível corporal, mas também no convívio social, abrangendo família, amigos e trabalho. Por isso, é importante para a mulher sentir que tem uma rede de apoio social, que não a permite desistir, e que torna mais fácil o enfrentamento da doença. Normalmente a família ocupa esse lugar. (SHIMO, LOPES; VIEIRA, 2010, p.314).

As pacientes com câncer de mama vivem experiências de dor física e psicológica durante as diferentes etapas da doença. Mesmo assim não é possível afirma que todos sintam as mesmas coisas. (SHIMO; LOPES; VIEIRA, 2007)

Segundo Silva et al (2004), encarar essa situação é percorrer um longo e muitas vezes doloroso caminho, em que se tenta resgatar a auto-estima e a noção de que ser mulher, vai além de perder um seio e espera-se que a mulher transmita uma nova imagem de si mesma, que reflita em aprendizados anteriores as façam ver a vida de uma outra forma.

Para Carvalho (2010) para entender e ajudar o paciente com câncer deve-se levar em consideração as condições socioeconômicas, culturais e emocionais do paciente e de seus familiares, analisando as estruturas familiares e compreendendo o impacto da doença nesse grupo, pois para essa autora, é no contexto familiar que emerge a doença e é com essa base sócio-familiar que o grupo irá responder à situação da doença.

Nesse mesmo sentido, que Sanchez et al (2010) nos mostra que as pesquisas sobre o apoio social ao paciente com câncer parte do pressuposto de que a família deve compreender e compartilhar a situação da doença, participando do tratamento e recebendo, da equipe médica, suporte para aprender a cuidar do paciente. Esse apoio médico a família é importante para que a

mesma consiga lidar mais adequadamente com seus próprios problemas, conflitos, medo e aumento das responsabilidades.

Segundo os autores supracitados, a família também é afetada pela doença e a dinâmica familiar afeta o paciente. A depressão no paciente, por exemplo, acarreta consigo a depressão no cuidador e vice-versa. E este envolvimento prático e emocional das pessoas socialmente atingidas na jornada do paciente com câncer através da doença afetando também suas próprias vidas de modo profundo, pois viver com o câncer envolve adaptação e acomodação para transtornos e mudanças na família.

Segundo essas autoras a família do paciente com câncer é tida como a principal fonte de apoio para o paciente e o binômio paciente-cuidador deve ser fonte de atenção, por parte de médicos e enfermeiros, pois o núcleo familiar mais próximo do paciente é tido como um “invisível sistema de cuidado da saúde”. Assim, essas autoras entendem que o câncer deve ser tratado como problema e questão familiar.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O câncer de mama é uma doença que acomete tanto mulheres como homens, onde a divisão das células da mama ocorre de forma desordenada e defeituosa. Ocorrendo defeito existente em cada célula no que se refere ao seu processo de mutação, ocorrendo assim um câncer mamário.

O presente estudo buscou conhecer a percepção das mulheres acometidas pelo câncer mamário sobre essa patologia.

De acordo com a coleta de dados, podemos observar que as mulheres têm conhecimento da doença e sua forma de prevenção, porém ainda ficam surpresas ao serem diagnosticadas com essa enfermidade. Onde procuram na fé, no apoio da família, e dos profissionais de saúde a base para sua cura e tratamento.

Os objetivos propostos pela pesquisa foram atingidos, pois de acordo com os depoimentos das mulheres, podemos avaliar suas caracterizar as condições sócio-econômicas das mulheres participantes do estudo, investigar o conhecimento das mulheres frente ao problema abordado, analisar o sentimento das participantes da pesquisa ao ser diagnosticada o câncer de mama, averiguar quais são os principais desafios na vida cotidiana das mulheres entrevistadas, identificar como as mulheres investigadas enfrentam o tratamento do câncer de mama.

Por conseguinte, para que haja uma melhor qualidade na assistência à saúde dessas mulheres acometidas por esse problema, o apoio de todos que fazem parte do sistema de saúde é fundamental para sua cura. Pude observar que até a realização de uma simples entrevista implica na satisfação desse grupo por se sentirem respeitadas e proporcionando até mesmo um alívio de ter com quem dialogar sobre seu problema, como também relatar suas dúvidas, garantindo assim de forma humanizada o cuidado.

Essa pesquisa contribui para melhoria de meus conhecimentos como acadêmico pesquisador, onde foi mostrado à percepção e sentimentos das mulheres acometidas pelo câncer mamário, como também contribuiu para as mulheres exporem suas principais dificuldades e sentimentos, assim como, colaborarem para que os profissionais de saúde percebam como realmente as pessoas se sentem com um diagnóstico tão repleto de estigmas. Assim irão procurar uma forma mais humanizada e delicada de abordagem a esses grupos.

REFERÊNCIAS

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

ALMEIDA, Maria Ana et al. O Significado da Recorrência da Doença: a experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-am Enfermagem**, v.9, n.5, p.63-69, 2001.. Disponível em :< www.scielo.br/pdf/rlae/v9n5/7800> Acesso em: 21. nov. 2012.

ABREU, Evaldo de; KOIFIMAN, Sérgio. Fatores prognósticos no câncer da mama feminina. **Revista Brasileira Cancerologia**, v.48, n.1, p.113-31, 2002. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_48/v01/pdf/revisao.pdf > Acesso em: 14 abr. 2012.

ABREU, Ivanea. **Câncer de mama**. 2011. Disponível em: < <http://www.45graus.com.br/cancer-de-mama,ivania-abreu,79745.html> > Acesso em: 25 mar. 2012.

BERGAMASO, Roselena Bazili; ANGELO, Margareth. O Sofrimento de descobrir-se com Câncer de Mama: Como o Diagnóstico é Experienciado pela mulher. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 47.n.3, p.277-82, 2001.Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf. > Acesso em: 20 fev.2012.

BARROS. ACSD; BARBOSA EM; GEBRIM; L; H; **Diagnóstico e Tratamento de Câncer de Mama**. 2001. Disponível em: <<http://www.febrasgo.org.br/arquivos/diretrizes/024.pdf>>. Acesso em: 15 abr.2012.

BRASIL. Ministério da defesa. Câncer de Mama. **INFOSAU: Informativo sobre a saúde preventiva**. Brasília, Ano 1, n.3, Jul. 2002. Disponível em: <<http://dsau.dgp.eb.mil.br/arquivos/PDF/infosau/003CAMama.pdf>>. Acesso em: 05 abr. 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad13.pdf>. Acessado em: 20/04/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **O que é câncer?** Rio de Janeiro: 1996. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=81 >. Acesso em: 27 mar. 2012.

BARROS, Alfredo Carlos Simões Dornelles; GEBRIM, Luiz Henrique. **Ginecologia Diagnóstico e Tratamento: Hospital Israelita Albert Einstein**. Rio de Janeiro: Cultura Médica, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portal da Saúde**. Disponível em: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=25236. Acesso em: 20/03/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer **Controle do câncer de mama**: documento de consenso. Rio de Janeiro: 2004. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consenso>>. Acesso em: 18 fev. 2012.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem (COFEN). RESOLUÇÃO COFEN N°. 311/2007.2007. Disponível em: <http://www.coren-sc.org.br/documentacao2/Res31107.pdf>. Acesso em: 27 fev.2013.

CARVALHO, Maria Margarida M. J. **Introdução a Psicologia**. São Paulo: Ed. Livro Pleno, 2003.

CARVALHO, Celia da Silva. **A Necessária Atenção à Família do Paciente Oncológico**. 2010. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/rbc/n_54/v01/pdf/revisao_7_pag_97a102.pdf> Acesso em: 09 dez.2012.

DUCAN, Bruce B.; SHIMIDT, Maria Inês; GIUGLIANI, Elsa R. J. **Medicina ambulatorial**: condutas de atenção primária baseada em evidências. 3 ed. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DANGELO, José Geraldo; FANTTINI, Carlos Américo. **Anatomia Humana Sistêmica e Segmentar**. 3. Ed. São Paulo: Ed. Atheneu, 2007.

DUARTE, Tânia, Pires; ANDRADE, Ângela Nobre; **Enfrentando a mastectomia** análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Espírito Santo Estudos de Psicologia, v. 8, n.1, p.155-163, 2003.

DIRCE, Guilhem; DIRCEU, Greco: **A Resolução CNS196/1996 e o Sistema CEP/CONEP**-.Acessado em:15 maio de 2012. Disponível em: <[www.foar.unesp.br/comitê/humanos/Modulo % 2005.pdf](http://www.foar.unesp.br/comitê/humanos/Modulo%202005.pdf)>.

FERREIRA, Noeli Marchioro Liston Andrade; SCARPA Agatha; SILVA Dagima Alves. Quimioterapia antineoplásica e nutrição: uma relação complexa. **Rev. Eletr. Enf**, v.10, n.4,p.1026-34,2008 .Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n4/pdf/v10n4a14.pdf>>. Acesso em: 09 mar.2012.

GIL. Antonio Carlos. **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 6 ed. São Paulo: Ed. Atlas, 2009.

GUYTON, Arthur C. **Fisiologia Humana**. 6. Ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1984.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Câncer de mama feminino síntese de resultados e comentários Rio de Janeiro: INCA, 2012. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/index.asp?id> >. Acessado em: 14 dez.2012.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA). Rastreamento organizado do câncer de mama: a experiência de Curitiba e a parceria com o Instituto Nacional de Câncer. Rio de Janeiro: INCA, 2011.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER (INCA). **Câncer de mama**. Rio de Janeiro: INCA 2009. Disponível em: < http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?ID=336 > Acesso em: 20 fev. 2012.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Controle do Câncer de mama: documento do consenso**. Disponível em: < <http://www.inca.gov.br/publicacoes/Consensointegra.pdf> > Acesso em: 27 mar. 2012.

LOBO, S.A. et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v.9, n.1, p. 154-165, jan./abr. 2007. Disponível em: http://www.fen.ufg.br/fen_revista/v9/n1/pdf/v9n1a12.pdf Acesso em: 28 dez. 2012

SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; VIEIRA, Carolina Pasquote. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.2, p.311-6, 2007. Disponível em: Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/719.pdf> Acesso em: 03 mar. 2012.

LEVIN, Jack. **Estatística Aplicada a Ciências Humanas**. 2 ed. São Paulo: Ed. Harbra, 1987.

LEFREVE, Fernando; LEFREVE, A. M. C. **O Discurso do Sujeito Coletivo; Um enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)**. 2 ed. Caxias do Sul: Ed. EDUCS, 2005. Acesso em: 14 mar. 2012. Disponível em: <http://www.livraria.resposta.com.br/v.2> .

LEFREVE, Fernando; LEFREVE, A. M. C; TEIXEIRA, Jorge Juarez Vieira; **O Discurso do Sujeito Coletivo: Uma nova abordagem metodológica em pesquisa qualitativa**. Caxias do Sul: RS; Ed. EDUCS, 2000.

LIMA, Raquel Silva. **Revisão Literária do Câncer de Mama**. Passo Fundo. Escola de Educação Profissional do Hospital da Cidade de Passo Fundo, 2008. Trabalho de Aluno. Disponível em: <http://pt.scribd.com/doc/11534647/Revisao-Literaria-Do-Cancer-de-Mama> Acesso em: 27 mar. 2012.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. **O Desafio do Conhecimento Pesquisa Qualitativa em Saúde**. 12° ed. São Paulo Ed. Hucitec 2010 .

MARCIA FLORENCIO, **Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 2010. Disponível em <<http://enfermagem-sae.blogspot.com.br/2009/10/paism.html>> Acessado em: 03/05/2012.

MILMAN, Mauro Henrique. **Reconstrução de Mama**. [2010?]. Disponível em: http://www.reconstrucaomama.com.br/tecnicas_de_reconstrucao/. Acesso em: 29 mar 2012.

MALUF, Maria Fernanda de Matos; MORI, Lincon J; BARROS, Alfredo Carlos S. D. B. O impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 51, n.2, p.149-154, 2005. Disponível em: http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v02/pdf/revisao1.pdf Acesso em: 21. nov. 2012.

MAKLUF, Ana Diniz Silvia; DIAS, Rosângela Corrêa; BARRA, Alexandre de Almeida. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer. **Revista de Leitura Qualidade de vida em mulheres com câncer**. v.52, n.1, p.49-58, 2005. Disponível em: <http://www.repositorio.ufop.br/bitstream/123456789/1568/1/ARTIGO_avaliao%20da%20qualidadedevida.pdf> Acessado em: 23. Fev.2013.

MORENO, Marília Lopes; **O Papel do Enfermeiro na abordagem do Câncer de Mama Estratégia de Saúde da Família**. 50f. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização em Atenção Básica em saúde da Família) – Universidade Federal de Minas Gerais, Uberaba, 2010. Disponível em: <<http://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0693.pdf>>. Acesso em: 15 mar. 2012.

NOVA, Sebastião Vila : **Introdução à Sociologia**. 6. ed. São Paulo: Atlas, 2009.

NOBRÉGA, Erlane Oliveira: **Integralidade na assistência de enfermagem no pré-natal de baixo risco na concepção de enfermeiros da estratégia saúde da família**.40f.Monografia(Graduação em enfermagem) – Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró- FACENE/RN, Mossoró 2010.

O QUE é Ressonância Magnética?2008. Disponível em: www.portaldaeducao.com.br/farmacia/artigos/4739/o-que-e-ressonancia-magnetica. Acessado em: 09 abr. 2012.

OLIVEIRA, Luiza Todeschine. P. **A comunicação de uma má notícia: diagnóstico de câncer de mama na perspectiva de pacientes e familiares**. 2008. Disponível em: <http://biblioteca.universia.net/html_bura/ficha/params/title/comunica%20uma%20ma%20noticia%20diagnostico%20cancer%20mama%20na%20perspectiva%20pacientes/id/42186808.html>. Acesso em: 10 mar.2012.

QUADROS, Luis Gerk de A. **O tratamento do câncer de mama**. 1998. Disponível em: < <http://www.unifesp.br/dgineco/tratamento.htm> >. Acesso em: 28 mar. 2012.

RICHARDSON, Roberto Jarry. **Pesquisa Social Métodos e Técnicas**. São Paulo. Ed.Atlas; 2010.

REGIS, Malena de Fátima; SIMÕES, Mara Faria. Diagnóstico de Câncer de mama, sentimentos, comportamentos e expectativas nas mulheres. **Revista eletrônica de Enfermagem**, v.7, n. 01, p.81-86, 2005. Disponível em: <www.fen.ufg.br/revista.htm>. Acesso em: 05 abr.2012.

SANCHEZ, Keila de Oliveira Lisboa et al. Apoio social à família do paciente com câncer: identificando caminhos e direções. **Rev. bras. enferm.**, , v.63, n. 2, p.290-299, 2010. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n2/19.pdf>>. Acessado em 09 dez. 2012.

SANTOS, Viviane Euzébia Pereira; VIANA, Dirce Laplaca. **Fundamentos e Práticas para Estágio em Enfermagem**. São Paulo. Ed.Yendis, 2009.

SUPLEMENTO e câncer. [2007?]. Disponível em: <http://www.phostheralgamar.com/voce_precisa_saber.php?id=14>. Acesso em:04 fev.2012.

SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; VIEIRA, Carolina Pasquote. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.2, p.311-6, 2007. Disponível em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/719.pdf>. Acesso em: 03 mar. 2012.

SMELTZER, Suzanne C; BARE, Brenda G; HINKLE, Janice L; CHEEVER, Kerry H. **Tratado de Enfermagem Médica-Cirúrgica**: Rio de Janeiro: Ed.Guanabara e Koogan, 2008.

STRIKER, Tomas P.; KUMAR, Vinay. Neoplasia. In: **Robbins & Cotran**: Patologia Bases Patológicas das Doenças. 8 ed. Rio de Janeiro: editora: Elsevier, 2010.

SCMITT, Fernando Carlos Lander; ZEFERINO; Luiz Carlos. Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, v.30, n.1, p.43, 2007. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0100-72032008000100008&script=sci_arttext

SILVA, Sandra; LOUREIRO, Joana; SOUZA, Gizela. **Psicoterapia de grupo com mulheres mastectomizadas**. Monografia (Graduação em Psicologia da Saúde) - Universidade Lusítana do Porto Portugal, Porto, 2004. Disponível em: www.psicologia.com.pt. Acesso em:15 mar. 2012.

SILVA, Nancy Capretz Batista; FRANCO, Maria Aparecida Paiva; MARQUES, Susi Lippi. **Conhecimento de mulheres sobre câncer de mama e de colo do útero**.Universidade Federal de São Carlos Paidéia, 2005.Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/paideia/v15n32/10.pdf>.Acessado em : 24.fev.2013.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ. Faculdade de Medicina. **Manual para o exame físico das mamas**: Módulo de Ginecologia. Fortaleza: UFC, 2006. Disponível em: <<http://dc398.4shared.com/doc/I7KZ-X6u/preview.html>>. Acesso em: 20 abr. 2012.

VIEIRA, Carolina Pasquote; LOPES, Maria Helena Baena de Moraes; SHIMO, Antonieta Keiko Kakuda. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, v.41, n.2, p.311-6, 2007.

Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v41n2/19.pdf>>. Acesso em: 03 mar. 2012 e 09 dez. de 2012.

VARELLA, Dráuzio. **O risco de câncer de mama**. [2008]. Disponível em:

< <http://grupomamacancer.wordpress.com/category/noticias-e-politica/page/6/>>

Acesso em: 21 jan. 2012.

VIANA, Geórgia Maria de Castro; **Ser mulher e vivenciar as representações sociais “Daquela Doença”**. Mossoró 2011; **Monografia á Universidade do Estado do Rio Grande do Norte**.

VIEIRA, Daniella Serafim Couto; DUFLOTH, Roszany Mucha; SCHMITT, Fernando Carlos Lander; ZEFERINO, Luiz Carlos. Carcinoma de mama: novos conceitos na classificação. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.30, n.1, 2008. Disponível

em:<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S010072032008000100008&script=sci_arttext> Acesso em : 10 dez. 2012.

ZELMANOWICZ, Alice de Medeiros. **Câncer de mama**. 2010. Disponível em: <<http://www.abcdasaude.com.br/artigo.php?611> > Acesso em: 19 fev. 2012.

ZAGO, Marcia Maria Fontão et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Rev. Bras. Enferm.** Brasília, v.64, n.1, jan./fev. 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S003471672011000100008> Acessado em: 09 dez.2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
(TCLE)

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Prezada Sra.

A presente pesquisa intitulada **Câncer de mama: percepção de mulheres acometidas por essa neoplasia** desenvolvida por Maria Magcelia Sobral, pesquisadora associada e aluna do Curso de Graduação em Enfermagem da Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN, sob a orientação da pesquisadora responsável, a professora Esp. Joseline Pereira Lima, tem como objetivo geral: Investigar a percepção das mulheres acometidas pelo Câncer de mama, tendo como referência os domínios físicos, social, psicológico e ambiental e as características socioeconômicas desta população. E objetivos específicos: Caracterizar as condições sócio-econômicas das mulheres participantes do estudo; Avaliar o conhecimento dessas pacientes frente ao problema; Avaliar o sentimento das participantes da pesquisa ao ser diagnosticado o câncer de mama; Averiguar qual é a perspectiva de retorno à vida cotidiana normal das mulheres entrevistadas.

A mesma justifica-se pela necessidade de conhecer a percepção das mulheres acometidas pelo câncer de mama, distantes de seus familiares, muitas vezes apresentando sentimentos de ansiedade e ter um breve conhecimento sobre a doença, visualizando as necessidades de cada indivíduo.

Será utilizada como instrumento para a coleta de dados, a aplicação de uma entrevista. Desta forma, venho, através deste Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, solicitar a sua participação nesta pesquisa e a autorização para utilizar os resultados para fins científicos (monografia, divulgação em revistas e eventos científicos como congressos, seminários, etc.).

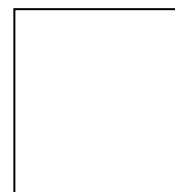
Convém informar que será garantido seu anonimato, bem como assegurada sua privacidade e o direito de autonomia referente à liberdade de participar ou não da pesquisa. Você não é obrigado (a) a fornecer as informações solicitadas pela pesquisadora participante. Informamos também que a pesquisa apresenta riscos mínimos às pessoas envolvidas, porém os benefícios superam os riscos.

As pesquisadoras¹ e o Comitê de Ética em Pesquisa desta IES² estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Eu, _____,
declaro que entendi os objetivos, a justificativa, riscos e benefícios de minha participação no estudo e concordo em participar do mesmo. Declaro também que a pesquisadora participante me informou que o projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da FACENE. Estou ciente que receberei uma cópia deste documento rubricada a primeira página e assinada a última por mim e pela pesquisadora responsável, em duas vias, de igual teor, documento ficando uma via sob meu poder e outra em poder da pesquisadora responsável.

Mossoró, ____/____/ 2012.

Pesquisadora Responsável/ Associada



Participante da Pesquisa

¹Endereço residencial da Pesquisadora Responsável: Av. Presidente Dutra, 701. Alto de São Manoel – Mossoró/RN. CEP 59628-000 Fone: /Fax : (84) 3312-0143. E-mail: josy_enf@facenemossoro.com.br

²Endereço do Comitê de Ética em Pesquisa: R. Frei Galvão, 12. Bairro Gramame – João Pessoa/PB. Fone: (83) 2106-4790 e-mail: cep@facene.com.br

APÊNDICE B - ROTEIRO DE ENTREVISTA

ROTEIRO DE ENTREVISTA

I – DADOS RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES SÓCIO-ECONÔMICAS:

1 – Idade: _____

2 – Estado Civil: Solteira ()

Casada ()

Divorciada ()

Outros ()

3 – Possui Filhos:

Sim ()

Não ()

Quantos: _____

4 – Grau de Instrução:

() Não alfabetizada

() Alfabetizada

() 1º grau completo

() 1º grau Incompleto

() 2º grau completo

() 2º grau Incompleto

() 3º grau completo

() 3º grau Incompleto

5

-

Profissão/

Ocupação:

 6 - Renda familiar: () Menos de 1 salário mínimo () de 1 a 3 salários mínimos

() mais de 4 salários mínimos

7- Qual sua religião: () católica () evangélicos () outros.

II – DADOS RELACIONADOS À PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE O CÂNCER DE MAMA.

1- O que a senhora sabe sobre o câncer de mama?

2- O que a senhora sentiu ao ser diagnosticado com câncer de mama?

3- Quais são os principais desafios na sua vida cotidiana, após o diagnóstico de câncer de mama?

4- Como a senhora encara enfrentar o tratamento do câncer de mama?

ANEXO



Escola de Enfermagem Nova Esperança Ltda.
Mantenedora da Escola Técnica de Enfermagem Nova Esperança – CEM, da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança, - FACENE, da
Faculdade de Medicina Nova Esperança – FAMENE e da
Faculdade de Enfermagem Nova Esperança de Mossoró – FACENE/RN
Fone: (83) 2106-4790 E-mail: cep@facene.com.br

Comitê de Ética em Pesquisa - CEP - FACENE/FAMENE

CERTIDÃO

Certificamos, para fins de publicação, que, na 10º Reunião Extraordinária realizada no dia 26 de Julho de 2012, o Comitê de Ética em Pesquisa das Faculdades de Enfermagem e Medicina Nova Esperança, aprovou o relatório da pesquisa “CÂNCER DE MAMA: PERCEPÇÃO DE MULHERES ACOMETIDAS POR ESSA NEOPLASIA”, Protocolo: 66/12, Protocolo do CEP: 642.65 e CAAE: 05020312.0.0000.5179 registrado em nome da Pesquisadora Responsável: Joseline Pereira Lima e da Pesquisadora associada: Maria Magcelia Sobral

João Pessoa, 09 de Abril de 2013

Rosa Rita da Conceição Marques

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa – FACENE/FAMENE

Av. Frei Galvão, 12 - Bairro Gramame - João Pessoa - Paraíba - Brasil

CEP.: 58.067-695 - Fone/Fax : +55 (83) 2106-4777