



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
CAMPUS CEILÂNDIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA

RAIANNE LEAL MENESES

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS POR MULHERES
MASTECTOMIZADAS PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE
MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Brasília

2015

RAIANNE LEAL MENESES

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS POR MULHERES
MASTECTOMIZADAS PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE
MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia, como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva sob orientação da Professora Dr^a Maria Inez Montagner.

Brasília

2015

RAIANNE LEAL MENESES

**ESTRATÉGIAS DESENVOLVIDAS POR MULHERES
MASTECTOMIZADAS PARA O ENFRENTAMENTO DO CÂNCER DE
MAMA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA**

Monografia apresentada ao Curso de Saúde Coletiva da Universidade de Brasília, Campus Ceilândia como exigência parcial para obtenção do título de bacharel em Saúde Coletiva sob orientação da Professora Dr^a Maria Inez Montagner.

Comissão Examinadora:

Prof^a. Dr^a. Maria Inez Montagner (Orientadora)

Prof^a. Dr^a. Silvia Badim Marques

Prof. Dr. Miguel Ângelo Montagner

Brasília, 2015

AGRADECIMENTOS

Tenho profunda gratidão por todos aqueles que colaboraram, direta ou indiretamente, para a concretização deste sonho.

Primeiramente agradeço a Deus, o centro e o fundamento de tudo em minha vida, pela conclusão de mais essa etapa, pois é por meio Dele e para Ele que todas as coisas são realizadas em minha vida.

A Nossa Senhora, por se fazer sempre presente e providente, falando ao meu coração, me ensinando a ser paciente e permitindo que eu chegasse ao fim dessa vivência acadêmica mais madura.

Ao meu anjo da guarda, por ter me guiado e me iluminado nesta jornada e em todas as outras.

A meus pais, Adriana e Clóvis, por todo amor, incentivo e apoio ao longo de toda a vida. A minha mãe, por ter sido essencial na construção deste trabalho ao me ouvir, me incentivar, me aconselhar e acreditar em mim. Muito obrigada pelo seu cuidado de mãe.

Ao meu irmão, Raphael, que também passava pelo momento de conclusão de seu curso, fato que permitiu que pudéssemos partilhar e entender dos mesmos desafios, dificuldades e vitórias.

Aos demais familiares, avós, tios, tias, primos e primas que sempre torceram por mim.

Ao meu namorado, Samuel, por estar ao meu lado e me compreender nos dias difíceis. Por dizer tantas vezes que acreditava no meu potencial quando nem eu mesma acreditava. Por brigar quando eu queria desistir e me apoiar quando eu decidia superar os problemas e recomeçar. Obrigada por me incentivar a seguir em frente.

À Universidade de Brasília, que me permitiu passar por experiências riquíssimas e conhecer pessoas maravilhosas, das quais, nunca me esquecerei. Agradeço a todos os docentes, que me ensinaram não só conhecimentos acadêmicos, mas, muito valores que levarei para o resto da vida.

A todos os amigos que compartilharam ao longo da caminhada, sentimentos de desespero, medo, agonia, alegria.

Ao Prof. Miguel Montagner e a Prof^a Silvia Badim, pelos os ensinamentos ao longo do curso e por aceitarem compor minha banca de avaliação deste trabalho.

Por fim, agradeço de modo especial e de todo coração a minha orientadora Professora e Doutora Maria Inez Montanger, que sempre se mostrou muito prestativa e acolhedora. Sem a sua paciência, apoio, dicas e sugestões nada disso seria possível. Muito obrigada por exercer sua profissão e vocação com tanto amor.

“A todos os que sofrem e estão sós, daí sempre um sorriso de alegria. Não lhes proporcionas apenas os vossos cuidados, mas também o vosso coração.”

(Madre Teresa de Calcutá)

RESUMO

O câncer de mama é considerado um importante problema de Saúde Pública em todo o mundo. A enfermidade é, ainda, uma das questões de grande relevância na área da Saúde da Mulher, visto ser a principal neoplasia maligna que atinge o sexo feminino no Brasil. O câncer de mama ultrapassa o campo biológico, chegando ao campo simbólico. O fato social total representado pela enfermidade supera enormemente a esfera física, ainda que dela não se separe. Esse estudo se trata de uma revisão sistemática da literatura científica e tem como objetivo levantar informações sobre as estratégias que as mulheres mastectomizadas desenvolvem para o enfrentamento do câncer de mama. As bases de dados utilizadas foram Scielo e Lilacs, resultando em 24 artigos científicos após aplicação de critérios de inclusão e exclusão. As principais estratégias utilizadas pelas mulheres para enfrentar a enfermidade encontradas em nosso trabalho foram no apoio da família, dos profissionais de saúde, na fé em Deus e nos grupos de apoio.

Palavras-Chaves: Saúde da mulher; Câncer de mama; Mastectomia; Estratégias

ABSTRACT

Breast cancer is considered an important Public Health issue all over the world. The disease is also one of the most important issues in the area of Women's Health, as it is the main malignant neoplasm that affects females in Brazil. Breast cancer exceeds the biological field, reaching the symbolic field. The social fact represented by the disease greatly exceeds the physical area, although it does not separate from it. This study is a systematic review of the scientific literature and aims to gather information on the strategies that mastectomy women develop for coping with breast cancer. The database used were Scielo and Lilacs, resulting in 24 scientific articles after application of inclusion and exclusion criteria. The main strategies used by women to face the disease, found in our study, were family support, health professionals support, faith in God and support groups.

Key-Words: Women's health; Breast neoplasms; Mastectomy; Strategies

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Fluxograma I: Etapas da Pesquisa	25
Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados segundo título, autores e ano.	25
Gráfico 1: Porcentagem de artigos por metodologia de estudo	28
Gráfico 2: Quantitativo de artigos por ano	28

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Quantitativo de artigos encontrados por descritores e base de dados, Brasil, 2000-2015:	24
Tabela 2: Quantitativo de artigos filtrados, repetidos e analisados	24
Tabela 3: Quantitativos de artigos por área de conhecimento	29

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	12
1 ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	15
1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS	15
1.2 REFERENCIAL TEÓRICO.....	15
1.3 PERCURSO METODOLÓGICO.....	16
2 ASPECTOS BIOMÉDICOS.....	17
2.1 PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE.....	18
2.2 EXAMES	19
2.3 TRATAMENTO.....	19
2.3.1 Quimioterapia	19
2.3.2 Radioterapia	20
2.3.3 Hormonioterapia.....	20
2.3.4 Cirurgia	21
3 O PASSO A PASSO E A CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS	23
4 ENFRENTANDO A ENFERMIDADE.....	30
4.1 TRAJETÓRIA DA MULHER MASTECTOMIZADA.....	30
4.1.1 Significado e causalidade: O impacto de se descobrir com o câncer de mama .	30
4.1.2 Impactos do tratamento	33
4.2 LIDANDO COM O PRECONCEITO E ESTIGMA SOCIAL.....	38
4.3 REDE DE APOIO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO	39
4.3.1 Apoio Familiar	39
4.3.2 Grupos de autoajuda.....	40
4.3.3 Papel da fé: Espiritualidade e Religião	41
4.3.4 Apoio dos profissionais de saúde.....	42
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	43
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	45

INTRODUÇÃO

O Instituto Nacional do Câncer, Inca, conceitua câncer como nome dado a um conjunto de mais de cem doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células, que invadem tecidos e órgãos. Dividindo-se rapidamente, estas células tendem a ser muito agressivas e incontroláveis, determinando a formação de tumores malignos, que podem espalhar-se para outras regiões do corpo (Inca, 2014).

Segundo o Inca, o câncer de mama é considerado um importante problema de Saúde Pública em todo o mundo. A enfermidade é, ainda, uma das questões de grande relevância na área da Saúde da Mulher, visto ser a principal neoplasia maligna que atinge o sexo feminino no Brasil, apresentando a incidência de 57.120 casos por ano com um risco de 57,09 casos a cada 100 mil mulheres (Inca, 2014). As taxas de mortalidade também continuam elevadas, sendo de 13.345, 120 homens e 13.225 mulheres (Inca, 2014). Considerando as estatísticas, as dificuldades no diagnóstico precoce e na efetividade do tratamento no Brasil, a maioria das mulheres acometidas vive com a enfermidade por muitos anos. Diante disso, é fundamental que compreendamos a experiência de se viver com câncer de mama (Bergamasco; Ângelo, 2001).

O câncer de mama é uma patologia com localização e aspectos clínico-patológicos múltiplos e não possui sinais ou sintomas específicos, podendo ser detectado em vários estágios da enfermidade, o que dificulta seu diagnóstico. No caso da detecção precoce, aumenta a possibilidade de um prognóstico bom. As formas mais eficazes para detecção precoce são o exame clínico das mamas (ECM), realizado por médicos ou enfermeiras treinados, que podem identificar tumores de até 1 cm, se superficial; e a mamografia, radiografia da mama, que pode mostrar lesões em fase inicial (Inca, 2014). O tratamento é realizado de acordo com o tipo histológico e o estágio da doença ou grau de invasão do tumor, podendo incluir cirurgias para retirada do tumor, radioterapias, tratamento pelas radiações ionizantes, quimioterapias e hormonioterapia, pela administração de medicamentos injetáveis ou orais (Inca, 2014)

Segundo Garcia (2006, p.32), o tratamento cirúrgico, denominado mastectomia, é o mais frequente para o câncer de mama. A mastectomia é uma cirurgia de retirada total ou parcial das mamas, associado ou não à retirada dos gânglios linfáticos da axila; e por seu caráter agressivo, pode trazer graves implicações de ordem física, emocional e social. Segundo Pinho (2007):

A mastectomia é uma intervenção temida que interfere no estado físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo que desperta libido e desejo sexual. Além dessa dimensão que simboliza a sexualidade, as mamas são relacionadas a importante função da maternidade, pois ao produzirem leite representam o sustento dos primeiros meses de vida de qualquer ser humano. (Pinho et al, 2007, p. 156)

Esse tipo de câncer atinge uma parte valorizada do corpo da mulher que desempenha, em muitas culturas, uma função significativa de sua sexualidade e identidade. No padrão estético da cultura brasileira, o seio é uma região essencial do corpo para a construção do que é considerado "belo". Quando as mulheres passam pelo procedimento da mastectomia acabam sendo estigmatizadas por fugirem do padrão de beleza. Outro fator que também causa impacto estigmatizante é o fato da mama desempenhar funções significativas na identidade, funcionalidade e sexualidade (Silva et al, 2012).

O câncer é considerado uma enfermidade crônica devido ao seu tempo de permanência na vida das mulheres acometidas. Segundo Isabelle Bazsanger (1992), as pessoas atingidas por doenças crônicas passam por um processo de restituição do sentido que conferem às suas experiências, ou seja, estabelecem estratégias e trajetórias para lidar com a enfermidade (Bazsanger, 1992 apud Lima; Trad, 2008).

Segundo Michael Bury, essas “estratégias” são as adaptações pela qual o enfermo passa como uma reação e tentativa de retomar sua vida cotidiana anteriores. Segundo esse autor, podemos distinguir três aspectos importantes buscando entender a enfermidade e a sociedade, como a ruptura biográfica ao descobrir a doença, o impacto do seu tratamento e as adaptações e gerenciamento de longo prazo da enfermidade (Bury, 1997, apud Montagner, 2011).

Portanto, a problematização que levou ao estudo proposto foi motivada pelo tempo de permanência e pelas consequências da enfermidade na vida da mulher, principalmente, as que se referem às mudanças relacionadas ao cotidiano, à auto imagem, à sexualidade e às dores causadas pelo tratamento. Então, torna-se necessário questionar essas alterações, como se adaptam às suas novas identidades e como enfrentam os estigmas.

O intuito inicial deste trabalho, era uma pesquisa qualitativa realizada por meio de entrevista com mulheres mastectomizadas, porém, a demora na apreciação ética impossibilitou a realização do estudo. Com isso, buscarei compreender essas estratégias que as mulheres mastectomizadas desenvolveram para o enfrentamento da doença e dos estigmas causados por

possuírem enfermidade. Essa pesquisa foi inspirada no trabalho “Mulheres e câncer de mama: experiência e biografia cindidas” realizada pela professora Maria Inez Montagner.

O trabalho está dividido em 4 capítulos. No primeiro tratamos dos aspectos metodológicos. No seguinte, descrevemos os aspectos biomédicos relacionados ao câncer de mama. No terceiro, apresentamos o passo a passo e caracterização dos artigos selecionados para a revisão e, por fim, relatamos os resultados encontrados.

Esse estudo tem importância significativa, tendo em vista que fornecerá uma visão geral do tema a outros pesquisadores, além de poder subsidiar futuras políticas públicas voltadas às necessidades dessas mulheres.

1 ASPECTOS METODOLÓGICOS

1.1 OBJETIVOS GERAL E ESPECÍFICOS

O objetivo geral deste trabalho foi identificar e descrever artigos que pesquisaram as estratégias que as mulheres mastectomizadas desenvolvem para o enfrentamento do câncer de mama. Já os objetivos específicos foram: conhecer o processo biomédico pelo qual passa a mulher mastectomizada; compreender o impacto da enfermidade e do procedimento da mastectomia na estrutura física, psíquica e social da mulher; e descrever as principais estratégias que as mulheres utilizam para um melhor enfrentamento do câncer de mama.

1.2 REFERENCIAL TEÓRICO

Trata-se de uma revisão sistemática da literatura científica sobre as estratégias desenvolvidas pelas mulheres acometidas pelo câncer de mama para seu enfrentamento. Para realização desse estudo, foram selecionados e analisados textos, relacionados ao tema, publicados em revistas científicas. Além de reunir grande quantidade de resultados de pesquisas, a revisão auxilia na explicação das diferenças encontradas entre estudos.

Levy e Ellis (2006) definem o método de revisão sistemática como o processo de coletar, conhecer, compreender, analisar, sintetizar e avaliar um conjunto de estudos com a finalidade de criar um embasamento teórico- científico sobre determinado assunto (Levy; Ellis, 2006 apud Conforto et al., 2011).

De acordo com Sampaio e Mancini (2007), a revisão sistemática é um tipo de pesquisa baseada na literatura. Para realização deste método, os autores propõem um protocolo de pesquisa composto por três passos. O primeiro passo consiste na elaboração de uma pergunta ou questão norteadora que contenha a descrição, o contexto, a intervenção e o desfecho do objeto do estudo. No passo seguinte, deve-se fazer o levantamento de textos importantes, que sejam relevantes e tenham impacto nas bases de dados escolhidas pelo pesquisador. No terceiro passo é realizada a revisão e a seleção dos estudos, no qual é feita a avaliação dos títulos e resumos obedecendo os critérios de inclusão e exclusão. Porém, quando o título e o resumo não

forem esclarecedores, deve-se ler o artigo na íntegra. No último passo é analisada a qualidade e validade dos estudos incluídos.

Os critérios de inclusão devem ser definidos com base na pergunta norteadora elaborada no primeiro passo. Deve-se definir tempo de busca apropriado, idioma, intervenções e outros fatores que ficam a critério do pesquisador (Sampaio; Mancini, 2007).

Para Maher et al (2003) a qualidade de uma revisão sistemática depende da validade dos estudos nela incluídos. O principal objetivo desse tipo de estudo é utilizar as informações contidas nele, para aplicar na prática e para melhorar a qualidade dos cuidados oferecidos (Maher et al., 2003 apud Sampaio; Mancini, 2007).

1.3 PERCURSO METODOLÓGICO

Nosso percurso metodológico iniciou-se por meio de pesquisas acerca dos aspectos biomédicos do câncer de mama com o intuito de compreender o processo pelo qual a enferma passa ao longo de sua trajetória.

Logo após, decidimos a pergunta norteadora, que foi: “Quais as estratégias que as mulheres mastectomizadas acometidas pelo câncer de mama desenvolvem para o enfrentamento da enfermidade?”. Buscou-se através dessa pergunta reunir e descrever resultados encontrados em pesquisas publicadas em revistas científicas sobre esse tema.

Posteriormente, definimos que a pesquisa deveria ser realizada nas bases de dados “Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde”, LILACS, e “Scientific Electronic Library Online”, SciELO, com três descritores: “câncer de mama”, “enfrentamento” e “mastectomia”. Eles foram utilizados em duas combinações: “câncer de mama e enfrentamento” e “câncer de mama e mastectomia”.

Em seguida, determinamos alguns critérios para seleção dos artigos que comporiam nosso estudo. Como critério de inclusão, definimos que deveriam ser selecionados artigos científicos, escritos no idioma português e publicados entre os anos 2000 e 2015. Como critério de exclusão decidimos retirar os estudos que mesmo utilizando os descritores não estivessem na íntegra e aqueles que fugissem ao tema pesquisado.

2 ASPECTOS BIOMÉDICOS

Antes da análise dos artigos da revisão sistemática, apesar de não se tratar de nosso objetivo central, mas fazer parte de nossos objetivos específicos, realizamos uma pesquisa em sites que trazem informações confiáveis acerca do câncer de mama, como o do Ministério da Saúde (MS) e o do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

Esse capítulo traz contribuições significativas para nosso estudo, pois ajuda a entender o câncer de mama sob o olhar biomédico, conhecer o processo pelo qual as mulheres com câncer passaram e compreender os desafios enfrentados por elas.

A palavra câncer foi utilizada pela primeira vez pelo pai da medicina, Hipócrates. O nome vem do grego “karkínos”, que significa caranguejo, pois nessa doença as células doentes atacam e se infiltram nas células saudáveis como se fossem os tentáculos de um caranguejo (MS; Inca, 2012 p.17).

Kushner (1981) afirma que, para melhor entendimento do câncer, é necessário compreender como a célula normal trabalha. As células são porções microscópicas que formam os tecidos do corpo humano e são constituídas por um material gelatinoso chamado protoplasma. A função mais importante da célula é produzir energia para sustentar funções do órgão onde ela está situada para que possam se reproduzir (Kushner, 1981, apud Brandt, 2004 p.12).

Segundo Segal (1995):

Se tudo está normal, as células se duplicam e se dividem igualmente. As células-filhas se parecerão e se comportarão exatamente como a célula-mãe, porém muitas vezes ocorrem mutações das células, e nesse caso a formação do par não acontece. Se a mutação é do gene que regula o crescimento e a reprodução da célula, o resultado pode ser o câncer. (Segal, 1995 apud Brandt, 2004 p. 12)

Essa enfermidade se caracteriza pela perda do controle da divisão celular e pela capacidade de invadir outras estruturas orgânicas. Essas neoplasias podem ser benignas ou malignas. As neoplasias benignas crescem de forma organizada, geralmente lenta, expansiva e não infiltram os tecidos. Já as malignas, apresentam maior grau de autonomia e são capazes de invadir tecidos vizinhos e provocar metástases, podendo ser resistentes ao tratamento (MS; Inca, 2012 p. 18).

2.1 PREVENÇÃO E DETECÇÃO PRECOCE

O câncer de mama não apresenta causa definida e por isso a prevenção primária torna-se dificultada, baseando-se apenas na minimização da exposição a fatores de risco conhecidos (Inca, 2014).

Segundo o Inca, a prevenção primária dessa neoplasia ainda não é totalmente possível devido à variação dos fatores de risco e às características genéticas que estão envolvidas na sua etiologia. Diante disso, os métodos de detecção precoce utilizados tornam-se prioridade, pois visam a identificação da doença em estágios iniciais, podendo assim ter um melhor prognóstico e, conseqüentemente, a redução de mortalidade (Inca, 2014).

Ao longo dos anos, foram feitas várias pesquisas que contribuíram para o conhecimento dos fatores de risco do desenvolvimento do câncer de mama, que foram divididos em externos, como por exemplo, a exposição ao fumo, produtos químicos, radiação e agentes infecciosos; e internos, como por exemplo, mutações genéticas, interações hormonais, condições imunológicas e mutações no metabolismo. Esses fatores podem agir de forma isolada ou combinada e o tempo decorrido entre a exposição a um desses fatores e o desenvolvimento do câncer pode ser igual ou superior a dez anos (American Cancer Society, 2008 apud Batiston p. 19, 2009).

Para WHO (2007), a detecção precoce é composta por duas estratégias: o diagnóstico precoce e o rastreamento (WHO, 2007 apud Inca, 2014). O diagnóstico precoce tem como estratégia a identificação de pessoas com sinais e sintomas da enfermidade em estágios iniciais e é formada pelo tripé: população alerta para os sinais e sintomas; profissionais de saúde capacitados para avaliação de casos suspeitos; e, sistemas de serviços de saúde preparados para garantir a identificação e a integralidade da assistência de toda a linha de cuidado (Inca, 2014). Já o êxito das ações de rastreamento depende dos seguintes pilares: informar e mobilizar a população e a sociedade civil organizada; alcançar a meta de cobertura da população-alvo; garantir acesso a diagnóstico e tratamento; garantir a qualidade das ações; e monitorar e gerenciar continuamente as ações (Inca, 2014).

2.2 EXAMES

Os principais exames para a detecção do câncer de mama no Brasil são o exame clínico das mamas (ECM) e a mamografia. Segundo o Inca, a recomendação para as mulheres de 50 a 69 anos é que realizem a mamografia a cada dois anos e o exame clínico das mamas todo ano. Para as mulheres de 40 a 49 anos é recomendado o exame clínico anual e a mamografia, caso haja alguma alteração no ECM (Inca, 2014).

O Documento do Consenso para o controle do câncer de mama, 2004, trouxe a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado do câncer de mama. De acordo com o documento, elas teriam que começar a rotina de exames aos 35 anos. O risco inclui: história familiar de câncer de mama em parente de primeiro grau antes dos 50 anos ou de câncer bilateral ou de ovário em qualquer idade; história familiar de câncer de mama masculino; e diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ (Inca, 2014).

2.3 TRATAMENTO

Segundo Barra (2006), para saber qual o melhor tratamento em cada mulher diagnosticada com câncer de mama, é necessário que sejam feitos exames imunistoquímicos. Eles são realizados através de “uma técnica de análise molecular dos tecidos, observados no microscópio, para identificar características moleculares da doença e são importantes para determinação de fatores preditivos e prognósticos no câncer” (Barra, 2006 apud Montagner, 2011 p. 100).

Os tratamentos mais utilizados no câncer de mama são:

2.3.1 Quimioterapia

É definida como “uma forma de tratamento sistêmico do câncer que usa medicamentos denominados genericamente de quimioterápicos”, que tem como principal objetivo o combate as células cancerígenas (MS, 2011). Nesse método, os medicamentos se misturam com o sangue e são levados por todo o corpo, destruindo as células doentes do seio e impedindo que se espalhem pelo corpo. Porém, esses medicamentos também afetam células saudáveis de crescimento rápido, causando efeitos colaterais como a queda de cabelo, disfunções do aparelho digestivo, anemia e outros (Inca, 2014).

O tratamento pode ser ambulatorial, quando o paciente só vai ao hospital para receber o tratamento; ou internado, quando o paciente passa todo o período do tratamento internado no hospital (Inca, 2014).

A quimioterapia pode utilizar os medicamentos administrados por via oral uso tópico (aplicados na pele), injeções intravenosas, intramuscular, subcutânea (abaixo da pele) e intratecal (pela espinha dorsal) (Inca, 2014).

2.3.2 Radioterapia

É um método que utiliza feixe de radiações ionizantes para destruir e impedir o crescimento de células cancerígenas. Quando a cura do câncer não for possível, a radioterapia pode contribuir para a melhoria da qualidade de vida. Isso porque as aplicações diminuem o tamanho do tumor, o que alivia a pressão, reduz hemorragias, dores e outros sintomas, proporcionando alívio aos pacientes. Ela é feita no local do tumor e pode ser realizada antes, durante ou após a cirurgia ou a quimioterapia (Inca, 2014).

Os efeitos colaterais da radioterapia dependem da dose do tratamento, da parte do corpo tratada, da extensão da área radiada, do tipo de radiação e do aparelho utilizado. Eles podem ser cansaço, algumas reações na pele, perda de apetite e dificuldade para ingerir alimentos (Inca, 2014).

2.3.3 Hormonioterapia

É um tipo de terapia endocrinal que pode causar regressão do tumor, por remover ou bloquear fatores de crescimento tumorais que são controlados por hormônios. Seu mecanismo de ação não é bem conhecido, porém, quando utilizada é associada, concomitante ou não, com a quimioterapia no câncer de mama, pois raramente tem objetivo curativo isoladamente (Dittrich; Schoeller, 2010).

Esse tratamento pode ser do tipo ablativa, quando algum tipo de hormônio é retirado do corpo, ou aditiva, quando algum tipo de hormônio é dado à paciente (Dittrich; Schoeller, 2010).

2.3.4 Cirurgia

A cirurgia é geralmente combinada com outros tipos de tratamento, como radiação, quimioterapia, terapia hormonal ou terapia alvo para alcançar maior êxito. A indicação para esse procedimento depende do estadiamento, localização e tamanho do tumor. Existem dois tipos principais de cirurgia, as conservadoras e as não conservadoras.

A cirurgia conservadora pode ser executada utilizando duas técnicas, a quadrantectomia e a tumorectomia, métodos que removem o câncer, mas deixam uma parte da mama. Já a cirurgia para a retirada total de todo o tecido mamário, juntamente com os linfonodos axilares, é chamada mastectomia radical. (Tiezzi, 2007).

A retirada da mama é um dos efeitos mais agressivos deixados pelo tratamento pois, interfere no estado físico, emocional e social, resultando na mutilação de uma região do corpo, importante e significativa para a mulher (Pinho et al, 2007).

Pensando nisso, foi criada e promulgada a Lei 9.797, de 6 de maio de 1999, que dispunha sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica nas unidades integrantes do Sistema Único de Saúde, nos casos de mutilação decorrentes do tratamento. Posteriormente, foi promulgada a Lei 12.802, de 24 de abril de 2015, que veio dispor sobre o momento adequado para a realização da reparação, devendo ser realizada no mesmo tempo cirúrgico, quando existissem condições técnicas (Inca, 2014).

Existem várias técnicas para a realização da reconstrução mamária e a melhor escolha é feita a partir de uma avaliação múltipla, complexa e dependerá da quantidade de tecido removido e sua localização. Entre os técnicas tem-se: (Inca, 2014)

- O reposicionamento com os próprios tecidos da mama;
- A prótese mamária nos casos em que é retirada grande quantidade de tecido mas a pele é preservada;
- Uso de expansores nos casos de reconstrução dos tecidos com semelhança de cor e textura. O expensor de tecido é semelhante a uma prótese vazia colocada sob a pele normal, e que gradualmente é inflado com soro fisiológico de modo a expandir o tecido até alcançar um tamanho semelhante à mama que se deseja reproduzir;
- A transferência de retalhos da pele, onde é retirado um segmento de pele e tecido gorduroso, geralmente da região abdominal ou dorsal, e é levado ao local a ser

operado. O retalho permanece preso ao seu lugar original por um tecido, que leva a vascularização necessária para que este tecido não morra. A cirurgia com retalhos tem a grande vantagem de repor tecidos no tórax que podem ter sido retirados ou danificados e neste caso, não poderiam ser utilizados para a reconstrução com expansores de tecidos.

3 O PASSO A PASSO E A CARACTERIZAÇÃO DOS ARTIGOS

Antes do início das buscas nas bases de dados foi definida a ordem da aplicação dos filtros que pertenciam ao critério de inclusão: o idioma, o ano de publicação e o tipo de estudo. Em seguida, foram aplicados os critérios de exclusão: verificar se os artigos se encontravam na íntegra e realizar a revisão dos títulos e resumos dos estudos buscando averiguar se o artigo era pertinente.

Ao analisar os títulos e resumos, muitos artigos não foram considerados pertinentes pois, apesar de utilizar os descritores de minha pesquisa, não traziam benefícios para a revisão por se tratarem de pesquisas que não estavam relacionadas as ciências sociais, como a epidemiologia e a medicina.

Primeiramente foi realizada a busca no site do Scielo no dia dezessete de maio de 2015, às nove horas, aplicando-se os descritores: “câncer de mama” e “enfrentamento”. Como resultado inicial, surgiram 18 artigos científicos, dos quais 2 estavam em outras línguas e 11 fugiam ao tema, restando apenas 5 estudos para nossa revisão sistemática.

Logo após, utilizamos os descritores “câncer de mama” e “mastectomia”, onde apareceram 53 artigos. Desses, 2 estavam em outras línguas e 42 não foram considerados pertinentes, sobrando 9 estudos dessa busca. Portanto, 14 artigos da base de dados Scielo foram selecionados para nossa revisão bibliográfica.

A busca no Lilacs foi realizada no dia vinte e sete de maio de 2015, às quinze horas. Inicialmente, foram utilizados os descritores “câncer de mama” e “enfrentamento”, sendo encontrados 55 estudos, dos quais 13 se encontravam em outras línguas, 5 estavam fora do período buscado, 5 não estavam na íntegra, 22 fugiam do tema, restando 10 artigos.

Posteriormente, efetivando uma nova busca com os descritores “câncer de mama” e “mastectomia” foram localizados 821 artigos, desses 446 se encontravam em outras línguas, 128 não estavam dentro do período estipulado pela pesquisa, 12 não se tratavam de artigos científicos, pois se tratavam outros tipos de documentos como teses e monografias. Destes, 135 não estavam na íntegra e 89 não foram considerados pertinentes, restando apenas 11 artigos para análise. Diante disso, 21 artigos da base de dados Lilacs foram selecionados.

Como apontado na tabela seguinte, percebe-se que foram encontrados mais artigos na base de dados Lilacs. Contudo, grande parte dos artigos foram eliminados nos filtros.

Tabela 1: Quantitativo de artigos encontrados por descritores e base de dados, Brasil, 2000-2015:

Descritores	Base de dados	Nº de artigos	Nº de artigos após filtragem
“Câncer de mama” e	Lilacs	55	10
“Enfrentamento”	SciELO	18	5
“Câncer de mama” e	Lilacs	821	11
“Mastectomia”	SciELO	53	9
Total	Lilacs e SciELO	947	35

Fonte: Elaboração Própria

Após a aplicação de todos os critérios de seleção, foi constatado que 10 artigos se repetiram, sendo 1 deles por duas vezes, nas buscas com os diferentes descritores e bases de dados. Portanto, 24 artigos foram analisados, como apresentado na tabela a seguir.

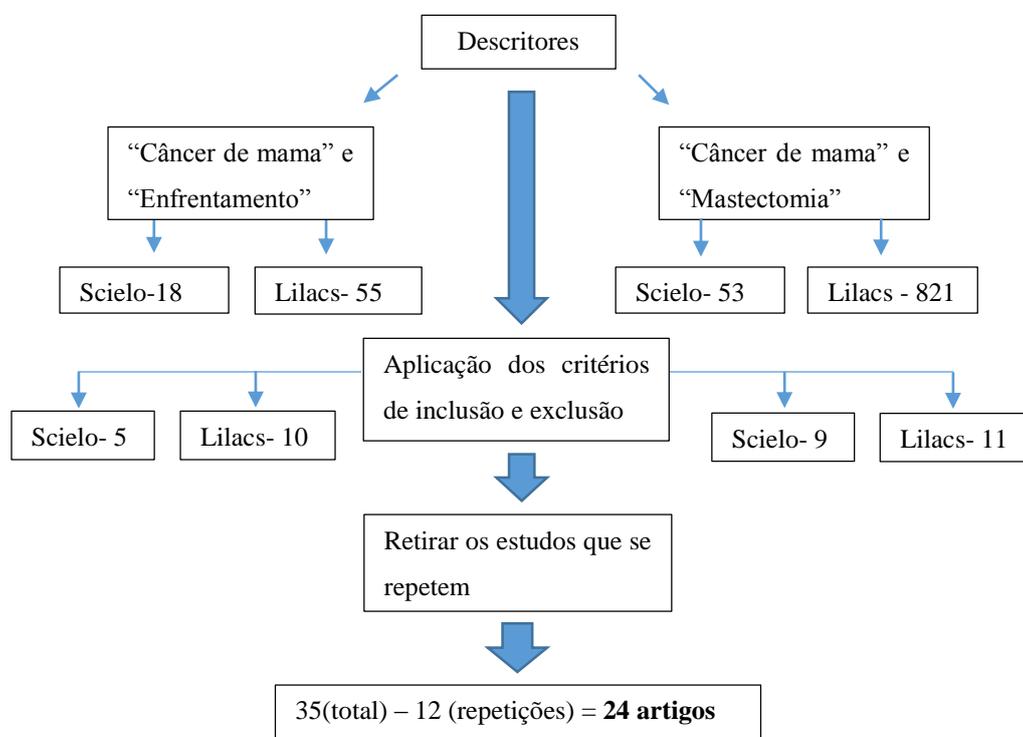
Tabela 2: Quantitativo de artigos filtrados, repetidos e analisados

Total de artigos filtrados	Repetição de artigos	Artigos analisados
35	11	24

Fonte: Elaboração Própria

O fluxograma abaixo ilustra todo o processo da pesquisa.

Fluxograma I: Etapas da Pesquisa



Fonte: Elaboração Própria

Quadro 1 - Caracterização dos artigos selecionados segundo título, autores e ano.

Título	Autores	Metodologia	Ano
1. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama	Veit, C.M.; Castro, E.K.	Quantitativo	2013
2. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy	Santos, L.R.; Tavares, G.B.; Reis, P.E.D.	Qualitativo	2012
3. Grupo de apoio de mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer	Santos, M.A. et al.	Qualitativo	2011

4. Câncer de mama: Reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico	Caetano, E.A.; Gradim, C.V.C; Santos, L.E.S	Qualitativo	2009
5. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama	Scorsolini- Comim, F.; Santos, M.A.; Souza, L.V.	Qualitativo	2009
6. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher	Araújo, I.M.A; Fernandes A.F.C	Qualitativo	2008
7. Vivências de cuidado da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica	Pereira, S.G et al.	Quali-Quanti	2006
8. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama	Rossi, L.; Santos, M.A.	Qualitativo	2003
9. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self- física e self- pessoal	Caetano, J.A.; Soares, E.	Qualitativo	2005
10. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher	Bergamasco, R.B.; Ângelo, M.	Qualitativo	2001
11. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal	Ferreira, D.B. et al.	Qualitativo	2011
12. Apoio social à mulher mastectomizada: uma revisão	Ambrósio, D. C.; Santos M.A.	Quali- Quanti	2014
13. “Corpos marcados e fé na vida...” Mastectomia e políticas públicas de saúde da mulher	Souza, A.; Andrade, A.B.	Qualitativo	2008
14. Câncer de mama: da descoberta a recorrência da doença	Pinho, L.S, et al	Qualitativo	2007

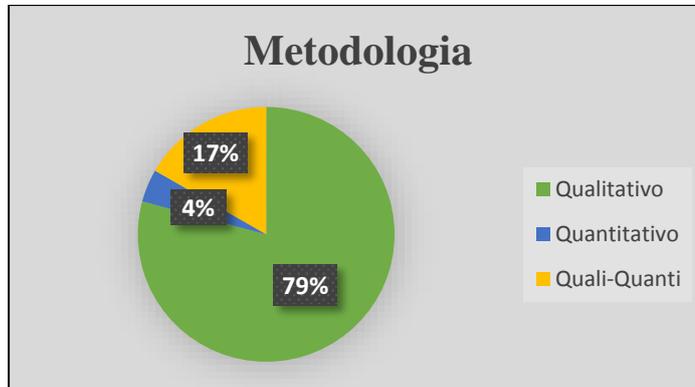
15. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa	Cesnik, V.M; Santos, M.A	Quali-Quanti	2012
16. Concepções de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas	Azevedo, R.F.; Lopes, R.L.M	Qualitativo	2010
17. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas	Moura, F.M.J.S.P et al	Qualitativo	2010
18. Percepções, conhecimentos e vivências de mulheres com câncer de mama	Fabbro, M.R.C.; Montrone, A.V.C.; Santos, S.	Qualitativo	2008
19. Vênus revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama	Aureliano, W.A.	Qualitativo	2007
20. O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas	Fernandes, A.F.C.; Mamede, M.V	Qualitativo	2004
21. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio	Barbosa, R.C.M; Ximenes, L.B.; Pinheiro, A.K.B.	Qualitativo	2004
22. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino	Silva, L.C	Quali-Quanti	2008
23. “...e Deus criou a mulher”: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama	Aureliano, W.A.	Qualitativo	2009
24. Vivências da mulher Mastectomizada: esclarecimentos e orientações	Bittencourt, J.F.V.; Cadete, M.M.M.	Qualitativo	2002

Fonte: Elaboração Própria

No que concerne ao delineamento metodológico dos artigos que tematizam o enfrentamento do câncer de mama, houve prevalência do enfoque de pesquisa qualitativa, que compreende diferentes técnicas interpretativas e tem por objetivo traduzir e expressar o sentido

dos fenômenos do mundo social (Martins, 2004). Foi encontrado apenas 1 estudo do tipo quantitativo, 4 quali-quantis e 19 qualitativos. O gráfico 1 ilustra os resultados encontrados.

Gráfico 1: Porcentagem de artigos por metodologia de estudo

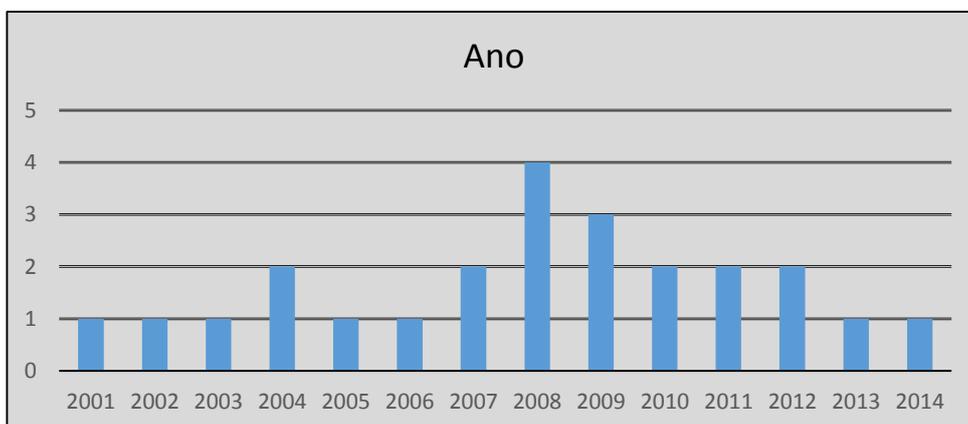


Fonte: Elaboração Própria

Em relação aos autores, percebeu-se que Santos, M.A participou da construção de 4 artigos e que Aureliano, W.A. escreveu 2 artigos. O artigo dos autores Bergamasco, R.B. e Ângelo, M. é o mais antigo, do ano de 2001. Porém é um dos mais citados nas referências dos demais artigos. Por isso, pode ser considerado um dos estudos pioneiros que apresenta o câncer de mama sob um olhar social no Brasil.

No que se refere ao ano de publicação dos artigos analisados, percebeu-se que 17 dos 25 artigos analisados foram publicados após o ano 2006, mostrando o crescente interesse dos pesquisadores pelo tema em questão nos últimos anos. Como mostrado no gráfico, houve mais publicações no ano de 2008, com 4 artigos, seguido de 2009, com 3 publicações.

Gráfico 2: Quantitativo de artigos por ano



Fonte: Elaboração Própria

Sobre o campo de atuação dos autores dos textos selecionados, foi percebida a prevalência de estudos no campo da enfermagem, seguida pela psicologia, como apontado na tabela abaixo.

Tabela 3: Quantitativos de artigos por área de conhecimento

Disciplinas	Nº de artigos
Enfermagem	12
Psicologia	7
Sociologia	2
Multidisciplinar	3
Total	24

Fonte: Elaboração Própria

A partir dessa pesquisa, fica evidente que ainda existe um certo monopólio das ciências naturais, do saber biomédico sobre os estudos da área da saúde ocasionando a escassez de artigos com enfoque multidisciplinar ou enfoque social.

4 ENFRENTANDO A ENFERMIDADE

O presente estudo teve o objetivo de conhecer as estratégias que as mulheres mastectomizadas desenvolvem para o enfrentamento do câncer de mama. No decorrer do processo de análise dos artigos selecionados para essa revisão, verificaram-se os momentos, situações e características onde essas estratégias estavam presentes. Com base nisso, a revisão foi dividida nas seguintes temáticas: Trajetória da mulher mastectomizada; Lidando com o estigma e preconceito; e Rede de apoio social como estratégia de enfrentamento.

Em relação ao perfil das mulheres pesquisadas: quanto ao local de tratamento, todos os estudos que trouxeram tal informação, foram realizados na rede pública de saúde. Quanto às informações relacionadas à faixa etária, à escolaridade, ao estado civil, ao nível socioeconômico e à religião não puderam ser quantificadas pois alguns estudos não as trouxeram numericamente. Apesar dessa impossibilidade, percebeu-se a prevalência de mulheres pertencentes a classes populares, que não tinham muito estudo e nível socioeconômico médio ou baixo.

4.1 TRAJETÓRIA DA MULHER MASTECTOMIZADA

4.1.1 Significado e causalidade: O impacto de se descobrir com o câncer de mama

O trabalho “O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama”, de Bergamasco e Ângelo (2001) teve como objetivo central, descobrir como o diagnóstico do câncer de mama é experienciado pela mulher. Foi realizado por meio de uma pesquisa de abordagem qualitativa, tendo como referencial teórico o Interacionismo Simbólico e como referencial metodológico o Interacionismo Interpretativo. Participaram da pesquisa 6 mulheres, donas de casa, com escolaridade até o 1º grau e nível sócio- econômico baixo ou médio.

De acordo com o autor do artigo mencionado acima, o diagnóstico de câncer de mama causa impacto psicossocial na mulher e em sua família, por se tratar de uma doença grave e estigmatizante. A falta de informações fornecidas pelo sistema de saúde acerca da enfermidade e o tempo de espera para sua confirmação, desde a suspeita até o diagnóstico, geralmente demorado, fazem com que a mulher tenha sentimentos de angústia, fracasso, desespero e de incerteza em relação ao seu futuro (Bergamasco; Ângelo, 2001).

O artigo de Pinho et al (2007), “Câncer de mama: da descoberta a recorrência da doença” é fruto de uma pesquisa qualitativa, realizada em um grupo de apoio com 15 mulheres. Elas tinham escolaridade entre o 1º e o 2º grau e suas ocupações variavam entre a dedicação ao lar, venda de artesanatos, confecção de sutiãs com prótese mamária, costura ou eram aposentadas. Esse estudo, objetivou compreender o sentimento da mulher mastectomizada desde o diagnóstico até a possibilidade da recorrência do câncer de mama.

De acordo com esse pesquisador, o sentimento mais relatado para descrever o momento do diagnóstico, foi o desespero seguido da perplexidade, como demonstrado nas falas das pesquisadas (Caetano; Gradim; Santos, 2009, Pinho et al, 2007, Bergamasco; Ângelo, 2001, Caetano; Soares, 2005).

A hora em que o médico falou que era mesmo aquilo, parece que o mundo desmoronou na minha cabeça. Eu falei: mas não é possível?! (Pêra) (Caetano; Gradim; Santos, 2009).

Nunca achei que poderia ficar com essa doença, nunca tive problemas de saúde, quando soube que estava com ela me desesperei (Tulipa). (Pinho et al, 2007)

Meu pensamento ficou vago, não conseguia mais pensar em nada, sofri muito (Gardênia).” (Pinho et al, 2007)

Fiquei desesperada. Minha vontade era de sair correndo daquele consultório (silêncio)... Não sei nem explicar (Lucimara). (Caetano; Soares, 2005)

O estudo “O significado do diagnóstico de câncer de mama para a mulher” de Araújo e Fernandes (2008), também utilizou a abordagem qualitativa descritiva e teve o objetivo de compreender o significado do câncer para as mulheres. Foram entrevistadas 8 mulheres que faziam tratamento na rede pública de um hospital de Fortaleza. Todas trabalhavam, 2 eram graduadas, das quais uma era funcionária pública e a outra professora. As demais possuíam níveis escolares baixos e exerciam ocupações como lavadeira, costureira e dona de casa.

De acordo com esse estudo e os de Aureliano (2009) e Ferreira et al (2011), o impacto do diagnóstico é influenciado pelos significados que as mulheres atribuíram a elas mesmas e ao câncer ao longo de suas vidas, sendo assim, influenciado pelo contexto sociocultural no qual a mulher está inserida. Esse aspecto é relevante, pois apesar do avanço da tecnologia na área médica com surgimento de tratamentos eficazes, a maioria das mulheres ainda veem o câncer como uma doença irremediável e incurável, causando impacto desorganizador. Esse fato pôde ser evidenciado na fala de uma das entrevistadas:

Tive medo de morrer. Porque você não tá preparada pra receber uma notícia dessas, né. Porque geralmente você que tá fora ouve falar câncer, morreu de

câncer, morreu de câncer... só vê isso. E quando você se depara com uma doença dessa, você pensa que vai morrer. Mas aí a gente aumenta mais a fé em Deus, crê muito em Deus, até que não é assim, as coisas não são assim que nem a gente pensa (Mulher 3). (Ferreira et al, 2011)

Em concomitância com Araújo e Fernandes (2008) e Caetano e Soares (2005), Pinho et al (2007) identificou que o sentimento de medo e dor está, frequentemente, associado à palavra câncer, por ser uma doença carregada de estigma e associada à morte em nossa cultura.

O sentimento de culpa foi localizado tanto nas mulheres estudadas por Fernandes e Mamede (2004), quanto nas de Araújo e Fernandes (2008), no momento em que elas buscavam respostas para compreender as causas da doença e onde haviam errado para merecer tal injúria. Algumas das causas citadas por elas foram, a herança familiar, o estresse causado pelo dia a dia atarefado, traumas físicos, falta de cuidado com seus corpos e hábitos alimentares ruins.

Bitencourt e Cadete (2002), concluíram que muitas dessas respostas estão diretamente relacionadas à pobreza ou à falta de informações acerca da enfermidade passada às mulheres.

Acho que o aparecimento dessa doença é de marido ruim, acaba com a gente (Débora);

Eu creio que seja de muitas pancadas, que apanhei do meu marido, eu vivia lutando com ele doente, apanhando dele do chão (Eva). (Fernandes; Mamede, 2004)

Uma coisa que eu quero, sabe o que é? Que os médicos descobrisse a causa desse caroço que é o meu. Á batida que eu dei assim no portal foi tão pequena. Foi só enquanto eu virei, uma pessoa me gritou, eu virei assim [...] Mulher (Bitencourt; Cadete, 2002)

Ainda segundo o estudo de Caetano, Gradim e Santos (2009), as mulheres demonstraram o medo da morte, por ter que deixar filhos e casas sem seus cuidados. Quando receberam mais informações e perceberam a possibilidade de cura, esse fator relacionado ao vínculo familiar as impulsionou para a tomada de decisão em relação ao seu tratamento e enfrentamento (Aureliano, 2009).

Fiquei desesperada, chorei muito, lembrei dos meus filhos e do meu marido (Girassol). (Pinho et al, 2007)

Encontrei forças numa criança de 10 anos e outro de 8 anos...São meus filhos[...] (Mulher 2). (Ferreira, 2011)

Se a morte é um descanso, eu prefiro viver cansada, agora eu não quero desanimar não, eu vou à luta (Pêra). (Caetano; Gradim; Santos, 2009)

Alguns estudos trouxeram outras alternativas buscadas por elas para o enfrentamento da doença nesse período, que se deram por meio da confiança nos avanços da medicina e na fé em

Deus, além da confiança na segurança do amor e do apoio daqueles que estão próximo (Caetano; Gradim; Santos, 2009, Bergamasco; Ângelo, 2001, Araújo; Fernandes, 2008).

4.1.2 Impactos do tratamento

Como descrito no capítulo dos aspectos biomédicos do câncer de mama, o tipo de tratamento de cada mulher variará de acordo as especificidades de sua enfermidade, podendo necessitar de apenas um ou de vários tratamentos associados. Com isso, é interessante ressaltar, que cada tratamento tem seus sintomas e particularidades. Porém, o enfoque dessa pesquisa estava nas mulheres que se submeteram ao tratamento cirúrgico.

4.1.2.1 Mastectomia

4.1.2.1.1 As alterações na imagem corporal

Em seu artigo “Concepções de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas”, os autores Azevedo e Lopes, tiveram como objetivo central refletir sobre a concepção do corpo das mulheres mastectomizadas, utilizando como referencial teórico a fenomenologia da percepção de Merleau- Ponty, filósofo francês que tem sua obra centrada na percepção.

Através dessa pesquisa, eles concluíram que as mamas são a parte do corpo que define as mulheres, que lhes proporcionam prazer e são fundamentais na maternidade como objeto de amor. Através da amamentação, se estabelece a relação entre mãe e filhos e mesmo não sendo reconhecidas pela medicina como órgão vital, sua perda costuma golpear a mulher e causar sofrimentos. (Azevedo; Lopes, 2010)

Para Aureliano (2009), o corpo feminino está fragmentado em seus símbolos, mama e vagina, órgãos que as diferenciam dos homens. Esses símbolos envolvem sua identidade enquanto pessoa na valorização daquilo que a caracteriza como mulher, especialmente na nossa sociedade, em que o corpo feminino deve ser perfeito e erótico. Diante disso, muitas vezes, uma das preocupações centrais da mulher consiste na mutilação de sua mama.

O aspecto mencionado acima foi identificado no estudo, “...e Deus criou a mulher: reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama”, que é resultado de uma pesquisa qualitativa, realizada em dois grupos de apoio de mulheres mastectomizadas em

Campina Grande. Seu objetivo foi discutir a ideia de como o corpo feminino e os papéis associados a ele foram histórica, social e culturalmente construídos na sociedade e como essa representação é percebida e reelaborada pela mulher mastectomizada (Aureliano, 2009).

Azevedo e Lopes (2010) apontam ainda que, por ter uma mudança brusca na aparência, tal cirurgia tem repercussões emocionais importantes que danificam não somente a integridade física, mas também a imagem psíquica que a mulher tem de si.

De acordo com Moura et al (2010) em seu estudo “Os sentimentos das mulheres pós mastectomizas”, a percepção física, após a cirurgia de retirada da mama, ficou mais evidente e gerou muitos sentimentos negativos, ocasionados pela sensação de estarem incompletas e desfiguradas. Sua pesquisa teve natureza qualitativa descritiva e contou com a participação de 13 mulheres, em que a maioria era casada (10), tinha apenas o 1º grau incompleto (8), renda familiar de até 2 salários mínimos e a ocupação de dona de casa (8).

Foram identificados sentimentos de medo, impotência, acanhamento, estranheza, tristeza, espanto e desânimo. Um dos fatores que levaram ao sentimento de medo foi o fato de não saberem como as pessoas iriam reagir em relação a sua aparência e principalmente o companheiro. Esse receio unido a vergonha da mutilação fazia com que as mulheres evitassem que seus companheiros as olhassem, o que, conseqüentemente, afetava a sexualidade do casal. (Moura et al, 2010). Diante disso, fica evidente a importância do apoio do companheiro. Esses fatores foram identificados nos relatos a seguir:

Fico com medo de olhar no espelho, devido a ter perdido uma parte do corpo, fica estranho, diferente das outras pessoas [...] Não consigo me tocar sem ter medo. Olhar e ver a falta dele é muito ruim [...] (D1);
Não sou mais a mesma, tenho vergonha do meu marido [...] Acho que nunca vou ter coragem de tirar a minha roupa na frente dele, é muito triste. Até quando ele vai aguentar essa situação é que não sei. É muito feio para a própria pessoa imagina para outro ver [...] (D5). (Moura et al, 2010)

Ainda no que se refere a sexualidade da mulher mastectomizada, foi identificado no estudo de Rossi e Santos (2003), que as mulheres que tinham vida sexual ativa não se mostraram isentas do sentimento de vergonha ou repulsa, fato percebido ao relatarem que houve mudanças durante o ato sexual, em que elas adotavam um comportamento de esconder o seio com estratégias como a mudança de posição na hora da relação, cobrir a região do seio. Uma das entrevistas por Santos, Tavares e Reis (2012) demonstrou tal acontecimento em seu relato.

Eu achei que ele não precisava me ver assim só por ele ser o meu marido, porque eu acho que o homem é muito de ver, então se ele não ver, ele vai só ficar pensando, mas ele não vai se chocar (M2). (Santos; Tavares; Reis, 2012)

O artigo “Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal” de Ferreira et al (2011), foi realizado por meio de uma pesquisa qualitativa, através de entrevistas com 3 casais, 5 enfermas e 3 companheiros, no ambulatório de mastologia de um hospital público do Distrito Federal. É interessante ressaltar que nesse estudo, os companheiros das mulheres mastectomizadas não perceberam alterações na sexualidade, e relataram, ainda, a intensificação da relação e do afeto.

Contudo, apesar de não haver mudanças na sexualidade do companheiro, as mulheres relataram que houve alterações na delas. Esse fato está relacionado às implicações durante todo o tratamento, aqui incluídos o cirúrgico e os complementares, que desorganizam o funcionamento sexual do casal, tais como, o comprometimento da autoimagem corporal, dor, fadiga, diminuição do libido e alterações na produção de hormônios sexuais, que causam a diminuição da excitação e inibem o orgasmo (Ferreira et al, 2011). Esse aspecto foi percebido no relato do casal a seguir:

Pra mim ela continuou linda do mesmo jeito. Com certeza, pra mim tá melhor. Sempre, sempre... sem nenhum preconceito (Homem do Casal 3).
Não, por ele não, mas por mim sim por causa do tratamento né, por que... Não por ele não, só por mim mesmo! Por mim assim, eu acho que eu fiquei mais... fria, no caso né, mais... sem amor (Mulher do Casal 3). (Ferreira et al, 2011)

Um das estratégias utilizadas para amenizar o estigma e melhorar a aparência após a mastectomia é a realização da reconstrução mamária (Moura et al, 2010). Todavia, Aureliano (2009) afirma que apesar da realização da reconstrução mamária, nem todas as relações e ações afetadas pela enfermidade são resolvidas, pois o corpo continua sendo considerado pela mulher como modificado e reconstruído, e ainda com as consequências da mastectomia, como, por exemplo, as limitações do braço cirurgiado, cicatrizes e outras. Boa parte das informantes de seu estudo encaravam a reconstrução como mais uma mutilação e a consideravam como um “sofrimento inútil”, já que não seria pelo “bem da saúde”. Porém, não podemos generalizar esse resultado, pois em outros estudos como o de Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004) e o de Moura et al (2010), foi relatada a vontade de realização da reconstrução mamária pelas mulheres mastectomizadas.

4.1.2.1.2 Papéis Sociais: Se reinventando diante das limitações

O artigo “Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio” de Barbosa, Ximenes e Pinheiro, se trata de uma pesquisa com abordagem qualitativa, desenvolvida com 7 mulheres de um grupo de apoio. Segundo ele, para desempenhar alguns papéis são necessárias certas habilidades motoras e a mastectomia, causa um grau de incapacidade motora no braço afetado, que acaba prejudicando vários papéis que antes eram desempenhados pelas mulheres (Barbosa; Ximenes; Pinheiro, 2004).

Serviço de casa eu não faço mais. Aos poucos fui me conformando, mas às vezes me falta paciência. As pessoas nunca fazem do jeito da gente (Flor). (Barbosa; Ximenes; Pinheiro, 2004)
Tenho filhos pequenos, depois da cirurgia deixei de pegá-los no colo (Jasmim). (Barbosa; Ximenes; Pinheiro, 2004)

As mulheres que fizeram parte do estudo de Aureliano (2007) pertenciam às classes populares, eram donas de casa e suas atividades cotidianas e repetitivas como lavar, passar, varrer, etc. sofreram limitações após a cirurgia. Não se pode torcer roupas pesadas, retirar alimentos de um forno sem proteção, e até mesmo para lavar pequenas coisas deve-se ter cuidado para não se cortar. Apesar dessas atividades não se tornarem impossíveis de serem realizadas após a mastectomia, essas limitações colocam na mulher um sentimento de perda da autonomia do terreno doméstico, inutilização e uma desvalorização de si mesma, fazendo com que, muitas vezes, descumprissem ordens médicas.

Eu cuido da casa, lavo, passo, faço comida, não fiquei inválida, mas cuido para não forçar muito o braço. Sabe, pegar peso, roupa muito pesada eu peço para minha irmã lavar (Magna). (Aureliano, 2007)

Em concordância com os estudos de Aureliano (2007), Araújo e Fernandes (2008), identificaram que ao enfrentarem as limitações físicas, elas também passaram por limitações sociais pois, as mudanças de papéis as fizeram se sentir frágeis e inúteis. Isso ocorreu quando foi necessário abrir mão das atividades rotineiras como o trabalho, o cuidado dos filhos e da casa. Os autores constataram que nesse momento, a mulher deve ser estimulada a buscar saídas para uma readaptação de suas atividades.

Em seu estudo “Percepções, conhecimentos e vivência de mulheres com câncer de mama”, Fabbro, Montrone e Santos (2008) identificaram que a mulher, mesmo aquela que possui emprego, tem necessidade de cuidar da família (casa, companheiro e filhos). Isso ocorre porque no imaginário social, a mulher representa o alicerce da família e, por ocasião da doença,

esse alicerce é abalado. Os autores Ferreira et al (2011) ressaltam que muitos sentimentos negativos são gerados na mulher quando elas deixam de atuar como cuidadoras e passam a ser dependentes de outras pessoas.

Com o intuito de vencer essas limitações e se tornarem “úteis” novamente, as mulheres do estudo de Barbosa, Ximenes e Pinheiro (2004), passaram a desenvolver novas atividades aprendidas no grupo de apoio, como relatado por Violeta. Diante disso, percebe-se a importância do grupo de apoio no processo de readaptação.

Antes tinha uma lanchonete, aí depois do câncer qualquer coisa que eu fizesse meu braço logo doía muito. Foi por isso que fechei a lanchonete, além de ter me deixado cansada e ter desenvolvido o câncer.[...] Hoje ganho dinheiro vendendo Bijuterias que aprendi aqui no grupo (Violeta). (Barbosa; Ximenes; Pinheiro, 2004)

Segundo Ferreira et al (2011), com o passar do tempo, as mulheres passam a assimilar as consequências da cirurgia, aprendem a conviver com a falta da mama e lutam para aceitar o corpo mutilado e para se readaptar à nova condição.

4.1.2.2 Quimioterapia

Além da perda da mama, algumas mulheres, a depender de cada caso, necessitam de tratamentos complementares que podem determinar outras perdas que afetam a autoimagem. As mulheres do estudo de Ferreira et al (2011) e Moura et al (2010), também realizaram a quimioterapia, que além de ser um tratamento doloroso e cheio de sintomas, tem como consequência a queda do cabelo. Tais mulheres relataram esse fato como perda de sua beleza e identidade mostrando o forte impacto reacional que também afeta sua sexualidade.

Mais terrível pra mim foi a queda do cabelo, o cabelo doeu mais do que o peito, por incrível que pareça, eu não sei se é porque o meu cabelo era grande, eu gostava muito, aí quando caiu o cabelo foi o fim! Quando eu olhei no espelho eu tive medo de mim. [...] Cabelo é muito importante, não importa como ele seja, tendo cabelo, que você faça qualquer coisa, o importante é ter cabelo (Luma) (Auliano, 2007).
Quando começou a cair meu cabelo, eu fiquei desesperada, danei a chorar. Eu chorava constantemente, mas quando caía... meu cabelo era bem cumpridão (Mulher 3) (Moura et al, 2010).

A mastectomia pode ser ocultada, já a queda de cabelo não, podendo ser apenas disfarçada com uso de perucas. O controle da informação e da identidade pessoal são difíceis de se manipular quando se trata da queda do cabelo (Aureliano, 2007).

4.2 LIDANDO COM O PRECONCEITO E ESTIGMA SOCIAL

Segundo Goffman (1978, p. 12), o estigma significa uma alteração no modo de apreciar o outro, ao consideramos somente a Identidade Social Virtual do indivíduo (o estereótipo) e não a Identidade Social Real (os atributos reais), sendo os sinais estigmatizantes visíveis ou não. O estigma surge quando o “diferente” passa a assumir a categoria de “nocivo”, “incapaz”, fora do parâmetro e acarreta na vida dos estigmatizados, a perda de identidade social e uma imagem deteriorada por fugir do modelo que convém a sociedade.

O artigo “Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama” é fruto de uma pesquisa qualitativa realizada por meio de análises dos discursos de mulheres mastectomizadas em onze reuniões de um grupo de apoio. Participaram dessas reuniões, 67 mulheres que tinham, em sua maioria, nível socioeconômico baixo. Por meio dos relatos dessas mulheres, percebeu-se que muitas vezes, o desconhecimento em relação à enfermidade e à possibilidade de cura levam a sociedade a identificar as pacientes através de imagens associadas à mutilação, à perda do desejo sexual, à invasão da intimidade, à queda dos cabelos, às alterações da feminilidade e à morte (Scorsolini-Comin; Santos; Souza, 2009). Podemos perceber esse fato no relato a seguir.

Ela (vizinha) pegou e falou assim: “Mas você teve câncer e não morreu?” Aí elas começaram a chorar, falei: “Ué, por que vocês tão chorando?” Ela falou assim: “Néia, mas você teve câncer, você tá viva?” Eu falei: “Ué” (risos) Então, elas me tratam assim agora: “Ai Néia, você não pode fazer isso, você...” Então eu não conformo, aí eu peguei e falei assim: “Eu to viva” [...] (Néia) (Scorsolini-Comin; Santos; Souza, 2009).

Esse relato vai ao encontro do que foi colocado por Goffman, ao afirmar que a experiência dá ao indivíduo a oportunidade de aprender sobre si mesmo, de adaptar à situação e compreender aquilo que é importante na vida (Goffman apud Bergamasco; Ângelo, 2001).

As mulheres do estudo de Caetano, Gradim e Santos (2009) relataram que se mobilizaram, enfrentaram preconceitos e se tornaram ativas, ajudando as pessoas, mostrando sua condição, de forma a contribuir para diminuir o estigma do câncer colocado pela sociedade.

Eu não falava a palavra câncer, você acredita que eu não falava? Mas agora mudou (Melancia);
Teve vizinho que falou para mim não contar para ninguém que eu ia tirar o seio, mas eu falei que não ia esconder de ninguém, que ia andar sem nada (Cereja). (Caetano; Gradim; Santos, 2009)

4.3 REDE DE APOIO SOCIAL COMO ESTRATÉGIA DE ENFRENTAMENTO

No que se refere ao processo de adoecimento, o apoio social tem sido pensado como cuidado no sentido de ajudar pessoas acometidas por uma doença e seus familiares no período de enfrentamento da enfermidade. Foi identificado em todos os estudos selecionados para essa revisão sistemática, que nesse momento difícil da vida da mulher, foi necessário o apoio por parte das pessoas próximas, amigos, grupos e crenças (Ambrósio, Santos, 2015, Barbosa; Ximenes; Pinheiro, 2004).

O significado desse suporte para a mulher se revestiu de importância, pois ela se viu sendo ajudada para não desistir (Bergamasco; Ângelo 2001).

4.3.1 Apoio Familiar

Segundo Caetano, Gradim e Santos (2009), ao descobrir-se com câncer, a principal fonte de apoio da mulher é a família. Entretanto, assim como a mulher, a família também precisa de apoio e orientação, pois não é fácil ver alguém que se ama acometida por tal enfermidade. O núcleo familiar é considerado um sistema interligado, onde um indivíduo tem influência sobre os demais acarretando reflexos no estado emocional e biológico. Diante disso, é indispensável que a família controle seus sofrimentos e se prepare para ser solidária e cuidadosa com o enfermo que precisa de seu apoio e encorajamento. O afeto familiar auxilia a mulher no enfrentamento da sua enfermidade, permitindo que ela mantenha a estabilidade, se aceite e vença as dificuldades (Caetano; Gradim; Santos, 2009, Fabbro; Montrone; Santos, 2008).

Meu marido demorou a cair a ficha...ele ficou inconformado 'agora ela vai morrer!' [...] (Girassol) (Fabbro; Montrone; Santos, 2008).

Assim que eles ficaram sabendo (familiares), eles ficaram assim muito chateados, muito tristes, eles sofreram mais do que eu (Amora) (Caetano; Gradim; Santos, 2009).

O afeto familiar permite à mulher se manter estável para lutar contra a doença, conseguindo suprir suas carências emocionais e alcançar uma melhor aceitação e orientação comportamental, como apontam os relatos a seguir (Santos; Tavares; Reis, 2012, Caetano; Gradim; Santos, 2009, Ferreira, 2011).

O apoio, o carinho da família e das pessoas que estão ali no dia a dia, os vizinhos, os amigos foi fundamental. Isso me fez muito bem e me ajudou a passar essa fase (M1) (Santos; Tavares; Reis, 2012).

Minha sorte foi meus filhos que me dá muita força, minha nora (Mulher do casal 1) (Ferreira et al, 2011).

Nos estudos de Santos, Tavares e Reis (2012) e Ferrera et al (2011), o cônjuge foi considerado um dos membros mais importantes, onde a mulher encontrava apoio e aconchego, não enfatizando a relação sexual, mas os pequenos gestos de demonstração de carinho e afeto. Essas mulheres apresentaram uma força interior muito forte, afastando-se das ideias tristes e deprimentes, restabelecendo sua autoconfiança e auto estima. As entrevistadas de Caetano, Gradim e Santos (2009), também identificaram e consideraram esse apoio do cônjuge fundamental para a reconstrução de suas vidas.

Eu acho que com essa doença ele ficou melhor ainda mesmo, ele ficou mais companheiro, mais compreensivo, sabe (M2) (Santos; Tavares; Reis, 2012).

4.3.2 Grupos de autoajuda

O grupo de apoio tem um propósito de oferecer um espaço permissivo para que as participantes possam discutir livremente as questões relacionadas ao câncer. Percebeu-se que nesses espaços as mulheres compartilhavam seus sentimentos e suas experiências de tratamento, além de recuperarem o controle de suas vidas e fortalecerem o empoderamento, para que não permanecessem submissas frente aos profissionais de saúde. Diante disso, o grupo de apoio pode potencializar as competências e habilidades de mulheres que vivenciam essa enfermidade. (Santos, et al, 2011)

Para Bergamasco e Ângelo (2001), as experiências de grupo favoreceram o enfrentamento da doença e suas incertezas, bem como encorajaram a autoconfiança, esperança e melhora da moral. Entretanto, os autores enfatizam que o excesso de informações logo após o diagnóstico causa prejuízos, pois nesse momento podem acreditar que nunca mais poderão voltar a sua condição pré-cirúrgica.

De acordo com a pesquisa de Pinho et al (2007), essas vivências e dinâmicas de grupo promoveram o suporte emocional, a troca de experiências e reduziram o isolamento. Ainda encorajaram a esperança, a autoconfiança e promoveram o empoderamento dessas mulheres, pois elas encontram uma forma de vencer cada etapa da experiência através do oferecimento de ajuda, ânimo e forças a outras mulheres que passam pela mesma situação.

As participantes de grupos de apoio do estudo de Scorsolini-Comin et al (2009) criaram um vínculo de identificação umas com as outras, se uniram objetivando a superação da doença e encontraram no grupo espaço para compartilharem as experiências e vivências emocionais, histórias de exclusão e inclusão, as marcas do estigma, os sofrimentos e a necessidade de ressignificação do papel de mulher e da imagem social que lhe é atribuída.

4.3.3 Papel da fé: Espiritualidade e Religião

Cada vez mais, os campos da espiritualidade e das ciências vêm se aproximando. A Organização Mundial da Saúde (1998) reconheceu a importância da dimensão espiritual em seu conceito amplo de saúde através da inclusão desse aspecto em seu Glossário de Promoção de Saúde.

Espiritualidade e religião são termos que apresentam significados e características diferentes. Enquanto a religião é um sistema de crenças regido por normas, práticas e rituais próprios, em que se acredita na existência de um ser superior, a espiritualidade é algo mais amplo e pessoal, que dá sentido à vida independente de religião. Está relacionada à completude interior, harmonia e boas energias que influenciam na capacidade de suportar sentimentos adversos e na melhora da qualidade de vida. (Veit; Castro, 2013)

Nas situações de adoecimento, a religiosidade pode ser adaptativa e benéfica para o paciente. Contudo, o uso positivo ou negativo da religiosidade está relacionado ao modo de lidar com o evento estressor e com as crenças pessoais de cada sujeito. Os autores Veit e Castro (2013), realizam uma pesquisa de natureza quantitativa, com o objetivo de investigar as relações entre coping religioso/espiritual, variáveis sociodemográficas, clínicas e religiosas com 83 mulheres com câncer de mama em 2013. Nesse estudo, todas as pacientes apresentaram uso positivo da religiosidade para o enfrentamento da enfermidade.

Segundo Ferreira et al (2011) e Moura et al (2010), as pessoas procuram respostas para os acontecimentos da vida em algo divino, um ser maior e poderoso: Deus. A fé funciona como suporte emocional, onde as mulheres encontraram amparo, conforto e acreditam na possibilidade de cura. Essa busca religiosa não deve ser entendida com fuga da realidade, mas como ajuda no processo de cura e aceitação da enfermidade, dando ao doente e seus familiares maior empoderamento frente à doença. Podemos identificar a presença da fé nos relatos:

Tenho muita fé em Deus que tudo vai dar certo e vou superar isso tudo. (D10)
(Moura et al, 2010)
Tenho fé em Deus que estou curada, estou curada (Rosa). (Pinho et al, 2007)

Para Pinho et al (2007), com a fé religiosa, as pacientes passam a fazer discurso de uma pessoa melhor, mais forte, solidária e mais ativa no grupo social. Relatam também, que a religião ajuda a vencer o medo da morte, das perdas e sofrimentos. Podemos perceber na seguinte fala:

Tenho certeza que essa força que eu sinto aqui dentro vem de Jesus, que tanto sofreu para nos salvar (D2). (Moura et al, 2010)
Se Deus me deu essa missão, é porque sabe que eu posso suportar (Laura).
(Caetano; Soares, 2005)

Os autores descrevem a fé como estratégia valorizada na cultura ocidental para enfrentar a doença e suas terapêuticas.

4.3.4 Apoio dos profissionais de saúde

No artigo de Bergamasco e Ângelo (2001), os profissionais de saúde foram considerados peças importantes no enfrentamento do câncer, quando informavam, cuidavam, bem como quando encorajavam e confortavam as mulheres.

De acordo com o estudo de Moura et al (2010), há necessidade de mais apoio e atenção por parte das equipes multiprofissionais, pois em seu estudo, essa falta de apoio provocou dúvidas e sentimento de insegurança, desolação, preocupação e tristeza nas mulheres acometidas pelo câncer desde o diagnóstico até o término do tratamento.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este trabalho tem o propósito de responder a seguinte questão: “Quais as estratégias que as mulheres mastectomizadas acometidas pelo câncer de mama desenvolvem para o enfrentamento da enfermidade?”. Inicialmente, a proposta idealizada para responder tal pergunta previa a realização de uma pesquisa de campo, através de entrevistas com mulheres que tiveram câncer e passaram pelo procedimento da mastectomia. No entanto, encontramos percalços no caminho que impossibilitaram a utilização do método. Na busca por uma nova alternativa para obter a resposta, foi encontrada a revisão sistemática de artigos científicos.

No método de pesquisa escolhido para esse trabalho, encontrei a oportunidade de conhecer, associar e conectar os resultados encontrados por diversos autores em seus estudos. Nessa empreitada me deparei com pesquisas de distintas áreas do conhecimento que me permitiram ter um olhar ampliado de tal temática.

Ao longo da construção dessa pesquisa compreendi que o câncer de mama é uma enfermidade que ultrapassa o campo biológico, chegando ao campo simbólico, pois, o fato social total representado pela enfermidade supera enormemente a esfera física, ainda que dela não se separe. Por meio dos relatos das mulheres pesquisadas, percebi a questão social que essa doença engloba e atinge desde sua descoberta.

O câncer é considerado por alguns como uma enfermidade crônica devido ao seu tempo de permanência na vida das mulheres acometidas. Esse fato unido a complexidade e agressividade dessa enfermidade, provoca marcas tanto nas pessoas acometidas como em seus próximos. As mulheres depararam-se com limitações físicas que as impediram de realizar atividades que realizavam anteriormente, além de se depararem com mudanças na imagem corporal e na percepção do próprio corpo.

Outro fator que também percebemos ser enfrentado por elas, através de relatos, são as questões ligadas ao estigma e preconceito do câncer de mama. Percebemos que está enraizado na cultura de nossa sociedade a associação do câncer a mutilação ou morte.

Não poderia deixar de citar em minhas conclusões o que foi colocado pelo autor Michael Bury ao buscar entender a enfermidade e a sociedade, pois identifiquei em meu estudo exatamente o que foi posto por ele. Segundo Bury, podemos distinguir três aspectos importantes buscando entender a enfermidade e a sociedade. O primeiro está relacionado ao que ele chamou

de “ruptura biográfica” que ocorre no período de descoberta da enfermidade. O segundo é o “impacto do tratamento na vida cotidiana”, e podemos destacar aqui um de nossos objetivos de estudo, a complexidade do tratamento do câncer, principalmente, do procedimento de mastectomia e as suas consequências na vida cotidiana. E por fim a “adaptação e gerenciamento de longo prazo da enfermidade” que dependerá das estratégias que utilizará e da forma como ela enfrentará a enfermidade e o processo de reconstruir sua vida normal. (Montagner, 2011).

As principais estratégias utilizadas pelas mulheres para enfrentar a enfermidade encontradas em nosso trabalho foram localizadas nas redes sociais de apoio: no apoio da família, dos profissionais de saúde, na fé em Deus e nos grupos de apoio.

Por fim, destaco que a Saúde Coletiva tem um papel fundamental nesse tema, pois tem um olhar social que vai além do campo biológico, que não interpreta a retirada do peito, ou a queda de cabelo apenas como a eliminação da “parte doente”. Por isso, como sanitarista, é nossa missão compreender os aspectos sociais, que afetam as mulheres e desenvolver estratégias que estejam ao nosso alcance para colaborar com a restituição da saúde da mulher acometida pelo câncer de mama.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMBRÓSIO, D.; SANTOS, M. Apoio social à mulher mastectomizada: uma revisão. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 3, p. 851-864, 2015. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n3/1413-8123-csc-20-03-00851.pdf>> Acesso em: 15/07/2015

AURELIANO, W. "...e Deus criou a mulher": reconstruindo o corpo feminino na experiência do câncer de mama. **Revista Estudos Feministas**, v. 17, n. 1, Florianópolis, Jan.-Abr. 2009. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-026X2009000100004&script=sci_arttext> Acesso em: 20/07/2015

AURELIANO, W. Vênus revisitada: negociações sobre o corpo na experiência do câncer de mama. **Barbarói: UNISC**, n. 27, Santa Cruz, 2007. Disponível em: <<http://online.unisc.br/seer/index.php/barbaroi/article/view/144/572>> Acesso em: 20/07/2015

AZEVEDO, R; LOPES, R. Concepções de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 63, n. 6, p. 1060-1070, Brasília, nov./dez. 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v63n6/31.pdf>> Acesso em: 21/07/2015

ARAÚJO, I.; FERNANDES, A. O significado do diagnóstico do câncer de mama para a mulher **Revista Enfermagem**, v. 12, n. 4, Rio de Janeiro, dec. 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452008000400009> Acesso em: 24/07/2015

BARBOSA, R.; XIMENES, L.; PINHEIRO, A. Mulher mastectomizada: desempenho de papéis e redes sociais de apoio. **Acta paulista de Enfermagem**, v.17, n. 1, p. 18-24, jan.-mar. 2004. Disponível em: <<http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=452941&indexSearch=ID>> Acesso em: 26/07/2015

BASZANGER, I. Deciphering chronic and treatment. **Sociology of Health and Illness**. v. 14, n. 2, p. 181-215, 1992. Disponível em: <<http://onlinelibrary.wiley.com/store/10.1111/1467-9566.ep11343694/asset/14679566.ep11343694.pdf?v=1&t=i22ljpf&s=69e589341c6192b43e41e87807d7a4f8f508778f>> Acesso em 17/09/2014

BATISTON, A. **A detecção precoce do câncer de mama**: Conhecimento e prática de mulheres e profissionais da estratégia de saúde da família em Dourados/MS.Campo Grande, 2009, 129 p. Tese. Programa de Multi-Institucional em Ciências da Saúde- Convênio rede Centro-Oeste. Universidade de Brasília e Universidade Federal do Mato Grosso do Sul. Disponível em: <http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/3791/1/2009_AdrianePiresBatiston.pdf> Acesso em: 14/06/2015

BERGAMASCO, R.; ÂNGELO, M. 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.277-282, 2001. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_47/v03/pdf/artigo4.pdf> Acesso em: 15/10/2014

BITTENCOURT, J.; CADETE, M. Vivências da mulher Mastectomizada: esclarecimentos e orientações. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 55, n. 4, p. 420-423, jul./ago. 2002. Disponível: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v55n4/v55n4a10.pdf>> Acesso em: 10/07/2015

BRANDT, C. **Câncer de mama: Um enfoque psicossocial**. Brasília, 2004, 59 p. Centro Universitário de Brasília- UniCEUB. Disponível em: <<http://repositorio.uniceub.br/bitstream/123456789/3093/2/9972357.pdf>> Acesso: 19/03/2015

BURY, M. **Health and illness in a changing society**. Londres, Routledge, 1997.

CAETANO, E.; GRADIM, C.; SANTOS, L. Câncer de mama: reações e enfrentamento ao receber o diagnóstico. **Revista enfermagem UERJ**, v. 17, n. 2, p. 257-261, Rio de Janeiro, abr./jun. 2009. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v17n2/v17n2a21.pdf>> Acesso em: 19/04/2015

CAETANO, J.; SOARES, E. Mulheres mastectomizadas diante do processo de adaptação do self-físico e self-pessoal. **Revista Enfermagem UERJ**, v. 13, p. 210-216, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a11.pdf>> Acesso em: 20/06/2015

CANESQUI A. **Estudos antropológicos sobre os adoecidos crônicos**. In: Canesqui AM (org.). Olhares socioantropológicos sobre os adoecidos crônicos. São Paulo: Hucitec, 2007a, p.19-51. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232008000900036> Acesso em:17/07/2015

CARVALHO, R. **De peito aberto: Câncer e gestão do cotidiano entre mulheres**. 120 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Instituto de Medicina da Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007. Disponível em: <http://www.bdt.d.uerj.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=4253> Acesso em: 13/09/2014

CESNIK, V.; SANTOS, M. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicologia Reflexiva Crítica**, v. 25, n. 2, Porto Alegre, 2002. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79722012000200016> Acesso em:27/06/3015

CONFORTO, E. et al. Roteiro para revisão bibliográfica sistemática: aplicação no desenvolvimento de produtos e gerenciamento de projetos. 8º Congresso Brasileiro de Gestão de Desenvolvimento de Produto – CBGDP. Porto Alegre, set., 2011. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/cbgdp2011/downloads/9149.pdf>> Acesso em: 17/03/2015

CUNHA, F.; MENGARDA, L. **Vivência da mulher portadora de câncer de mama**. Blumenau, 2010, 39 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Bacharelado em Enfermagem) - Universidade Regional de Blumenau - URB. Disponível em: <http://www.bc.furb.br/docs/MO/2011/345152_1_1.pdf>. Acesso em: 14/10/2014

Dittrich L.; Schoeller, M. **Câncer da Mama: Indicações e Tipos de Hormonioterapia** (Capítulo 17). Bibliomed, 2010. Disponível em: <<http://www.bibliomed.com.br/bibliomed/bmbooks/oncologi/livro2/cap/cap17.htm>> Acesso em: 20/05/2015

FABBRO, M; MONTRANEL, A.; SANTOS, M. Percepções, conhecimentos e vivências de

mulheres com câncer de mama. **Revista Enfermagem UERJ**, v.16, n. 4, p. 532-537, out.-dec. 2008. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v16n4/v16n4a13.pdf>> Acesso em: 23/07/2015

FERNANDES, A.; MAMEDE, M. O surgimento do câncer de mama na visão de um grupo de mulheres mastectomizadas. **Texto, Contexto e Enfermagem**, v. 13, n. 1, p. 35-45, jan.-mar. 2004. Disponível em: < <http://www.redalyc.org/pdf/714/71413106.pdf>> Acesso em: 23/05/2015

FERREIRA, D. et al. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 64, n. 3, p. 536-544, mai./jun. 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a18.pdf>> Acesso em: 24/04/2015

GARCIA, A. **O processo de empoderamento de mulheres mastectomizadas: uma experiência em grupo de apoio**. Niterói, 2006, 138 p. Dissertação. Programa de Estudos Pós-Graduados em Política Social, Universidade Federal Fluminense- UFF. Disponível em: <http://www.bdttd.ndc.uff.br/tde_busca/arquivo.php?codArquivo=1441> Acesso em: 14/10/2014

GOFFMANM, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada**. Rio de Janeiro, Zahar, 1978.

INCA - INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. [2014]. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/inca/portal/home>>. Acesso em: 12/10/2014

LIMA, M.; TRAD. L. Dor crônica: objeto insubordinado. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**. v. 15, n.1, Rio de Janeiro, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-59702008000100007> Acesso em: 26/09/2014

MARTINS, H. Metodologia qualitativa de pesquisa. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 2, São Paulo, mai.-ago., 2004. Disponível: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1517-97022004000200007&script=sci_arttext> Acesso em: 13/05/2015

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria de Atenção à Saúde. Oncologia. Brasília, 13. ed., 2011. Manual de Bases Técnicas. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_base_tecnicas_oncologia_13ed.pdf. Acesso em: 17/05/2015.

MONTAGNER, M. A.; MONTAGNER, M. I. Ruptura Biográfica, trajetórias e habitus, **Tempus Actas da Saúde Coletiva - Ciências Sociais em Saúde**, v. 5, n. 2, p. 41-55, 2011. Disponível em: <<http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/issue/view/90/showToc>> Acesso em: 03/10/2014

MONTAGNER, M. I. **Mulheres e câncer de mama: experiência e biografia cindidas**. 2011. 314 p. Tese (Doutorado em Saúde Coletiva) - Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, São Paulo, 2011. Disponível em: <<http://www.bibliotecadigital.unicamp.br/document/?code=000794367>> Acesso em: 03/08/2014

MOURA, F. et al. Os sentimentos das mulheres pós- mastectomizadas. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v.14, n. 3, Rio de Janeiro, jul-set 2010. Disponível: <

http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452010000300007> Acesso em: 25/06/2015

MS; INCA. ABC do Câncer. Abordagens básicas para o controle de câncer. Rio de Janeiro, 2012. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/abc_do_cancer_2ed.pdf> Acesso em: 20/03/2015

PEREIRA, S. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 59, n. 6, nov./dec. 2006. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672006000600013&script=sci_arttext> Acesso em: 25/06/2015

PINHO, L et al. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, Goiânia, v. 9, n. 1, p. 154-165, jan./abr. 2007. Disponível em: <http://www.revistas.ufg.br/index.php/fen/article/view/7143/5056>> Acesso em: 16/10/2014

ROSSI, L.; SANTOS, M. Repercussões psicológicas do adoecimento e tratamento em mulheres acometidas pelo câncer de mama. **Psicologia Ciência e Profissão**, v. 23, n. 2, p. 32-41, out. 2003. Disponível: <http://www.scielo.br/pdf/pcp/v23n4/v23n4a06.pdf>> Acesso em: 23/06/2015

SALERNO, S. **Câncer de mama: como prevenir**. São Paulo: Melhoramentos, 2002.

SAMPAIO, R.; MANCINI, M. Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica. **Revista Brasileira de Fisioterapia**. v. 11, n. 1, p. 83-89. jan.-fev. 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbfis/v11n1/12>> Acesso em: 09/02/2015

SANTOS, M. et al. Grupo de apoio a mulheres mastectomizadas: cuidando das dimensões subjetivas do adoecer. **Revista SPAGESP**, v. 12, n. 2, Ribeirão Preto, dez. 2011. Disponível em: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S167729702011000200004> Acesso em: 17/06/2015

SANTOS, L.; TAVARES, G.; REIS, P. Análise das respostas comportamentais ao câncer de mama utilizando o modelo adaptativo de Roy. **Escola Anna Nery Revista Enfermagem**, v. 16, n. 3, p. 459-465, jul.-set. 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n3/05.pdf>> Acesso em: 22/06/2015

SCORSOLINI-COMIN, F.; SANTOS, M.; SOUZA, L. Vivências e discursos de mulheres mastectomizadas: negociações e desafios do câncer de mama. **Estudos de Psicologia**, v. 14, n. 1, p. 41-50, jan.-abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v14n1/a06v14n1.pdf>> Acesso em: 17/06/2015

SILVA, L. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 2, Maringá, abr.-jun. 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1413-73722008000200005&script=sci_arttext> Acesso em: 25/06/2015

SILVA, S. et al. Câncer de mama uma doença temida: representações sociais de mulheres mastectomizadas. **Revista Eletrônica Gestão & Saúde**, v. 3, n. 2, 730- 742, 2012. Disponível em: http://gestaoesaude.unb.br/index.php/gestaoesaude/article/viewFile/164/pdf_1> Acesso em: 10/10/2014

SOUZA, A.; ANDRADE, A. "Corpos marcados e fé na vida..." Mastectomia e políticas públicas de saúde da mulher. **Revista psicologia política**, v. 8, n. 15, São Paulo, jun. 2008. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-549X2008000100011> Acesso em: 22/07/2015

TALHAFERRO, B.; LEMOS S.; OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas consequências na vida da mulher. **Revista Arquivos de Ciência em Saúde**, v. 14, n. 1, p. 17-23, 2007. Disponível em: <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf> Acesso em: 15/10/2014

TIEZZI, D. Cirurgia conservadora no câncer de mama. **Rev Bras Ginecol Obstet**, v. 29, n. 8, 428-434, 2007. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v29n8/a08v29n8.pdf>> Acesso em: 03/08/2015

VEIT, C.; CASTRO, E. Coping religioso/espiritual em mulheres com câncer de mama. **Arquivos Brasileiros de Psicologia**, v. 65, n. 3, 421-433, Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: <<http://seer.psicologia.ufrj.br/index.php/abp/article/view/818/804>> Acesso em: 23/06/2015