

Paula Cristina Camarinha Carvalho

Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

Paula Cristina Camarinha Carvalho

Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas

Universidade Fernando Pessoa

Faculdade Ciências da Saúde

Porto, 2012

Paula Cristina Camarinha Carvalho

Qualidade de Vida da Mulher Mastectomizadas

Atesto a originalidade do presente Projeto de Graduação,

(Paula Cristina Camarinha Carvalho)

“Projeto de Graduação apresentado à
Universidade Fernando Pessoa como parte dos
requisitos para obtenção do grau de Licenciatura
em Enfermagem”

Sumário

Este trabalho foi realizado no âmbito da Licenciatura em Enfermagem da Universidade Fernando Pessoa, e surge como o culminar de todo um processo pedagógico, que visa a obtenção do grau de licenciada em Enfermagem.

O título do presente estudo é “Qualidade de vida das mulheres mastectomizadas”, tendo como questões orientadoras “Qual o impacto causado pela mastectomia na qualidade de vida da mulher mastectomizadas?” e “Quais as intervenções de enfermagem, devem ser orientadas para as mulheres submetidas a mastectomia?”

Constituíram-se como objetivos nucleares do estudo, perceber de que forma a mastectomia afecta e altera a qualidade de vida da mulher e identificar que intervenções de enfermagem devem ser orientadas para as mulheres mastectomizadas .

De forma a dar resposta aos objetivos delineados para este trabalho, optou-se por realizar uma revisão bibliográfica e exploratória, com abordagem qualitativa.

A mastectomia é um dos tratamentos a que a maioria das mulheres com cancro da mama é submetida, sendo que os seus resultados poderão comprometer-las física, emocional e socialmente. A mutilação dela decorrente induz o aparecimento de múltiplas questões na vida das mulheres, particularmente as relacionadas com a imagem corporal. Como a mulher percebe e lida com essa nova imagem e como isso afeta a sua existência, são inquietações que se apresentam aos profissionais que se propõem prestar uma assistência integral.

Concluiu-se também, que a vivência da mastectomia é um evento de vida, que requer uma adaptação não só por parte da mulher, mas também por parte da família e sociedade em que está inserida. A qualidade de vida da mulher que, inicialmente se verifica bastante afetada, é classificada pelas próprias, após o período inicial de choque, como razoável. No entanto, possibilitou também constatar que as acções de enfermagem vão para além dos saberes e aptidões práticos, englobando necessidades do foro social e psicológico.

Abstract

This work was performed under the Graduation of Nursing at the University Fernando Pessoa, and stands as the culmination of an entire educational process aimed at obtaining a Nursing degree.

The title of this study is "Quality of life of women with mastectomies", "taking as guiding questions" What is the impact of mastectomy on the quality of life of women with mastectomies? "And" What nursing interventions should be targeted at women undergoing mastectomy? ".

Constituted as fundamental aims of the study, perceiving how the mastectomy affects and changes the quality of life of women and identify which nursing interventions should be geared towards women with mastectomies.

In order to meet the objectives outlined for this work, it was decided to conduct a literature and exploratory review with a qualitative approach.

Mastectomy is one of the treatments that most women with breast cancer are submitted, and this results may compromise them physically, emotionally and socially. The harm resulting from it induces the appearance of multiple issues in women's lives, particularly those related to body image. As the woman recognizes and deals with this new image and how it affects their lives, are concerns posed to professionals who provide a complete care.

As a result of the study it was possible to verify that despite the mastectomy prove to be a defining event in the life of the woman eventually she will be able to maintain a reasonable quality of life. However, also note that the possible nursing actions go beyond the practical knowledge and skills, encompassing the needs of a social and psychological.

The nurse must aim to help women with mastectomies to readjust to the new image, to integrate in their environment the best possible way, recognizing themselves as such.

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais e irmão por todo o amor, carinho e dedicação, por estarem sempre ao meu lado e nunca me deixarem desistir dos meus sonhos.

O meu sincero Obrigada.

Agradecimentos

Aos meus pais e irmão, meus fiéis companheiros, por me ampararem nos momentos mais difíceis, por me guiarem e me ajudarem a perseguir os meus sonhos. Obrigada pelo vosso imenso amor.

À minha madrinha do coração, Celeste, por todo amor, amizade e carinho. Pela sua ajuda ao longo de todo o meu percurso e em todos os momentos da minha vida.

A ti João, pela compreensão, apoio e ajuda em todos os momentos.

À minha amiga Inês, por todos os momentos, por ter estado ao meu lado em todas as angústias, por todos os sorrisos e vitórias partilhadas e por toda a ajuda ao longo destes quatro anos.

À minha amiga Ilídia pela amizade, carinho e toda a ajuda ao longo destes quatro anos.

A todos os meus amigos, pelo apoio, pela amizade, pela cumplicidade e sobretudo por estarem sempre ao meu lado.

À Universidade Fernando Pessoa.

À Professora Dra. Maria José Abreu, pelo seu acompanhamento, incentivo, disponibilidade e apoio, determinantes na elaboração deste projeto de graduação.

A todos, muito obrigada

Lista de siglas e abreviaturas

QDV- Qualidade de Vida

POP – Portal de Oncologia Português

4º- Quarto

CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem

OMS - Organização Mundial de Saúde

DGS - Direção Geral de Saúde

Índice

0. Introdução.....	13
I. Fase Concetual	16
1.1. Problemática de Investigação	16
i. Definição do Tema	16
ii. Contextualização da Problemática.....	17
iii. Pergunta de Partida/Questões de Investigação	17
iv. Objectivos da Investigação	18
1.2. Revisão Bibliográfica.....	18
i. Cancro da Mama.....	19
ii. Epidemiologia do Cancro da Mama	20
iii. Etiologia do Cancro da Mama	21
iv. Fatores de Risco.....	21
v. Prevenção do Cancro da Mama	23
vi. Mulher Mastectomizada	24
vii. Imagem Corporal	25
viii. Processo de <i>Coping</i>	26
ix. Adaptação à Doença Oncológica da Mama e Seu Tratamento.....	29
x. Qualidade de Vida	31
xi. Implicações da Mastectomia na Qualidade de Vida.....	33
xii. Papel do Enfermeiro	34
xiii. Estudos Relacionados com o Tema	34
II. Fase Metodológica	42
2.1 Desenho de Investigação	42
2.2 Tipo de Estudo	42
III. Fase Empírica	44

3.1. Apresentação de Resultados	44
3.2. Discussão de Resultados	50
IV. Conclusão	53
Bibliografia.....	55

Anexos:

Anexo 1 - Cronograma

Índice de quadros

Quadro n° 1 - Apresentação dos resultados dos estudos, por autor, ano, e título. 45

0. Introdução

Investigar é a forma mais compreensível de dar resposta a uma questão que se coloca nas nossas vivências em sociedade e cuja ciência ainda não foi capaz de encontrar solução. Trata-se de um método científico de planear, prever e antecipar a realização de todo um processo de esclarecimento das nossas indagações. A investigação científica enriquece quer o valor prático como o saber científico. É necessário produzir saberes, competências técnicas, valores e aplica-los na prática (Ribeiro, 1999).

A investigação em enfermagem remonta aos estudos pioneiros de Florence Nightingale, surgindo em 1950, a primeira revista de Investigação em Enfermagem nos Estados Unidos. Em Portugal, a investigação em Enfermagem iniciou-se nos anos 70, mas foi na década de 90 que se assistiu a uma maior necessidade dos enfermeiros justificarem cientificamente os cuidados que prestam (Polit e Hungler, 1995).

Na sua realização, a investigação em enfermagem é um processo de busca sistemática, valorização e aplicação para a tomada de decisão. Nesse sentido tem como objetivos fundamentais: proporcionar bases científicas para as práticas; formalizar os conhecimentos de enfermagem; melhorar o nível de cuidados que prestamos; melhorar as condições de trabalho dos profissionais (Polit e Hungler, 1995).

Segundo Fortin (1999), um projeto de investigação é “uma etapa preliminar de uma investigação científica, no decurso da qual é necessário estabelecer os limites do objeto de estudo e precisar a maneira de realizar cada uma das etapas do processo de investigação”.

O interesse por esta problemática emergiu pelas questões associadas à pessoa em situação de doença, sobre as implicações da doença e do tratamento na sua vivência normal e na percepção individual de qualidade de vida.

As doenças oncológicas continuam a ser muito temidas pela sociedade em geral e o seu tratamento, em especial a cirurgia, apesar da sua evolução nos últimos anos, continua a ser muito lesiva, implicando graves processos de adaptação para uma vivência laboral e familiar normal.

O cancro é uma das doenças mais temidas do mundo (Matos e Pereira, 2002), porque induz nas pessoas uma carga emocional, relacionada com sofrimento, medo, angústia, dor e morte (Pais, 2004). Nesta perspectiva, torna-se necessária uma nova aprendizagem dos indivíduos para lidar com o dia-a-dia (Paúl, 1995).

Como objetivos académicos pretende-se:

- Aprofundar e adquirir novos conhecimentos sobre a temática em estudo;
- Aprofundar e adquirir conhecimentos sobre as diferentes etapas do processo de investigação científica.

O tema deste trabalho é “A qualidade de vida das mulheres mastectomizadas” e teve como objetivos, perceber de que forma a mastectomia afeta e altera a qualidade de vida da mulher e identificar que intervenções de enfermagem devem ser orientadas para as mulheres mastectomizadas.

As questões formuladas são “Qual o impacto causado pela mastectomia na qualidade de vida da mulher mastectomizada?” e “Quais as intervenções de enfermagem, devem ser orientadas para as mulheres submetidas a mastectomia?”

Neste contexto, surge a problemática da mulher com cancro da mama que se vê confrontada com todos os problemas inerentes à doença oncológica e também com todos os problemas que se relacionam com a relação com o seu corpo. Não podemos ainda esquecer o papel atual da mulher na sociedade e na família e o processo de transformação ao longo dos tempos. Tornando-se um elemento ativo e participativo no mundo do trabalho e nas diferentes esferas sociais e, em paralelo, ela continua a desempenhar o seu papel de esposa, de mãe e de gestora do lar. (Pinto, 2009)

É neste quadro de circunstâncias que a mulher tem de enfrentar mais um desafio, quando se depara com o cancro da mama que, para além de arrastar consigo a ideia de incurabilidade, de sofrimento e de morte, arrasta ainda a terrível hipótese de mutilação. (Pinto, 2009)

Colocadas perante a eminência de terem de realizar mastectomia, as mulheres habitualmente adoptam estratégias de *coping* para fazer face a todas as situações vividas. Essas estratégias podem ser diversas, desde a negação da situação stressante até

ao confronto da mesma, com vista a resolver ou minimizar o problema causador de mal-estar e sofrimento.

O conceito de qualidade de vida, que se inter cruza com os conceitos de saúde e bem-estar, representa a perceção individual sobre a posição na vida, em que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Ribeiro,1997).

Neste contexto, a qualidade de vida após um diagnóstico de cancro da mama varia qualidade de vida geral imediatamente após a cirurgia, provavelmente refletindo na família forte apoio social para as mulheres submetidas a mastectomia. A qualidade de vida é significativamente melhor entre as mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama em comparação com as mulheres que realizaram a mastectomia. (Pandey et al, 2006).

O presente trabalho encontra-se dividido por partes, sendo elas:

- Fase concetual: onde se encontra a delimitação do tema com a respetiva justificação e pertinência, as questões e os objetivos de investigação bem como a revisão bibliográfica.
- Fase metodológica: onde se demonstra a metodologia de investigação utilizada no presente estudo;
- Fase empírica: que é constituída pela apresentação, dos resultados dos estudos de investigação no período de 2004 a 2010.

Concluiu-se também, que a vivência da mastectomia é um evento de vida, que requer uma adaptação não só por parte da mulher, mas também por parte da família e sociedade em que está inserida. A qualidade de vida da mulher que, inicialmente se verifica bastante afetada, é classificada pelas próprias, após o período inicial de choque, como razoável. No entanto, possibilitou também constatar que as acções de enfermagem vão para além dos saberes e aptidões práticos, englobando necessidades do foro social e psicológico.

I. Fase Concetual

A fase concetual tem como objetivo a escolha e formulação de um tema com a respetiva justificação e pertinência, a definição de objetivos e questões de investigação do estudo e revisão bibliográfica.

Pela sua importância nesta fase seguimos Fortin (1999), quando define investigação científica como “ (...) um processo sistemático que permite examinar fenómenos com vista a obter respostas para questões precisas que merecem uma investigação.”

1.1. Problemática de Investigação

i. Definição do Tema

A investigação numa determinada disciplina desempenha um papel importante uma vez que estabelece “ (...) a produção de uma base científica para guiar a prática e assegurar a credibilidade da profissão.” Fortin (1999).

A escolha e formulação de um problema de investigação pode surgir da observação, da literatura, de uma inquietação com um domínio particular, ou ainda um conceito. Fortin (1999).

Donde resulta, pela sua pertinência e importância, o problema aqui a investigar, a definição do tema que constitui o propósito do presente estudo.

O cancro é a segunda maior causa de morte nos países industrializados, sendo a principal causa de morbilidade em crianças até aos catorze anos de idade e aproximadamente 60% de todas as mortes, que ocorrem em indivíduos com idade superior a sessenta e cinco anos (Pfeifer, 2000).

ii. Contextualização da Problemática

Como bem conhecemos, a doença oncológica continua a ser muito conhecida e também muito temida pela opinião pública (Ribeiro, 1997). É uma doença de curso silencioso, que o público considera como uma ameaça para a vida, sendo ainda para muitos, sinónimo de morte.

A doença oncológica reveste-se de um carácter altamente estigmatizante na sociedade, sentida particularmente pelo doente e família, com níveis de mortalidade significativos variando conforme a patologia em causa e o estágio em que se encontra. Este facto, associado muitas vezes à incerteza do diagnóstico, prognóstico e ao sofrimento físico e psicológico, levantam importantes questões a nível da qualidade de vida dos indivíduos (Figueiredo, Araújo e Figueiredo, 2006).

Sendo assim, Dias et al. (2002)

“o cancro da mama desagrega o funcionamento bio-psico-social da doente, conduzindo-a à necessidade de readaptação das suas vivências intrapsíquicas, uma vez que se trata de uma doença potencialmente mortal, que estigmatiza a doente enquanto mulher. O prognóstico é geralmente incerto e os tratamentos extremamente agressivos, podendo mesmo provocar mutilações ou cicatrizes físicas e psicológicas irreversíveis. Desta forma a mulher está exposta a alterações na sua imagem corporal”.

iii. Pergunta de Partida/Questões de Investigação

Segundo Fortin (2009), uma questão de investigação é uma pergunta explícita que diz respeito a um tema que se pretende analisar, com o objetivo de aprofundar o conhecimento existente.

Por tudo o referido anteriormente, considera-se pertinente estudar esta problemática delimitando o tema em estudo às seguintes questões de partida:

“Qual o impacto causado pela mastectomia na qualidade de vida da mulher mastectomizadas? “Quais as intervenções de enfermagem, devem ser orientadas para as mulheres submetidas a mastectomia?”

iv. Objectivos da Investigação

Recorrendo a Fortin (1999), podemos afirmar que “o objetivo de um estudo implica o porquê da investigação.”

Objetivo Geral

Constituiu-se como objetivo deste estudo. Percecionar de que forma a mastectomia afeta e altera a qualidade de vida da mulher e identificar que intervenções de enfermagem devem ser orientadas para as mulheres mastectomizadas, com recurso a artigos científicos publicados em revistas científicas, teses de mestrado e monografias produzidas no período de 2004 a 2010, e analisá-los quanto ao tema e conceito

1.2. Revisão Bibliográfica

De acordo com Lakatos e Marconi (2001), a revisão bibliográfica tem como finalidade permitir ao pesquisador o acesso ao que foi escrito sobre determinado assunto. Os mesmos autores, *cit in* Manzo (1971), referem que a pesquisa bibliográfica permite resolver problemas que já são conhecidos e abre caminho para novas áreas de investigação.

Numa perspectiva mais abrangente, Fortin (2003) refere-nos que o enquadramento teórico é:

“Função de apoio e de lógica em relação ao problema de investigação (...) que situa o estudo no interior de um contexto e lhe dá uma significação particular, isto é, uma forma de perceber o fenómeno em estudo. Representa a ordenação dos conceitos e sub-conceitos determinados no momento da formulação do problema para suportar teoricamente a análise posterior do objetivo em estudo”.

Palavras-chave - qualidade de vida, cancro da mama, mastectomia, imagem corporal.

i. Cancro da Mama

O cancro da mama é um dos graves problemas de saúde da União Europeia e constitui-se como uma das maiores preocupações atuais em termos de saúde.

Neste sentido e segundo Crane (2000)

“o cancro da mama é uma das maiores preocupações de saúde em todo o mundo (...) é um dos carcinomas mais comuns do sexo feminino, sendo a causa de morte mais frequente das mulheres de faixa etária entre os 45 e 55 anos, contudo, na mulher com idade inferior a 35 anos, embora menos frequente, o cancro da mama tem geralmente uma evolução natural mais rápida sendo o prognóstico mais reservado.”

O corpo humano produz milhares de células que agrupadas vão constituir os ossos, músculos e pele. Essas células vão crescer, reproduzir-se e morrer, garantindo o equilíbrio e funcionamento do organismo. Se esse processo não ocorre de forma ordenada e equilibrada, uma célula normal pode tornar-se alterada e o material genético é danificado (Miranda e Ribeiro, 1996).

O material genético carrega os genes que são responsáveis pela estrutura do nosso corpo, bem como conferem as características físicas de cada indivíduo. As células que estão alteradas geneticamente são consideradas células mutadas. Geralmente, o corpo humano é capaz de reparar esse dano através de mecanismos que recompõem as atividades celulares. As alterações que não foram reparadas vão-se acumular e agir de forma independente, não mais atendendo a comandos internos. Ocorre então, a divisão celular descontrolada que leva ao seu agrupamento, denominando-se de tumor (Pfeifer, 2000).

Os tumores podem ser benignos ou malignos. Os benignos não se deslocam para outros órgãos ou tecidos e geralmente são de fácil remoção por cirurgia. Os malignos podem migrar para outros sistemas (metástases) e nem sempre são removidos por cirurgia, tendo que recorrer a outros tipos de tratamento.

O cancro é portanto uma doença que se caracteriza pelo crescimento anormal e incontrolado de células lesionadas no seu material genético. Não se trata de uma doença contagiosa ou transmissível. A sua incidência depende de fatores como hereditariedade, radiação solar, tabagismo e hábitos alimentares, entre outros (Nunes, 1996).

Assim sendo, qualquer que seja a sua localização, tratamento ou prognóstico, é por si só inseparável ameaça à sobrevivência, expondo a pessoa a vulnerabilidades internas e externas. A reação à doença é sempre uma reação de perda, perda da função de órgãos, perda de capacidades psicossociais e perda de intimidade (Oliveira, 2004).

Tal como menciona Otto (2000) “A deteção precoce continua a ser a chave para o controle do cancro da mama”. E na sua opinião, os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação pública, dirigida à prevenção do cancro da mama, ensinando o auto-exame da mama, orientando para exames médicos e retratando a esperança de cura do cancro da mama com deteção precoce.

ii. Epidemiologia do Cancro da Mama

Concordando com Ogden (2004) “o cancro da mama parece ter atingido proporções de epidemia”. De facto, não deverá existir nenhuma pessoa que não tenha conhecimento deste tipo de cancro. Todas as pessoas de uma forma direta ou indireta já tiveram ou têm contato com alguém que sofre desta patologia.

Segundo o POP, em Portugal surge aproximadamente 4500 novos casos de cancro da mama por ano, sendo que aproximadamente 90% dos casos são curáveis, quando detetados precocemente e tratados corretamente.

Por isso se justifica salientar, suportando-nos em Phipps et al. (2003), “há mais de 30 anos que o cancro da mama é o cancro com maior prevalência e o mais temido pelas mulheres”.

iii. Etiologia do Cancro da Mama

De acordo com Ogden (2004), ainda ninguém sabe exatamente por que razão as pessoas desenvolvem cancro da mama. Mas ao que tudo indica, existe um conjunto de causas que interagem umas com as outras de forma ainda não compreendida.

iv. Fatores de Risco

Segundo Ogden (2004, *cit in* Barbosa, 2008), “os factores de risco reconhecidos mundialmente, não se verificam como condição necessária nas mulheres diagnosticadas com cancro da mama, isto é, podem ou não estar presentes”.

Segundo o POP,

“Continua a não ser conhecida uma causa específica para o cancro da mama. Provavelmente não se trata apenas de uma causa mas de um conjunto de associações que vão determinar o aparecimento da doença. No entanto, há alguns factores que parecem estar associados ao risco aumentado para ter cancro da mama. Sendo a mama um órgão sensível, é conveniente ter cuidado e evitar traumatismos; no entanto, é importante referir que nunca se provou qualquer relação entre trauma e cancro da mama. Foram já identificados alguns factores de risco para o cancro da mama. “,

Sendo eles:

- **Idade:** a incidência de cancro da mama aumenta com a idade; uma mulher com mais de 60 anos apresenta maior risco. Sendo o cancro uma doença dos tecidos e órgãos, à medida que estes vão envelhecendo, começa a “aumentar” a possibilidade de ter cancro. No entanto, o cancro pode surgir em pessoas de todas as idades;
- **História pessoal de cancro da mama:** uma mulher que já tenha tido cancro da mama, numa mama, tem maior risco de ter a doença na outra mama. No entanto e porque a vigilância nessas mulheres é regular a descoberta de um segundo cancro, quando acontece, é habitualmente em fase precoce;

- **História familiar:** o risco de ter cancro da mama aumenta quando há história familiar de cancro da mama, ou seja, se a mãe, tia ou irmã tiveram cancro da mama, especialmente em idade jovem (antes dos 40 anos); ter outros familiares com cancro da mama, do lado materno ou paterno pode, também, aumentar o risco de vir a ter cancro da mama;
- **Alterações genéticas (mutações):** há alterações em determinados genes, que aumentam o risco de ter cancro da mama; estas alterações específicas podem ser detetadas em famílias com vários casos de cancro da mama, através de testes genéticos. As mulheres saudáveis que tenham herdado alterações genéticas que conferem “alto risco” são seguidas de forma diferente das outras mulheres e têm recomendação para exames de vigilância mais frequentemente. No entanto, podem optar pela prevenção através da mastectomia profilática;
- **História menstrual prolongada:** mulheres que tiveram a primeira menstruação em idade precoce (antes dos 12 anos), que tiveram uma menopausa tardia (depois dos 55 anos);
- **História reprodutiva (nuliparidade ou o primeiro filho depois dos 30 anos):** na mulher que nunca teve filhos (nulípara) e nas mulheres que tiveram o primeiro filho depois dos 30 anos de idade, o risco para desenvolver cancro de mama encontra-se aumentado;
- **Etnia:** o cancro da mama surge com maior frequência em mulheres caucasianas, comparativamente com as mulheres latinas, asiáticas ou afro-americanas.
- **Obesidade:** as mulheres que são obesas ou que têm grande aumento de peso, têm risco aumentado para desenvolver cancro da mama.
- **Radioterapia na zona do peito:** mulheres que tenham sido irradiadas na zona do peito antes dos 30 anos de idade.

- **Álcool:** alguns estudos sugerem haver uma relação entre a ingestão de álcool e o risco aumentado para desenvolver cancro da mama.

v. **Prevenção do Cancro da Mama**

Na opinião de Simões et al. (2007, *cit in* Barbosa, 2008), a grande maioria das pessoas que desenvolve cancro acaba por falecer como consequência da própria doença. Assim é importante que o conceito de “controlo do cancro” seja o objetivo global para reduzir a morbidade e a mortalidade associadas à doença oncológica.

A prevenção do cancro pode ser dividida em três níveis, nomeadamente a prevenção primária, a prevenção secundária e a prevenção terciária.

Segundo o POP, a prevenção primária corresponde ao conjunto de ações desenvolvidas para modificar os hábitos menos saudáveis da população. Este tipo de prevenção é conseguida através da informação à população, através de campanhas e levando a cabo programas de educação para a saúde, de forma a consciencializar e ajudar as pessoas a adotar e manter estilos de vida mais saudáveis.

Ainda segundo o POP, a prevenção secundária corresponde ao conjunto de ações dirigidas à deteção precoce de determinados tipos de cancro, através de programas de rastreio.

De acordo com Otto (2000, *cit in* Barbosa, 2008), as mulheres ao realizarem o auto-exame da mama ocasional ou regularmente, têm um menor número de nódulos linfáticos no momento do diagnóstico.

Ainda segundo o mesmo autor, a mamografia deteta alterações microscópicas, que podem vir a revelar-se indicadores de cancro que estão presentes em algumas mulheres, assintomaticamente. Por esta razão, estas não devem esquecer-se da realização deste exame de diagnóstico.

A prevenção terciária, diz respeito ao tratamento da doença e à minimização das consequências da mesma. (Simões et al., 2007 *cit in* Barbosa, 2008).

vi. Mulher Mastectomizada

O diagnóstico de cancro representa um evento de vida importante e catastrófico para a maioria dos indivíduos, tendo um forte impacto na qualidade de vida, mesmo para as pessoas que lidam bem com os aspectos negativos da vida (Pereira e Lopes, 2002).

No caso da mulher com cancro e submetida, para tratamento, a uma mastectomia, as alterações da imagem associam-se à perspectiva negativa sobre a doença, com importantes implicações sobre a sua recuperação e qualidade de vida.

Desde o início da civilização que os seios são considerados como símbolo de feminilidade, com diversas conotações, entre as quais se destacam a amamentação e a sensualidade. Retirar um seio à mulher, obriga a enfrentar a perda de uma vida "normal" que possuía antes da ocorrência da doença. A conviver com as restrições físicas e alterações da imagem corporal resultantes do seu tratamento. Algumas mulheres, de início, não conseguem olhar para o corpo modificado, tocar-lhe, e sentem dificuldades em se expor ao companheiro e até podem evitar encontros sociais (Altschuler, 1997).

A mastectomia consiste na remoção do peito inteiro, incluindo o mamilo (Ogden, 2004/2004; Scarth et al., 2002 *cit in* Costa, 2008). Segundo o mesmo autor, existem dois tipos de mastectomia: a simples e a radical modificada. A mastectomia simples total implica a remoção total do seio (Ogden, 2004/2004; Stoppard, 1992 *cit in* Costa, 2008), incluindo o mamilo e o excesso de pele mas não os músculos, podendo ainda ser removidos alguns gânglios linfáticos (Ogden, 200/2004 *cit in* Costa, 2008). Na mastectomia radical modificada, a mama é removida totalmente juntamente com uma parte do músculo da parede do peito e alguns ou todos os gânglios linfáticos do peito (Ogden 2004/2004), isto é, consiste na ressecção de toda a mama, da pele, dos músculos peitorais e do tecido ganglionar da axila (Quevauvilliers & Perlemuter, 2001/2003 *cit in* Costa, 2008).

De acordo com Oliveira (2004), a mastectomia invade a mulher no seu todo, como ser biopsico-sócio-cultural e espiritual. Porém, há um aspeto crucial que está na base da

maior parte dos problemas inerentes à intervenção cirúrgica, que é a alteração da imagem corporal. A ameaça ou a perda da mama, compromete não só a integridade física, mas também a relação que a mulher estabelece com o seu corpo e a sua mente, pois, a mama é símbolo de feminilidade, beleza, atrativo sexual, zona erógena e de amamentação.

vii. Imagem Corporal

Há inúmeras definições sobre a imagem corporal, embora todas incidam sobre os mesmos pontos-chave. De acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE, 2000), a auto-imagem consiste na "Imagem mental que cada um tem do seu próprio corpo, de partes do seu corpo e da sua aparência física". Assim, podemos dizer que a imagem corporal é a percepção que temos de nós próprios e que idealizamos ao pensarmos nos nossos corpos e aparência física.

Para a pessoa afetada, todos estes aspetos/problemas fazem com que repense toda a sua vida, duvide de todas as decisões, levando-a a iniciar um novo ciclo, com ideias e valores repensados e mais confiança no futuro (Crane, 2000).

Segundo Bruges (2007) as perturbações no autoconceito de imagem corporal podem ser identificadas, tendo por base um conjunto de ações/reações que incluem, entre outros:

- Recusa em olhar ou tocar a parte do corpo afetada;
- Recusa em se olhar no espelho;
- Evitar discutir as limitações, deformidades ou desfiguramentos;
- Recusar a reabilitação;
- Negação da deformidade ou desfiguramento;
- Dependência crescente dos outros;
- Sinais de pesar: choro, desespero ou raiva;
- Recusa do autocuidado;
- Comportamento autodestrutivo por álcool, drogas, ou outro;
- Hostilidade para com os outros;
- Isolamento social.

De acordo com o que ficou dito, o conceito de imagem corporal é um conceito difícil de definir, dada a sua grande subjetividade e enorme conjunto de factores que lhe estão associados. No entanto, é unânime que a imagem corporal desempenha um papel central, não só na relação que temos com o nosso corpo, mas também na relação que temos connosco e com os outros (Oliveira, 2004).

A imagem corporal pode tornar-se mais negativa face a uma doença, tratamento, cirurgia, lesão ou acidente que imponha alterações físicas. Uma alteração física ou deficiência, evidencia a distinção entre o inteiro e o fragmentado, o perfeito e o imperfeito, e está, muitas vezes, carregado de preconceitos que deixam a pessoa à margem da sociedade (Nieto, 1995).

viii. Processo de *Coping*

A doença oncológica constitui tipicamente, um agente de stress que implica a adoção de um leque variadíssimo de estratégias para lhe fazer face, podendo essas estratégias ser mais ou menos favoráveis às etapas adaptativas com que se confrontam no decurso da doença (Santos, 2006). Estes processos, denominados de *coping*, têm sido largamente estudados por vários autores, em diferentes perspetivas.

De acordo com a CIPE (2000), a adaptação é “a disposição para gerir novas situações e desafios”.

Ainda segundo a CIPE (2000), incluído no contexto do processo de adaptação individual situa-se o *coping*, entendido como:

“a disposição para gerir o stress, que constitui um desafio aos recursos que o individuo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são percebidas como ameaçadoras de uma auto-estima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização de aceitação da situação, aumento do conforto psicológico”.

Atualmente, quando se emprega, o termo *coping* tem um significado preciso “... as estratégias que são utilizadas pelo ser humano para lidar com as ocorrências indutoras de stress” (Serra, 1999).

Este conceito de *coping* está intimamente ligado aos processos de saúde e doença. De facto, os indivíduos com doença grave, do tipo da doença oncológica, têm de lidar com inúmeros agentes de stresse que se desenrolam num contexto de contínua incerteza e ameaça ao seu bem-estar e qualidade de vida. A investigação nesta área, tem sido conduzida no sentido de analisar a forma como os doentes lidam com os tratamentos para a sua doença, mas o objetivo último da investigação no sistema de saúde, e no que diz respeito aos agentes de stresse relacionados com a doença, é averiguar a forma de melhorar a capacidade destes doentes lidarem eficazmente com as alterações físicas e psicossociais com que se confrontam (Altschuler, 1997).

Uma pesquisa alargada pela literatura, permite-nos inferir que o conceito de *coping* é definido por vários autores, nacionais e estrangeiros, em moldes muito semelhantes. A este propósito podemos referir Serra (1999) e Pereira (1991) que definem *coping* como "esforços para lidar com as situações de dano, ameaça ou desafio, quando não está disponível uma rotina ou uma resposta automática para confrontar a situação".

Serra citando White (1999), reforça ainda a definição anterior referindo que:

“Tendemos a falar de *coping* quando uma modificação relativamente drástica ou um problema desafia as formas usuais da pessoa se comportar e requer a produção de um comportamento novo. Dá origem, com frequência, a emoções desconfortáveis como a ansiedade, o desespero, a culpa, a vergonha ou o pesar, o alívio das quais faz parte da necessidade de adaptação. As estratégias para lidar com o stresse (*coping*) referem-se a esta adaptação em condições relativamente difíceis”.

As funções do *coping* são, de acordo com Lazarus e Folkman (1984), essencialmente duas:

- A resolução da situação/problema; é definido como os esforços deliberados e conscientes para gerir ou alterar a situação problemática fonte de stresse;
- O controlo das emoções resultantes da situação; que se refere aos esforços realizados no sentido de regularizar ou diminuir o stresse associado ou provocado pela situação e não à modificação da situação em si.

Neste sentido, podemos dizer que existem dois grandes grupos de estratégias para lidar com as situações de stresse:

- Estratégias de *coping* focadas no problema ("*problem-focused coping*"). Têm como objetivo a alteração da situação *stressante*. Os esforços são, em geral, dirigidos para a análise e definição da situação problemática, para a criação de alternativas, para a selecção da melhor alternativa e finalmente para a acção (Lazarus e Folkman, 1984).

As estratégias deste tipo têm pois, por base, estabelecer um plano de acção e segui-lo até eliminar a causa do stress ou lidar com a realidade da situação, evitando assim que se prolongue um estado que é desagradável e que pode prejudicar o bem-estar e a qualidade de vida do indivíduo (Lovallo, 1997).

- Estratégias de *coping* focadas nas emoções ("*emotion-focused coping*"). Têm como objetivo fundamental o controlo da resposta emocional (estado de tensão emocional) criada pela situação *stressante*. Os esforços são dirigidos para pensamentos e acções que não visam propriamente agir sobre a situação mas para o controlo do stress, reduzindo o efeito da tensão e mantendo o equilíbrio afetivo.

As emoções, quando, em intensidade elevada, podem tornar-se difíceis de tolerar, desorganizar as rotinas individuais e interferir largamente com o bem-estar e qualidade de vida do indivíduo e seus significativos (Serra, 1999).

As estratégias que visam diminuir este sofrimento emocional podem ser de natureza cognitiva ou comportamental. Numa abordagem comportamental, temos, como exemplos, o recurso ao álcool, ao tabaco ou a outras drogas, o alimentar-se em demasia, a procura de apoio social por parte de amigos ou familiares com o objetivo de partilhar a carga emocional que sentem, o envolver-se em atividades que possam promover a distração (fuga), como fazer desporto, ouvir música, ir ao cinema ou ver televisão.

Lazarus e Folkman (1984) e Serra (1999), propõem uma classificação mais extensa das estratégias de *coping*, criando subgrupos de estratégias, tal como se apresenta em seguida:

- Dentro da categoria *estratégias de coping centradas no problema*, consideram-se duas estratégias:
 - *Coping confrontativo*, que engloba os esforços (por vezes agressivos) para alterar a situação e que sugere algum grau de hostilidade e de risco;
 - *Resolução planeada de problemas*, que se refere aos esforços

deliberados, focados no problema, para alterar a situação, juntamente com uma abordagem analítica de resolução de problemas.

- Na categoria *estratégias de coping centradas nas emoções*, consideram-se as seguintes estratégias:
 - Distanciamento, caracterizado por descrever esforços no sentido do afastamento da situação ou na criação de uma visão mais positiva;
 - Fuga-evitamento, estratégias que passam pelo sonhar acordado (*wishful thinking*) e pelos esforços comportamentais para escapar ou evitar o problema.
 - Autocontrole, que envolve os esforços no sentido de modelar os sentimentos e as ações em relação ao problema;
 - Aceitação da responsabilidade, caracterizado pelo reconhecimento do papel do próprio relativamente ao problema, tentando melhorar ou corrigir a situação;
 - Procura de apoio social, que se refere aos esforços para procurar apoio informativo e apoio emocional;
 - Reavaliação positiva, que envolve os esforços para criar um significado positivo e foco no crescimento pessoal, incluindo a dimensão da religiosidade.

Depois de realizarmos uma revisão da literatura sobre os conceitos de *coping* e adaptação e ainda sobre as principais estratégias utilizadas para fazer face às situações de doença, passamos a analisar, no subcapítulo seguinte, as estratégias mais utilizadas pelas mulheres no processo de adaptação à doença e à mastectomia.

ix. Adaptação à Doença Oncológica da Mama e Seu Tratamento

O processo de adaptação à doença e suas consequências, inicia-se mesmo antes da cirurgia, no momento de aparecimento do nódulo na mama ou de um diagnóstico precoce. Os momentos que antecedem o diagnóstico de cancro da mama e a decisão sobre o tratamento a empreender, são descritos como altamente penosos, sendo vividos com grande ansiedade e descritos com grande pormenor, mesmo muito tempo após

terem acontecido, nomeadamente as palavras exactas proferidas pelo clínico no momento da revelação do diagnóstico e cada passo da preparação para a cirurgia (Oliveira, 2004).

Assim, os sentimentos mais fortemente registados pelas mulheres após a vivência com cancro da mama são os diferentes medos, entre eles, o medo de morrer, associado ao medo da incurabilidade e do sofrimento. Outros medos também referidos, são o medo do insucesso das terapias adjuvantes, sobretudo a quimioterapia e a reconstrução mamária, uma vez que eram difíceis de suportar e as mulheres sabem que podem não resultar. As mulheres têm também medo das recidivas da doença e de deixarem os filhos desamparados em casos de insucesso na terapêutica.

A mulher mastectomizada refere, em muitos casos, sentimentos de isolamento e de solidão, ou por abandono e incompreensão dos familiares e amigos, ou simplesmente porque estes se ausentavam de casa para trabalhar, sentindo como negativas as interferências da doença sobre o seu papel profissional e familiar.

Também quando a doença avança e a mulher se vê confrontada com a proximidade da morte, toma consciência da sua finitude, mas ao mesmo tempo exhibe um forte sentimento de esperança nas potencialidades do tratamento.

A análise da bibliografia consultada permite-nos inferir que são várias e diversificadas as estratégias utilizadas pelas mulheres mastectomizadas para fazerem face à sua doença e às alterações na aparência física por ela provocadas, não podendo dizer-se que se enquadram perfeitamente em um outro grupo de estratégias de coping (focadas no problema ou focadas nas emoções), mas sim um misto de estratégias que abrangem os dois grupos descritos. No entanto, está também descrito que, quando as situações são impossíveis de ultrapassar (como a doença oncológica e as suas implicações), as pessoas utilizam essencialmente estratégias focadas nas emoções para viverem melhor e obterem bem-estar.

Conclui-se ainda que o estilo de *coping* habitualmente utilizado em situações de stresse vivenciadas ao longo dos processos de vida, interferem significativamente no processo de adaptação à doença, verificando-se que, quando a mulher refere ter reagido habitualmente de forma positiva a situações adversas, aparentemente também se adaptava melhor ao diagnóstico de doença oncológica e à remoção da mama.

Relativamente à deformidade provocada pela extração da mama, as mulheres reagem habitualmente com estratégias como, evitando olhar a parte do corpo afetada,

desvalorizando a perda do seio, comparando-a com outras perdas visíveis e que considera como piores, como a amputação de um braço ou de uma perna, isto é, minimizando a situação de stresse.

Em jeito de síntese, podemos dizer que a mulher mastectomizada:

“Procura viver o dia-a-dia da melhor forma possível, vivendo um dia de cada vez, tentando adaptar-se às limitações que vão surgindo e procurando não fazer projetos a longo prazo, demonstrando, mais uma vez, a consciência da transitoriedade” (Oliveira, 2004).

x. Qualidade de Vida

Assistiu-se nas últimas décadas a uma substituição dos indicadores clássicos de mortalidade e expectativas de vida (ligadas especialmente às doenças infecciosas), por uma atenção mais voltada para a qualidade de vida, conceito mais abrangente e mais explicativo das componentes subjetivas da doença. A avaliação da qualidade de vida é assim determinada por uma análise das implicações da doença, em especial a doença crónica, no funcionamento físico e psicossocial do doente (Ribeiro, 1997).

O conceito de qualidade de vida, que se inter cruza (embora não seja equivalente) com os conceitos de saúde e bem-estar, representa a perceção individual sobre a posição na vida, em que os aspetos culturais e as particularidades do meio ambiente biológico, social e cultural contribuem de modo decisivo (Ribeiro, 1997).

Após revisão da bibliografia que aborda a concetualização de qualidade de vida (Bowling, 1994), podemos concluir que, na avaliação da qualidade de vida relacionada com a saúde ou saúde percebida, se torna fundamental tomar em consideração os seguintes domínios:

- a) Estado funcional, que se refere à capacidade de executar uma gama de atividades que são normais para a maioria das pessoas. Nelas se inclui geralmente o autocuidado, a mobilidade e a capacidade de desempenho do papel social;
- b) Sintomas físicos, relacionados com a doença e o tratamento. Neles se pode incluir a dor, o mau funcionamento urinário, entre outros;
- c) Funcionamento psicológico, como o stresse psicológico, sobretudo a ansiedade e a depressão;

- d) Avaliação global, dado que a qualidade de vida não é mais do que a soma das suas partes componentes, é útil a inclusão de uma avaliação global como suplemento das mais específicas. Esta avaliação global deveria limitar-se a áreas relacionadas com a saúde.

A qualidade de vida está também fortemente relacionada com o número de sintomas, tais como a dor, a fadiga, a sonolência ou as insónias, a secura da boca, a dificuldade em manter as tarefas familiares, as alterações no autocuidado e a preocupação com a progressão da doença (Bowling, 1994).

Em algumas situações, os sintomas de stresse mostraram-se mais associados à antecipação do tratamento proposto, do que à doença em si. Também os efeitos do prognóstico da doença parecem mais associados à componente física (da qualidade de vida) do que ao funcionamento psicossocial. A condição física na altura da avaliação parece, no entanto, influenciar a perceção de funcionamento psicológico. Também a origem do conhecimento da doença, associada a características sintomáticas ou assintomáticas (em consultas de follow-up ou tratamento de outra doença), parece não exercer qualquer alteração significativa na qualidade de vida após tratamento (Bowling, 1994).

A avaliação da qualidade de vida na doença crónica tornou-se imprescindível na atualidade, tendo em conta a sua importância para a seleção de estratégias de intervenção em saúde e análise da sua eficácia. Trata-se de um conceito multidimensional, com algumas componentes mais objetivas e passíveis de avaliação externa, mas é na subjetividade e dinâmica do conceito que se situa a sua ênfase (Bowling, 1994; Farquhar, 1995; Ribeiro, 1997).

O número de estudos realizados e publicados que versam a temática da qualidade de vida do doente oncológico, tem crescido exponencialmente nas últimas décadas. O impacto do diagnóstico, a sintomatologia e o seu tratamento, são analisados e comparados entre grupos de doentes. Alguns estudos analisam também as implicações afetivas/emocionais do cancro sobre o funcionamento psicológico dos doentes e seus familiares, nomeadamente a ansiedade e a depressão.

Todos esses estudos realçam o impacto negativo da doença oncológica sobre a perceção de saúde e qualidade de vida (quer dos doentes, quer dos seus familiares), nas diferentes áreas de funcionamento (físico e psicossocial). A perceção de qualidade de vida perante as situações de doença oncológica está dependente de inúmeras variáveis, entre elas, as

estratégias de coping utilizadas no processo de ajustamento à doença e o suporte social (Santos, 2006).

A doença oncológica produz também e invariavelmente, múltiplos desafios a todo o núcleo familiar, causando alterações na identidade e papéis familiares, com grande impacto no seu funcionamento diário e saúde. Após analisado o conceito em estudo, no subcapítulo seguinte vamos reflectir sobre as implicações da mastectomia na qualidade de vida da mulher.

xi. Implicações da Mastectomia na Qualidade de Vida

Com o propósito de verificarmos as implicações da cirurgia da mama para a qualidade de vida da mulher, analisamos os resultados de diferentes estudos realizados neste âmbito, tendo concluído que existem alguns fatores de primordial importância para a percepção de qualidade de vida após a cirurgia.

A existência de apoio familiar, sobretudo do conjugue e de outras pessoas significativas, revela-se como crucial para que cada mulher seja capaz de enfrentar os seus problemas, tanto os relacionados com a aparência física, como os relacionados com o significado da doença e dos efeitos da terapia adjuvante (Oliveira, 2004).

A atitude de compreensão do marido ou namorado, no que se refere ao relacionamento sexual é determinante no sucesso da recuperação dessa atividade.

A quimioterapia tem efeitos sentidos pela generalidade das mulheres como algo de extremamente penoso, provocador de intenso mal-estar, com um efeito devastador sobre a aparência física, por vezes relatado como mais nefasto do que o provocado pela própria remoção do seio (Oliveira, 2004).

A partilha de dúvidas e de problemas com outras mulheres mastectomizadas, pertencentes ou não a grupos de voluntariado, mas que se mostram disponíveis e compreensivas é também de primordial importância na recuperação.

É também atribuída grande importância à informação ministrada pelos técnicos de saúde, sobre as implicações da cirurgia e dos tratamentos adjuvantes, assim como sobre a forma como ela é dada, considerando que essa informação estimula a confiança na equipe de saúde e que as ajuda na tomada de decisão e a lidar com o stresse da doença (Dias, 1997).

A revisão de estudos relacionados com a qualidade de vida da mulher com cancro da mama sugere que ela é percebida como razoável, aceitando a doença e suas implicações, com medo de recidivas e progressão da doença, utilizando práticas sociais e religiosas como estratégias de *coping* (Figueiredo, 2006; Pandey et al., 2006).

Também grande parte dos estudos refere uma qualidade de vida deteriorada em função da cirurgia, nomeadamente a nível do funcionamento cognitivo, emocional e social. Em contrapartida, a cirurgia conservadora parece ser preditora de um melhor funcionamento físico e a quimioterapia de um pior funcionamento e mais sintomas (Schou et al., 2005).

xii. Papel do Enfermeiro

A complexidade do cuidar e/ou do ambiente faz com que os profissionais às vezes, esqueçam de tocar, conversar e ouvir o ser humano que está à sua frente, devido à rotina que exige um grande empenho físico e mental destes profissionais (Villa e Rossi, 2002 *cit in* Rocha e Rocha 2008)

Pela importância do seu papel, Oliveira (2004) defende que os enfermeiros são companheiros de confiança e confidentes nos momentos de maior vulnerabilidade, que passam mais tempo com o doente, pelo que se constituem nos profissionais de saúde que pela sua proximidade se encontram na posição mais favorável para orientar e ajudar a mulher mastectomizada a ultrapassar problemas procedentes do cancro da mama.

Para Marques e Lêdo (2003), ao cuidar de mulheres mastectomizadas, o enfermeiro deve ter em conta, concomitantemente, as ramificações físicas e psicológicas da doença. Nenhuma delas pode ser ignorada se o propósito for conseguir que a mulher tenha uma boa qualidade de vida após a mastectomia. Torna-se, por isso, importante que os cuidados à mulher não se centrem apenas na vertente técnica, sendo fundamental que o enfermeiro se disponibilize para ouvir e conversar com a mulher, para que assim esta partilhe os seus sentimentos e possíveis medos. (Oliveira, 2004).

xiii. Estudos Relacionados com o Tema

Após a escolha do tema e do modo de abordagem, foi delineado um levantamento das referências bibliográficas existentes quanto ao tema em bibliotecas, livros e internet

nomeadamente na base de dados scielo e na biblioteca digital da UFP encontrados em diferentes momentos da pesquisa.

Oliveira e Monteiro (2004), no Brasil, realizaram um estudo qualitativo intitulado “Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência”, com o objetivo de descrever como a socionomia pode atuar na ressignificação da existência da mulher mastectomizada. A amostra foi composta por seis mulheres mastectomizadas que participavam semanalmente num grupo de apoio, num departamento de enfermagem.

Através deste estudo foi possível verificar que as mulheres acreditam que os papéis sociais desenvolvidos por elas na família, trouxeram como consequência a doença. Vêm o cancro como capaz de corroer a felicidade do ser humano. Observa-se que entre os sintomas psicológicos, predominam a ansiedade, depressão, angústia e medo, stresse pós-traumático e autoconceito negativo.

Perante os resultados verificou-se que uma doença como o cancro da mama ocasiona sentimentos diversos para a mulher, pois, além de ser uma doença impressível, com ameaça de vida, comporta o fato de que a mama simboliza a feminilidade e acumula as funções estéticas/eróticas.

Percebeu-se que o apoio familiar, social e as crenças religiosas representam importância fundamental para uma melhor recuperação e adaptação, uma vez que estas redirecionaram as suas vidas para uma nova forma de existir.

Makluf, Dias e Barra (2005) realizaram uma revisão da literatura intitulada “Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama”. Esta revisão bibliográfica teve como objetivo primordial perceber como a qualidade de vida, em mulheres com cancro da mama, é avaliada, quais são os instrumentos disponíveis e a metodologia utilizada para inferi-la. Concluiu-se que a grande maioria dos trabalhos analisados utilizam a metodologia quantitativa e não há consenso sobre qual o melhor instrumento para medir a qualidade de vida. Os estudos revelam pior qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia quando comparadas aquelas submetidas à cirurgia conservadora da mama. Mulheres mais velhas sentem menos impacto da doença comparativamente com as mulheres mais jovens. Mulheres submetidas à terapia sistémica, como quimioterapia, apresentam pior score de qualidade de vida global, saúde geral, função física e social.

Um estudo observacional de coorte, realizado por Ganz et al *cit. in* Makluf, Dias e Barra (2005), com o objectivo de avaliar a qualidade de vida e principais impactos desta

na vida da mulher, onde se observou que o grupo de mulheres que não recebeu terapia sistémica teve melhor score de qualidade de vida global, saúde em geral, função física e social. Isso sugere que os efeitos do tratamento sistémico persistam mesmo após muitos anos de tratamento.

Um grupo de 152 mulheres foi dividido pelo tipo de cirurgia realizado: conservadora ou radical da mama. Em ambos os grupos existiram relatos de medo da recorrência da doença. No entanto, o grupo de mulheres submetidas à mastectomia mostrou-se menos satisfeito com o resultado estético da cirurgia e apresentou mais stress emocional quando comparado com o grupo de mulheres que realizou cirurgia conservadora da mama.

Os estudos demonstram que o impacto negativo, tanto sobre a atividade sexual quanto a imagem corporal, é menor nas mulheres submetidas à cirurgia conservadora da mama do que aquelas que se submetem à mastectomia.

Ganz et al., *cit. in* Makluf, Dias e Barra, referem que o tratamento sistémico é visto como um importante preditor de piora da qualidade de vida pós-tratamento do cancro da mama. Além disso, a mastectomia sem reconstrução proporciona uma piora na qualidade de vida e pode ter um impacto negativo na evolução da doença.

Conde et al. realizaram, em 2006, um estudo sobre “Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama”. Nesse sentido o estudo revisa diversos aspectos da QDV de mulheres com cancro da mama.

Neste estudo foram descritos quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insónia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte. Estes sentimentos podem contribuir para uma perceção negativa da qualidade de vida. Outros aspetos que podem comprometer a QDV de mulheres com cancro da mama relacionam-se com a diminuição da mobilidade do membro superior, uso de quimioterapia, secura vaginal, disfunções sexuais e dificuldades económicas.

A influência da idade remete-nos para o conceito de QDV, uma vez que a reação psicológica ao tratamento e diagnóstico representa o grau de amadurecimento em que a mulher se encontra. Além do impacto psicológico, verificou-se que as mulheres mais jovens referem mais dificuldades económicas. Estas mulheres, revelavam ainda, maior stress emocional, maior dificuldade em adotar uma atitude positiva face ao diagnóstico de cancro e menor habilidade de conviver com os efeitos adversos da terapia antineoplásica. Estas expressam com maior frequência preocupações relativas à auto-

imagem, sexualidade e com a perda de fertilidade, necessitando, por isso, maior suporte psicossocial.

Num estudo realizado na Alemanha, *cit in* Conde et al (2006), mostrou que as mulheres submetidas a mastectomia relataram estar menos atraentes e ativas sexualmente, além de que se apresentam menos satisfeitas com a cicatriz cirúrgica.

Este estudo refere que o parceiro destas mulheres pode ser fonte de suporte emocional para estas, e que este deve ter uma participação ativa em todas as etapas, opinando nas decisões relativas ao tratamento. Esta participação levará à compreensão do processo, possibilitando que o parceiro contribua com um feedback positivo, minimizando as repercussões negativas do cancro da mama no campo sexual, psicológico e social.

Ainda neste estudo foi possível verificar que a influência do cancro da mama na QDV é mais intensa nos primeiros anos que se seguem imediatamente ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico. Assim, verifica-se a necessidade de maior suporte emocional durante os primeiros anos após o diagnóstico. Este suporte não deve estar limitado ao período de tratamento.

Barbosa, (2008) realizou uma monografia, intitulada “Sexualidade nas mulheres mastectomizadas”, com a seguinte questão de investigação “Qual o impacto da mastectomia na sexualidade das mulheres na consulta de cirurgia geral, de uma instituição do concelho de Vila Nova de Gaia?”, cujo objetivo central foi identificar as modificações ocorridas na vida das mulheres mastectomizadas.

Neste trabalho foi realizado um estudo quantitativo, descritivo e transversal. A amostra foi constituída por trinta mulheres submetidas a mastectomia que frequentaram a consulta de cirurgia geral, numa instituição de Vila Nova de Gaia durante os meses de Fevereiro e Março do ano 2008

As mulheres inquiridas tinham idades compreendidas entre os quarenta e sessenta e três anos de idade e cerca de 86,7% da amostra são casadas e têm um ou mais filhos. Cerca de 33,3% das mulheres têm apenas o quarto ano de escolaridade, sendo importante referir que a amostra apresenta uma taxa de analfabetismo nula.

Perante a análise dos resultados foi possível constatar que 53% das mulheres refere que a sua vida se alterou depois da cirurgia.

Verificou-se que o suporte da família desempenha um papel preponderante, proporcionando à mulher o apoio indispensável para que seja capaz de encontrar

significados positivos na sua experiência e para que possa definir novos objetivos de vida.

Nesta perspectiva, a família desempenha um papel fundamental na doença de um indivíduo e cada família encontra a sua forma de comunicar, as suas crenças, bem como a melhor forma de manter a estabilidade.

Riba (2008), realizou um estudo intitulado “O sentido da experiência de duas mulheres mastectomizadas: uma investigação fenomenológica”. O objetivo foi investigar os sentimentos que emergem frente à mastectomia, mais especificamente em duas mulheres submetidas a esta cirurgia. A questão de partida para este estudo foi: “Qual o sentido da mastectomia para você?”.

Foi feita uma avaliação ao relato das suas experiências vividas na mastectomia. Para a análise dos dados foi considerada a revisão bibliográfica sobre o tema e o discurso destas mulheres. As entrevistas foram realizadas individualmente, em ambiente privado no ano de 2007. Estas foram divididas pelas seguintes temáticas: Mastectomia ou tragédia?; o meu olhar e o meu olhar sobre o olhar do outro: Quando a tragédia se tornar pública; ser mulher mastectomizada: feminilidade e sexualidade; a vida da ocupação e a vida continua.

O resultado do estudo e segundo a visão destas mulheres, foi possível concluir que parte do sentido do Ser mulher mastectomizada, não se encontra como algo acabado, mas como um Ser de possibilidades, mesmo perante a mutilação.

Segundo uma dissertação de mestrado sobre “Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas”, realizada por Ferraz (2009), o seu objetivo foi estudar a qualidade de vida em mulheres com cancro da mama submetidas a mastectomia radical (uni ou bilateral) e/ou quadrantectomia.

No estudo realizado a amostra foi constituída por 60 mulheres com idade entre os 35 e 70 anos de idade com cancro da mama submetidas a mastectomia radical e/ou quadrantectomia (com reconstrução mamária ou não), residentes no sul do Brasil no ano de 2007.

A variável dependente deste estudo foi a qualidade de vida, medida através do instrumento WHOQOL Bref. O questionário WHOQOL Bref utilizado, contém 26 questões, classificadas em quatro domínios: físico, psicológico, relações sociais e meio ambiente.

A amostra em estudo apresenta uma idade média de 57 anos, 65% das mulheres não têm a escolaridade mínima obrigatória concluída, 53% tinham rendimento familiar até ao máximo de dois salários mínimos e a grande maioria das mulheres (78%) usufruíam do sistema único de saúde.

Os resultados observados sugerem que a qualidade de vida de mulheres que realizaram mastectomia está associada a vários factores, nomeadamente, ao trabalho, vida sexual, alterações do sono, rendimento familiar e à percepção de saúde no momento da entrevista. Neste estudo verificou-se uma diminuição da qualidade de vida das mulheres que de alguma forma alteraram os padrões da sua atividade laboral no que diz respeito à saúde física, psicológica e relações interpessoais. Outra consequência da cirurgia revela, que a qualidade de vida destas mulheres piorou naquelas que tinham um rendimento familiar mais baixo e também nas que apenas utilizam o sistema único de saúde.

Assim, o resultado do mesmo estudo sugere que a qualidade de vida pode ser afetada por fatores sociais, vida sexual e pela intensidade de sintomas psiquiátricos, em especial a depressão. Estes resultados contribuem para uma melhor compreensão de aspetos relacionados com a qualidade de vida de mulheres submetidas a mastectomia.

Numa outra perspectiva, Ferreira (2009), elaborou um artigo de investigação sobre “Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia” que teve como objetivo analisar o sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia e verificar em que medida o apoio social, a morbilidade física e psicológica e algumas variáveis sociodemográficas e clínicas estão relacionadas com este sofrimento.

A amostra foi constituída por 84 mulheres mastectomizadas sujeitas a quimioterapia, no hospital de dia de Coimbra, com uma idade média de aproximadamente 53 anos. Cerca de 55% das mulheres tinham realizado menos de oito ciclos de quimioterapia, seguindo-se 35% que realizaram entre 8 a 15 ciclos e 11% entre 16 a 25 ciclos. Mais de 50% da amostra referiu ter sido informada que poderia fazer reconstrução mamária e 42% não foi informada. Quanto à intenção de realizar este tipo de reconstrução, 76% afirmaram não ter essa intenção e 24% pretendiam realizá-la.

De acordo com as conclusões deste estudo, as doentes envolvidas apresentavam maior sofrimento psicológico, o que vai de encontro à opinião de Béfécadu *cit. in* Ferreira (2009), que refere, independentemente da origem do sofrimento, este afeta a pessoa na sua globalidade, manifestando-se no ser psicológico.

Os resultados obtidos reforçam que o diagnóstico de cancro e o seu tratamento, especificamente a quimioterapia, originam sofrimento psicológico e socio-relacional. É importante referir que as mulheres sujeitas a quimioterapia acreditam neste tratamento e que vale a pena realiza-lo.

Por sua vez, Arman et al. *cit. in* Ferreira (2009), ao estudarem as experiências de sofrimento das mulheres com cancro da mama, concluem que estas apresentam sofrimento na sua globalidade, incluindo as relações consigo próprias e com os outros, demonstrando assim que os profissionais de saúde para além de aliviarem o sofrimento físico, devem orientar os seus cuidados no sentido de aliviar o sofrimento psicológico e socio-relacional que são, muitas vezes remetidos para segundo plano ou frequentemente esquecidos.

As doentes com maior apoio social revelam menor sofrimento psicológico, físico, existencial e socio-relacional e mais experiências positivas do sofrimento sugerindo que os profissionais de saúde devem estar mais atentos aos problemas emocionais e socio-afectivos.

Subordinado ao tema “Os sentimentos das mulheres pós mastectomia” Moura, et al realizaram em 2010, um estudo qualitativo descritivo, com o objetivo de descrever os sentimentos destas perante o cancro da mama

Este estudo foi realizado numa consulta de ginecologia de um hospital público no Rio de Janeiro, Brasil, com uma amostra de treze mulheres, com idades compreendidas entre os trinta e cinquenta anos. A maioria das mulheres apenas possuía o primeiro ciclo concluído e eram casadas.

Neste estudo foi possível observar que os sentimentos predominantes das mulheres são sentimentos de medo, timidez, tristeza, espanto, desânimo, ou seja, uma desolação em relação à situação de mutilação a que foram submetidas, sendo que o maior impacto foi após a visualização da mutilação.

Ainda neste estudo, foi possível verificar também, que os sentimentos de frustração, desanimo, vergonha e desvalorização da auto-imagem do próprio corpo, não-aceitação da condição atual e alterações na sexualidade, estão presentes na vida destas mulheres. Para além disto, a perda da mama causou sentimentos de rejeição e inferioridade nas mulheres afetando desfavoravelmente a auto-estima.

De realçar também, um outro estudo realizado por Silva et al em 2010, intitulado

“Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de *coping* enquanto fatores de risco/proteção”

Este estudo, realizado no Hospital Universitário de Coimbra, foi um estudo transversal e a amostra foi constituída por 55 mulheres recentemente diagnosticadas com cancro da mama.

Perante a análise de resultados foi possível constatar que, de uma forma global, apesar do cancro da mama ser um acontecimento adverso e que coloca em risco a QDV, as repercussões negativas na QDV são principalmente transitórias, não ficando a QDV continuamente afetada.

Os resultados obtidos sugerem que na fase de tratamento o cancro da mama compromete significativamente a QDV global e física da mulher.

Igualmente pertinente, Costa, Jimenéz e Ribeiro (2011), realizaram um estudo sobre “Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama transmontanas”. Este trabalho teve como objetivo avaliar a qualidade de vida numa amostra de 51 mulheres transmontanas com cancro da mama, seguidas no Centro Hospitalar de Trás-os-Montes e Alto Douro, em Vila Real.

Foram aplicados dois questionários, sendo eles o *European Organization for Research and Treatment of cancer Quality of Life Questionnaire – EORTC-C30* e o *Supplementary Questionnaire Breast Cancer Module – QLQ-BR2*.

Neste estudo, a amostra é constituída por 51 mulheres com cancro da mama, com idades compreendidas entre os 34 e 82 anos de idade, seguidas no Centro de Oncologia do centro de Trás-os-Montes e Alto Douro. A grande maioria das participantes apresenta reduzidas qualificações académicas e são casadas. A generalidade das mulheres (74,5%) realizou mastectomia radical.

Nos resultados deste estudo podemos verificar que o funcionamento físico, as limitações funcionais e o funcionamento emocional são os parâmetros que se encontram mais comprometidos. No que diz respeito às escalas de sintomas, a fadiga, a dor, a insónia e a perda de apetite são as queixas mais frequentes.

Ressalve-se que a imagem corporal e a perspetiva futura de saúde são as dimensões mais afetadas na amostra em estudo. Estas mulheres avaliaram a sua saúde e QDV global como razoável.

II. Fase Metodológica

De acordo com Fortin (2009) “A fase metodológica reporta-se ao conjunto de meios e atividades para responder às questões de investigação ou para verificar hipóteses formuladas no decurso da fase concetual”.

2.1 Desenho de Investigação

O desenho da investigação para Fortin (2009), define-se como “o conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação (...)”

Ainda segundo Fortin (1999), o objetivo do referido desenho de investigação é, “(...) controlar as potenciais fontes de enviesamento.”

Sendo assim, o desenho de investigação é um plano estipulado por parte do investigador, onde suporta decisões importantes relativamente à orientação de cada estudo, que visa a obtenção de respostas de cariz válido às perguntas de investigação antecipadamente colocadas e definidas num plano lógico, tentando diminuir ou suprimir as ameaças à sua autenticidade

2.2 Tipo de Estudo

Visto que a questão de investigação se situa no nível I da hierarquia dos níveis de investigação, estabelecendo o primeiro estágio de toda pesquisa científica de forma a possibilitar uma caracterização inicial do problema, optou-se para este estudo por uma abordagem exploratória – descritiva.

A razão da pesquisa bibliográfica permite adquirir novos conhecimentos sobre a temática e consolidar conhecimentos previamente adquiridos. Desta forma, decidiu-se fazer uma revisão bibliográfica e exploratória com abordagem qualitativa, através de dados recolhidos a partir de artigos científicos, teses de mestrado, investigados via internet e com auxílio de vários livros.

De acordo com Fortin (1999) “Os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação.”

III. Fase Empírica

Segundo Fortin (2009), a fase empírica encontra-se dividida em duas etapas: a colheita de dados e a sua análise. Após a colheita de dados, segue-se a sua discussão, tendo como referência o tema desenvolvido ao longo deste projeto de graduação.

3.1. Apresentação de Resultados

Os estudos referenciados anteriormente correspondem a artigos científicos, teses de mestrado e monografias realizados entre o período de 2004 a 2011.

A apresentação dos resultados foi feita pela ordem sequencial dos estudos seleccionados e sob a forma de quadro.

Para simplificar a leitura e compreensão dos mesmos, a apresentação dos resultados foi estruturada da seguinte forma:

- Autores do estudo;
- Ano de publicação do estudo;
- Título do estudo;
- Resultados mais pertinentes do estudo.

Quadro nº 1 - Apresentação dos resultados dos estudos, por autor, ano, e título.

Autores	Ano	Título	Resultados
Oliveira e Monteiro	2004	Mulheres mastectomizadas: ressignificação da existência	<p>Vêm o cancro como capaz de corroer a felicidade do ser humano.</p> <p>Os sintomas psicológicos, predominam a ansiedade, depressão, angústia e medo, stresse pós-traumático e autoconceito negativo.</p> <p>O apoio familiar, social e as crenças religiosas representam importância fundamental para uma melhor recuperação e adaptação, uma vez que estas redirecionaram as suas vidas para uma nova forma de existir.</p>
Makluf, Dias e Barra	2005	Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama	<p>Observou que o grupo de mulheres que não recebeu terapia sistémica teve melhor score de qualidade de vida global, saúde em geral, função física e social. Isso sugere que os efeitos do tratamento sistémico persistam mesmo após muitos anos de tratamento.</p> <p>Mulheres submetidas a mastectomia mostraram-se menos satisfeitas com o resultado estético da cirurgia e apresentaram mais stresse emocional quando comparado com o grupo de mulheres que realizou cirurgia conservadora da mama.</p> <p>A quimioterapia é vista como um</p>

			<p>importante fator de piora da qualidade de vida pós-tratamento do cancro da mama. Além disso, a mastectomia sem reconstrução proporciona um agravamento na qualidade de vida.</p>
Conde et al.	2006	Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama	<p>Neste estudo observou-se quadros de depressão, ansiedade, ideação suicida, insónia e medo, que inclui desde o abandono pela família e amigos até o de recidiva e morte.</p> <p>Outros aspetos que podem comprometer a QDV de mulheres com cancro da mama relacionam-se com a diminuição da mobilidade do membro superior, uso de quimioterapia, secura vaginal, disfunções sexuais e dificuldades económicas.</p> <p>Verificou-se, também, que o impacto psicológico é maior nas mulheres mais jovens, estas que também referem mais dificuldades económicas</p> <p>Observou-se que a influência do cancro da mama na QDV é mais intensa nos primeiros anos que se seguem imediatamente ao diagnóstico e ao tratamento antineoplásico. Assim, verifica-se a necessidade de maior suporte emocional durante os primeiros anos após o diagnóstico. Este suporte não deve estar limitado ao período de tratamento.</p>

Barbosa	2008	“Sexualidade das mulheres mastectomizadas”	<p>Perante a análise dos resultados foi possível constatar que 53% das mulheres refere que a sua vida se alterou depois da cirurgia. O suporte da família desempenha um papel preponderante, proporcionando à mulher o apoio indispensável para que seja capaz de encontrar significados positivos na sua experiência e possa definir novos objetivos de vida. Assim, a família desempenha um papel fundamental na doença de um indivíduo e cada família encontra a sua forma de comunicar, as suas crenças, e a melhor maneira de manter a estabilidade.</p>
Riba	2008	O sentido da experiência de duas mulheres mastectomizadas: uma investigação fenomenológica	<p>O resultado do estudo e segundo a visão destas mulheres, foi possível concluir que parte do sentido do Ser mulher mastectomizada, não se encontra como algo acabado, mas como um Ser de possibilidades, mesmo perante a mutilação.</p>
Ferraz	2009	Avaliação da qualidade de vida	<p>Os resultados observados sugerem que a qualidade de vida de mulheres que realizaram mastectomia está associada a vários fatores, nomeadamente, ao trabalho, vida sexual, alterações do sono, renda familiar e a perceção de saúde no momento da entrevista. Neste estudo verificou-se uma diminuição da qualidade de vida das</p>

			<p>mulheres que de alguma forma alteraram os padrões da sua atividade laboral no que diz respeito à saúde física, psicológica e relações interpessoais.</p> <p>Assim, o resultado do mesmo estudo sugere que a qualidade de vida pode ser afetada por fatores sociais, vida sexual e pela intensidade de sintomas psiquiátricos, em especial a depressão.</p>
Ferreira	2009	Sufrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia	<p>As doentes envolvidas apresentavam maior sofrimento psicológico. Os resultados obtidos reforçam que o diagnóstico de cancro e o seu tratamento, especificamente a quimioterapia, originam sofrimento psicológico e socio-relacional. É importante referir que as mulheres sujeitas a quimioterapia acreditam neste tratamento e que vale a pena realiza-lo.</p>
Moura et al	2010	Os sentimentos das mulheres pós mastectomia	<p>Os sentimentos predominantes das mulheres são: o medo, a timidez, a tristeza, o espanto, o desânimo, ou seja, uma desolação em relação à situação de mutilações que foram submetidas, sendo que o maior impacto foi após a visualização da mutilação. Também se verificou que os sentimentos de frustração, desânimo, vergonha e desvalorização da auto-imagem do próprio corpo,</p>

			não-aceitação da condição atual e alterações na sexualidade estão presentes na vida destas mulheres. Para além disto, a perda da mama causou sentimentos de rejeição e inferioridade afetando desfavoravelmente a auto-estima.
Silva, et al	2010	Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de <i>coping</i> enquanto fatores de risco/proteção	Foi possível constatar que, apesar do cancro da mama ser um acontecimento adverso e que coloca em risco a QDV, as repercussões negativas na QDV são principalmente transitórias, não ficando a mesma continuamente afetada. Os resultados obtidos sugerem que na fase de tratamento o cancro da mama compromete significativamente a QDV global e física da mulher.
Costa, Jimenéz Ribeiro	2011	Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama transmontanas	Verificou-se que o funcionamento físico, as limitações funcionais e o funcionamento emocional são os parâmetros que se encontram mais comprometidos. No que diz respeito às escalas de sintomas, a fadiga, a dor, a insónia e a perda de apetite são as queixas mais frequentes. Ressalve-se que a imagem corporal e a perspectiva futura de saúde são as dimensões mais afectadas na amostra em estudo. Estas mulheres avaliaram a sua saúde e QDV global como razoável.

3.2. Discussão de Resultados

De acordo com a OMS *cit in* Conde et al (2006), a QDV é definida como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

No entanto, e segundo Conde et al (2006), há autores que defendem que a QDV é “a satisfação geral do indivíduo com a vida e a sua percepção pessoal de bem-estar”.

Com a sua realização, o presente estudo possibilitou perceber de que forma a qualidade de vida da mulher é afetada com a mastectomia e quais os sentimentos a ela associados. No entanto, possibilitou também constatar que as ações de enfermagem vão para além dos saberes e aptidões práticos, englobando necessidades do foro social e psicológico.

Segundo o estudo de Ferraz (2009), os resultados sugerem que a qualidade de vida das mulheres que foram submetidas a mastectomia está associada a variados fatores, tais como: atividade laboral, vida sexual, alterações do sono, rendimento familiar e a percepção de saúde no momento em que as mulheres foram entrevistadas. O estudo permitiu verificar que as mulheres que alteraram a sua atividade laboral revelaram uma diminuição na qualidade de vida, permitindo observar ainda que a depressão afeta negativamente a sua qualidade de vida. O estudo sugere a importância do tratamento de sintomas psiquiátricos na tentativa de melhorar a qualidade de vida.

De acordo com Riba (2008), a mastectomia não anula a mulher enquanto ser de possibilidades. O facto de se apresentar perante uma mutilação não se revelou um fator que leve a mulher a ter menos oportunidades comparativamente com mulheres não mastectomizadas. A ocupação revelou-se de extrema importância para a sociedade atual, não só pela atividade laboral ativa, mas também para evitar alguns sentimentos que a mastectomia suscita.

Através do estudo de Ferreira (2009), foi possível verificar que as mulheres que estão perante um tratamento de quimioterapia apresentam um maior sofrimento psicológico e,

consequentemente, alterações no seu relacionamento social. No entanto, apesar de apresentarem um maior sofrimento, elas acreditam que este tratamento deve ser realizado.

Este estudo vai de encontro ao realizado por Arman et al. *cit. in* Ferreira (2009), que ao estudarem o sofrimento das mulheres com cancro da mama, puderam concluir que estas apresentam sofrimento na sua globalidade, incluindo as relações consigo próprias e com os outros, demonstrando assim, que os profissionais de saúde para além de aliviarem o sofrimento físico, devem orientar os cuidados por forma a aliviar o sofrimento psicológico e socio-relacional.

Através de um estudo realizado por Costa, Jimenéz e Ribeiro (2011), os autores puderam verificar, que os parâmetros mais afetados após a mastectomia são o funcionamento físico, as limitações funcionais, estando entre as mais afetadas a imagem corporal e a perspetiva futura de saúde e o funcionamento emocional.

Torna-se importante referir, na perspetiva de Selby (1992 *cit in* Tupholme 2008), que “ (...) o bem-estar emocional é um factor independente e muito determinante na qualidade de vida do doente oncológico, que requer avaliação”.

Outro fator que influencia a qualidade de vida da mulher e, consequentemente, pode comprometer a sua relação com o outro, são os sintomas que estas apresentam. Sobre este facto, neste estudo, pudemos verificar que as queixas mais frequentes são a dor, fadiga, perda do apetite e insónia.

Além dos sintomas e dos parâmetros supracitados, a imagem corporal também se vê alterada, afetando negativamente a avaliação da qualidade de vida. No entanto, as mulheres estudadas, nesta investigação, avaliaram a sua qualidade de vida global como razoável.

Segundo o estudo realizado por Barbosa (2008), que seguiu um ângulo diferente de análise, mais de metade das mulheres inquiridas referem que a sua vida se alterou

depois da cirurgia. Referem também que o apoio que receberam por parte do marido se revelou crucial para ultrapassarem essa fase das suas vidas, bem como a comunicação da família para que assim possam ter a melhor estabilidade possível.

Já Moura et al (2010), verificaram no seu estudo, que os sentimentos predominantes são medo, tristeza, timidez, espanto, desânimo, frustração, desvalorização da auto-imagem corporal, não-aceitação da mutilação e alteração na sexualidade. A perda da mama provocou também sentimentos de rejeição e inferioridade, afetando desfavoravelmente a sua auto-estima. O que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo acima citado realizado por Costa, Jimenéz e Ribeiro (2011) bem como o estudo realizado por Oliveira e Monteiro (2004).

Num outro estudo realizado em 2010, Silva et al, concluíram, que a qualidade de vida fica transitoriamente afetada. Na fase de tratamento, o cancro da mama compromete significativamente a qualidade de vida global e física da mulher. No entanto, de uma forma geral, apesar do cancro da mama ser um acontecimento adverso que coloca em risco a qualidade de vida, as mulheres tendem a revelar um padrão de funcionamento normal, o que vai de encontro aos resultados obtidos no estudo supracitado, em que as mulheres classificam a sua qualidade de vida como razoável.

IV. Conclusão

Segundo Regis e Simões (2007 *cit in* Moura et al 2010), é bom lembrar que a mama não corresponde apenas ao aspeto físico. Ela é vista como um símbolo de feminilidade e, por isso, ela é motivo de orgulho para a mulher, possuindo um significado afetivo e psicológico. Sendo assim, a palavra cancro traz um estigma muito forte para a mulher, pois além de estar associada à morte, pode afetar uma parte tao valorizada do seu corpo.

No domínio da oncologia, a literatura produzida indica que o primeiro passo no processo de prestação de cuidados apropriados aos doentes com cancro, consiste em compreender os efeitos da doença na qualidade de vida (Martin e Stockler, 1998). Esta compreensão e conhecimento do impacto de determinados tipos de cancro e seu tratamento, em diferentes aspectos da qualidade de vida, é um passo importante na definição de estratégias visando a melhoria do bem-estar dos doentes. (Pereira et al., 2008).

Consideramos que o objetivo deste estudo foi atingido, através dos diversos estudos que pudemos analisar, na medida em que foi possível deduzir e identificar neles, as diferentes implicações da mastectomia na qualidade de vida da mulher, e as necessidades de intervenção de enfermagem à mulher mastectomizada.

Com os resultados dos estudos apresentados é possível salientar que os enfermeiros têm de desenvolver intervenções direccionadas para as necessidades físicas, relacionais, sociais e psicológicas, bem como o desenvolvimento de uma escuta ativa, integrando um leque de ações comportamentais, quer preventivas, quer terapêuticas.

Com a realização deste trabalho podemos concluir que a vivência da mastectomia é um evento de vida que requer uma adaptação não só por parte da mulher, mas também por parte da família e sociedade em que está inserida. A qualidade de vida da mulher que, inicialmente se verifica bastante afetada, é classificada pelas próprias, após o período inicial de choque, como razoável.

O cancro de mama atinge muitos aspetos, entre eles a sexualidade feminina na sua dimensão física e emocional, já que a cirurgia é mutiladora e, até mesmo o aparecimento de episódios de dor e efeitos colaterais do tratamento, alteram a auto-imagem, o autoconceito, tendo repercussões negativas na identidade feminina. (Talhaferro, Lemos e Oliveira 2007).

Se a nossa meta é a qualidade dos cuidados prestados à mulher mastectomizada, é fundamental desmistificar todos os medos e tabus que envolvem a mastectomia, clarificar todas as dúvidas e, através da relação de ajuda, contribuir para a recuperação de uma auto-imagem positiva e crescimento pessoal. Por isso, o enfermeiro deve ter como objetivo ajudar a mulher mastectomizada a reajustar-se à nova imagem, integrá-la o melhor possível no seu meio, reconhecendo-se como tal.

No *terminus* deste estudo, afigura-se-nos ser importante referir, que foram sentidas algumas limitações e dificuldades. Estas foram sentidas devido à nossa natural inexperiência na área da investigação, por se tratar do primeiro trabalho desta índole. Assim como a dificuldade sentida na triagem dos artigos científicos que tivemos de pesquisar e que, com o auxílio da orientadora científica, foram colmatadas.

Mas sentimos que valeu a pena. Porque aprender a ser enfermeiro constitui um processo permanente, que atravessa toda a trajetória profissional e implica a articulação simultânea de um conhecimento de si, de um conhecimento dos outros e de um conhecimento do mundo. Canário (1998 *cit in* Costa 2006).

Bibliografia

- Altschuler, J. (1997) *Working with chronic illness*. London, Macmillan Press Ltd.
- Bowling, A. (1994) *La Medida de la salud: Revision de las escalas de medida de la calidad de vida*. Espanha, Masson S.A.
- Bruges, M. (2007) *Mastectomia e Autoconceito*. Loures, Lusociência.
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2000). *Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem*. Lisboa, Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Costa, A. (2006) *Percursos de Formação à Produção de Cuidados*. Lisboa: Fim de Século Edições
- Crane, R. (2000). *Cancro da mama*. in Otto, S. (Ed.), *Enfermagem em oncologia*. Loures: Lusociência-Edições Técnicas e Científicas.
- Dias, M. et al (2002). *O cancro no "seio" da família*. in Dias, M. e Durá, E. (2002). *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa, Climepsi Editores.
- Dias, M. (1997) *A Esmeralda perdida: A informação ao doente com cancro da mama*. Lisboa, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.
- Farquhar, M. (1995) *Definitions of quality of life: A taxonomy*. *Journal of Advanced Nursing*, V (22).
- Fortin, M. (1999). *O processo de investigação: Da conceção à realização*. Loures, Lusociência.
- Fortin, M. (2003). *O processo de investigação*. Loures, Lusociência – 3ªed.
- Fortin, M. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures, Lusodidacta.
- Lakatos, M. e Marconi, A. (2001). *Metodologia do trabalho científico*. São Paulo, editora atlas S.A., 6ª Edição.

Lazarus, R. e Folkman, S. (1984) *Stress, Appraisal and Coping*. New York, Springer Publishing Company.

Lovullo, W. (1997) *Stress and Health*. USA, Sage Publications

Marques, S. e Lêdo, V. (2003). *Impacto emocional da mastectomia na mulher*, Nursing (nº173/Janeiro).

Martin, A. E Stockler, M. (1998). *Quality of life assessment in healthcare research and practice. Evaluation & The Health Professions*

Matos, P., e Pereira M. (2002). *Áreas de intervenção na doença oncológica*. In Pereira, M. e Lopes, C. (Orgs), *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa, Climepsi.

Miranda, D. e Ribeiro, G.(1996). *Patologia do câncer*. in Murad, A e Katz, A. (Eds.). *Oncologia: Bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro, Editora Guanabara Koogan S.A.

Nieto, N. (1995). *Ciencias psicosociales aplicadas à la salud*. Madrid, Interamericana

Nunes, T. (1996). *Princípios de cirurgia oncológica*. in Murad, A. e Katz, A. (Eds.). *Oncologia: Bases clínicas do tratamento*. Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan S.A

Odgen, J. (2004). *Compreender o cancro da mama*. Lisboa, Climepsi Editores.

Oliveira, I. (2004). *Vivências da Mulher Mastectomizada – Abordagem fenomenológica da relação com o corpo*.
Porto : Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição

Otto, S.E. (2000). *Enfermagem Oncológica* 3ª Edição. Loures: Lusociência.

Otto, S. (3ªEd.) *Enfermagem em Oncologia*. Lisboa, Lusociência.

Pais, F. (2004). *O impacto da doença oncológica no doente e família*. In Bilro, M. e Cruz, A. (Eds.), *Enfermagem oncológica*. Coimbra, Formasau.

Paúl, M. (1995). *Acompanhamento psicológico de doentes crónicos e terminais*. In McIntyre, T. e Vila-Chã, C., *O sofrimento do doente: Leituras multidisciplinares*. Braga, Associação dos psicólogos Portugueses.

Pereira, J. (1991) *Coping, auto-conceito e ansiedade social: sua relação com o rendimento escolar*. Coimbra, Universidade de Coimbra Lda.

Pereira, M. e Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.

Pfeifer, K. (2000) *Aspectos clínicos do diagnóstico do cancro: Fisiopatologia*.

Phipps, W., Sands, J. e Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgico- Conceitos e Prática Clínica*, 6ª ed. Loures, Lusociência.

Polit, D. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem*, 3.ª edição. Porto Alegre, Artes Gráficas.

Ribeiro, J. (1997) *A promoção da saúde e da qualidade de vida em pessoas com doenças crónicas*. in Ribeiro, J. (Ed.) *Actas do 2.º Congresso Nacional de Psicologia da Saúde*. Braga, Instituto Superior de Psicologia Aplicada.

Santos, C. (2006) *Doença Oncológica: Representação, Coping e Qualidade de Vida*. Coimbra, Formasau, Lda.

Serra, A. (1999) *O stress na vida de todos os dias*. Coimbra, Gráfica de Coimbra Lda.

Referências pela Internet

Barbosa, J. (2008). *Sexualidade nas Mulheres Mastectomizadas* [Em linha] Disponível <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=2&ved=0CEsQFjAB&url=http%3A%2F%2Fbdigital.ufp.pt%2Fbitstream%2F10284%2F686%2F1%2FMonografia.pdf&ei=D_YCUJrQIILBhAe486WMCA&usg=AFQjCNHbOAAqNODpaeKHonJeC6RJaaMWFw> [Consultado em 08/05/2012]

Conde, D. et al (2006) *Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama*. [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032006000300010> [Consultado em 2/6/2012]

Costa, M. (2008). *Qualidade de vida e espiritualidade em mulheres com neoplasia da mama* [Em linha] Disponível <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1203/1/Monografia_11541.pdf> [Consultado em 20/05/2012].

Costa, S.; Jimenez, F.; Ribeiro, L. (2011) *Avaliação da qualidade de vida em mulheres com cancro da mama transmontanas* [Em linha] Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/57247/2/75949.pdf>> [Consultado em 28/05/2012]

Ferraz, A. (2009). *Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas*. [Em linha] Disponível em <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/15929/000690879.pdf?sequence=1>> [Consultado em 10/6/2012].

Ferreira, F. (2009). *Sofrimento de mulheres mastectomizadas submetidas a quimioterapia*. [Em linha] Disponível em <http://www.google.pt/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=1&cad=rja&ved=0CCIQFjAA&url=http%3A%2F%2Fwww.esenfc.pt%2Frr%2Fadmin%2Fconteudos%2FdownloadArtigo.php%3Fid_ficheiro%3D272%26codigo%3D&ei=jGRGUJ_tIImnhAfO>

wIDgAQ&usg=AFQjCNF87cEZtzkAAMqECw-un7bB8A4MRw [Consultado em 8/6/2012].

Figueiredo, A., Araújo, P., Figueiredo, P. (2006). *Qualidade de vida do doente oncológico*. [Em linha] Disponível em <http://www.forumenfermagem.org/index.php?option=com_content&view=article&id=2618:qualidade-de-vida-do-doente-oncologico&catid=140:> [Consultado em 22/5/2012].

Makluf, A., Dias, R. , Barra, A. (2005) *Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer da mama*. [Em linha] Disponível em <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v01/pdf/revisao2.pdf> [Consultado em 1/6/2012]

Moura, F. et al (2010). *Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas*. [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452010000300007&script=sci_arttext> [Consultado em 12/6/2012]

Oliveira, M. e Monteiro, A. (2004) *Mulheres mastectomizadas: resignificação da existência* [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-07072004000300009&script=sci_arttext> [Consultado em 15/5/2012]

Pandey et al., (2006). *Early Effect of Surgery on Quality of Life in Women with Operable Breast Cancer*. [Em linha] Disponível em <<http://jjco.oxfordjournals.org/content/36/7/468.abstract>> [Consultado em 26/4/2012]

Portal de Oncologia Português. [Em linha] Disponível em <www.pop.eu.com/> [Consultado em 29/05/2012].

Pinto, M (2009). *As vivências experienciadas pelas Mulheres Mastectomizadas: Conhecer e Compreender para cuidar* [Em linha] Disponível em <<http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/19362/2/Tese%20Mestrado%20Carmo%20Pinto2.pdf>> [Consultado em 20/5/2012]

Riba, J. (2008). *O sentido da experiência de duas mulheres mastectomizadas: uma investigação fenomenológica*. [Em linha] Disponível em <<http://www.ifen.com.br/monografia/jessicariba.pdf>> [Consultado em 29/5/2012]

Rocha, M. e Rocha, M. (2008) *Humanização de Enfermagem no Cuidado Hospitalar: Um Olhar Sobre o Centro Cirúrgico* [Em linha] Disponível em <http://www.facica.edu.br/tcc/2008-2/Marcia_Jacinta_e_Maria_Sonaira.pdf> [Consultado em 28/4/2012].

Schou, I. et al (2005) *Multiple predictors of health-related quality of life in early stage breast cancer: data from year follow-up study compared with the general population*. [Em linha] Disponível em <<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/rpsp/v29n1/v29n1a09.pdf>> [Consultado em 25/4/2012].

Silva, S. et al (2010) *Qualidade de vida de mulheres com cancro da mama nas diversas fases da doença: o papel de variáveis sociodemográficas, clínicas e das estratégias de coping enquanto fatores de risco/protecção* [Em linha] Disponível em <http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/scielo.php?pid=S0870-90252011000100009&script=sci_abstract> [Consultado em 2/6/2012].

Talhaferro, B., Lemos, S. e Oliveira, E. (2007) [Em linha] Disponível em <http://www.cienciasdasaude.famerp.br/racs_ol/vol-14-1/ID%20170%20novo.pdf> [Consultado em 20/08/2012].

Tupholme, T. (2008). *Qualidade de vida e estratégias de coping dos pacientes oncológicos* [Em linha] Disponível em <http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/959/5/21105_ulsd055886_tm_tese.pdf> [Consultado 18/7/2012].

Anexos

Anexo I
Cronograma

Cronograma



	Novembro 2011	Dezembro 2011	Janeiro 2012	Fevereiro 2012	Março 2012	Abril 2012	Maió 2012	Junho 2012	Julho 2012	Agosto 2012	Setembro 2012
Escolha do tema											
Escolha do orientador											
Pesquisa Bibliográfica											
Realização da Fase Conceptual											
Realização da Fase Metodológica											
Realização da Fase Empírica											
Conclusão do Trabalho											
Entrega do Trabalho											
Apresentação do Projecto											