

**AJES - FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO
BACHARELADO EM ENFERMAGEM**

RENATA TOMAZONI

**QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS
OU NÃO A RECONSTITUIÇÃO MAMÁRIA EM UMA CIDADE NA REGIÃO
NORTE DE MATO GROSSO**

Guarantã do Norte -MT

2021

AJES - FACULDADE DO NORTE DO MATO GROSSO

RENATA TOMAZONI

**QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS SUBMETIDAS
OU NÃO A RECONSTITUIÇÃO MAMÁRIA EM UMA CIDADE NA REGIÃO
NORTE DE MATO GROSSO**

Monografia apresentada ao Curso de bacharelado em enfermagem, da Faculdade do Norte de Mato Grosso - AJES, como requisito parcial para a obtenção do título de bacharel em enfermagem, sob orientação da prof. Mestre Fabiana Rezer.

Guarantã do Norte – MT

2021

FACULDADE DO NORTE DE MATO GROSSO

BACHARELADO EM ENFERMAGEM

Linha de Pesquisa: Saúde da Mulher

TOMAZONI, Renata. **Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstituição mamaria em uma cidade na região norte de Mato Grosso**. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) □ AJES – Faculdade do Norte de Mato Grosso, Guarantã do Norte-MT, 2021.

Data da defesa:

MEMBROS COMPONENTES DA BANCA EXAMINADORA:

Presidente e Orientador: **Prof. Me. Fabiana Rezer**

Membro Titular: **Profa. Dra.**

Membro Titular: **Prof. Dr.**

Local: Faculdade do Norte de Mato Grosso – AJES

Guarantã do Norte-MT

DECLARAÇÃO DE AUTOR

*Eu, Renata Tomazoni, portadora da Cédula de Identidade – RG nº 1082850809 SSP/RS, e inscrita no Cadastro de Pessoas Físicas do Ministério da Fazenda – CPF sob nº 946.142.371-34, DECLARO e AUTORIZO, para fins de pesquisa acadêmica, didática ou técnicocientífica, que este Trabalho de Conclusão de Curso, intitulado *Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstituição mamaria em uma cidade na região norte de Mato Grosso, pode ser parcialmente utilizado, desde que se faça referência à fonte e ao autor.**

Autorizo, ainda, a sua publicação pela AJES, ou por quem dela receber a delegação, desde que também seja feita referência à fonte e ao autor.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho único e exclusivamente a minha professora e orientadora Me.Fabiana Rezer que durante todo esse tempo me manteve focada e no caminho certo para a conclusão satisfatória deste trabalho.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida e por me dar forças para ultrapassar todos os obstáculos que encontrei ao longo da minha formação. Agradeço a minha mãe e minha família por me apoiarem. Agradeço aos professores da faculdade pelos ensinamentos que me instruíram a chega até aqui.

RESUMO

Introdução: o câncer de mama é uma das doenças mais temidas pelas mulheres devido sua forma agressiva de ser. O enfrentamento desta doença juntamente com a necessidade de se realizar a mastectomia causa grande impacto na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas. **Objetivo:** o presente estudo tem como objetivo analisar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstituição mamária em uma cidade do interior do Norte de Mato Grosso. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, de abordagem qualiquantitativa, realizado de acordo com a escala de qualidade de vida de World Health Organization Quality of Life Group, e com a aplicação de questões abertas elaboradas pelos autores e foi aplicado em 16 (dezesesseis) mulheres que realizaram o procedimento de mastectomia pertencentes à um município na região Norte de Mato Grosso, visando avaliar a qualidade de vida dessas pacientes. Os critérios de inclusão foram mulheres mastectomizadas; mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstituição mamária e mulheres mastectomizadas de todas as idades. Os critérios de exclusão foram Mulheres submetidas a mastectomia a um período superior à 10 (dez) anos. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos. **Resultados:** as entrevistadas receberam tratamento pela rede de saúde pública e todas tiveram êxitos em seus tratamentos de mastectomia e apenas 04 mulheres, por opção, realizaram a reconstituição mamária, em unanimidade relataram que o apoio da família foi imprescindível, e as limitações e dores causadas pela enfermidade mudanças de comportamento das mesmas alterando seu comportamento de humor, disfunção do sono, irritabilidade, e sentimentos de baixa estima afetando a qualidade vida. **Conclusão:** apesar de estarem severamente afetadas pelo tratamento, e atenuadas com as dores e rejeições sociais, as entrevistadas superaram com êxito e todas realizaram o procedimento estético, o apoio familiar foram preponderantes, a família e a fé foi um fator determinante no período de tratamento.

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

ABSTRACT

Introduction: breast cancer is one of the most feared diseases by women due to its aggressive way of being. Coping with this disease together with the need to perform a mastectomy has a great impact on the quality of life of women who underwent mastectomy. **Objective:** This study aims to analyze the quality of life of women with mastectomies undergoing or not breast reconstruction in a city in the interior of the North of Mato Grosso. **Methods:** This is an exploratory, descriptive, qualitative and quantitative field research, carried out according to the quality of life scale of the World Health Organization Quality of Life Group, and with the application of open questions prepared by the authors and was applied to 16 (sixteen) women who underwent the mastectomy procedure belonging to a municipality in the northern region of Mato Grosso, in order to assess the quality of life of these patients. **Inclusion criteria** were women with mastectomies; mastectomized women submitted or not to breast reconstruction and mastectomized women of all ages. **Exclusion criteria** were Women who underwent mastectomy for a period longer than 10 (ten) years. The research was approved by the Ethics and Research with Human Beings Committee. **Results:** the interviewees received treatment by the public health network and all had success in their mastectomy treatments and only 04 women, by choice, underwent breast reconstruction, unanimously reported that family support was essential, and the limitations and pain caused by the illness changes in their behavior, altering their mood behavior, sleep dysfunction, irritability, and feelings of low self-esteem affecting their quality of life. **Conclusion:** despite being severely affected by the treatment, and alleviated with pain and social rejection, the interviewees successfully overcame and all underwent the aesthetic procedure, family support was predominant, family and faith was a determining factor in the treatment period .

Keywords: Breast cancer; Mastectomy; Quality of life.

LISTA DE FIGURA

Figura 1 Anatomias das mamas.....	17
-----------------------------------	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Tipos de cirurgia para o câncer de mama.....	23
Quadro 2 - Estratégia PICO.....	27

LISTA DE GRÁFICO

Gráfico 1 - Satisfação em relação domínio físico. Região norte do mato grosso. 2021.....	36
Gráfico 2 - Satisfação em relação ao domínio psicológico Região norte do Mato Grosso.	38
Gráfico 3 – Satisfação em relações sociais Região Norte de Mato Grosso.....	40
Gráfico 4 – Satisfação em relação ao - meio ambiente - Região Norte de Mato Grosso	42
Gráfico 5 – Descrição do domínio geral.....	43

LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS

(BCPP)	Registro de câncer de base populacional
(DNA)	Ácido Desoxirribonucleico
(INCA)	Instituto Nacional do Câncer
(OMS)	Organização Mundial de Saúde
(QV)	Qualidade Vida
(RHC)	Registro hospitalar do câncer
(SBM)	Sociedade Brasileira de Mastologia
(WHOQOL)	World Health Organization Quality of Life Group

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
1 OBJETIVOS	15
1.1 OBJETIVO GERAL.....	15
1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	15
2. REVISÃO DA LITERATURA	16
2.1 HISTÓRICO.....	16
2.2 ANATOMIA DA MAMA.....	16
2.3 DEFINIÇÃO DE NEOPLASIA MAMÁRIA	17
2.3.1 Fatores de Risco	18
2.3.2 Sinais sintomas do câncer de mama	18
2.3.3 Diagnóstico e Tratamento	19
2.3.4 Autoexame	20
2.3.5 Exame clínico	21
2.3.6 Ultrassom e ou ecografia	21
2.3.7 Mamografia	22
2.3.9 Impacto para a mulher e qualidade de vida	24
3. MÉTODO	26
3.1 TIPOS DE ESTUDO	26
3.2 QUESTÃO NORTEADORA	27
3.3 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA	27
3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO	27
3.5 COLETA DOS DADOS.....	28
3.6 ANÁLISE DOS DADOS	29
3.7 ANÁLISE ÉTICA	29
4 RESULTADOS E DISCUSSÃO	31
4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA	31
4.2 QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS	35
4.3 PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A MASTECTOMIA	45
CONCLUSÃO	48
REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE A	55

INTRODUÇÃO

A definição de câncer de mama pode ser caracterizada como a proliferação desordenada de células anormais que se desenvolvem na mama, sendo capazes de formar tumores com potencialidade de alastrar-se em outros órgãos diferenciando-se conforme seu desenvolvimento, pois uns são de aumento agressivo enquanto outros são de desordem lenta (BRASIL, 2021)

O câncer de mama é uma das doenças que mais amedrontam as mulheres devido a sua forma agressiva de ser. Trata-se de uma doença silenciosa e inesperada, com um grande poder de mutilação causando nas mulheres uma significativa confusão psicológica e de alteração de sua imagem física (ALMEIDA, 2006).

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2021), a estimativa é de 66.280 mil novos casos em 2021. A Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) (2021), alertou-se que em 70% dos casos de câncer de mama diagnosticados no país as mulheres precisam passar por uma mastectomia, remoção da mama, sendo que o principal motivo é decorrente ao diagnóstico tardio (BRASIL, 2021).

Deparar-se com o diagnóstico de câncer de mama é uma situação muito complexa que causa grande impacto nas mulheres, deixando-as submersas por sentimentos de medo, angústia, depressão e ansiedade, gerando consequências físicas e emocionais, ocasionado assim impactos na qualidade de vida (PAIVA; MONTEIRO, 2018).

A mastectomia, ou procedimento de retirada da mama, é um dos tratamentos utilizados na terapia do câncer, mesmo sendo um procedimento muito realizado, a mastectomia é vista pelas mulheres como um processo de mutilação que causa grande impacto para elas, seus familiares e companheiros, por ser uma doença que está relacionada a morte (FARIA et al., 2016).

As mulheres enxergam a mama como símbolo de beleza e feminilidade e quando necessitam passar pelo processo de mastectomia se sentem invadidas por sentimentos amedrontadores relacionados a alteração de sua imagem corporal. Quanto mais valor a mulher tem pela sua mama, maior será o sentimento de perda e auto rejeição (ROCHA et al., 2016).

Quando diagnosticadas e submetidas ao tratamento do câncer de mama ou a mastectomia algumas mulheres passam por mudanças emocionais, sociais e físicas que influenciam gradativamente na sua qualidade de vida (ALVES et al., 2017).

Um elemento importante da qualidade de vida é a autoestima, isto é, a concepção que a pessoa tem por si, o quanto se ama, como se vê e o que pensa sobre si, a visão da própria aparência pode afetar a autoestima e desequilibrar a autoconfiança (ALVES et al., 2017).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) define qualidade de vida não somente pela ausência de doenças ou enfermidades, mas sim pelo completo bem-estar físico, mental e social, relacionando-se assim com o modo de ver de cada indivíduo e sua concepção sobre saúde e valores que os compõem (CESAR; NASCIMENTO, 2013).

Diante de todo o impacto físico e emocional vivenciado pelas mulheres diagnosticadas pelo câncer e submetidas a mastectomia, torna-se importante obter o conhecimento mais completo do que se passa na vida destas mulheres.

Estudar sobre a qualidade de vida de mulheres que foram submetidas a mastectomia desperta nossa atenção em saber como estas mulheres enfrentam o diagnóstico do câncer de mama, como elas reagem à doença e como vivenciam tudo isso após a intervenção cirúrgica da retirada parcial ou total da mama, nos levando a buscar formas de intervenções terapêuticas de autoajuda para que elas possam ter melhor qualidade de vida após a mastectomia. Portanto, o objetivo dessa pesquisa é realizar uma análise da qualidade vida (QV), de mulheres que foram submetidas a mastectomia bem como buscar meios de ajudá-las a superar os traumas ocasionados pela doença.

1 OBJETIVOS

1.1 OBJETIVO GERAL

Analisar a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas em um município do Norte de Mato Grosso.

1.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Realizar a caracterização sociodemográfica das mulheres mastectomizadas;

Caracterizar os sofrimentos, angústias e medos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas;

Identificar se a sexualidade das mulheres após a mastectomia sofreu alterações.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 HISTÓRICO

Os povos Egípcios e gregos realizaram os primeiros enunciados relacionados aos tumores de mama, tratando da enfermidade com a remoção da mama e remédios que incluíam cérebros de vaca e esterco de vespa. Os povos acreditavam também que o sangramento menstrual tinha a capacidade de se alojar nas mamas e se transformar em leite, endurecendo-se e formando então os tumores nos seios (BRASIL 2014).

Para o Instituto Nacional do Câncer (2014) desde o século XIX os médicos faziam a retirada das mamas doentes, pois para eles a doença estava relacionada a morte. O primeiro método realizado de mastectomia foi desenvolvido pelo cirurgião egípcio Hasted.

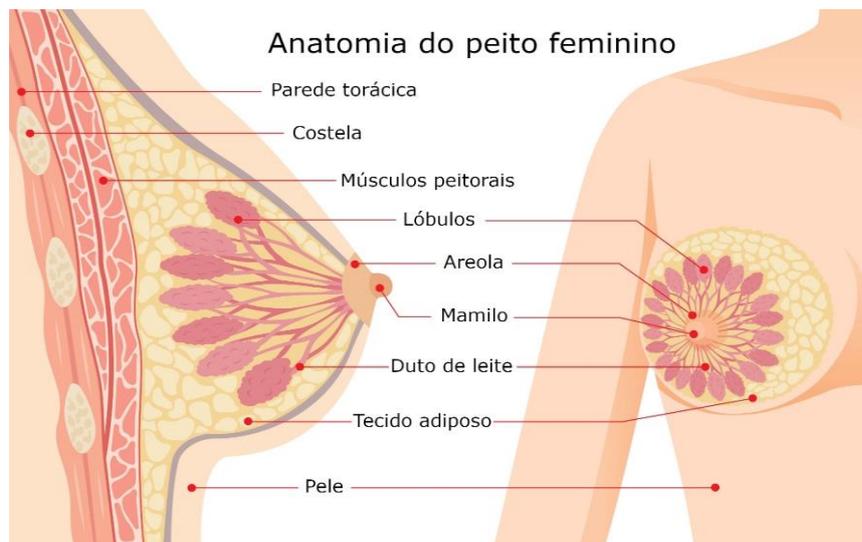
Nos dias de hoje utiliza-se uma intervenção menos agressiva quando possível, resultando em um aspecto mais ameno onde se é retirado o tumor e parte dos tecidos ao seu redor com o intuito de preservar a mama e de deixá-la esteticamente menos mutilada (INCA, 2014).

2.2 ANATOMIA DA MAMA

O Instituto Nacional do Câncer (2019) descreve sobre o conceito de glândula mamária, pode-se afirmar que as mamas são um órgão par, que se situa na parede anterior e superior do tórax e está apoiada sobre o músculo peitoral maior; se estende da segunda à sexta costela no plano vertical e do esterno à linha axilar anterior no plano horizontal. A mama feminina é composta por lobos (glândulas produtoras de leite), por ductos (pequenos tubos que transportam o leite dos lobos ao mamilo) e por estroma (tecido adiposo e tecido conjuntivo que envolve os ductos e lobos além de vasos sanguíneos e vasos linfáticos).

A maioria dos cânceres de mama começa nas células que revestem os ductos. Alguns começam nas células que revestem os lobos, enquanto um pequeno número se inicia em outros tecidos (BRASIL, 2019).

Figura 1 Anatomias das mamas



Fonte: Anatomia do peito feminino. Ilustração: MatoomMi / Shutterstock.com

2.3 DEFINIÇÃO DE NEOPLASIA MAMÁRIA

A neoplasia é o nome dado ao grupo de patologias que se manifestam devido a uma multiplicação celular descontrolada, levando assim ao aparecimento de tumores em diferentes partes do corpo associados a aglomeração de fatores que causam modificações no Ácido Desoxirribonucleico (DNA), celular que acabam em defeitos na exibição de várias proteínas essenciais para remoção tumoral, restauração do DNA e normalização do ciclo celular renomada como proto-oncogenese, gene de eliminação tumoral e gene de restauração de DNA (AMORIM et al., 2018).

A neoplasia mamária ou câncer de mama, resulta-se de um crescimento anormal e descoordenado a nível celular, espalham-se de forma rápida e desordenada ocasionando a manifestação de tumores malignos podendo afetar assim tecidos adjacentes e causar metástase. Estas neoplasias apresentam-se em formas de nódulos, e muitas vezes são detectados pelas próprias mulheres através do autoexame da mama. Estas neoplasias podem ser classificadas segundo o local onde estão alojadas, e dependendo o local; seja em nível de pele, mucosas ou glândulas são denominados carcinomas podendo ser apresentados como; invasivos e não-invasivos (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Para obter o diagnóstico do câncer necessita-se saber a classificação de acordo com o nível da área afetada, exame prévio realizado pelo médico e tratamento indicado pelo menos. Aos tratamentos são elaborados conforme os estágios da doença. A escolha da terapia depende

também de vários fatores relacionados com a idade do paciente, dimensão e localização do tumor, recursos financeiro, exames e a atitude do paciente perante a doença (DUARTE; ANDRADE, 2003).

2.3.1 Fatores de Risco

Segundo dados do Instituto Nacional do Câncer (2021), a estatística do câncer de mama em mulheres foi de 66.280 mil novos casos no ano de 2021.

A neoplasia mamária não tem sua associação voltada a fatores hereditários. Informações clínicas, estudos de epidemiologia e experimentos tem relacionado o fator de desenvolvimento do câncer de mama a formação hormonal de esteroides sexuais. De caráter endócrino, devido distúrbios ovarianos; como o primeiro fluxo menstrual, gestações, menopausa duradoura, utilização de hormônios, são fatores importantes para o desenvolvimento da neoplasia mamaria. Estudos investigativos apontam também que a qualidade de vida focada nos hábitos diários como por exemplo; alimentação, exercícios físicos, comportamento humano tem muita ligação com o desenvolvimento da doença (GUIMARAES, 2009).

Outros autores focam também em contrapartida que o histórico familiar tem grande contribuição para o desenvolvimento do câncer de mama, relacionados também a idade avançada, estilo de vida, atributos relacionados a reprodução, fatores ambientais, gestação após dos 30 anos, mulheres que tiveram várias gestações, menarca precoce, uso de anticoncepcionais, amamentação e reposição hormonal (SILVA; RIUL, 2012).

Relacionado a biografia familiar, destaca-se algumas situações como; índice de câncer de mama em parentes de primeiro grau que apresentaram a doença antes de 50 anos, histórico de câncer ovariano, câncer da mama em homens, hábitos diários relacionados a obesidade, uso de álcool, tabagismo, exposição a radiações ionizantes (SILVA; RIUL, 2012).

2.3.2 Sinais sintomas do câncer de mama

É importante a mulher conhecer bem o seu próprio corpo e saber que é comum se ter uma mama com tamanho e formato diferente da outra. Conhecer a si próprio torna-se mais fácil perceber qualquer tipo de mudança que possa ocorrer nas mamas alertando-se assim para um

possível sinal ou sintoma provável para diagnóstico de neoplasia mamária sendo que um possível diagnóstico precoce pode salvar a vida da paciente (BRASIL, 2014).

O ministério da saúde (2018) recomenda que a partir dos seguintes sinais e sintomas evidenciados e descritos abaixo sejam pontos estratégicos para o diagnóstico do câncer de mama tais como: aparecimento de nódulos mamários em mulheres acima de 50 anos, evidência de nódulos em mulheres com mais de 30 anos e que este nódulo dure por mais de um ciclo menstrual, nódulos com aspectos endurecidos e fixados e que estejam aumentando de tamanho em mulheres de qualquer faixa etária, lesões na pele que não melhoram com uso de medicamento tópicos, presença de nódulos linfáticos com tamanho, consistência e quantidades anormais, apresentando inchaço, crescimento constante da mama com presença de edemas com aparência de casca de laranja, retraimento do tecido mamário, modificação na aparência do mamilo (MIGOWSKI et al., 2018).

Qualquer tipo de alteração perceptível deve ser investigado precocemente, realizando exames de rotina recomendando-se que mulheres a partir de 50 a 69 anos realizem a mamografia a cada dois anos, porém em casos de suspeita pode ser realizada em qualquer idade (BRASIL, 2014).

2.3.3 Diagnóstico e Tratamento

A demora no início do tratamento pode ocorrer por três motivos: período em que a mulher apresenta sintomas da doença até a sua ida em busca dos serviços de saúde, após o acolhimento médico, entre o intervalo do acolhimento, obtenção e confirmação do diagnóstico, e por fim, o período entre receber o diagnóstico e iniciar-se o tratamento para tal patologia (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Pesquisas apontam que a situação socioeconômica e epidemiológica influenciam negativamente no diagnóstico precoce do câncer de mama pela falta de informações e acesso ao sistema de saúde refletindo desfavoravelmente para a redução da morbimortalidade e prognósticos (CARDOSO et al., 2017).

Os avanços das tecnologias de procedimentos para identificação precoce do câncer de mama vêm diminuindo os casos de mortalidade e sofrimentos relacionados à doença. As formas técnicas que mais se utilizam para diagnósticos do câncer de mama são: ultrassonografias, mamografias e ressonância magnética sendo que a mamografia é a mais

utilizada, porém mostra-se ultrapassada e ineficiente no que se diz respeito a redução de óbitos pela neoplasia mamaria (NASCIMENTO; PITTA; REGÔ, 2015).

O tempo entre a mulher obter o diagnóstico da neoplasia mamaria e iniciar o tratamento são de suma importância para conduzir medidas decisivas para a resolução do problema existindo. Portanto métodos auxiliares como o Registro de câncer de base populacional (BCPP), e o Registro hospitalar do câncer (RHC), que dão apoio tanto no monitoramento quanto no controle e pesquisas sobre o câncer, amparam nas decisões sobre o tratamento e seus efeitos e controlam as variáveis apresentadas na ficha do tumor (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

O atraso do início do tratamento agrava a situação da neoplasia mamaria, tornando-a muitas vezes irreversível. Sendo assim, no ano de 2012 a lei nº 12.732, de novembro de 2012, garantiu à portadora de neoplasia mamaria o direito de ter um tratamento já com início em um período igual ou inferior a 60 dias após confirmação do diagnóstico (PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Após o diagnóstico concluído, segundo o Instituto Nacional do Câncer de mama (INCA) o tratamento do câncer de mama deve-se iniciar baseado nos primeiros sinais e sintomas da doença visando assim melhores índices de sobrevivência sendo que o tratamento auxiliar como quimioterapia e hormonioterapia deve-se ter início no período de 60 dias, nos casos cirúrgicos acompanhados com radioterapia em até 120 dias após o procedimento cirúrgico (ROSA; RADUNZ; 2013).

2.3.4 Autoexame

Mesmo não havendo literaturas que evidenciem a redução de morte por câncer de mama devido ao autoexame, esta prática de observação precisa ser incentivada para que as mulheres possam identificar alterações nas mamas. As vantagens do autoexame são descobertas de tumores pequenos quistos retidos às glândulas mamarias (BRITO et al., 2010).

A técnica mais correta na busca de nódulos mamários durante o autoexame são: a mulher deve se posicionar em frente ao espelho, ou durante o banho ou deitada deve procurar por nódulos nas mamas e na região das axilas, observar também se há secreções pelos mamilos, alterações no tamanho da mama e na coloração na pele (ANDRADE, 2014).

O autoexame é um método favorável e útil, livre de custos e simples de ser realizado tendo em vista que a mulher consegue detectar tumores de menor diâmetro consequentemente

o tratamento realizado será de menos agressividade e relativamente menor custo (BRITO et al., 2010).

Definido por ser um processo simples e sem dor, o autoexame contribui para um diagnóstico do câncer em fase inicial, sendo que a realização adequada do autoexame deve ser feita uma vez ao mês no decorrer da segunda semana após a menstruação, salientando que caso se realize o autoexame fora deste período as mulheres não terão um resultado preciso pois podem aparecer falsas impressões tumorais (MULLER et al., 2005).

2.3.5 Exame clínico

Ao realiza-se o exame clínico durante a consulta médica que geralmente ocorre uma semana após a menstruação. Pode-se perceber durante a palpação a presença de nódulos com tamanho estimado de até 1 cm (KIM et al., 2010).

Os sinais clínicos podem ser observados em duas etapas: Durante a inspeção estática o profissional busca investigar regiões que apresentem ulcerações e ou eczemas, já na inspeção dinâmica a busca é focada em proeminências e contraturas (ANDRADE, 2014).

Nesta fase o médico pede que a paciente suspenda o braço posicionando acima da cabeça a fim de que possa fazer a varredura completa, após, a paciente coloca o braço sobre a cintura e pressiona para que os músculos peitorais se comprimam para melhor evidenciar proeminências ou contração mamárias (ANDRADE, 2014).

A região axilar e supraclaviculares também devem ser minuciosamente apalpada, neste caso a paciente mante-se sentada. Na inspeção do tecido mamário a paciente deve ficar deitada e com as mãos sob a cabeça dando assim maior amplitude para que o médico possa realizar manobras de palpação mais aprofundadas manuseando o tecido com as pontas dos dedos. (ANDRADE, 2014).

2.3.6 Ultrassom e ou ecografia

A ultrassonografia ou ecografia mamaria é considerado um recurso benéfico no diagnóstico da neoplasia mamaria. Atualmente é indispensável a sua importância como recurso adicional à mamografia e o exame clínico. O exame de ultrassonografia tem um papel essencia

no prognóstico da neoplasia sendo um exame de realização simples, rápida, sem ameaças e bem aceito pelas pacientes (GALAS; KOCH; DUTRA, 2015).

As recomendações médicas para o exame de ultrassonografia consistem em: distinguir e definir nódulos sólidos ou quistos apresentados na mamografia ou no exame clínico, nortear técnicas de intervenções mamárias, examinar mulheres mais jovens, grávidas ou que estejam amamentando, analisar desigualdades assimétricas da mama correspondente a nódulos, analisar feedbacks relacionados a quimioterapias, localizar lesões desconhecidas pelo exame físico e mamografia dentre outros. (CHALA; BARROS, 2007).

As imagens ecográficas têm por objetivo evidenciar a estrutura da mama representando aspectos normais, anormais e de outros aspectos que a doença pode apresentar. Caso uma imagem fora da normalidade for apresentada durante o exame, deve-se analisá-la de outras formas e com auxílio de outros exames como mamografias. (GALAS; KOCH; DUTRA, 2005).

2.3.7 Mamografia

Uma das técnicas de imagens mais utilizada para o rastreamento do câncer de mama é a mamografia. Em mulheres que não apresentam nenhum sintoma relativo à neoplasia mamária a mamografia torna-se a primeira técnica indicada para analisar alterações clínicas da mama. Há um grande indício de que a mamografia delimita a mortalidade relacionada ao câncer de mama em pacientes que não apresentam sintomas relativos (CHALA; BARROS, 2007).

A realização da mamografia é indicada em mulheres acima de 50 anos, sendo considerado o mais efetivo método de acompanhamento para prevenção da neoplasia mamária (CARDOSO et al., 2017).

A eficiência do exame de mamografia na detecção da neoplasia mamária varia dentre as mulheres variando dependendo de alguns fatores relacionados à consistência radiológica mamária, a sensibilidade apresentada em mulheres com mamas mais densas é bem maior do que as que apresentam maior adiposidade nas mamas, devido a isso, técnicas de imagens diagnósticas para mamas mais densas têm sido desenvolvidas incluindo a ultrassonografia mamária e a ressonância magnética (CHALA; BARROS, 2007).

2.3.8 Mastectomia

A primeira escolha de tratamento para a neoplasia mamaria geralmente é a mastectomia a qual consiste na intervenção cirurgia optando pela retirada do tumor, retirada dos tecidos vizinhos ou a retirada total da mama. Geralmente certa de 57% das cirurgias realiza-se a mastectomia radical modificada a qual se retira a mama e todos os tecidos circundantes juntamente com os linfonodos axilares (SILVA, 2008).

Alguns tratamentos como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia normalmente são utilizados sendo que a escolha do tratamento e o prognóstico são baseados em vários fatores como; idade da paciente, estágios da doença, particularidades do tumor, níveis hormonais, capacidade de propagação do tumor, situação da saúde da mulher em geral (SILVA, 2008).

O processo da mastectomia define-se na retirada do tumor e de tecidos adjacentes. O procedimento cirúrgico varia conforme o tamanho da área afetada pela doença e perante isso a conduta médica é realizada conforme necessidade do paciente, sendo assim, a mama pode ser totalmente ou parcialmente retirada (CESNIK; SANTOS, 2012).

Por ser uma doença muito complexa não existe uma conduta única de tratamento, pois o câncer se manifesta de diversas formas e cada uma delas necessita de um tipo de intervenção, o autor Majewski et al. (2012), descreve os parágrafos a seguir como mostra o quadro abaixo.

O quadro 01 abaixo vai apresentar os tipos de cirurgia que podem ser feitos para retirada do câncer de mama.

Quadro 1. Tipos de cirurgia para o câncer de mama.

Tumorectomia	Remoção de pequena parte da mama e linfonodos axilares, acompanhada de radioterapia para o tecido mamário restante
Quadrantectomia	Ocorre a remoção do quadrante mamário comprometido, dissecação dos linfonodos axilares e irradiação do tecido mamário residual;
Mastectomia simples	Ocorre a remoção do tecido mamário estende-se da clavícula até a reborda costal e da linha médio-external até a borda lateral do músculo lateral dorsal;
Mastectomia radical modificada de Patey	Ocorre a remoção de todo tecido mamário e dos linfonodos axilares. O músculo peitoral menor é retirado e o maior, conservado.

Mastectomia radical de Halsted	Ocorre a remoção de toda mama, linfonodos axilares e também os músculos peitorais maior e menor. Este procedimento é utilizado nos casos em que o tumor se impregna ao músculo peitoral maior.
Cirurgia Madden	Ocorre a remoção da mama e linfonodos axilares, conservando os músculos peitorais maior e menor.

Fonte: MAJEWSKI et al., 2012).

A cirurgia de mastectomia ocasiona mudanças bruscas no corpo da mulher que simboliza feminilidade. A partir daí começam a aparecer enigmas de aceitação do próprio corpo devido as sequelas deixadas pela cirurgia levando assim a não aceitação da nova imagem corporal, mesmo as que fazem uso de próteses após a cirurgia ainda assim são acometidas por sentimento de tristeza fazendo com que elas se sintam rebaixadas psicologicamente em relação as outras mulheres (AZEVEDO; LOPES, 2010).

Tanto a cirurgia de mastectomia quanto a doença vêm afetando a qualidade de vida das mulheres, elas passam a não ter mais a mesma visão de si próprias e da sua imagem corporal promovendo sentimentos de repugnância, medo, estranheza por ter um corpo diferente de outrora, enfrentar uma mastectomia estabelece mudanças relevantes nas ações, estilos e qualidade de vida das mulheres (AZEVEDO; LOPES, 2010).

2.3.9 Impacto para a mulher e qualidade de vida

Ao receber o diagnóstico de um câncer de mama as mulheres sentem-se perturbadas principalmente quando necessitam ser submetidas a mastectomia que apesar de ser um procedimento eficaz e seguro no tratamento do câncer de mama ainda acarreta uma imensidade de transtornos e deixa grandes sequelas na vida de quem se submete a ela. A neoplasia apresenta ameaças as mulheres acompanhando incômodos psicológicos gerando ansiedades e depressões na portadora a qual tem seu estilo de vida prejudicado juntamente com sua autoimagem (PINHO; CAMPOS; FERNANDES; LOBO 2007).

A sociedade estabelece um padrão de beleza relacionado a necessidade de ter seios esteticamente fartos para serem bonitas e sensuais, frisa que os seios são símbolo de feminilidade e sensualidade, no entanto a mulher tendo consciência disso ao receber o diagnóstico do câncer de mama e saber que será necessário passar pelo processo de mastectomia entra em conflitos físicos e psicológicos (VALE; DIAS; MIRANDA, 2017).

Este processo gera um enredo de sentimentos como; medos, preconceitos, estigmas, por parte das mulheres mastectomizadas e da própria sociedade o que ocasionando um afastamento das mulheres de suas atividades diárias. Segundo pesquisas realizadas observa-se que a repercussão gerada pelo diagnóstico do câncer de mama e ou mastectomia que cada paciente vivencia sua doença de forma subjetiva, tendo cada uma delas experiências distintas as quais envolvem complicações no seu cotidiano, no convívio social e familiar (VALE; DIAS; MIRANDA, 2017).

3. MÉTODO

3.1 TIPOS DE ESTUDO

Trata-se de uma pesquisa de campo, exploratória, descritiva, de abordagem quali-quantitativa, realizado de acordo com a escala de qualidade de vida de World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)-Bref.

A pesquisa de campo está designada em coletar informações de modo direto em meio a população questionada. Exigindo do pesquisador uma análise focada onde o pesquisador necessita ir até o ambiente onde os fatos ocorrem, ou ocorreram e assim agrupar uma totalidade de informações para serem registradas (PIANA, 2009).

A pesquisa exploratória encontra-se inicialmente relacionada ao tema a ser abordado, com os sujeitos a serem investigados e as fontes existentes a serem estudadas. Neste contexto o pesquisador deve ter acessibilidade a todas as informações e dados relacionados ao contexto social, desenvolvendo uma postura versátil informal (SARTORI; RÉVILLION, 2003). Já a pesquisa descritiva tem por finalidade especificar minuciosamente os acontecimentos e episódios de uma determinada realidade afim de conseguir dados relacionados àquilo que se decretou como problema a ser examinado, objetivando a mostrar sempre a realidade dos fatos ocorridos na população investigada para que o escritor tenha consciência do que descreverá (AUGUSTO; SOUZA; DELLAGNELO; CARIO, 2013).

A pesquisa qualitativa objetiva-se em desvendar o aprimoramento do entendimento da sociedade e instituições, distinguindo processos que na maioria das vezes por serem normais no cotidiano passam despercebidos aos olhos dos pesquisadores, sendo que a pesquisa qualitativa não se preocupa com números e sim elucidar o acontecimento que está em observação (NEVES, 2015). A abordagem quantitativa objetiva-se por avaliar tudo que pode ser calculado em números, utilizando a quantificação tanto na coleta dos dados quanto no método estatísticos visando assim resultados que impeçam qualquer tipo de alteração distorcida das análises e interpretações calculando tudo com total segurança (DALFOVO; LANA; SILVEIRA, 2008).

O WHOQOL – BREF é um instrumento constituída por 26 sendo as duas primeiras perguntas relacionadas a qualidade de via geral. E as demais perguntas que são divididos em 4 domínios, sendo: Físico; psicológico; Relações sociais e meio ambiente, e estas perguntas visam avaliar a qualidade de vida. As respostas deste instrumento seguem uma escala de *Likert* (de 1 até 5, onde maior for a pontuação, maior será a qualidade de vida).

3.2 QUESTÃO NORTEADORA

O estudo pretende responder o seguinte questionamento: Qual é a qualidade de vida das pacientes submetidas a mastectomia com ou sem reconstituição mamária? A questão foi baseada na estratégia PICO, descrita abaixo.

Quadro 2 - Estratégia PICO

P	População	Mulheres que realizaram mastectomia
I	Intervenção	Avaliação da qualidade de vida após procedimento
C	Comparação	Melhora ou piora da qualidade de vida após cirurgia.
O	Resultado	Melhorar a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Fonte: Autoria própria, 2021

3.3 UNIVERSO DE ESTUDO E AMOSTRA

O universo deste estudo foi em um município na região Norte de Mato Grosso.

A amostra foi constituída por 16 (dezesesseis) mulheres que tiveram câncer de mama e foram mastectomizadas na região Norte de Mato Grosso nos últimos 10 anos, a amostra foi estabelecida de modo intencional.

3.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

Como critérios de inclusão:

- ✓ Mulheres mastectomizadas;

- ✓ Mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstituição mamária;
- ✓ Mulheres mastectomizadas de todas as idades.

Como critério de exclusão:

- ✓ Mulheres submetidas a mastectomia a um período superior à 10 (dez) anos.

3.5 COLETA DOS DADOS

A coleta de dados foi feita através da aplicação da escala de qualidade de vida de World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)-Bref, e de um questionário complementar elaborado pelos autores, através da participação de 16 mulheres mastectomizadas com ou sem reconstituição mamaria em um município do norte de Mato Grosso. A pesquisa ocorreu mediante anuência das instituições de saúde.

Os dados foram coletados por meio do WHOQOL-Bref, conteve quatro domínios: 1- domínio físico; 2- domínio psicológico; 3- relações sociais e 4 – meio ambiente, somando ao total 26 questões. Essas questões foram respondidas individualmente e todos os domínios foram respondidos.

No questionário sociodemográfico, foram coletadas as seguintes informações: (idade, estado civil, quantidade de filhos e nível de escolaridade); tempo entre o diagnóstico do câncer de mama e a cirurgia de mastectomia e se realizou ou não reconstituição mamária.

No questionário aberto foram coletadas as seguintes informações: impacto do diagnóstico; sentimentos ao descobrir que tinha câncer de mama e o impacto sobre a necessidade de realizar a mastectomia. Os dados foram respondidos pelas próprias mulheres abordadas pessoalmente pela pesquisadora.

As mulheres foram identificadas através de uma busca ativa nas Unidades Básicas de Saúde e técnica bola de neve (indicação de mais participantes por mulheres já incluídas), até obter a amostra de 16 mulheres. A entrevista foi feita em uma sala reservada, nas dependências da Unidade Básica de Saúde ou em sua residência, mediante prévia autorização, no qual, as mulheres foram abordadas pela pesquisadora inicialmente com o objetivo de explicar como deveriam responder a escala e as questões.

Em um primeiro momento, as participantes do estudo foram convidadas e orientadas sobre sua participação na pesquisa, após busca ativa nas Unidades Básicas de Saúde. Após

serem informados sobre os objetivos do estudo teve o seu aceite registrado em Termo e Consentimento Livre e Esclarecido.

Visando promover a segurança do participante e pesquisador, foi previamente treinado e foi realizada a coleta de dados com máscara, face Shield, a caneta disponibilizada para respostas foi de uso individual e o questionário foi plástico próprio. Também não foi permitida a coleta de mais que um participante por vez, sendo que, o pesquisador irá se responsabilizar em higienizar as mãos antes e após cada coleta de questionário.

3.6 ANÁLISE DOS DADOS

Foram analisados os seguintes dados: gênero, idade, estado conjugal, nível de formação, profissão, quantidade de filhos, tempo de diagnóstico da doença e de procedimento da mastectomia. E seguir a escala de qualidade de vida de *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)-Bref*, no qual, os dados respondidos foram calculados em porcentagem, visando identificar a qualidade de vida das pacientes, quanto mais próximo de 100% cada domínio, melhor será a representação da qualidade de vida.

Esses dados foram tabulados no *software Statistical Package for Social Science (SPSS)* versão 19.0 para Windows e tratados estatisticamente em frequência absoluta, frequência relativa, média e em percentual e serão apresentados em forma de tabelas. As questões abertas foram transcritas da mesma forma que relatadas.

3.7 ANÁLISE ÉTICA

Esta pesquisa foi submetida ao Comitê de Ética em Pesquisas com Seres Humanos conforme determina a Resolução N°466 de 12 de dezembro de 2012. A coleta dos dados ocorreu após aprovação conforme número CAAE: 47764821.6.0000.5587 e mediante assinatura do Termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE).

Apresentou riscos mínimos aos participantes tais como: constrangimento ao responder o questionário e tempo gasto nas respostas (aproximadamente 30 minutos) e desconforto nas questões, sendo que o anonimato do participante será garantido. Os riscos foram minimizados:

Dirimir o desconforto, proporcionando um local reservado, assegurando privacidade, garantir confidencialidade e anonimato com relação as respostas aplicadas ao questionário.

4 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados foram categorizados de acordo com os objetivos do estudo desenvolvido, para interpretação dos dados, em: caracterização sociodemográfica das pacientes que foram mastectomizadas e análise da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

4.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA

De acordo com os critérios de inclusão e exclusão do estudo, foram selecionadas 16 mulheres que passaram pelo tratamento de mastectomias e se dispuseram a fazer parte da pesquisa, totalizando n=16 (100%) participantes, que está descrita na tabela 01, abaixo.

Tabela 01. Caracterização sociodemográfica das mulheres mastectomizadas submetidas ou não a reconstituição mamária em uma cidade na região norte de Mato grosso região de Mato Grosso, Brasil, 2021.

DESCRIÇÃO	N	%
1° IDADE		
20 – 30 anos	00	00%
30 – 40 anos	07	43,75%
40 – 50 anos	03	18,75%
50 – 60 anos	04	25%
60 – 70 anos	02	12,5%
2° ESTADO CONJUGAL		
Solteira	04	25%
Casada	11	68,75%
Viúva	01	6,25%
União estável	00	00%
3° HÁ QUANTOS ANOS REALIZOU A MASTECTOMIA:		
1 – 5 anos	10	62,5%
5 – 10 anos	06	37,5%
10 – 20 anos	00	00%
20 – 30 anos	00	00%
4° NÍVEL DE FORMAÇÃO:		
Graduado	03	18,75%
Especialista	03	18,75%
Mestrado	00	00%
Doutorado	00	00%
Nenhum	10	62,5%
5° NÚMERO DE FILHOS:		
1 (um)	06	37,5%
2 (dois)	07	43,75%
3 (três) ou (mais)	01	06,25%
Nenhum	02	12,5%

Fonte: autoria própria, 2021.

Os dados no gráfico acima reportam que a faixa etária que mais foi propensa ao tratamento de mastectomia foi a de 30 aos 40 anos com $n=7$ (43,75%), sendo uma faixa etária jovem. O câncer de mama é considerado a segunda neoplasia maligna, com maior índice de casos detectados nas mulheres com idade entre 40-60, ou seja, mulheres na idade produtiva que se encontra no climatério (FERAZ, 2009).

A maior incidência da doença ocorre na faixa etária dos 50 aos 69 anos. No entanto, no Brasil, a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), o Colégio Brasileiro de Radiologia e Diagnóstico por Imagem (CBR) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO) recomendam a mamografia anual para as mulheres a partir dos 40 anos de idade, visando ao diagnóstico precoce e a redução da mortalidade (BRASIL, 2019).

No estudo de caso de Galdino et al. (2017), estudo realizado com 53 mulheres em Vitória/ES, Brasil, identificou que dentre as participantes da pesquisa a faixa etária que mais predominou foi 40-59 anos com 58,5% seguido de 60-79 anos com 35,8% e apenas 5,7% com a idade entre 20-39 anos, estes dados são semelhantes ao relatados no estudo em questão, com a faixa etária na mesma proporcionalidade.

Em geral, mamografias regulares não são recomendadas para mulheres com menos de 40 anos, em parte, porque o tecido da mama tende a ser mais denso em mulheres jovens, dando como resultado exames menos confiáveis como instrumento de triagem, contudo a maioria dos especialistas acreditam que o baixo risco de desenvolver câncer de mama em idade jovem, não justifica a exposição à radiação ou o custo da mamografia e no entanto, mamografias são recomendadas para mulheres mais jovens com um histórico familiar de câncer de mama e outros fatores de risco (BRASIL, 2021).

De acordo com os dados coletados na pesquisa relacionado a situação conjugal com $n=11$ (69%) das participantes são casadas. Apesar da baixa estima por não se aceitarem corporalmente em sua maioria são casadas e com filhos, e apenas $\frac{1}{4}$ das entrevistadas são solteiras.

Os estudos de Montanari (2019), realizado com mulheres provenientes da Unidade de Mastologia do Hospital Amaral Carvalho de Jaú e atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde), em 2019 com 58 mulheres, confirmam a suposição de que quanto mais tardiamente o câncer for detectado, maiores são os riscos de uma cirurgia mutiladora; contudo é notável que, para as mulheres que possuem um parceiro, a presença e apoio dele durante o tratamento do

câncer de mama é um fator que favorece um bom enfrentamento da realidade e uma maior aceitação da perda da mama.

As mulheres casadas contam com o suporte afetivo do cônjuge, filhos, da família e dos amigos no processo de enfrentamento e tratamento no período da cirurgia é importante para a recuperação e qualidade de vida das pacientes, este apoio deve ser considerado como ponto prioritário, pois a paciente precisa sentir-se segura, em momento de grande debilidade na saúde, proporcionando autoestima e confiança na plena recuperação (TRISTÃO et al., 2017).

Os resultados encontrados neste estudo observam-se que o impacto da mastectomia varia de acordo com a faixa etária, pois as mais jovens têm maior dificuldade de aceitação da doença. As relações pessoais são afetadas, mas em sua maioria recebem apoio familiar e do cônjuge pela situação de convalescença, mas existe algumas pessoas que se distanciam por falta de conhecimento e interfere no emocional dessas mulheres.

Com a realização de ser mãe, as entrevistadas em sua maioria n=14 (87%) possuem filhos e apenas n=2 (13%) ainda não tiveram filho, porque ainda são solteiras, o fator mãe proporciona maior empenho no tratamento pois, a preocupação em cuidar da prole motiva a superar os obstáculos, trazendo uma força interior para superar as dificuldades, dores, limitações e preconceitos.

De acordo com o grau de instrução, as entrevistadas em sua maioria ainda não concluíram o ensino médio com n=10 (62%) e com n=3 (19%) para concluintes de graduação e n=3 (19%) concluintes de especialização, contudo a busca pelo conhecimento tem proporcionado uma visão globalizada para a projeção profissional e proporcionado melhor qualidade de vida diante das oportunidades ofertada pelo mercado de trabalho.

A escolaridade intervém em diversos aspectos relacionados à saúde, visto que, quanto mais instruções tiver uma pessoa, melhor é o seu entendimento sobre a doença. A maioria das mulheres desse estudo tinha até o 1º grau incompleto. A ocupação e a renda também são aspectos relevantes. Quanto à renda per capita, 40% das entrevistadas definiram como médio seus recursos diante das necessidades financeiras. Nesse estudo pode-se inferir que muitas mulheres deixaram seus trabalhos profissionais por causa de suas limitações, repercutindo dessa forma na renda financeira da família, como isso, a fim de amenizar essa situação e poder contribuir com as despesas do lar, muitas acabam se inserindo no mercado informal afirma Sousa, Ana e Costa (2014).

No estudo realizado por Galdino (2017), 73,6% das suas entrevistadas estavam classificadas como analfabetas ou não concluiu o ensino fundamental, reportando a falta de informações necessárias ao diagnóstico e tratamento, conseqüentemente a perda da mobilidade afeta ainda mais estas mulheres, pois algumas delas são arrimo de família, e por não possuírem uma vida financeira abundante, tem outras preocupações com a situação financeira, pela impossibilidade de trabalho nas maiorias das pacientes em período de tratamento, o que não se pode generalizar que a falta de estudo foi a causa da neoplasia maligna, mas o simples fato de ser mulher.

As entrevistadas relataram que desde o início do tratamento até a conclusão do procedimento cirúrgico, pelas condições financeiras das mesmas, dependiam do tratamento oferecido pela rede pública de atendimento, contudo esse período é um pouco mais demorado, mas conclusivo o tratamento.

A equipe de enfermagem prioriza entender que, por estar envolvida diretamente em todas as fases do diagnóstico e tratamento, a prioridade da qualidade de vida da paciente, que está em tratamento, momento em que as limitações quanto à mobilidade, às atividades da vida cotidiana e à capacidade para o trabalho e que isso resulta em uma redução significativa do nível de independência, cabe à equipe de saúde se atentar quanto a esses fatores, valorizando o paciente de maneira holística, buscando compreender o bem-estar, bem-ser, bem-ter e bem-viver de cada indivíduo (GALDINO et al, 2017).

As famílias e as mulheres sofrem no momento do diagnóstico, e o sentimento que as invade é o medo da morte, esse sentimento é percebido pelos demais membros da família que, embora também possam estar temerosos, procuram expressar palavras de ânimo, coragem e incentivo de que a situação se resolverá satisfatoriamente; este sentimento surge porque quase sempre o câncer está associado à morte; para as mulheres com o diagnóstico, os filhos são como fonte de recomeço, onde elas buscam forças para estar bem de saúde para ver crescer sua prole e superar o seu diagnóstico (IZYDORCZYK et al. 2018).

As entrevistadas em sua maioria n=10 (62%) realizaram o procedimento de mastectomia nos últimos cinco anos enquanto n=6 (38%) realizaram o procedimento entre 5 e 10 anos.

Quanto ao procedimento de extrair a mama em decorrência de uma enfermidade crônica, acarreta na morte da feminilidade, e como o seio é apresentado e valorizado no corpo da mulher como fator estético e por ser o órgão associado ao prazer e à vida, além de possuir poder simbólico cultural e social; o pós- cirúrgico percebe-se o adoecimento mental e psíquico em

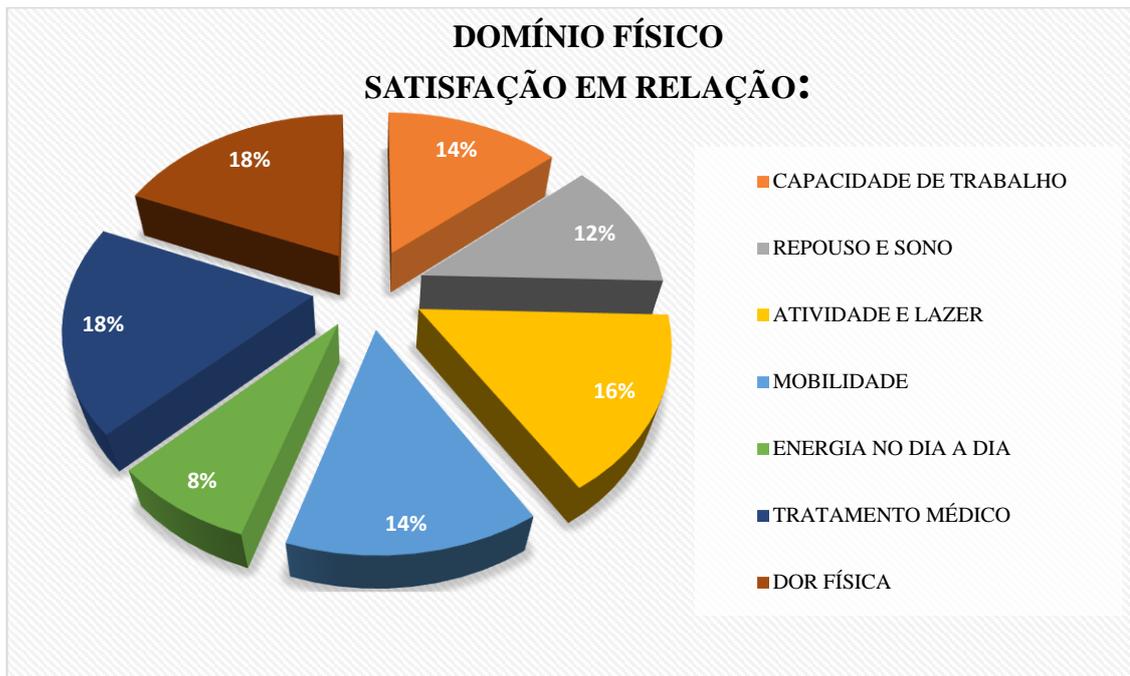
decorrência da retirada parcial ou total da mama, principalmente se a paciente possuir menos idade, diante disso, fazem-se necessários acompanhamento e assistência prestada à paciente mastectomizada, com o intuito de minimizar os impactos ocasionados pela retirada da mama (DIAS, MIRANDA e VALE, 2017).

4.2 QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS

A avaliação contou com a escala de qualidade de vida De *World Health Organization Quality Of Life Group (Whoqol)-BREF*, a primeira questão refere-se à QV de modo geral e a segunda, à satisfação com a própria saúde. As outras 24 estão divididas nos domínios físico, psicológico, das relações sociais e com o meio ambiente. A avaliação dos itens seguiu o índice de qualidade de vida enumerados em cinco a seguir: Nada-01; muito pouco-02; Médio-03; Muito-04 e Completamente-05.

A qualidade de vida das mulheres foi o fator que prevaleceu nesta pesquisa, e foram analisadas de forma individual as questões aplicadas nas entrevistas; as questões foram compostas de classificação de 1 a 5, onde 5 é a melhor resposta e foram apresentados os domínios que mais se destacaram, como aparece no gráfico 01 que apresenta a avaliação dos fatores preponderantes a qualidade de vida em relação ao domínio físico.

Gráfico 1- Satisfação em Relação Domínio Físico. Região Norte do Mato Grosso. 2021



Fonte: autoria própria, 2021.

De acordo com o exposto do gráfico 01, o item que possui maior satisfação foi tratamento médico 18% e a dor física (18%), mas ainda precisa de um pouco mais energia para o dia a dia (8%), um fator a ser colocado em evidência nos tratamentos.

As mulheres que fazem parte desta pesquisa possuem várias atuações no dia a dia o que gera muitos desafios, principalmente para as mulheres que passam pelo processo de mastectomia, onde viver é meta mais importante. No período do tratamento, não têm a possibilidade de escolher o momento mais adequado ou o tempo necessário para reorganizar seu dia a dia e seu trabalho, nesse sentido o retorno às atividades do lar e do trabalho é gradativo (BARBOSA; SANTOS; RODRIGUES, 2018).

Percebe-se boa satisfação quanto ao tratamento médico, uma pesquisa semelhante realizada com em publicação em bases de dados (PubMed e Cochrane) e foram averiguado 440.554 citações relativas a satisfação com o tratamento e os resultados apontam os estudos que as pacientes que fizeram a mamoplastia após tratamento mastectomia ou que no momento da realização da mastectomia realizou a reconstrução da mamária, enquanto outras mulheres tardiamente apresentaram maior grau de satisfação, comparado com as que já saíram do centro cirúrgico com as mamas reconstruídas, isto deve-se pelo fato da mulher quando faz a mamoplastia algum tempo depois da mastectomia sente como é necessário, esteticamente, ter os seios e quanto faz a mamoplastia sente mais satisfação, enquanto que quando a mamoplastia

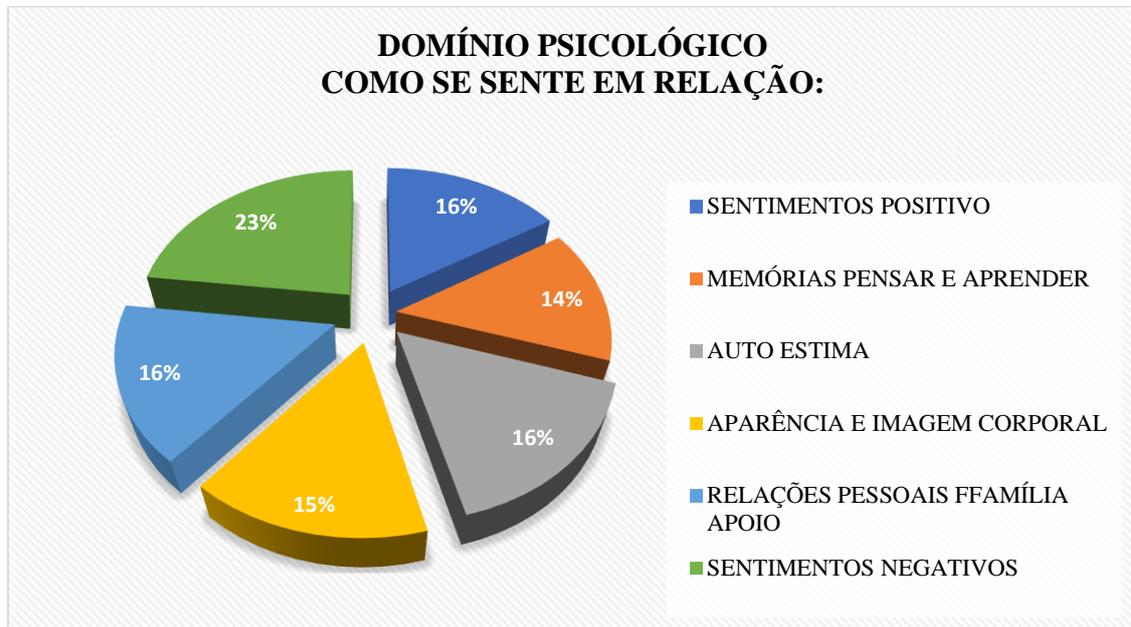
e feita no momento da mastectomia a paciente compara o seio antes e depois e não teve a sensação de não tê-los (PEREIRA et al, 2019).

Também apresentam mais satisfeitas quanto a dor física, que possibilita melhora após o tratamento. Uma pesquisa semelhante com 14 mulheres, da “associação das amigas Viva a vida” compelidas ao procedimento, as quais relataram emoções de desespero, tristeza, chateação, horror e medo de não sobreviver e posteriormente, ao procedimento cirúrgico foi observado sentimentos de diminuição de dor e limitação de movimentos, aumento de auto estima e diminuição do sofrimento, ao mesmo passo que é identificado em algumas mulheres sensações de alegria e alívio por saber que a doença foi retirada do seu corpo, e a satisfação de que a cirurgia de mastectomia auxilia na manutenção e revigoração para o estabelecimento da saúde física e mental (Lima et al., 2018).

Gomes et al. (2016), por meio de revisão de literatura, foi relatado observações positivas no período pós-cirurgia, referentes à prática de exercícios físicos, antes da cirurgia não conseguiam fazer exercício devido a limitações e dores, contudo a prática de atividade física para a redução de limitação articular, linfodema, alterações posturais, aderência tecidual da área cirúrgica, proporcionado aumento da disposição, ânimo, energia e bem-estar, benefício nas articulações, melhora dos movimentos dos braços e ombros, fortalecimento dos músculos, auxiliando assim na melhoria da capacidade funcional, qualidade de vida e logo, na reabilitação pós-mastectomia.

Percebe-se o impacto que o domínio físico pode causar, gerando principalmente melhora nos quesitos médicos e físicos, mas ainda deixando a energia e disposição um pouco comprometidas. O gráfico 2, descrito abaixo, apresenta o domínio psicológico.

Gráfico 2 - Satisfação em relação ao domínio psicológico. Região Norte do Mato Grosso. 2021



Fonte: autoria própria, 2021.

No gráfico 02, que se refere ao domínio psicológico, percebe-se que: o item com menor índice são a memória de ressignificação, pensar e aprender (14%), e o item com maior satisfação é: sentimentos negativos, com resultado de (23%), como adaptação cotidiana conviver com os sentimentos negativos frequentes tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão.

Após o processo cirúrgico, apesar a mutilação, o fato de ter vencido a doença, após a cirurgia, proporciona uma certa positividade para essa mulher, inclusive dando impulso para serem referência motivadora ou incentivadora de outras que necessitem de passar pelo mesmo processo; seja relatando sua luta e consequente vitória perante a batalha contra o câncer de mama e em engajamento em grupos de apoio (DUJMOVIĆ et al., 2017).

A ressignificação de comportamentos e pensamentos proporcionará um aprendizado produtivo, quando bem direcionado, pois o contrário pode causar situações conflitantes e psicologicamente desestabilidade de cognição levando a quadros de alto níveis de stress, e mudança de comportamento (LEMOS, 2017).

Com a pesquisa realizadas em Teresina no Piauí e com mulheres que atenderam os critério da pesquisa, foram 12 mulheres com o diagnóstico do câncer e na contemporaneidade, este tipo de diagnóstico gera angústia, medo da morte em decorrência do diagnóstico da doença,

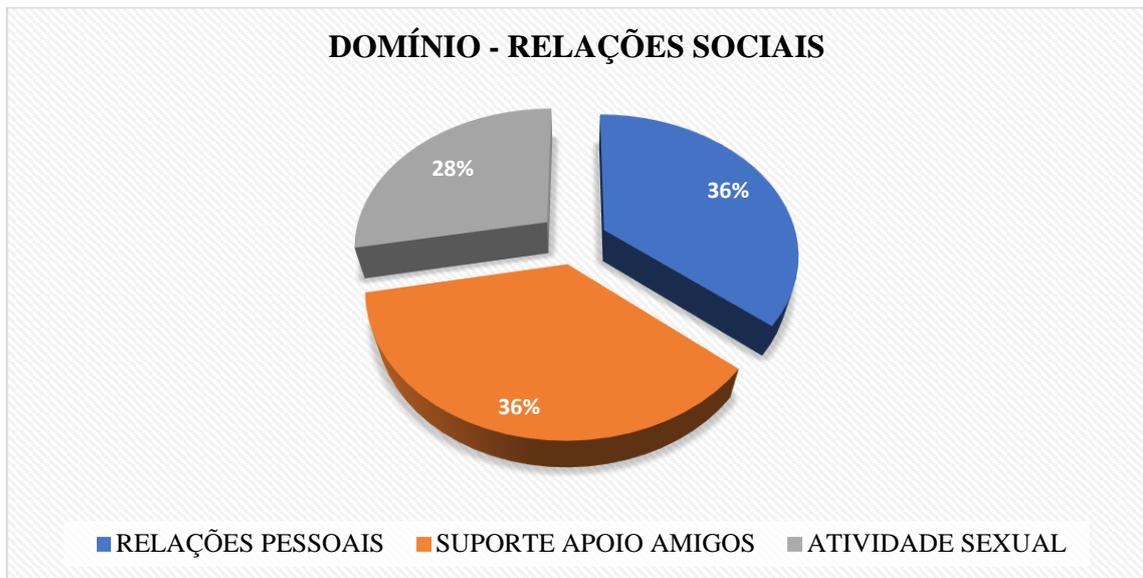
saber que este tipo de enfermidade pode causar morte, mutilação, dor, impossibilidade de trabalhar, diminuiu consideravelmente a autoestima, afeta o psicológico, o psicossocial, esteticamente muda a estrutura do corpo por se tratar da mama que representa a feminilidade, quando confirmada o diagnóstico as pessoas não estão preparadas informacionalmente, portanto a angustia e o medo são potencializados (ROCHA et al, 2019).

O estudo abrange o biênio 2018-2019 e o número preciso da estimativa é de 582.590 casos novos de câncer: 282.450 em mulheres e 300.140 em homens. Contudo o medo da morte, da mutilação, dor, incertezas, angustias, sofrimentos, incertezas no procedimento cirúrgico., constrangimentos, sentimentos de vergonha e da discriminação, interfere significativamente nas relações sociais, familiares e conjugais, ao trazer uma qualidade de vida insatisfatória, diante deste quadro de diagnóstico, as mulheres vivenciam um mundo de sentimentos negativos associado pelo diagnóstico de mastectomia, mas o sentimento que mais sobre saí á o medo da morte, contudo, as mulheres em sua grande maioria deposita toda sua confiança na fé, na família e no tratamento (BRASIL, 2018).

O estudo revela que em relação aos estudos comparado existem uma barreira de desinformação quando a mulher recebe o diagnóstico de mastectomia, e como as falas destas mulheres que dizem “abre o chão embaixo dos pés”, isto significa medo de morrer é o sentimento que chega em primeiro lugar, com o tratamento vai surgindo vários outros medos, mais o apoio da equipe de saúde, as informações sobre o tratamento e a cura faz com que elas comecem a ter uma melhor perspectiva de vida, o apoio familiar é imprescindível, contudo a baixa estima, as dores, as limitações, o afastamento do convívio social, a impossibilidade de trabalhar ou o baixo rendimento faz com que se sintam incapazes, mas depois do procedimento da mastectomia realizado a auto estima vai retornando aos poucos.

O gráfico 3, descrito abaixo, apresenta o domínio das relações sociais.

Gráfico 3 – Domínio nas relações sociais Região Norte de Mato Grosso. 2021



Fonte: autoria própria, 2021.

As relações sociais no contexto do período do diagnóstico em diante, conforme o gráfico 03 aponta que a atividade sexual é a menor taxa apontada com (28%) em relação aos itens relacionados nesta questão que são (36%) relações pessoais e (36%) suporte de apoio e amigos, a afetividade e carência influenciou nesta resposta, como aponta os resultados, sendo considerados satisfatório.

Os relatos apresentados na pesquisa corroboram com Schmidt et al. (2019), sobre a atividade sexual as mulheres vivenciaram experiências positivas, após o procedimento cirúrgico, com a normalidade da vida sexual, que anterior a cirurgia havia desconforto causados pela dor, stress e limitações de movimento.

Após a mastectomia, as mulheres podem apresentar dificuldades em sua vida profissional, social, familiar e sexual, ocasionado pela perda do seios no processo de mastectomia, e mesmo antes do procedimento, ainda no período de tratamento, as mulheres afastam-se do convívio social devido ao cuidados com o tratamento, a dor, sentimento de rejeições, mudança de humor, como relata Montanari (2019), em sua pesquisa realizada com 58 mulheres provenientes da Unidade de Mastologia do Hospital Amaral Carvalho de Jaú, em Botucatu e atendidas pelo SUS (Sistema Único de Saúde).

Na pesquisa de Hirschle (2016), fizeram parte de sua pesquisa 20 mulheres que fazem parte de ONG na área urbana de João Pessoa _PB e de forma geral, pode-se dizer que o tratamento repercute na imagem corporal das mulheres, em sua libido e na sua fertilidade, ocasionando grande impacto, pois além da dor e do desconforto decorrentes da doença e do seu

tratamento, ocorrem mudanças de ordem física, psíquica, mas após a mastectomia, com relação a atividade sexual, “todos os participantes da amostra referiram possuir vida sexual ativa, esse dado é importante, devido ao interesse da pesquisa em investigar os aspectos relacionados a satisfação sexual” antes e após a cirurgia da mastectomia.

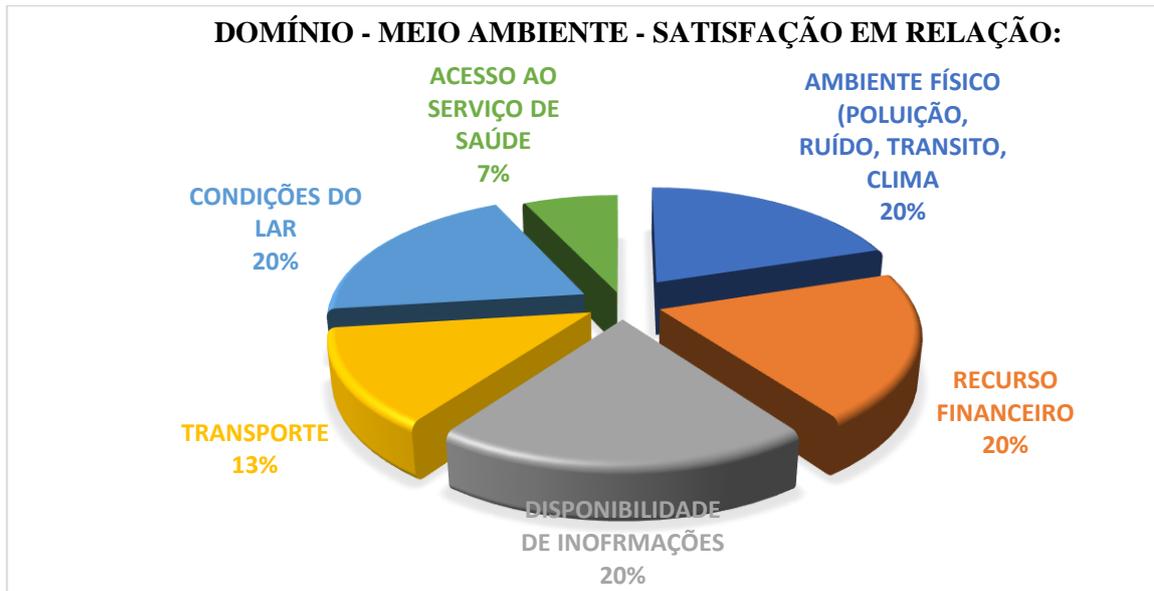
O apoio dos amigos, companheiro de trabalhos tem ajudado no conforto emocional, porém o apoio familiar e conjugal por estarem fazendo parte da vida cotidiana da mesma tem sido fator primordial no apoio afetivo desde o diagnóstico, durante o tratamento e no pós-operatório, pois a família e a base de sustentação emocional, financeira (GALDINO et al, 2019).

No estudo de Maranov (2019), realizado com 10 mulheres na região de Chapecó relata que a forma de como a mulher vai lidar com sua vida social depende de como era a sua história no contexto da vida social, econômica e familiar, mesmo que tenha uma história de vida ativa na sociedade, após o processo de mastectomia vai necessitar se reabilitar através de processo de readaptação ou reaprendizagem, se redescobrir é a melhor maneira dentro do contexto familiar e social.

De acordo com os relatos das pesquisas, acima citadas e o resultado da pesquisa aqui em questão, percebe-se que o a fragilidade sentimental, psicológica e física da mulher convalescente necessita de conforto, carinho, compreensão, paciência, pois a rotina e totalmente afetada na família, assim também ocorre na vida social e com um certo agravo, por que os amigos se afastam, as vezes tentando não incomodar e em muitas vezes por não entenderem o sofrimento da pessoa, e na vida conjugal também tem o agravo da descontinuidade da relação sexual antes da mastectomia devido ao processo de tratamento e das dores da mesma, mas após o processo de mastectomia as mulheres afirmam que a vida sexual segue sua normalidade; também busca ter uma vida social compatível com a sua rotina.

O gráfico 4, abaixo, apresenta a relação ao meio ambiente.

Gráfico 4 – Satisfação em relação ao meio ambiente - Região Norte de Mato Grosso. 2021



Fonte: própria, 2021.

No gráfico 04, percebe-se que o índice menos pontuado foi o acesso ao serviço de saúde (7%), pois a desinformação tem sido um entrave entre o diagnóstico e tratamento, porém fica comprovado que a disponibilidade de informação tem relevância positiva (20%), contudo a informação aconteceu após o diagnóstico e no período de tratamento, fica evidente que necessita de mais campanhas para que estas desmistificação de exames possam acontecer mais frequência, os itens ambiente físico, condições no lar e recurso financeiro tiveram a mesma pontuação (20%), já o transporte não teve boa relevância (13%) por se tratar de localidades que não possui ônibus urbano e facilidade de locomoção veicular.

Para Santana et al, (2016), a definição de contextos intersubjetivos geradores de vulnerabilidade articulado com a de contextos financeiro acentuam a para além da necessidade financeira soma-se a importância da reinserção social dessa mulher, que traz consigo uma seqüela de cirurgia muitas vezes mutiladora e que pode, através do trabalho, restabelecer sua autonomia e capacidade produtiva.

Estudos apontam que no Brasil, onde o câncer de mama é o principal tipo de neoplasia maligna que afeta as mulheres, e afirma que o Ministério da Saúde preconiza, desde 2004, o exame clínico anual para mulheres assintomáticas a partir dos 40 anos de idade e a mamografia bienal para as mulheres entre 50 e 69 anos e recomenda ações mais intensas aos grupos de risco; em 2009 foi implantado o sistema de informação de controle de câncer de mama, para

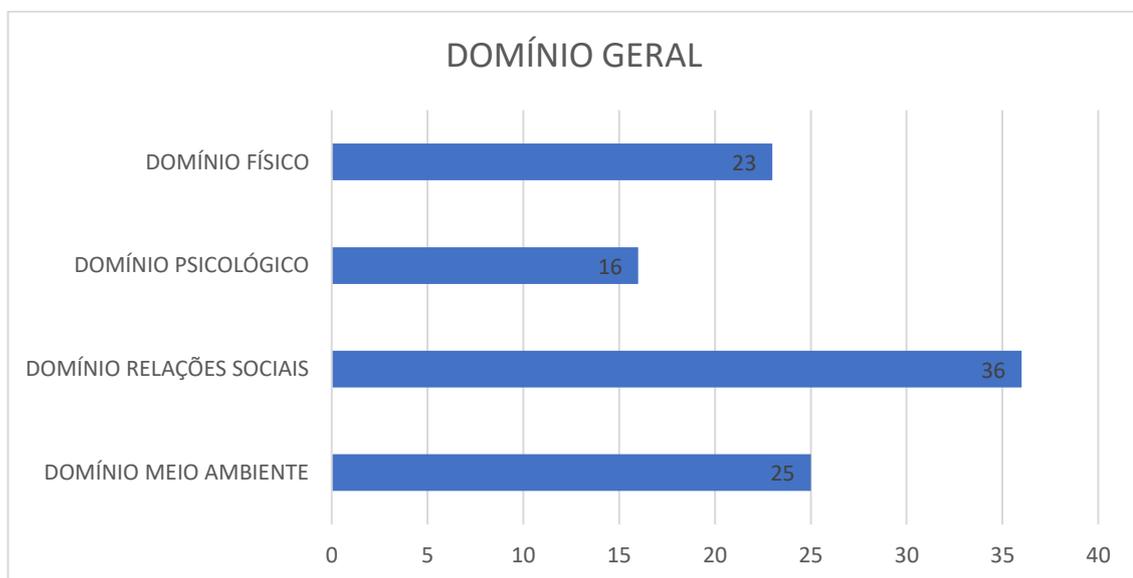
padronização de atendimento e serviços a nível nacional, permitindo assim ações de controle, contudo como serviço público pressupõe a morosidade dos acessos ao serviço (SILVA, 2016).

Os pacientes alteram seu estilo de vida e atividades laborais para se adaptar ao tratamento, familiares dos pacientes buscam mudanças de funções assimilando responsabilidade para cuidarem da pessoa com comorbidade, tornando-se um apoio imprescindível a paciente, proporcionando melhor qualidade de vida (DIAS 2016).

Os estudos corroboram com o resultado da pesquisa, apontando as mesmas inconformidades, onde o setor que administra as situações de diagnósticos de câncer necessita de ser potencializado para que mais pessoas possam ter acesso ao serviço mais facilidade ao serviço de diagnósticos e tratamento, contudo o transporte requer atenção pois a região onde foi coletado os dados da pesquisa não possui transporte coletivo nas situações pontuais como vida econômica, ambiente físico e vida familiar as ponderações estão na mesma frequência, entendendo que há certa normalidade nestes itens.

O gráfico 5, descrito abaixo, apresenta as características gerais de todos os domínios.

Gráfico 5 – Perspectiva geral dos Domínios. Região Norte de Mato Grosso. 2021



Fonte: autoria própria, 2021.

No gráfico 05, onde a representação de domínio geral acentua as áreas correlacionada com a vivência do dia a dia das entrevistadas, lembrando que neste gráfico é a média de todas as respostas.

Percebemos que o pior item foi das relações sociais, com 36% apenas de envolvimento.

O diagnóstico de câncer ocasiona uma ruptura na rotina da pessoa, segundo Silva (2016), proporciona um transtorno na vida pessoal e psicológica da pessoa, além de muito sofrimento, dor, rejeição e incapacidade, acarreta um enorme choque de realidade e custo, além de muito sofrimento físico e psicológico, também afeta a família da pessoa com diagnóstico, pois altera toda a rotina da família para proporcionar melhor suporte e atenção no cuidado ao tratamento.

O item melhor avaliado reflete no domínio físico 23% seguido do psicológico com 16%, ressalta que a psicologicamente as entrevistadas têm autocontrole e certeza de restauração da saúde.

Para Montanari (2019), o diagnóstico de câncer e a necessidade de realizar a mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta, descontruindo psicologicamente os sonhos e colocando a realidade de forma avassaladora, momento em que a pós-cirurgia, os vínculos afetivos, familiares, amigos e sociais precisam ser fortalecidos proporcionando qualidade e confiança para um novo recomeço.

No estudo de Galdino et al (2017), em sua pesquisa na Paraíba com 53 mulheres, os relatos sobre o tratamento e a recuperação das pacientes foram bem-sucedidos devido ao apoio familiar que se dispuseram a superar em conjunto as dificuldades enfrentadas pela paciente, proporcionado afeto, atenção e muitos cuidados em relação a paciente, os conjuge e os filhos foram preponderantes na recuperação seguiu dos pais, a vida social volta a se desenvolver mediante ao envolvimento da paciente com a comunidade.

Segundo estudo de Araújo et al. (2016) o apoio familiar ampara a compreensão da doença, auxiliando nas buscas de informações sobre a doença e tratamento, este apoio faz com que a pessoa convalescente tenha diminuição de ansiedade, medo, raiva, culpa e dor que são sentimento que surge ao longo do tratamento.

Com muita resiliência as mulheres diagnosticadas com câncer de mama e que passaram por tratamento e mastectomia, apesar da dor, sofrimento, limitações, rejeições e muitas vezes com o humor totalmente abalado, buscaram força e determinação através da força de vontade de viver, e a fé é um aliado importantíssimo destas mulheres como descrevem nos seus relatos, o amor pelos filhos e pela a família fazem com superem todas as dificuldades e sofrimento.

4.3 PERCEPÇÃO DAS MULHERES SOBRE A MASTECTOMIA

Em relatos apresentados pelas entrevistadas, identificamos as personagens com letras M e números, sendo: M1, M2, M3 e sucessivamente. Foram colocadas as falas de maior destaque e a questão que resultou as respostas foi: Qual foi a sua reação ao saber que seria necessário realizar o procedimento de mastectomia?

M1- “Reação foi mais ou menos normal, pois já trabalhava na área, mas minha vontade era tirar o mais rápido possível. ”

M2 – “Assustadora, mas com fé e certeza que com DEUS tudo é possível. ”

M3 - O médico disse para eu ir em Cuiabá para retirada parcial da mama, preparei meu psicológico e fui. ”

M -4 Normal, não sou muito ligada no aspecto físico, DEUS tem um propósito para cada um de nós”

M-5 “No início a gente se desesperava, mas depois foi se acalmando e ver que precisa ter forças para enfrentar. ”

M – 6 “No primeiro momento não acreditei, um buraco foi aberto na cabeça, a única coisa que pensava que ia morrer”

M – 7 “Ao receber o diagnóstico fiquei sem chão. ”

Conforme o relato das mulheres, em sua maioria tiveram medo, ansiedade, porém após o início do tratamento e recebendo as informações necessárias através da equipe de saúde, e exercitando a fé, conseguiram superar e sobressair com saúde, apesar da mutilação.

Ao sentir falta de apoio familiar, gerou sentimento de incapacidade e após a cirurgia faltou até mesmo compreensão da sociedade sob julgamento de incapacidade, o que denota um quadro de relacionamento disfuncional, procurando obter aceitação das pessoas mais próximas principalmente o conjugue, estes comportamentos e sobrecarregado de mudança de afeição e humos devido a fase em que está vivenciando, onde a pessoa não controla o seu meio e o seu estereótipo também está abalado com o procedimento invasivo (GERALDINO et al, 2017).

Lima (2021) em sua pesquisa relata que “ perante toda a extensão causada na vida das mulheres, resultante do diagnóstico e do tratamento radical, foram notadas nas falas, expressões e ações que a fé em Deus e a contribuição da família e dos amigos mostraram-se fortes aliadas no enfrentamento da doença, haja vista, que o conforto, confiança, suporte, consolo e fortaleza

contribuem para que o processo de aceitação da doença e o encorajamento e perseverança do tratamento não sejam vistos como algo impossível.”

Contudo as pessoas que passam pelo processo de mastectomia expressa descontentamento com o as formas físicas do próprio corpo. Em alguns casos apresenta rejeição ou repressão quando relacionados aos impulsos sexuais com o pretexto de não ser capaz de obter e proporcionar prazer a dois (*Ibidem*).

Devido as dores e as limitações de movimento físico, esses problemas, justifica-se o fato de não desenvolverem um sono adequado, e com isso o corpo passa a não responder perfeitamente durante o dia, o que leva a um mau desempenho no trabalho e aos transtornos de humor (CARDOSO et al., 2017).

Pereira (2017), relata que as mulheres mastectomizadas, sofreram a alteração na estética e os laços afetivos ficaram muito mais fortes e presentes potencializando a qualidade de vida, a vida conjugal tem se apresentado na normalidade inclusive com a vida sexual ativa, relata as entrevistadas.

Na questão da sexualidade, foi perguntado sobre a vida sexual após a mastectomia, elas responderam que:

M-15 – “Afetou somente durante o tratamento, por ser uma situação muito difícil.”

M – 16 “tive muito apoio do meu marido ele sempre me fez sentir-se segura.”

M – 9 “apesar de não ter mama, consigo levar a minha vida sexual normalmente”

M – 4 “olha por incrível que pareça até me casei de novo.”

M- 2 “insegura”.

Após a mastectomia, a mulher passa por um período de vulnerabilidade emocional marcada por percepções negativas associadas à autoimagem e, por conseguinte na autoestima, refletindo em problemas nas relações sociais e nas relações conjugais afirmam estarem satisfeitas (Pereira, Gomes e Oliveira, 2017).

Alguns relatos das entrevistadas, a família foi uma ancora de apoio desde os diagnósticos até o presente dia, filhos, conjugue, pais e irmãos sempre procuram a ajudar e a entender as dificuldades, o afeto o carinho também teve forte influência na perseverança ao contínuo e doloroso processo de tratamento e as suas falas em relação a esta pergunta: de onde veio o maior apoio quando realizou a mastectomia?

M-6 “minha mãe e meu filho, porque meu marido separou de mim e disse que não era médico para cuidar de doente.”

M-7 “família.”

M1-13 “profissionais, médicos e enfermeiros.”

M – 5 “filhos E família.”

M – 16 “tive apoio muito grande do meu marido, meus filhos e parte dos amigos.”

As entrevistadas relataram por ser um tratamento estético e devido à complexidade dos tratamentos optaram por ainda não realizar o procedimento, ainda que sua vida social tenha peso nas decisões, algumas relatam que estando bem consigo mesma já era o suficiente, pois a vida sexual estava normal.

Contudo nos relatos das entrevistadas percebe-se que elas possuem algum tipo de crença religiosa, e através da fé (como forma de mentalidade positiva) tem ajudado a superar as dificuldades e terem êxito no tratamento e recuperação; embora todas as entrevistadas relatam ser religiosa é um elemento importante na construção das representações sociais das pessoas, que facilitará a aceitação da doença, o seu tratamento e o aumento da esperança, repercutindo dessa forma no processo saúde-doença. Reverberando como amparo espiritual responsável por gerar sentimentos positivos como a força e a confiança para amenizar o sofrimento e enfrentar momentos difíceis (Santana, 2016).

Os laços familiares, em momentos de dificuldades, onde a vida é o fator principal, tem se apresentado como pilar na sustentação da busca pela solução do problema enfrentado, é como se todos da família estivesse com o mesmo diagnóstico, contudo a rotina e psicológico de todos ficam abalados, mas a determinação a pessoa somado a resiliência e a vontade de viver, faz com que a família ganha mais união, e o amor é o que move os sentimentos e conseqüentemente superam as expectativas e recebem a cura.

CONCLUSÃO

O estudo relata que a idade entre as entrevistadas, que mais tiveram ocorrência de diagnóstico foram dos 30 aos 40 anos seguido das idades 50 a 60 anos, os resultados apontam que nesta idade a maioria das entrevistadas são casadas e com filhos, são pessoas mais experientes, com conhecimento da vivência dia a dia com a família muitas trabalham, por tanto o impacto do diagnóstico foi acentuado, mas o apoio da família foi fundamental, exceto um comentário de uma entrevistada que relatou que o marido disse “não sou médico para cuidar de doente” e pediu separação conjugal.

Dentre as mulheres que participaram desta pesquisa, a maioria eram casadas e relatam em sua maioria que o marido teve papel fundamental durante o período de convalescença, e que os filhos foram pontos que incentivaram a prosseguir lutando e acreditando que dias melhores chegariam, em relação aos pais sempre total e incondicional apoio.

No entanto, grande das entrevistadas foram realizados o procedimento de mastectomia nos cinco primeiros anos de tratamento, e com apenas algumas das entrevistadas realizaram o procedimento estético.

As qualidades de vida destas mulheres foram severamente afetadas, porém com muita determinação estão prosperando em seus tratamentos em meios a muitas dores e sofrimentos, muitas vezes incompreendidas, mas continuam seguramente eles desenvolveram psicologicamente, um padrão de vida de muita superação, elas possuem pouco recursos financeiros, outras havia falta de estrutura familiar, outras sofriam com a rejeição familiar e preconceito da sociedade, mas todas foram resilientes, perseverante e vencedoras. Isto demonstra que a qualidade de vida mesmo sendo afetada fez com que a superação prevalecesse na vida, contudo o tratamento público teve êxito, mas precisa de disseminação de campanha de câncer de mama, de mais agilidade entre o diagnóstico e o tratamento e potencializar os resultados para gerar confiança nas pacientes.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, A. R. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH, versão impressa** ISSN 1516-0858 Rev. SBPH v.9 n.2 Rio de Janeiro dez. 2006.
- ALVES, L. V. et al. **Avaliação precoce da qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não à reconstrução mamária.** Instituição: Universidade Federal de São Paulo, São Paulo, SP, Brasil. Artigo submetido: 25/10/2016. ;32(2):208-217. *Rev. Bras. Cir. Plást.* 2017
- AMORIM. M.O. et.al. **Câncer de mama: Reprogramação do metabolismo tumoral.** Universidade FUMEC Faculdade de Ciências Humanas, Sociais e da Saúde. Rev. Médica de Minas Gerais. Apr.27/04/2018.
- ARAÚJO, Marcela Rufino. As consequências da mastectomia: enfoque físico e psicológico. **Fisioterapia Ser.** vol. 11 - nº 4 ã 2016. Disponível em: https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/56535763/FisioSER_44-with-cover-page-v2.pdf?Expires#page=9; acesso em: Set. 2021.
- ANDRADE. S. A. F. **A importância do autoexame e exame clínico das mamas.** Ver. Unilus Ensino e Pesquisa. Vol. 11. Nº.23. Ano,2014 ISSN,2318-2083.
- AZEVEDO. R.F; MENDONÇA.R.L. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. Brasília. **Rev. bras. enferm.** Ano,Nov./Dez.2010. Vol.63 nº 6.
- BARBOSA, Anna Raquel dos Santos; SANTOS, Adriana Nazário dos; RODRIGUES, Tatyane Silva. Experiência de mulheres que realizaram histerectomia: revisão integrativa. **Revista UNINGÁ, Maringá,** v.55, n.2, 2018
- BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Estimativa 2018 - **Incidência de Câncer no Brasil.** Rio de Janeiro: MS/INCA; 2018. Disponível em: <https://rbc.inca.gov.br/revista/index.php/revista/article/view/115>; acesso em: Out.2021.
- BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. INCA – INSTITUTO NACIONAL DO CANCER. **Causas e prevenções,** 2021. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/alimentacao/amamentacao>; acesso em: Set. 2021.
- BRITO. L. M. O. et.al. Conhecimento, prática e atitude sobre autoexame das mamas de mulheres de uma cidade do Nordeste do Brasil. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Vol.32 nº 5. Rio de Janeiro, 2010.
- CALAS. M. J. G. **Uma proposta de classificação ecográfica mamária.** Ver. Bras.Ginecol. Obstet. Vol.27 no.9 Rio de Janeiro. Ano, 2005.
- CARDOSO.A. L. et.al. Acesso a medidas de detecção precoce do câncer de mama por mulheres em tratamento oncológico. **Rev. Enferm.** UFSM. Ano,2017. Abr./Jun.; 7(2):276-290.

CESNIK, V. M.; SANTOS, M.A. Mastectômica e Sexualidade. Artigo Submetido em 2012. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. **Psicol. Reflex. Crit.** vol.25 no.2 Porto Alegre ano, 2012.

CEZARA, K. NASCIMENTO, C. P. A. **Qualidade de Vida de Pacientes Pós-Mastectomizadas em Reabilitação Oncológica.** UNOPAR, Cient Ciênc Biol Saúde 2014;16(1):29-32.

CHALA. L.F. BARROS. N. **Avaliação das mamas com métodos de imagem.** Radiol. Bras. Ano, 2007; 40(1):IV-VI.

Dias, M. L. D. M., Andrade, J. M. L., Castro, M. B. D., et al. **Análise de sobrevivência de cadela com tumores mamários após mastectomia:** aspectos epidemiológicos, clínicos e morfológicos. *Pesquisa Veterinária Brasileira*, 36(3), 2016. Disponível em: <http://www.ead.unimontes.br/multitexto/index.php/rmcead/article/view/177>; acesso em: Set. 2021.

DUARTE, P. T; ANDRADE, N. A. D. **Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade.** Estudos de Psicologia 2003, 8(1), 155-163.

DUARTE, Cláudia da Silva. Et al. Qualidade de vida de mulheres submetidas à mastectomia: um estudo bibliográfico frente ao impacto biopsicossocial. **Revista Científica Multidisciplinar Núcleo do Conhecimento.** Ano 04, Ed. 05, Vol. 05, pp. 109-123 Maio de 2019. Disponível em: <https://www.nucleodoconhecimento.com.br/saude/impacto-biopsicossocial>; acesso em set. 2021.

DUJMOVIĆ, A *et al.* **Quality of Life and Depression Among Female Patients Undergoing Surgical Treatment for Breast Cancer: A Prospective Study.** Croatia, 2017. Disponível em: DOI: 10.24869/psyd.2017.345. Acesso em: Jul. 2021.

FARIA, C. N. et al. ajustamento psicossocial após mastectomia - um olhar sobre a qualidade de vida. **PSICOLOGIA, SAÚDE & DOENÇAS**, 2016, 17(2), 201-213 EISSN - 2182-8407 Sociedade Portuguesa de Psicologia da Saúde - SPPS - www.sp-ps.com DOI: Disponível em : <<http://dx.doi.org/10.15309/16psd170208201>>. Acesso em Ago. 2021.

FERRAZ, Angela Mari Nogueira.; **Avaliação da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.** Dissertação de mestrado; Universidade Federal do Rio Grande do Sul; 2009. Disponível em: <https://www.lume.ufrgs.br/handle/10183/15929>; acesso em Set. de 2009.

GALDINO, A. R.; PEREIRA, L. D. A.; COSTA NETO, S. B.; BRANDÃO-SOUZA, C.; AMORIM, M. H. C. Qualidade de vida de mulheres mastectomizadas matriculadas em um programa de reabilitação Quality of life of mastectomized women enrolled in a rehabilitation program. **Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online**, [S. l.], v. 9, n. 2, p. 451–458, 2017. Acesso em: Set. 2021.

GOMES, Tiago José Nardi. et al. Os efeitos dos exercícios físicos na capacidade funcional de pacientes submetidas à mastectomia: uma revisão literária. **Revista Contexto & Saúde**, Volume 16, Número 31, 2016.

HIRSCHLE, Tamiris Molina Ramalho. **Mulheres mastectomizadas e seus parceiros: representações sociais do corpo e satisfação sexual**. UFPB - João Pessoa – PB, 2016.

Disponível em:

<https://www.scielo.br/j/tpsy/a/gWV3kfDqxTdjFVJjM7j66TS/abstract/?lang=pt>; acesso em: Out. 2021.

INSTITUTO NACIONAL DO CÂNCER. **Physician Data Query (PDQ)**. Tratamento do câncer de mama - versão do paciente. 2019. disponível em:

<https://www.cancer.gov/types/breast/patient/breast-treatment-pdq>; acesso em Set. 2021.

IZYDORCZYK, Bernadetta et al. Resiliência Psicológica como Fator de Proteção da Imagem Corporal em Mulheres Pós-Mastectomia com Câncer de Mama. *International journal of environmental research and public health* vol. 15, 2018. Disponível em:

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29874874/>; acesso em: Set. 2021.

KIM. D.D. et.al. **Saber é prevenir: uma nova abordagem no combate ao câncer de mama**. Ciência e Saúde coletiva. 15(Supl.1): 1377-1381, Ano,2010.

KOCH. H. A. **Ultrassonografia mamária: avaliação dos critérios ecográficos na diferenciação das lesões mamárias**. Radiol. Bras. V.40 n.1. São Paulo. Ano, Jan./Fev.2007.

LIMA, Maria Monica.; LEITE, Kamila Nethielly Souza.; SANTOS, Mona Lisa Lopes dos.; CÉSAR, Erta Soraya Ribeiro.; NASCIMENTO, Talita Araújo de Souza, Bruno Bezerra do.; Joseli Pereira Barboza, & Tamires Marques Dantas. "Sentimentos vivenciados pelas mulheres mastectomizadas." **Revista de Enfermagem UFPE**, 12.5 (2018): 1216-1224. Web. 3 Out. 2021.

LIMA, Valéria Fernanda da Silva. et al.; Feridas invisíveis: Os impactos da mastectomia na autoimagem da mulher. *Research, Society and Development*, v. 10, n. 4, 2021.

MARANOV, Maraisa. Et al. **Após a mastectomia, o que esperar da vida pessoal, familiar e profissional?** 2019. Disponível em:

<https://portalatlanticaeditora.com.br/index.php/enfermagembrasil/article/view/1381/html>; acesso em: Out. 2021.

MAJEWSKI, J. M. et. al. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. **Revista. Ciência e Saúde coletiva**. 17(3):707-716. Ano, 2012.

MIGOWSKI.A. et.al. **Diretrizes para detecção precoce do câncer de mama no Brasil. II - Novas recomendações nacionais, principais evidências e controvérsias**. Saúde Pública. Vol.34 no .6. Rio de Janeiro. Ano, 2018.

MONTANARI, Natalia. **Estudo comparativo entre o impacto do diagnóstico e a mastectomia em pacientes de diferentes faixas etárias, sob o ponto de vista psicológico**. Dissertação de mestrado - Faculdade de Medicina, Universidade Estadual Paulista “Júlio de Mesquita Filho”, Câmpus de Botucatu. 2019. Disponível em:

https://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/181468/montanari_n_me_bot.pdf?sequence=4&isAllowed=y; acesso em Setembro,2021.

MULLER. M. C. **A prática do autoexame das mamas em mulheres de uma comunidade universitária**. Psico-USF. V.10, n.2, p. 185-190. Ano, Jul./Dez.2005. v.9, n.2. Ano. Jul./Dez.2004.

ROCHA, Camilla Brasil. et al. Sentimentos de mulheres submetidas à mastectomia total. **Rev. Cuid.** vol.10 nº.1, Bucaramanga Jan./Apr. Nov 04, 2019. Disponível em: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2216-09732019000100208; acesso em: Out. 2021.

SANTANA, Clarice Silva. et al. Geração de trabalho e renda como estratégia de Promoção da Saúde: o caso das mulheres mastectomizadas em Nova Iguaçu, RJ, Brasil. **Ciência e saúde coletiva** vol.21 nº 6, jun. 2016. Disponível em: <https://www.sanarmed.com/artigos-cientificos/geracao-de-trabalho-e-renda-como-estrategia-de-promocao-da-saude-o-caso-das-mulheres-mastectomizadas-em-nova-iguacu-rj-brasil>; acesso em: Out. 2021.

SILVA Silvio Eder Dias. et al. et al. Representações sociais de mulheres mastectomizadas e suas implicações para o autocuidado. **Revista brasileira de enfermagem**, v. 63, n. 5, Brasília, set. 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/LwRZJRqH4VSN8fKshS9FRdw/?lang=pt#>. Acesso em Set. 2021.

NASCIMENTO. B. F. et.al. **Análise dos Principais métodos de diagnóstico de câncer de mama como propulsores no processo inovativo**. Arq Med. Vol.29 no.6. Porto. Ano, dez.2015.

NEVES. M. O. **A importância da investigação qualitativa no processo de formação continuada de professores: subsídios ao exercício da docência**. Rev. Do Departamento de Fundamentos da Educação da Universidade Federal do Piauí. V.2, n.1. Ano, 2015.

ONCOGUIA, **Câncer de mama: mulheres jovens não estão imunes**, 2015. Disponível em: <http://www.oncoguia.org.br/conteudo/materia-cancer-de-mama-mulheres-jovens-nao-estao-imunes/921/8/>; acesso em Set.2021.

PAIVA, B. R. A; MONTEIRO, V. A. R. C. Qualidade de vida em mulheres mastectomizadas. Rev. Investig. Bioméd. São Luís, 10(1): 30-37, 2018.

PIANA. M. C. **A construção do perfil do assistente social no cenário educacional [online]**. São Paulo, Editora UNESP; São Paulo, Cultura Acadêmica. Ano, 2009. 233. P. ISBN 978-7983-038-9. Available From Scielo Books.

PINHO.L. S. et.al. **Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença**. V.09, n.01, p.154-165. Ano, 2007.

PEREIRA, Antônio Pedro V. M. et al. Mastectomia e Mamoplastia na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista Caderno de Medicina** Vol. 2. No 1, 2019. Disponível em: <http://www.revista.unifeso.edu.br/index.php/cadernosdemedicinaunifeso/article/view/1294>; acesso em Out. 2021.

PINTO, Adrina Carvalho, GIOÓIA-MARTINS, Dinorah Fernandes. **Qualidade de vida subsequente à mastectomia: subsídios para intervenção psicológica.** Universidade Presbiteriana de Mackenzie, 2006. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rsbph/v9n2/v9n2a02.pdf>; acesso em Set. 2021.

PORTO, T. A. M; TEIXEIRA, A. L; SILVA, F. C. R. **História do Controle do Câncer de Mama no Brasil.** *Artigo submetido em 20/3/13; aceito para publicação em 28/5/13.* Revista Brasileira de Cancerologia 2013; 59(3): 331-339.

RÉVILLION. A. S. P. **A Utilização de Pesquisas Exploratórias na Área de Marketing.** V.2, n.2, p.21-37. Jul./Dez.2003.

ROCHA, D. F. J. et al. Mastectomia: as cicatrizes na sexualidade feminina. **Rev enferm UFPE on line.**, Recife, 10(Supl. 5):4255-63, nov., 2016.

ROSA. L. M. RADUNZ.V. **Do sintoma ao tratamento adjuvante da mulher com câncer de mama.** Texto Contexto Enferm. Florianópolis. Ano,2013. Jul./Set; 22(3): 713-21.

SAMIR. M. et.al. **Métodos quantitativos e qualitativos: um resgate teórico Michael Samir.** V.2, n.4, p.01- 13. Ano, 2008. ISSN 1980-7031. Sem II.

SCHMIDT, Alessandra. Et al. Experiência de mulheres hysterectomizadas acerca da sexualidade. **Escola Anna Nery**, 2019.

SILVA, A. P; RIULL, S. S. **Câncer de mama: fatores de risco e detecção precoce.** Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Curso de Graduação em Enfermagem. Uberaba-MG, Brasil. Submissão: 12-08-2010 Aprovação: 08-01-2012 Rev Bras Enferm, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1016-21.

SILVA, C. L. **Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino.** Psicologia em Estudo, Maringá, v. 13, n. 2, p. 231-237, abr./jun. 2008.

SILVA, G. A. J. **Instituto Nacional de Câncer/ Ministério da Saúde, 2014.**

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **A incidência de câncer de mama fatal mede o aumento da eficácia da terapia em mulheres participantes de exames de mamografia.** Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30411328/>; acesso em: Set. 2021.

SOUZA.J. P. et.al. **Pesquisa Qualitativa: rigor metodológico no tratamento da teoria dos custos de transação em artigos apresentados nos congressos da Sober.** Ver. Econ. Sociol. Rural. No.4. Brasília Oct./Dec. Ano, 2013. Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-20032013000400007>. Acesso em Ago. 2021.

TIEZZI, G. D. **Epidemiologia do câncer de mama.** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, 2019.

TRISTÃO, Francisco Reis. Et al. Vivências da mulher frente à hysterectomia: aspectos emocionais. **Revista Rede de Cuidados em Saúde**, 2017.

VALE. C. C. S. O. et.al. **Câncer de mama: a repercussão da mastectômica no psiquismo da mulher.** Barbacena-MG. Ano, Jul-Dez.2017-p.527-545. V.11- N.21.

APÊNDICE A

PERGUNTAS SÓCIODEMOGRÁFICAS**2. Idade:**

- 20 I----- 30 anos 30 I----- 40 anos 40 I----- 50 anos
 50 I----- 60 anos 60 I----- 70 anos

3. Estado Conjugal:

- Solteiro Casado Viúvo União estável Outros

4. Há quanto tempo realizou a mastectomia:

- 1 I----- 5 anos 5 I----- 10 anos 10 I----- 20 anos 20 I----- 30
anos

5. Nível de formação:

- Graduado Especialista Mestrado
 Doutorado Nenhum

6. Número de filhos:

- Nenhum 1 (um) 2(dois)
 3 (três) ou mais

7. Realizou reconstituição mamária:

- Sim Não

APÊNDICE B: PERGUNTAS ABERTAS

1- A quanto tempo você recebeu o diagnóstico do câncer de mama e quando realizou a mastectomia?

2- Qual foi a sua reação ao saber que seria necessário realizar o procedimento de mastectomia?

3- De onde veio o maior apoio quando realizou a mastectomia?

4- Como você acha que sua qualidade de vida foi afetada após o procedimento de mastectomia?

5- Sua sexualidade após a mastectomia está como antes?

() SIM () NÃO

Justifique:

Anexo 1: Escala de qualidade de vida de World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL)-Bref

Instruções:

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua principal escolha. Por favor, tenham em mente seus valores, aspiração, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas.

Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas duas últimas semanas. Portanto, você deve circular o número que você recebeu “muito” apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	1	2	3	④	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu “nada” de apoio.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	①	2	3	4	5

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número que lhe parece ser a melhor resposta.

		Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa
1	Como você avalia sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito.	Satisfeito	Muito satisfeito
2	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4	O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6	Em que medida você acha que sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7	O quanto você consegue se concentrar	1	2	3	4	5
8	Quão seguro você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10	Você tem energia o suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11	Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5

12	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14	Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim, nem bom.	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito, nem insatisfeito.	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito (a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
18	Quão satisfeito (a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito (a) você está	1	2	3	4	5

	consigo mesmo?					
20	Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito (a) você está com a sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito (a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
24	Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a com que frequência você se sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos	1	2	3	4	5

	negativos tais como maus humores, desespero, ansiedade, depressão?					
--	--	--	--	--	--	--

ANEXO 1 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA

DETALHAR PROJETO DE PESQUISA

– DADOS DA VERSÃO DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DAS MULHERES MASTECTOMIZADAS
Pesquisador Responsável: Fabiana Rezer
Área Temática:
Versão: 2
CAAE: 47764821.6.0000.5587
Submetido em: 05/07/2021
Instituição Proponente: Universidade Federal de Mato Grosso
Situação da Versão do Projeto: Aprovado
Localização atual da Versão do Projeto: Pesquisador Responsável
Patrocinador Principal: Financiamento Próprio



Comprovante de Recepção:  PB_COMPROVANTE_RECEPCAO_1763866