



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde



NATÁLIA GONDIM DE ALMEIDA

**QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA:
espaço para o cuidado clínico de enfermagem**

FORTALEZA-CEARÁ

2014



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS
Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde



NATÁLIA GONDIM DE ALMEIDA

QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA:

espaço para o cuidado clínico de enfermagem

Dissertação apresentada para o curso de Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de mestre.

Linha de Pesquisa: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde

Orientadora: Profa. Dra. Ana Virgínia de Melo Fialho

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Estadual do Ceará
Biblioteca Central Prof. Antônio Martins Filho
Bibliotecária responsável – Meirilane Santos de Moraes CRB-3 / 785

A447q Almeida, Natália Gondim de
Qualidade de vida da mulher mastectomizada: espaço para o cuidado clínico de enfermagem / Natália Gondim de Almeida . – 2014.
CD-ROM. 83 f. : il. (algumas color.) ; 4 ¾ pol.

“CD-ROM contendo o arquivo no formato PDF do trabalho acadêmico, acondicionado em caixa de DVD Slim (19 x 14 cm x 7 mm)”.

Dissertação (mestrado) – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, Fortaleza, 2014.

Orientação: Profa. Dr. Ana Virginia de Melo Fialho.

1. Qualidade de vida. 2. Mulheres mastectomizadas. 3. Cuidados de enfermagem. I. Título.

CDD: 616.994



Governo do Estado do Ceará
Secretaria da Ciência Tecnologia e Educação Superior
Universidade Estadual do Ceará – UECE
Centro de Ciências da Saúde – CCS



Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde

NATÁLIA GONDIM DE ALMEIDA

QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA:

espaço para o cuidado clínico de enfermagem

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde do Centro de Saúde da Universidade Estadual do Ceará, como requisito parcial para obtenção do Título de Mestre em Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde. Área de Concentração: Fundamentos e Práticas do Cuidado Clínico em Enfermagem e Saúde.

Aprovada em: 18/02/2014

BANCA EXAMINADORA

Ana Virgínia de Melo Fialho
Prof.^a. Dr.^a. Ana Virgínia de Melo Fialho - Orientadora
Universidade Estadual do Ceará - UECE

Ana Karina Bezerra Pinheiro
Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro – 1º Membro
Universidade Federal do Ceará - UFC

Thereza Maria Magalhães Moreira
Profa. Dra. Thereza Maria Magalhães Moreira – 2º Membro
Universidade Estadual do Ceará - UECE

FORTALEZA-CEARÁ

2014

Dedico este trabalho aos meus familiares, principalmente minha mãe, Márcia Maria Gondim Rocha, a grande mulher que me inspira na busca por uma profissão cada vez mais qualificada e pelos incentivos e oportunidade em poder dedicar-me a tal fim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela oportunidade a mim oferecida.

À Prof^ª. Dr^ª. Ana Virginia de Melo Fialho, orientadora, por todas as contribuições, aprendizados e lições, além do carinho, atenção e inspiração como mulher, mãe, profissional e amiga.

À Prof^ª Dr^ª Ana Karina Bezerra Pinheiro, por fazer parte da Banca Examinadora, e por ser inspiração de trajetória, desde a graduação, responsável por muito do que hoje busco.

À Prof^ª. Dr^ª. Thereza Maria Magalhães Moreira, por fazer parte da Banca Examinadora, contribuindo valorosamente para a conclusão desta dissertação.

À Prof^ª. Dr^ª. Dafne Paiva Rodrigues, por fazer parte da Banca Examinadora, como membro suplente e pelas essenciais contribuições para conclusão do percurso. Não menos, pela pessoa, coordenadora e enfermeira que é inspirando-me a cada dia.

Aos funcionários, comitê de ética da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e colaboradores do Ambulatório de Mastologia pela ajuda e contribuição durante todo o período de pesquisa, principalmente, a Enfermeira e colega, Vera Rolim por toda disponibilidade.

A todos os colaboradores e professores do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará.

Aos queridos amigos e companheiros da 8ª Turma de Mestrado do Programa de Pós-Graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, da Universidade Estadual do Ceará.

Aos amigos por toda ajuda e apoio, nas horas de estudo e de descontração na trajetória, Manuela, Ana Cristina, Nathalie, Amanda, Débora, Emiliana, Naíla, Luciana, Natasha, Caroline, Emmeline e a todos não mencionados.

Às Enfermeiras Eliza, Patrícia, Mazé Caetano, Erlene, Islane e Simone pela oportunidade de aprofundamento de conhecimentos técnicos e científicos.

Enfim, a todos os que, de alguma forma, direta ou indiretamente, colaboraram para findar este trabalho.

“- Adeus, disse a raposa. Eis o meu segredo.
É muito simples: só se vê bem com o coração.
O essencial é invisível para os olhos.
- O essencial é invisível para os olhos, repetiu o príncipezinho,
a fim de se lembrar.
- Foi o tempo que perdeste com tua rosa que fez tua rosa tão
importante.
- Os homens esqueceram essa verdade, disse a raposa.
Mas tu não a deves esquecer.
Tu te tornas eternamente responsável por aquilo que cativas.
Tu és responsável pela rosa...”

“- E quando te houveres consolado (a gente sempre se consola),
tu te sentirás contente por me teres conhecido.
Tu serás sempre meu amigo. Terás vontade de rir comigo.
E abrirás às vezes a janela à toa, por gosto...
E teus amigos ficarão espantados de ouvir-te rir olhando o céu.
Tu explicarás então: “Sim, as estrelas, elas sempre me fazem rir!”
“E eles te julgarão maluco. Será uma peça que te prego...”

Trecho do livro O pequeno Príncipe

RESUMO

ALMEIDA, N. G; FIALHO, A. V. M. **Qualidade de vida da mulher mastectomizada**: espaço para o cuidado clínico de enfermagem. 2014. 84 f. Dissertação (Programa de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

O câncer caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células no organismo humano e ocorre quando funções pré-determinadas sofrem mutações, em detrimento de fatores oncogênicos. A magnitude do adoecimento e a forma de tratamento comprometem, em vários aspectos, as condições e o modo de vida do doente. O indivíduo acometido de câncer necessita de cuidados diferenciados em relação à clínica. Durante o tratamento deve ser cuidado por equipe multiprofissional, no entanto, a maior parte de cuidados é da equipe de enfermagem. A pessoa torna-se vulnerável quanto a sua saúde, com Qualidade de Vida (QV) prejudicada, principalmente pelo câncer de mama, o qual afeta dimensões de QV das mulheres. O estudo tem como objetivo descrever a QV de mulheres mastectomizadas, identificar os fatores intervenientes e verificar os cuidados de enfermagem. Estudo tipo descritivo tem como campo de pesquisa Ambulatório de Mastologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Os sujeitos participantes são 21 mulheres mastectomizadas acompanhadas no ambulatório. Mulheres que desistiram da participação após entrevista e mulheres com respostas confusas não foram incorporadas à análise. Coleta realizada no período de junho a setembro de 2013 e roteiro de entrevista semiestruturado. O método de análise dos dados é a Análise de Conteúdo, contemplados os aspectos éticos, estudo submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa para a devida apreciação e aprovação, com parecer favorável número 310.165 pelo comitê de ética e pesquisa da MEAC e 399.467 pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Ceará. Elaboram-se as categorias: 1) QV de mulheres mastectomizadas, com ênfase na QV como tendo saúde e alimentação, atendendo à condição de doença da mulher levando-a à busca pela saúde e levando-a a relacionar à QV e importância da alimentação saudável, fator que predispõe o aparecimento de doenças crônicas como câncer de mama; 2) fatores que influenciam positivamente, como apoio familiar e profissional, promotores e encorajadores ao enfrentamento da doença, financeiros possibilitam acesso melhor às condições de melhora de tratamento e assistência médica ressaltando as condições dos serviços públicos; 3) fatores que influenciam negativamente, como condição financeira, dessa vez, dificultando o acesso, hábitos de vida não saudáveis, o que colabora para o acometimento da doença, doença em si mesma e medo de morrer e 4) cuidado de enfermagem na visão da mulher mastectomizada, enfatizando o cuidado prático, focado em técnicas cotidianas da prática de enfermeiro, no entanto merece destaque a abordagem do cuidado com afincado. Os resultados revelaram distanciamento entre cuidados de enfermagem preconizados e cumpridos, incorporados na rotina dos serviços de atendimento à população.

Descritores: Qualidade de vida, Mulheres, Mastectomia, Cuidados de Enfermagem.

ABSTRACT

ALMEIDA, N. G; FIALHO, A. V. M. **The quality of life of the mastectomized woman:** space for clinical nursing care. 2014. 84 f. Dissertação (Programa de Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde). Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, 2014.

Cancer is characterized by an unordered growth of cells of the human body and it occurs when predetermined functions mutate in detriment of oncogenic factors. The magnitude of the disease and the kind of treatment may compromise, in several aspects, the conditions of the patient and the way he lives. The individual affected by cancer requires distinctive care in relation to the clinical covering. During treatment, the patient must be treated by a multi-professional team, however, most of this care is provided by the nursing team. The health of a person who has cancer becomes vulnerable, which may impair his quality of life (QOL), mainly in cases of breast cancer, which affects various dimensions of women's QOL. This paper intends to describe the QOL of mastectomized women, to identify the factors involving QOL and to verify the nursing care provided to these women. The descriptive study had its field research at the Mastology Ambulatory of the Assis Chateaubriand Maternity (MEAC). The participants in this study were 21 mastectomized women who were monitored at the ambulatory. Women who withdrew participation after the interview and women who gave unclear answers were not included in the analysis. Data were collected from June to September 2013. A roadmap to a semi-structured interview was used. The method of data analysis was the content analysis. Ethical aspects were regarded; the study was submitted to the Ethics Committee in Research for proper consideration and approval, receiving the assent number 310.165 by the ethics and research committee of the MEAC and number 399.467 by the Ethics and Research Committee of the State University of Ceará. The following categories were developed: 1) QOL of mastectomized women, with emphasis on QOL as a synonym of health and nutrition, paying attention to the condition of the disease that each woman is inserted leading to a search for health, leading her to relate the QOL to the importance of a healthy diet, raised as a factor that may predispose to chronic diseases such as breast cancer, 2) factors that influence positively, such as family and professional support, these being encouraging and development factors to face the disease condition, financial condition as a way of enabling better access to the conditions that would allow the improvement of their treatments and medical assistance, emphasizing the conditions faced by public services, 3) factors that influence negatively, such as financial situation as an inhibitor of access to treatment, unhealthy life habits, which collaborates to the onset of the disease, the disease itself and the fear of dying as its consequence and 4) the nursing care in the mastectomized women's perspective, emphasizing the practical care, the care focused on everyday techniques of nursing practice, however it's worth accentuating the approach of diligent care. The results revealed a gap between the recommended nursing care and the one performed with the patients. Such care should be incorporated into the routine services provided to the population.

Key-words: Quality of life, Woman, Mastectomy, Nursing care.

LISTA DE TABELAS E DIAGRAMAS

LISTA DE QUADRO

Quadro 1	Apresentação dos núcleos de sentido e das categorias emergentes	39
----------	---	----

LISTA DE DIAGRAMAS

Diagrama 1	Representação gráfica das etapas do processo de coleta de dados.....	37
Diagrama 2	Representação gráfica das etapas da análise de dados.....	38
Diagrama 3	Representação gráfica do objeto de estudo.....	44
Diagrama 4	Representação gráfica da distribuição dos Fatores influenciadores e suas categorias emergentes.....	50
Diagrama 5	Representação gráfica acerca do cuidado percebido pela mulher mastectomizada.....	58

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

OMS – Organização Mundial de Saúde

QV – Qualidade de Vida

INCA – Instituto Nacional de Câncer

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

UECE – Universidade Estadual do Ceará

PAISM – Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher

DST – Doenças Sexualmente Transmissível

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

PNAISM – Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher

PNPM – Plano Nacional de Políticas para as mulheres

SUS – Sistema Único de Saúde

ECM – Exame Clínico das Mamas

HRQOL – Health Related Quality of Life

QALY- Quality-Adjusted Life Years

SF-36 – Short-form Health Survey 36

SCF – Sumário do Componente Físico

IQOLA – International Quality of Life Assessment Project

MEAC – Maternidade Escola Assis Chateaubriand

HUWC – Hospital Universitário Walter Cantídio

UFC – Universidade Federal do Ceará

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CEP – Comitê de Ética em Pesquisa

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
2	OBJETIVOS.....	18
	2.1 Geral.....	18
	2.2 Específicos.....	18
3	A MULTIDIMENSIONALIDADE DA MULHER MASTECTOMIZADA.....	19
	3.1 Qualidade de Vida e a saúde da mulher: aspectos históricos e conceituais.....	19
	3.2 Atenção Programática à saúde da mulher no Brasil.....	25
	3.3 O Câncer de mama em mulheres.....	27
	3.4 Cuidado de enfermagem à mulher mastectomizada.....	30
4	CAMINHOS DO ESTUDO.....	34
	4.1 Tipo de estudo.....	34
	4.2 Campo de Investigação.....	34
	4.3 Sujeitos da pesquisa.....	35
	4.4 Processo de coleta de dados.....	36
	4.5 Análise dos dados.....	37
	4.6 Aspectos éticos e legais.....	39
5	APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....	41
	Como as mulheres mastectomizadas analisam sua Qualidade de Vida.....	41
	5.1 Caracterizando as participantes do estudo.....	41
	5.2 Qualidade de Vida de mulheres mastectomizadas.....	45
	5.2.1 Fatores influenciadores da Qualidade de Vida.....	50
	5.2.1.1 Fatores influência positiva na Qualidade de Vida.....	51
	5.2.1.2 Fatores influência negativa na Qualidade de Vida.....	54
	5.3 Cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada.....	56
	5.3.1 O cuidado de enfermagem na visão da mulher mastectomizada.....	57
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	65
7	REFERÊNCIAS.....	67
	APÊNDICE.....	74
	ANEXO.....	78

1 INTRODUÇÃO

Em virtude da multidimensionalidade da mulher e da necessidade de atenção à saúde integral, políticas se desenvolvem em benefício dessa população em nível mundial. No Brasil, desde a década de oitenta, com a criação de programas com o objetivo de melhorar a qualidade de atenção e da saúde, em consequência, vêm sendo constantemente englobados e implementados.

No entanto, mesmo com avanços e incentivos, mediante políticas de saúde, existem doenças não transmissíveis, além de carácter de cronicidade, ou seja, possibilidade de resolutividade em longo período de tempo, entre as quais, o câncer (DUNCAN *et. al.*, 2014).

O câncer caracteriza-se pelo crescimento desordenado de células do organismo humano, quando funções pré-determinadas sofrem mutações, em detrimento de fatores oncogênicos. A magnitude do adoecimento e a forma de tratamento podem comprometer, em vários aspectos, as condições e o modo de vida do doente, aspectos físicos, psicológicos, de relações sociais e pessoais, espiritualidade, ambiente, entre outros.

A problemática do câncer, no Brasil, ganha espaço devido a seu perfil epidemiológico, fazendo com que a temática torne-se parte de agendas políticas e técnicas de todas as esferas de governo. O conhecimento da atual situação prioriza e aloca recursos direcionados ao alcance de modificações positivas no cenário (BRASIL, 2008; BRASIL, 2009).

Atualmente, considera-se o câncer problema de saúde pública. Avanços tecnológicos e pessoais, nos mais diversos aspectos, contribuem para diagnóstico precoce por meios de reabilitação (físico, social e psicológico) importante instrumento de estímulo ao enfrentamento da doença.

Neoplasia maligna constitui segunda causa de morte no Brasil, o que representa impacto social e econômico, com mudanças significativas em dimensões corpóreas do estado psicológico, em todos os âmbitos da vida do paciente (BRASIL, 2009, SAWADA; MACHADO, 2008).

O Instituto Nacional do Câncer (INCA) estima cerca de 580 mil casos novos da doença em 2014. De acordo com a publicação Estimativa 2014 – Incidência de Câncer no Brasil, lançada

no Dia Nacional de Combate ao Câncer, no Ministério da Saúde, os cânceres incidentes na população brasileira serão de pele não melanoma (182 mil), próstata (69 mil); mama (57 mil); cólon e reto (33 mil), pulmão (27 mil) e estômago (20 mil). Ao todo, relacionam-se 19 tipos de câncer: 14 da população masculina e 17 da feminina (BRASIL, 2014).

O indivíduo acometido de câncer necessita de cuidados diferenciados, em relação à clínica. No tratamento, os cuidados são da equipe multiprofissional, no entanto, na maior parte, ou seja, o cuidado clínico é prestado pela equipe de enfermagem, contribuindo para a melhora clínica (PEREIRA; COSTA; PINTO, 2012).

O cuidado clínico de enfermagem tem origem, fundamentalmente, na essência do ser humano. Para ser prestado com vigor e conhecimento adequado, é importante colocar-se o profissional no lugar do outro, compaixão e empatia, além de que o cuidado de quem já passou por sofrimento semelhante, possivelmente, é mais condizente com a real necessidade (TORRALBA ROSELLÓ, 2009).

Conforme pesquisa que busca identificar expectativas de mulheres mastectomizadas, em relação à assistência da enfermeira, ou seja, do cuidado prestado, teve-se pela fala de depoentes, que a atenção de serviço especializado interfere na probabilidade de sobrevivência da mulher com câncer de mama, sendo relevante que o cuidado tenha embasamento especializado, por proporcionar melhora substancial de Qualidade de Vida (QV) de população específica (PEREIRA; COSTA; PINTO, 2012).

Com isso infere-se que o cuidado seja realizado com conhecimento, com valorização dos achados substanciais, sendo importante a busca de novos conhecimentos que sejam aprofundados dentro do cenário oncológico, uma vez que a pessoa com câncer torna-se vulnerável podendo ter QV prejudicada, necessitando de cuidados individualizados.

Vulnerabilidade engloba aspectos que acometem a condição humana, assim, fatores que predispoem ao desenvolvimento do câncer contribuem para o desfalecimento, comprometendo as dimensões corpóreas, nos mais diversos domínios que influenciam na forma de vida.

O conceito de Qualidade de Vida não tem definição consensual na literatura, e a proposta que melhor traduz a abrangência da construção é apresentada pelo Grupo World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) que a interpreta 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” (WHOQOL, 1995; p. 1405).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) ressalta a importância de QV, vez que ter saúde significa não apenas viver sem doença, mas viver com qualidade, com direito à saúde, lazer, trabalho e moradia (OMS, 1946).

Assim, viver com qualidade requer união de fatores que colaborem para a vida saudável, e modo de vida, o avanço de pesquisas e tecnologias que influenciam e colaboram para o aumento da expectativa de vida são fonte de conhecimento de QV das pessoas.

No entanto, o câncer de mama prejudica sim o modo de viver, da descoberta da doença ao tratamento, a maneira como as mulheres vivem, ou passam a conviver com tal agravo.

Em virtude da heterogeneidade, compromete o comportamento da mulher, de maneira distinta. A disparidade observada são pelas variadas manifestações clínicas e morfológicas, diferentes assinaturas genéticas e consequentes distintas respostas terapêuticas. (BRASIL, 2011a).

É fato que a mulher percebe a atuação da doença de maneira particular e diferenciada. Além de que ambiente e apoio que recebe podem influenciar, contribuindo, de alguma forma, para a resposta apresentada.

Avanços significativos, nos últimos anos, no tratamento do câncer de mama, são apontados, principalmente, em relação às cirurgias mutilantes. Este varia de acordo com o estágio da doença, características biológicas, e também com as condições da paciente: idade, nível de menopausa, comorbidades e preferências individuais (BRASIL, 2011a).

O prognóstico da doença depende de sua extensão. Diagnosticada precocemente, o tratamento tem maior potencial curativo, já com há evidências de metástases, tem como principal objetivo prolongar a sobrevivência e melhorar a qualidade de vida. As modalidades de tratamento do

câncer de mama se dividem em: tratamento local (cirurgia e radioterapia) e tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica) (BRASIL, 2011a).

O tratamento cirúrgico, nas diversas modalidades (quadrantectomia, mastectomia, entre outras), proporciona repercussões na vida da mulher, conforme tipos de enfrentamento que variam dependendo do contexto em que ela se encontra, podendo, assim, afetar a qualidade de vida (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

É evidente que a experiência de tratamento é potencialmente diferente para cada mulher, com implicação da vida diária, além de relações interpessoais, sendo importante o papel da enfermagem, na tentativa de resgate do conceito da mulher de si mesma e sobre o cuidado do profissional (TALHAFERRO; LEMOS; OLIVEIRA, 2007).

Tem-se o prolongamento de vida da paciente submetida a tratamento ou até mesmo diante de medidas de prevenção para controle dos sintomas, com retardo do curso natural da doença. Assim, é de grande relevância a mensuração da forma de viver da pessoa, em virtude de anos de vida acrescidos. (FLECK *et al*; 2008).

Na graduação, trabalhei com a temática de qualidade de vida de mulheres vulneráveis ao câncer de colo uterino, e, com aproximação com o Grupo de Pesquisa Saúde da Mulher e Enfermagem, na Universidade Estadual do Ceará (UECE), aprofundi os conhecimentos sobre a mulher e sua multidimensionalidade, com discussões nas disciplinas do Mestrado Acadêmico Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde, sobre os seguintes questionamentos: Como se encontra a qualidade de vida da mulher mastectomizada? Quais os fatores que intervêm na qualidade de vida? Que cuidados de enfermagem são prestados e percebidos por elas?

Justifica-se pela necessidade de investigação da visibilidade do cuidado de enfermagem e a percepção pela mulher mastectomizada, com favorecimento da implementação do cuidado de enfermagem fortalecedor do processo de trabalho repercutindo no alcance dos resultados desejados, uma vez que a busca pelo cuidado de qualidade deve ser constante.

Ainda assim, não obstante o diagnóstico ameaçador, do tratamento prolongado, muitas vezes, agressivo, e da incerteza do prognóstico, a doença crônico-degenerativa, no caso, o câncer

de mama, constitui-se risco para a qualidade de vida do indivíduo fazendo com que o interesse em pesquisa de QV aumentasse (CANAVARRO *et al.*, 2010).

Diante do exposto, infere-se que achados desvelados na pesquisa dão importância significativa ao cuidado prestado e desenvolvido pelo profissional de enfermagem, visando obter e manter a Qualidade de Vida da mulher mastectomizada, podendo subsidiar a elaboração de intervenção tecnológica, tipo cartilha ou manual, que favoreça a prestação do cuidado clínico pelo entendimento de que o cuidado é relevante para a melhora clínica da mulher que sofre com o doloroso processo saúde/doença do câncer de mama.

O desvendamento contribui com avanços científicos e qualidade do cuidado à mulher mastectomizada, uma vez que pesquisas com esse intuito são escassas. O desvelamento de fatores intervenientes colabora para a adequação de assistência e de cuidado focado na elaboração de práticas que fortalecem o elo que, contribuindo de maneira positiva para a QV de mulheres com câncer de mama, ressalta a relevância impar do cenário de pesquisa nacional.

2 OBJETIVOS

2.1 GERAL:

- Descrever a Qualidade de Vida da Mulher com Mastectomia e o cuidado de enfermagem.

2.2 ESPECÍFICOS:

- Identificar os fatores intervenientes na qualidade de vida de mulher com mastectomia.
- Verificar os cuidados de enfermagem prestados a mulher.

3 MULTIDIMENSIONALIDADE DA MULHER MASTECTOMIZADA

Discorre-se sobre as seguintes temáticas: Qualidade de vida, atenção programática à saúde da mulher no Brasil, câncer de mama em mulher e cuidado de enfermagem à mastectomizada com a finalidade de apontar dados da literatura relativos aos conceitos pertinentes a tais campos e à articulação com o que a pesquisa pretende explorar.

3.1 QUALIDADE DE VIDA E SAÚDE DA MULHER: ASPECTOS HISTÓRICOS E CONCEITUAIS

No contexto social atual, a mulher exerce múltiplos papéis: além de mãe, dona de casa e esposa tem atividades fora do lar. A sobrecarga de trabalho pode conduzi-la a estresse emocional, pelo acúmulo de atribuições. A situação interfere em aspectos de qualidade de vida, bem como em dimensões do cenário e família (MATIAS; FONTAINE, 2012).

A criação de políticas sobre a saúde da mulher por parte do Governo atende, de forma específica e individualizada, as etapas do ciclo vital, considerando as especificidades de cada momento da sua vida. Além disso, englobam-se as necessidades físicas, psicológicas, sociais e espirituais, buscando com isso a contribuição para o alcance de boa qualidade de vida.

Tendo em vista que o Sistema Único de Saúde (SUS) e políticas de ações primam por promoção, prevenção e reabilitação, remete-nos ao início dos termos de promoção da saúde.

Cartas de promoção da saúde trazem nova concepção acerca do tema Qualidade de Vida, valorizando a saúde como componente central do desenvolvimento humano, ressaltando, sem usar a terminologia de determinantes da saúde, fatores necessários a assegurar a qualidade de vida e direito ao bem-estar social.

Há relação bastante relevante entre promoção da saúde e qualidade de vida como pode ser observado nos documentos base de cartas de Promoção da Saúde, constituídas por sete consensos pela Organização Mundial da Saúde cujo objetivo é propor diretrizes de desenvolvimento da promoção da saúde, das quais sobressai a conferência de Alma-Ata – 1978, ao oficializar o paradigma Saúde para Todos no ano de 2000. Realizaram-se Conferências sobre Promoção de Saúde, em destaque: Ottawa 1986, Adelaide 1988, Sundsvall 1991 e Jacarta 1997, as quais serviram de subsídio para as bases conceituais e políticas da promoção da saúde na atualidade (BRASIL, 2002).

Na primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, no ano de 1986, o conceito de Qualidade de Vida da população é levantado. Além da abordagem intersetorial, da participação e da responsabilidade da sociedade, na formulação de políticas favoráveis à saúde, tem-se em vista também melhor qualidade de vida, com ênfase em ambientes saudáveis e na equidade (BRASIL, 2002).

Qualidade de vida é o tema empregado na atualidade, no cotidiano e no campo das pesquisas, em associação, muitas vezes, ao bem-estar do indivíduo e à busca de vida saudável. Trata-se de um fenômeno complexo que apresenta variedade de significados com possibilidades de enfoque.

As condições de vida e saúde vêm melhorando de forma permanente e sustentada na maioria dos países (BUSS, 2000). O que se evidencia pela constante melhoria tecnológica, na área da saúde, colaborando para a melhoria da QV dos pacientes, com o intuito não apenas de prolongar a vida do doente, mas de contribuir para aumento vivenciado com qualidade.

Tomando como norte o contexto, é grande importância dispor de maneiras de mensuração da forma e qualidade dos anos acrescidos, surgindo, assim, em 1970 o conceito de QV como medida de desfecho em saúde (FLECK *et al.*, 2008).

A busca pelo significado da expressão qualidade de vida surge em meados da civilização antiga, estudado por pensadores filosóficos como Sócrates e Aristóteles. O desenvolvimento histórico-cultural da humanidade demonstra as tentativas de definição da qualidade de vida, mesmo antes da Era Cristã. Contexto confirmado por Fleck *et al.* (1999), afirmando que cientistas

sociais, filósofos e políticos foram os primeiros a se interessar pelos conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida”.

A expressão qualidade de vida utilizou-se pela primeira vez na literatura médica, na década de 30, com base em levantamento de estudos, com objetivo na definição, que faziam referência à avaliação de QV (SEIDL; ZANNON, 2004).

Na cultura Ocidental, o conceito surge após a Segunda Guerra Mundial: boa vida do indivíduo associa-se a diversos aspectos: emprego, saúde, moradia, cultura e não somente riqueza material. Em discurso do presidente dos Estados Unidos, Lyndon Jonhson, em 1964, tem-se que “os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas” (FLECK *et al.*, 1999).

Na década de 80, observou-se a configuração de que QV é multidimensional, realizados, no período, estudos empíricos para melhor compreensão do fenômeno. No início da década de 0, estudiosos da área consolidaram, em consenso, subjetividade e multidimensionalidade como aspectos relevantes do conceito (SEIDL; ZANNON, 2004).

Não existe definição única de QV. A ideia de que a felicidade humana consiste exclusivamente na satisfação de necessidades materiais não é solitária, no entanto há reconhecimento de que outros aspectos não estão sendo atendidos nesse contexto (RADÜNZ; OLSON, 2005).

Apesar de conceito largamente empregado nos últimos anos, hoje não se tem definição abrangente o suficiente para que seja aceita universalmente. É possível afirmar que o conceito passa por modificações que acompanham a dinâmica de distintos contextos sociais, com suas muitas culturas, prioridades e crenças (OLIVEIRA; CIAMPONE, 2006).

O conceito de saúde da OMS mantém forte elo com o conceito de QV, uma vez que saúde não é apenas ausência de doença. Qualidade de vida é um conceito complexo, multifatorial e dinâmico, em que se insere a ideia de que muitas dimensões se envolvem: materiais, culturais, psicológicas, espirituais, emocionais e ambientais, equivalendo ao nível de satisfação na vida do ser humano, incluindo ideias e sentimentos pessoais (RADÜNZ; OLSON, 2005).

A dificuldade de se formar o conceito de QV relaciona-se com a multidimensionalidade e subjetividade do tema. A subjetividade considera as percepções da pessoa no contexto de vida pessoal, objetivos e aspirações, muitas vezes influenciado por aspectos culturais. A multidimensionalidade refere-se às diferentes dimensões físicas, psicológicas, de relações pessoais e de trabalho, de meio ambiente e de recursos financeiros. QV só pode ser avaliada pelo próprio indivíduo.

A complexidade de quantificação dos fatores subjetivos não excluiu as considerações que intermediam a qualidade de vida. Existe necessidade de considerar a subjetividade do indivíduo ao avaliá-la. Assim, o componente subjetivo também se considera fator de grande influência, por relacionar-se com as crenças e conquistas e de como podem afetar o cotidiano (SOUZA; CARVALHO, 2003).

A Organização Mundial da Saúde, objetivando abordagem mais ampla e integradora, propôs a natureza multifatorial. Ao conceito associam-se cinco dimensões: (1) saúde física, (2) saúde psicológica, (3) nível de independência, (4) relações sociais e (5) meio ambiente. Assim, para determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo, é necessário considerar as várias dimensões do ser (SOUZA; CARVALHO, 2003).

Pela observação de estudos, percebem-se tendências gerais da conceituação de qualidade de vida: uma com conceito mais genérico, e outra relaciona a qualidade de vida à saúde. Conforme Aragaki (2008), o conceito de qualidade de vida é abrangente e engloba saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relacionamentos pessoais, crenças e valores.

O termo “qualidade de vida relacionada à saúde” *Health Related Quality of Life* (HRQOL) usa-se como conceito que engloba um conjunto de instrumentos desenvolvidos pela perspectiva funcionalista. Conceito próximo, proveniente de modelos de preferência da área da economia de saúde, é *Quality-Adjusted Life Years* (QALY), consistindo em tentativa de combinar estimativa de duração com qualidade de vida (FLECK *et al.*, 2008).

Reunindo ideias de autores sobre modelos teóricos de qualidade de vida, é possível agrupá-los em dois grandes grupos: modelo de satisfação e o funcionalista. Com relação ao

primeiro, qualidade de vida está diretamente relacionada à satisfação com os vários domínios da vida definidos como importantes pelo indivíduo; o segundo considera que, para ter boa qualidade de vida, o ser humano precisa desempenhar, de forma satisfatória, seu papel social e funções que valoriza (FLECK *et al.*, 2008).

Embora o avanço da ciência e da tecnologia tenha contribuído para reduzir a incidência e melhorar as taxas de sobrevivência de doenças, concomitantemente à QV, as questões relacionadas com a saúde da mulher continuam a exercer impacto sobre a sociedade contemporânea. Ao eliminar ou diminuir os fatores de vulnerabilidade, a sociedade e a ciência podem solucionar determinados problemas de saúde, e, ao focar as causas e efeitos de determinadas doenças, muitas questões de saúde da mulher serão resolvidas (RICCI, 2008).

Seguindo a raiz do conceito do que seja QV, surge o questionamento de como mensurar subjetividade e a multidimensionalidade associadas à definição, ao mesmo tempo em que se percebe a necessidade de utilização de instrumentos específicos para esse fim.

A criação de instrumentos para avaliação de QV, psicometricamente válidos, é um grande desafio. A maioria dos questionários desenvolveu-se nos Estados Unidos e na Europa, fato que torna questionável o uso em outras culturas. A falta de um instrumento de avaliação da qualidade de vida, na perspectiva internacional, fez a OMS instituir o Grupo de Qualidade de Vida (Grupo WHOQOL), com a finalidade de desenvolver instrumentos capazes de fazê-lo nessa perspectiva (FLECK, 2000).

Assim, nesse aspecto, inicialmente estrutura-se o instrumento de avaliação de qualidade de vida com 100 questões, o WHOQOL-100, consistindo em cem perguntas referentes aos domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais (FLECK, 2000a).

Diante da necessidade de questionário curto, de preenchimento ágil, e atendida às características psicométricas de forma satisfatória, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu a versão abreviada do WHOQOL-100, o WHOQOL-Bref (FLECK, 2000).

Além dos questionários da OMS, referem-se outros instrumentos que podem ser utilizados para avaliação de QV, principalmente de mulheres como *Women's Health Questionnaire* (WHQ), *King's Health Questionnaire* e *Medical Outcomes Study 36 Short-Form Health Survey* (SF-36).

WHQ ou Questionário de Saúde da Mulher (QSM) é um dos principais instrumentos de avaliação da QV da mulher climatérica. Pode ser usado para monitorizar e acompanhar sintomas do climatério, além de avaliar de que forma afetam a QV. Consiste de 36 itens agrupados em nove domínios que avaliam sintomas somáticos, humor depressivo, problemas de concentração/memória, ansiedade/medo, satisfação sexual sintomas vasomotores, distúrbios do sono, alterações menstruais e atratividade (HUNTER, 2003).

King's Health Questionnaire (KHQ) é um instrumento específico de avaliação da qualidade de vida de mulheres com incontinência urinária, com 21 questões, em oito domínios: percepção geral de saúde, impacto da incontinência urinária, limitações de atividades diárias, limitações físicas, limitações sociais, relacionamento pessoal, emoções, sono/disposição. Além disso, existem outras escalas independentes: uma avalia a gravidade de incontinência urinária (medidas de gravidade), outra, presença e intensidade dos sintomas urinários (escala de sintomas urinários), pontuado conforme cada domínio, assim, não há escore geral. Os escores variam até 100 e quanto maior a pontuação obtida, pior a qualidade de vida relacionada aquele domínio (TAMANINI *et al.*, 2003).

O SF-36 é versão em português do questionário *Medical Outcomes Study 36 Short-Form Health Survey*. É um instrumento genérico, questionário multidimensional formado por 36 itens englobados em oito domínios: capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais e saúde mental. Os quatro primeiros domínios compõem o Sumário do Componente Físico (SCF), e os quatro últimos, o Sumário do Componente Mental (SCM) (CICONELLI *et al.*, 1999).

A tradução para a língua portuguesa e a validação do questionário SF-36 deram-se primeiramente pelo desenvolvimento de protocolo para tradução e validação de acordo com etapas propostas pelo *International Quality of Life Assessment Project* (IQOLA), além de outros trabalhos que abordam a metodologia de validação o passa a passo: tradução inicial, avaliação da tradução inicial e avaliação da equivalência cultural (pré-teste). No que concerne à validação das

propriedades de medida do instrumento, a avaliação é pela reprodutibilidade, com entrevistas; validade por meio da verificação de parâmetros clínicos e laboratoriais do paciente; além de realizada comparação com outros questionários de avaliação de QV (CICONELLI *et al.*, 1999).

A dimensão física compreende o inerente à função física: desempenho físico, dor física e saúde em geral; a dimensão mental constitui-se pela saúde mental, desempenho emocional, função social e vitalidade. A opção pelas medidas sumárias reduz o número de comparações e, conseqüentemente, inferências estatísticas na análise dos resultados (SEVERO *et al.*, 2006).

À escolha de instrumento de avaliação da QV, é importante selecionar o que é validado e traduzido para várias línguas e considerar as especificidades transculturais, ou avaliar se no país escolhido para pesquisa há instrumento validado. Isso deve ser considerado, pois a QV é um conceito que pode sofrer influência cultural e temporal, dependente do contexto no qual está sendo avaliada.

3.2 ATENÇÃO PROGRAMÁTICA À SAÚDE DA MULHER NO BRASIL

A mulher passa por momentos históricos, estigmatizantes, em patamar diferente em relação ao gênero masculino perante a sociedade. Após anos de lutas e discriminações, modificou-se o cenário nos mais diversos setores.

Grande advento é a criação, em 1984, do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no qual o governo federal deixa de ter o foco voltado apenas para o binômio mãe-filho e incorpora a assistência à mulher em todas as etapas de vida. O programa dá ênfase a doenças ginecológicas prevalentes, prevenção e tratamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) e Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida), além de prestar assistência à mulher vítima de violência (BRASIL, 2009a).

O marco referencial do PAISM rompe com o paradigma materno-infantil, a mulher é vista como produtora e reprodutora de força de trabalho, ou seja, mãe, nutriz e cuidadora da família, o

que contradiz as políticas formuladas até então, voltadas preferencialmente para o bem-estar do recém-nascido e da criança.

No entanto, analisadas as ações de atenção à saúde da mulher, entre os anos de 1998 e 2002, mesmo diante da incorporação de novos temas, as políticas existentes são restritas à área do cuidado, mantendo, muitas vezes, ênfase na resolução de problemas de ordem apenas reprodutiva (FREITAS *et al.*, 2009).

É importante a criação de política pública com temas inovadores que perpassam a realidade e atendem a mulher em todos os aspectos. Em 2004, criou-se a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PNAISM), com reconhecimento da necessidade de articulação com áreas técnicas abrangendo, entre os objetivos específicos e estratégicos do PNAISM, a promoção de atenção à saúde da mulher em prisão, incluindo ações de prevenção e controle de DST, com ampliação de acesso à saúde de qualidade (BRASIL, 2007).

Com o II Plano Nacional de Políticas para as Mulheres (II PNPM), em 2008, houve preocupação maior do governo. O plano amplia e aprofunda a atuação na promoção de políticas de igualdade e justiça social com a inclusão de novos eixos estratégicos. A mulher participa de espaços de poder e decisão; desenvolvimento sustentável no meio rural, na cidade e na floresta (BRASIL, 2011a).

Além disso, o II PNPM teve como meta para o período de 2008 a 2011, a redução em 15% da mortalidade materna, aumento em 15% do número de mamografias, disponibilização de métodos anticoncepcionais em 100% dos serviços de saúde e aumento em 60% do número de exames citopatológicos da mulher com idade entre 25 e 29 anos (BRASIL, 2011a).

Entre os principais problemas de saúde, conforme apontado no Painel de Indicadores do SUS, o câncer continua sendo uma das principais causas de morte da população feminina no Brasil. Em 2005, 67.833 mulheres morreram em virtude da doença, das quais 10.208 por câncer de mama e 4.406, de colo uterino. Dado que conforta é que a taxa de mortalidade pelo câncer de mama, crescente na década de 80 até a virada do milênio estabilizou-se nos cinco anos seguintes. O relatório afirma que o maior acesso aos exames de detecção precoce explica o fato, mostrando que prevenir é uma das armas fundamentais no combate ao câncer de mama (BRASIL, 2012a).

Em demonstração da constante preocupação e atuação do governo em avançar na luta pelos direitos humanos e na melhoria da saúde pública para a mulher, em 2011, aconteceu a 3ª Conferência Nacional de Políticas para as Mulheres, com o objetivo de atualização e definição de prioridades para o próximo período, com base em ações propostas no II PNPM (BRASIL, 2011a).

3.3 CÂNCER DE MAMA NA MULHER

Durante muitos séculos, o câncer foi conhecido como doença de países desenvolvidos e com grandes recursos financeiros. No entanto, situação vem mudando, e a maior parte dos casos de câncer se tem em países em desenvolvimento, principalmente aqueles com poucos e médios recursos (BRASIL, 2011).

O câncer em dimensão maior caracteriza-se como evidente problema de saúde pública mundial. A OMS estima que, no ano 2030, ter-se-ão 27 milhões de casos de câncer, 17 milhões de mortes e 75 milhões de pessoas com a doença, e os países de baixa e média renda serão os mais afetados (BRASIL, 2011).

Modificado o cenário, no que engloba a magnitude do câncer, a população atingida pela doença teve sua caracterização alterada. Os países, agora, tomam conhecimento da importância de políticas públicas voltadas para prevenção e promoção da saúde, com ações de controle do câncer.

A população feminina mundial e brasileira tem o câncer de mama como maior incidente, com exceção dos casos de câncer de pele não melanoma. Desde os anos 80, políticas públicas se desenvolvem no Brasil na área de atuação, incentivadas pelo Programa Viva Mulher, no ano de 1998. O controle de câncer de mama assegura-se como prioridade na Política Nacional de Atenção Oncológica em 2005, e no Pacto pela Saúde, em 2006 (INCA, 2010).

Em 2014 calculam-se no Brasil, 57 mil novos casos de câncer de mama, tipo mais frequente nas regiões sul (71 casos/100 mil), sudeste (71 casos/100 mil), centro-oeste (51

casos/100 mil) e nordeste (37 casos/100 mil). Na região norte, é o segundo em incidência (21 casos/100 mil). A idade é o principal fator de risco e o número de casos aumenta de forma acelerada após os 50 anos. Sua ocorrência relaciona-se ao processo de urbanização da sociedade, com maior risco de adoecimento da mulher com elevado nível socioeconômico. (Brasil 2014).

O principal fator de risco para o desenvolvimento do câncer de mama é a idade. Taxas de incidência aumentam proporcionalmente até os 50 anos, após o aumento se dá de forma mais lenta. Entretanto outros fatores também estão envolvidos com a vida reprodutiva da mulher: menarca precoce, nuliparidade, idade da primeira gestação a termo acima de 30 anos, uso de anticoncepcionais orais, menopausa tardia e terapia de reposição hormonal, além de história familiar e alta densidade do tecido mamário e de tecido glandular. A exposição à radiação ionizante, mesmo em baixas doses, também se considera fator de risco, particularmente na puberdade (BRASIL, 2011a).

Total prevenção primária à neoplasia não é possível, em detrimento da variação de fatores de risco e características genéticas envolvidas na sua etiologia. A busca de novas estratégias de rastreamento, em países com dificuldades econômicas, tem sido estudada, até o presente momento. A mamografia, para mulher entre 50 e 69 anos, é a o método recomendado, efetivo na detecção precoce. A prática de exercícios físicos e alimentação saudável, aliadas com a manutenção do peso, além do ato de amamentação, associam-se a menor risco de predisposição ao câncer (BRASIL, 2011).

Estratégia recomendada para controle do câncer de mama, no Brasil, é o exame clínico anual e rastreamento. Segundo consenso de 2004 para Controle do câncer de mama, considera-se o exame clínico anual a partir dos 40 anos e o exame de mamografia, a cada dois anos, para mulher de 50 a 69 anos, medidas importantes de detecção precoce (BRASIL, 2004).

Ao grupo de risco elevado: história familiar de câncer de mama em parentesco de primeiro grau, antes dos 50 anos de idade; história familiar de câncer da mama bilateral ou de ovário em parentes de primeiro grau, em qualquer idade; história familiar de câncer da mama masculina; ou mulher com diagnóstico histopatológico de lesão mamária proliferativa com atipia ou neoplasia lobular in situ, recomenda-se exame clínico e mamografia anualmente, a partir dos 35 anos (BRASIL, 2011).

As mamografias realizadas no primeiro semestre de 2012 foram mais de um milhão, entre mulheres de 50 e 69 anos, no âmbito do SUS. O aumento, em comparação com o mesmo período de 2010, é de 41%, dado bastante relevante, tendo em vista a magnitude que é a detecção precoce para tal agravo. Realizaram-se 2.139.238 exames, em 2010, 1.667.272 mamografias, aumento na proporção devida à ampliação e à melhoria da qualidade dos serviços oncológicos da rede. Também o aumento da oferta, deu-se em virtude do Plano Nacional de Prevenção, Diagnóstico e Tratamento do Câncer de Colo do Útero e de Mama, lançado em março de 2011 (INCA, 2012).

O tratamento integral de paciente com câncer de mama faz-se pela equipe multidisciplinar. As modalidades terapêuticas disponíveis atualmente são cirúrgica e radioterápica para tratamento locoregional e hormonioterapia e a quimioterapia para o tratamento sistêmico (BRASIL, 2004).

Nos últimos anos, avanços significantes na abordagem do câncer perceberam-se, principalmente no que concerne às cirurgias mutilantes, assim como à busca de tratamento individual, que varia de acordo com o estágio da doença, características, assim como condições clínicas da mulher (INCA, 2012).

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estádio). Diagnosticada no início, precocemente, o tratamento tem maior potencial curativo, no entanto, com evidências de metástases, seus objetivos principais são prolongamento de sobrevida e melhora de qualidade de vida (INCA, 2010).

O tratamento na busca da cura ou de melhor qualidade de vida divide-se, como já exposto, em cirurgia e radioterapia, como tratamento local, e quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica, sistêmico.

Conduta em cirurgia diz-se conservadora, com retirada apenas do tumor, ou mastectomia, com retirada da mama. Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia indica-se em algumas situações. A reconstrução mamária considera-se sempre na mastectomia. A Atenção à qualidade de vida da paciente com câncer de mama é uma preocupação do profissional de saúde, ao longo do processo terapêutico (BRASIL, 2011a).

3.3 CUIDADO DE ENFERMAGEM À MULHER MASTECTOMIZADA

Diferentes maneiras de cuidar são plenamente ligadas ao estar-no-mundo. Para que se torne ser que cuida, ou seja, cuidador, é necessário ter experienciado o cuidado. Desta forma a ação seria fidedigna com a realidade, uma vez que o prestador do cuidado, quando vivencia, infere melhorar no serviço prestado (WALDOW, 2004).

Cuidar é, no sentido mais amplo, ajudar a crescer e a se realizar. Assim, é um processo que relaciona pessoas e abrange desenvolvimento e crescimento, em laço de confiança mútua, com transformação do relacionamento em qualidade e profundidade. À ajuda do outro no crescimento, é contribuir para o cuidado de algo ou alguém (WALDOW, 2004).

A discussão acerca do conceito sobre cuidado clínico está em construção. Até o presente momento entende-se como ação humana, cuidado, em conjunto com conhecimento científico e arte voltada para as necessidades humanas individuais e coletivas, permanecendo visão holística da prática da enfermagem, acontecimento único e dinâmico que engloba sujeitos e o processo de trabalho (SANTOS, 2012).

O câncer é uma doença genética cujo desenvolvimento inicia com dano ao gene ou grupo de genes da célula, progride quando os mecanismos do sistema imunológico celular falham. Fatores de risco se associam à modificação genética (BRASIL, 2008).

Fatores de risco se definem como qualquer evento que predispõe o indivíduo ao desenvolvimento de determinada doença ou sofrimento por determinado agravo. Cita-se como exemplo o tabagismo. Ações do profissional de enfermagem, direcionadas à prevenção de fatores, são as primárias e secundárias contra o câncer (BRASIL, 2008).

Com relação ao câncer de mama, além de ações de educação em saúde que contribuem para o empoderamento do cuidando, consideradas primárias, levanta-se a importância da detecção precoce pelo autoexame e pelo exame clínico das mamas pelo profissional de saúde em consulta de rotina.

Conduta de enfermagem, no cuidado prestado de forma preventiva à mulher, é o Exame Clínico das Mamas (ECM), que deve ser rotina, por ocasião do exame ginecológico e tem como objetivo a detecção de neoplasia maligna ou qualquer patologia incidente (BRASIL, 2008).

De acordo com o Instituto Nacional do Câncer, o exame é direcionado conforme métodos propedêuticos:

- Inspeção: mulher em pé ou sentada, primeiramente, com os braços ao longo do tronco; posteriormente, levantados; finalmente, com as mãos nos quadris, pressionando-os, com o objetivo de salientar contornos das mamas.

Lembrar de atentar para: forma, volume e simetria e eventuais retrações; coloração e alterações da pele e aréola e papilas.

- Palpação: inclusão da região axilar e mama, desde a linha médio-esternal até a clavícula e, lateralmente, até o início da região dorsal, em dois momentos: a) sentada (palpar profundamente as cadeias linfáticas, com atenção para as fossas supraclaviculares, e regiões axilares); b) deitada (ombro sobrelevado, palpar a mama em toda sua extensão).

- Expressão: etapa subsequente à palpação que permite detectar a presença de secreção. A secreção papilar pode estar associada ao processo inflamatório ou à lesão benigna ou maligna. Deve ser coletada e encaminhada para exame citopatológico.

O ECM tem vantagens entre elas se destacam: sensibilidade, inocuidade, baixo custo e boa aceitação pela mulher, em especial quando o profissional é do sexo feminino. O fato se deve a valores culturais o qual deve ser considerado na abordagem da paciente. A desvantagem é que tumores com menos de dois cm de diâmetro podem ser impalpáveis (BRASIL, 2008).

Atualmente, o autoexame das mamas não se recomenda como método de rastreamento do câncer de mama. O exame de mamas pela própria mulher, apalpando-as, ajuda no conhecimento do próprio corpo, entretanto não substitui o exame clínico realizado por profissional de saúde treinado. Caso a mulher observe alteração, é necessário procurar imediatamente o serviço de saúde mais próximo da residência, mesmo que não encontre alteração no autoexame, deve ter mamas examinadas uma vez por ano (BRASIL, 2008).

O profissional faz educação em saúde com paciente quanto à importância do autoexame ensinando-a o passo a passo com a finalidade de propor detecção previa, contribuindo para o alcance de saúde com qualidade. A inspeção se realiza em frente ao espelho, observando a área do pescoço até abaixo do seio e das axilas até a parte externa dos ombros.

A mastectomia é cirurgia de retirada total ou parcial da mama, associada ou não à retirada de gânglios linfáticos da axila, o esvaziamento axilar. No pós-operatório há exigência de cuidados específicos, principalmente com o braço do lado da mama retirada (INCA, 2013).

A enfermeira orienta os cuidados a serem seguidos, com relação à alimentação, atividades diárias e realização de curativos, que devem ser trocados todos os dias, conforme explicação abaixo:

Lavar as mãos com água e sabão; água fervida e filtrada deixar esfriar em recipiente com tampa; descobrir ou curativo e lavar as mãos novamente; um pouco de água fervida na gaze esterilizada e limpar a ferida suavemente; cubri-la com gaze esterilizada e prendê-la com esparadrapo ou fita adesiva e lavar as mãos mais uma vez.

É importante exame mensal do local da cirurgia e da mama não afetada. Observar alterações de temperatura, coloração da pele e aparecimento de caroços, necessitando ser prontamente comunicado ao médico, assim como a realização das tarefas diárias e de atividades de lazer. Em caso de ferida de membro superior do lado da mama retirada, a paciente precisa ser orientada quanto à realização de curativos diários para manter a ferida coberta até completa cicatrização; no caso de não cicatrização, o médico deve ser procurado. Após completa cicatrização, a pele é hidratada, o uso de próteses externas só é orientado para região completamente cicatrizada e sob orientação do médico (INCA, 2013).

Façam-se recomendações, sobre esvaziamento axilar, à mulher, pois o sistema linfático do lado operado não é tão eficiente, e por isso cuidados especiais devem ser tomados, é que o organismo fica susceptível a infecções e a corpos estranhos. A mulher deve evitar as seguintes ações com o braço do lado operado: corte de cutícula com alicate e roer unha; costura sem dedal; picadas de insetos e mordidas de animais; contato direto com substâncias irritantes, cloro ou

solventes; bolsas ou pacotes pesados, uso de roupas ou objetos que apertem a região e evitar o sol das 10h às 15h, usar sempre filtro solar (INCA, 2013).

A mulher pode utilizar removedor líquido de cutícula, luvas grossas em trabalho no jardim, com esponjas de aço ou lidando com forno, loção depilatória ou tesoura para remoção de pelos das axilas e desodorante tipo bastão e sem álcool são os mais adequados. Há que procurar médico em caso de febre ou dor forte no local operado e não melhora com medicamentos e de vermelhidão e inchaço no local da cirurgia ou no braço do lado operado (INCA, 2013).

Mesmo em virtude de avanços em relação a tipos de tratamento, o câncer de mama traz características diferenciadas de doenças crônicas, pela alteração de aspectos físicos, dor, efeito adverso à terapia e mutilações, a retirada da mama provoca impacto psicológico, com o surgimento de sentimentos de diferentes natureza e intensidade (SALCI; MARCON, 2008).

São alterações que afetam aspectos de qualidade: físico, dor, conforto, condições de realizar atividade cotidiana, sono e repouso; psicológico: sentimentos positivos e negativos, autoestima, imagem corporal com a retirada da mama; dependência de cuidados em relação à capacidade de realização de atividades de vida de diária, ou cuidados com a doença; relações sociais, apoio social e atividade sexual; ambiente de segurança e proteção e aspectos financeiros de aporte ao tratamento e necessidades diárias, informações, transporte; espiritualidade, religião e crenças.

Aspectos que denotam do profissional prestador do cuidado atenção especial, proporcionando ações que, de alguma forma, conservem ou promovam Qualidade de Vida da mulher, verificando e afirmando o cuidado diferenciado de que ela necessita.

4 CAMINHOS DO ESTUDO

4.1 TIPO DE ESTUDO

Estudo tipo descritivo. Pesquisa descritiva, também chamada pesquisa não experimental, tem como foco observar, descrever e documentar aspectos situacionais. O pesquisador centra interesse na descrição de relacionamentos entre variáveis, sem necessariamente estabelecer conexão causal (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Pesquisas assim têm como objetivo principal a descrição de características de determinada população ou fenômeno, ou afirmação de relações entre variáveis por meio do uso de técnicas estruturadas de coleta de dados, como roteiro e observação sistemática (FIGUEIREDO, 2008).

Trabalha-se com a descrição de valores, crenças, hábitos, atitudes, representações, opiniões e processos particulares e específicos de indivíduos e grupos.

4.2 CAMPO DE INVESTIGAÇÃO

Campo de pesquisa: Ambulatório de Mastologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC), no município de Fortaleza/CE.

MEAC compõe-se com Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) o complexo universitário da Universidade Federal do Ceará (UFC), para ensino, pesquisa e assistência terciária à saúde, atuando de forma integrada e como suporte de níveis de atenção do modelo de saúde vigente e valores: ética, legalidade, moralidade, impessoalidade, publicidade, eficiência, equidade, humanização, segurança do paciente, valorização profissional e profissionalismo (MEAC, 2013).

A maternidade conta com alojamento conjunto, ambulatório de alto risco, ambulatório de mastologia, ambulatório do adolescente, ambulatório geral, banco de leite, centro cirúrgico, centro de parto humanizado, clínica obstétrica, emergência, farmácia, laboratório, nutrição e dietética, postos de enfermagem, projeto canguru, psicologia, residência médica e internato, sala de recuperação, serviço social, ultrassonografia e Unidade de Terapia Intensiva materna (MEAC, 2013).

A opção pelo cenário de estudo deu-se em virtude de ser maternidade de referência no estado do Ceará, de atendimento de médio e alto risco, por possuir ambulatório de mastologia e realizar grande número de cirurgias de Mastectomia: em 2012, 96 cirurgias em conjunto com o HUWC, e, segundo dados da coordenação do ambulatório de mastologia, em 2012, realizaram-se 5.891 consultas.

O ambulatório oferece acompanhamento pela equipe multidisciplinar, em destaque a atuação da Enfermeira. A profissional faz atendimento individualizado fazendo o acolhimento da mulher antes da consulta com o mastologista, e, caso seja indicado tratamento cirúrgico, realiza-se consulta de enfermagem pré-cirúrgica, recentemente incorporada à rotina, e se tem desenvolvido roteiro estruturado.

No pós-cirúrgico, a mulher retorna ao ambulatório para acompanhamento de ferida operatória pelo residente de mastologia e enfermeira do ambulatório, com frequência semanal por trinta dias, passando à mensal após o período, e a seguimento trimestral posteriormente. A mulher recebe orientações sobre as atividades a serem desenvolvidas, alimentação e cuidados com a mama, uso de sutiã e não utilização de produtos cosméticos na incisão cirúrgica, não observou-se orientações sobre qualidade de vida e dimensões com relação à sexualidade, prazer e qualidade do sono, aspectos pertinentes da mulher após a mastectomia.

4.3 SUJEITOS DA PESQUISA

Os sujeitos participantes do estudo são mulheres acompanhadas, no ambulatório de Mastologia da MEAC, submetidas à mastectomia no ano de 2013, nos meses de junho a setembro.

Com levantamento do total de cirurgias, no ano de 2012, fez-se o cálculo da média mensal, dividindo-se o total por 12 meses: oito cirurgias por mês. Multiplicando pelo número de meses da coleta, três meses inicialmente, aproximou-se de total de 24 mulheres, no entanto a opção foi estender a coleta por mais um mês, em face de greve de atendimento médico, pelo cancelamento de consultas e cirurgias.

Incluíram-se mulheres submetidas à mastectomia e atendidas no ambulatório de mastologia da MEAC, no período da coleta. Mulheres que desistiram da participação após entrevista e mulheres com respostas confusas em entrevista, não foram incorporadas à análise. De 24 mulheres entrevistadas, duas não têm ordenamento de ideias, respostas truncadas, e uma desistiu da participação. Participaram 21 mulheres.

4.4 PROCESSO DE COLETA DE DADOS

A coleta de informações como base para o estudo fez-se no período de quatro meses, junho, julho, agosto e setembro de 2013. Foi solicitada uma sala no ambulatório, com preservação de individualidade e conforto das entrevistadas.

As entrevistas foram aproximadamente de 30 minutos, com roteiro semiestruturado, de perguntas abertas e fechadas englobando as seguintes variáveis: estado civil, procedência, ocupação, nível de escolaridade, renda familiar e tempo de mastectomia, bem como perguntas sobre o que se pensa por Qualidade de Vida; fatores que influenciam positiva e negativamente na QV, explicação e enumeração de grau de importância; quais profissionais de saúde atuantes sobre o acompanhamento em ambulatório; entendimento de cuidado de enfermagem e cuidados prestados pelos profissionais de enfermagem.

Inicialmente o roteiro de entrevista aplicado fez-se com 10 mulheres, e, analisadas as respostas excluíram-se perguntas não pertinentes ao estudo, na adequação aos objetivos propostos.

No processo de coleta, solicitou-se a aprovação de gravação das falas.

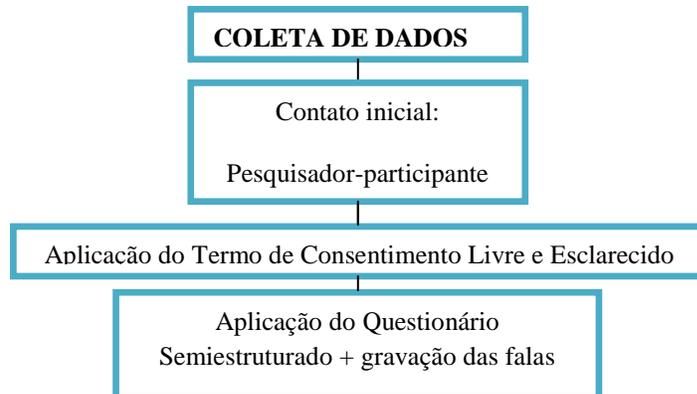


Diagrama 1: Representação gráfica das etapas do processo de coleta de dados. Fortaleza-Ceará, 2013.

Riscos e desconfortos da pesquisa referem-se à aplicabilidade da dinâmica, na coleta, uma vez que a entrevista se realizou no próprio ambulatório, minimizados pelo local reservado, como solicitado previamente à coordenação.

Benefícios diretos às participantes da pesquisa: contribuição de achados em relação aos cuidados individualizados e especializados, favorecendo engajamento do processo saúde/doença, pois, pelos resultados propôs-se a construção de uma tecnologia em colaboração com o acompanhamento da mulher.

Em limitação do estudo, entende-se pela entrevista ter-se realizado em apenas um único encontro e pelo fato das mulheres estarem em período pós-operatório mediato.

4.5 ANÁLISE DOS DADOS

O método de escolha para análise de dados baseia-se na *Análise de Conteúdo*, em que se classificam os diversos elementos da comunicação. Entre os tipos de *Análise de Conteúdo*, neste estudo, atentou-se para a *Análise Temática*, considerada apropriada às investigações em saúde (Minayo, 2010).

À análise consiste no desenvolvimento dos núcleos de sentido de comunicação, cuja frequência significa o objeto analítico vislumbrado. A análise temática desmembra-se em três etapas:

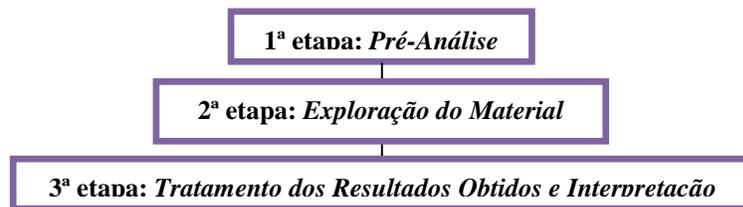


Diagrama 2: Representação gráfica das etapas da análise de dados. Fortaleza-Ceará, 2013.

Transcritas as falas, recortes e colagem em painel facilitam a visualização e tem início pré-análise que consiste na escolha de documentos e da retomada dos objetivos iniciais da pesquisa. Fez-se a leitura flutuante do conjunto das comunicações e constituição do corpus, termo que infere o universo estudado em sua totalidade. Nessa fase, determinaram-se as unidades de registros e de contexto, recortes, forma de categorização, modalidade de codificação e conceitos teóricos mais gerais, tomados para orientação da análise do estudo.

A exploração do material baseou-se na classificação à procura dos núcleos de compreensão dos textos: Qualidade de Vida de mulher mastectomizada; Fatores influenciadores da Qualidade de Vida e Cuidados de enfermagem na mulher mastectomizada. Buscaram-se categorias que expressassem palavras significativas em função das quais o conteúdo das falas foi organizado. O tratamento dos resultados obtidos e interpretação submeteram-se a operações para pôr em relevância as informações obtidas.

Categorias para cada núcleo de sentido:

Núcleo de sentido	Categoria
A Qualidade de Vida de mulher mastectomizada	“saúde” “alimentação” “paz” “espiritualidade” “viver bem” “condições de saúde” “trabalho” “moradia” “atividade física”
Fatores influenciadores da Qualidade de Vida Influência positiva na Qualidade de Vida Influência negativa na Qualidade de vida	“apoio familiar”, “apoio profissional”, “condição financeira” “assistência médica” “condição financeira” “hábitos de vida não saudáveis” “doença” “medo de morrer”
Cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada	“cuidado aliado à técnica” “cuidado com afincó”

Quadro 1: Apresentação dos núcleos de sentido e das categorias emergentes. Fortaleza-Ceará, 2013.

Os resultados levantados são tratados e analisados com base no conceito de qualidade de vida.

4.6 ASPECTOS ÉTICOS E LEGAIS

Aspectos éticos se contemplaram, visto ter-se o estudo de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, que regulamenta as diretrizes e normas de pesquisa com seres humanos, que dispõe sobre a necessidade de se tratar o indivíduo com dignidade, respeitando-lhe a autonomia, em defesa de sua vulnerabilidade (autonomia); em compromisso com o máximo de benefícios e mínimo de danos e riscos (beneficência); garantindo que danos

previsíveis sejam evitados (não maleficência); certificando a igual consideração dos interesses envolvidos, sem perda do sentido de sua destinação socio-humanitária (justiça e equidade) (Brasil, 2012).

Solicitou-se da participante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) em duas vias, ficando uma com a pesquisadora e outra com a colaboradora. O estudo foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) para a devida apreciação e aprovação para o desenvolvimento da pesquisa, com parecer favorável, número 310.165, pelo comitê de ética e pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, e 399.467 pelo Comitê de ética e pesquisa da Universidade Estadual do Ceará.

Para garantia do anonimato, a mulher identifica-se com letra “M”, que significa mulher, seguida de número arábico, de acordo com a ordem cronológica das entrevistas.

5 APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

COMO A MULHER MASTECTOMIZADA ANALISA SUA QUALIDADE DE VIDA

Pela análise dos discursos, delimitaram-se aspectos de relevância da mulher mastectomizada, com possibilidade de discorrer acerca da qualidade de vida de população específica. Assim como de identificar fatores que a influenciam de maneira positiva e/ou negativa, além da possibilidade de indicar cuidados clínicos de enfermagem, durante o tratamento do câncer de mama.

As informações possibilitam entendimento da importância de profissional de enfermagem da prática clínica que envolve cenário de cuidados da mulher mastectomizada.

5.1 CARACTERIZAÇÃO DAS PARTICIPANTES DO ESTUDO

Para melhor compreensão das personagens do estudo, tem-se breve descrição dos dados sociodemográficos da mulher mastectomizada.

M1: 37 anos, divorciada, da região metropolitana, Maracanãú, trabalha como gerente em panificadora, com ensino superior incompleto e renda familiar em torno de dois a três salários mínimos, realizou cirurgia de mastectomia há oito dias.

M2: 61 anos, casada, do interior, Canindé, cuidadora do lar e trabalha no “roçado”, refere não saber ler nem escrever, renda da família em torno de um salário mínimo, cirurgia há um mês.

M3: 66 anos, casada, reside em Fortaleza, cuidadora do lar, com ensino fundamental incompleto, renda familiar menor do que um salário mínimo e realizou a cirurgia há um mês.

M4: 73 anos, viúva, do interior, Bela Vista, aposentada, com ensino fundamental incompleto, renda familiar entre dois e três salários mínimos, com cirurgia há 10 dias.

M5: 62 anos, casada, proveniente do interior, aposentada, ensino fundamental incompleto, renda familiar entre dois e três salários mínimos, cirurgia há oito dias.

M6: 69 anos, casada, do interior do estado, dona de casa, ensino médio completo, renda família em torno de dois a três salários mínimos, cirurgia há seis meses.

M7: 60 anos, casada, reside em fortaleza, cuidadora do lar, alfabetizada, renda da família de um salário mínimo, cirurgia há oito dias.

M8: 54 anos, casada, proveniente do interior, Madalena, agricultora, ensino fundamental incompleto, renda da família de um salário mínimo, 10 dias de cirurgia.

M9: 64 anos, casada, proveniente do interior, cuidadora do lar, ensino fundamental completo, renda da família entre dois a três salários mínimos e oito dias de cirurgia.

M10: 28 anos, solteira, proveniente do interior, professora, ensino superior completo, renda da família em torno de dois a três salários mínimos e com três meses de cirurgia.

M11: 47 anos, união estável, proveniente da região metropolitana, Horizonte, costureira, ensino fundamental completo, renda da família em torno de dois a três salários mínimos, nove dias de mastectomia.

M12: 69 anos, casada, proveniente do interior, Iguatú, cuidadora do lar, refere não saber ler e nem escrever, não sabe informar a renda da família, um mês de cirurgia.

M13: 54 anos, divorciada, proveniente do interior, Jaguaribe, aposentada e cuidadora do lar, ensino fundamental incompleto, renda da família em torno de dois a três salários mínimos, 10 dias de cirurgia.

M14: 28 anos, solteira, da região metropolitana, no momento não está trabalhando, ensino fundamental incompleto, renda da família em torno de um salário mínimo, oito dias de mastectomia.

M15: 64 anos, casada, da região metropolitana, cuidadora do lar, com ensino fundamental incompleto, renda da família de um salário mínimo, 10 dias de cirurgia.

M16: 40 anos, casada, proveniente do interior, Acaraú, cuidadora do lar, ensino fundamental completo, renda da família de um salário mínimo, 10 dias de cirurgia.

M17: 36 anos, casada, proveniente do interior, professora, ensino superior completo, renda da família em torno de dois a três salários mínimos, 10 dias de mastectomia.

M18: 41 anos, casada, proveniente da região metropolitana, professora, ensino superior completo, renda da família em torno de quatro a seis salários mínimos, oito dias de cirurgia.

M19: 49 anos, casada, proveniente da região metropolitana, Itaitinga, cuidadora do lar, ensino fundamental completo, renda da família em torno de dois a três salários mínimos, 10 dias de cirurgia.

M20: 48 anos, viúva, reside em Fortaleza, diarista, ensino fundamental incompleto, renda da família de um salário mínimo, 10 dias de cirurgia.

M21: 53 anos, união estável, proveniente da região metropolitana, costureira, cuida de casa, ensino fundamental incompleto, renda familiar é de um salário mínimo, 10 dias de cirurgia.

De acordo com o exposto, infere-se que população é de mastectomizadas com idade superior a 39 anos, entre 39 a 73. Casadas, do interior do estado na maioria. Cuidadora do lar. Nível de escolaridade na maioria ensino fundamental incompleto. Renda familiar entre dois a três salários mínimos, entre oito a 10 dias de mastectomia.

Talhaferro, Lemos e Oliveira (2007), em pesquisa para identificação dos principais problemas da mulher mastectomizada, caracterizam a amostra de 10 mastectomizadas: mulheres de faixa etária entre 34 e 66 anos, com média de 51,1 anos, grande parte com ensino fundamental não concluído. A maioria, do lar e metade das entrevistadas com um mês de cirurgia.

Ferraz (2009) em estudo com população semelhante, identifica características parecidas com os achados mencionados. De total de 60 mulheres mastectomizadas, aproximadamente 72% com 50 anos ou mais, 65% não concluído o 1º grau. Em torno de 53,3% com renda familiar até no máximo dois salários mínimos.

Na pesquisa de Moura *et al* (2010) participaram 13 mulheres na faixa etária de 30 a 50 anos; a maioria com apenas ensino fundamental incompleto, casada, com renda familiar em torno de dois salários mínimos e ocupação predominante de dona de casa, de procedência vária: Piauí e Maranhão.

A caracterização das participantes do estudo de Mistura, Carvalho e Santos (2011) revela idade média de 56 anos, entre 40 a 75 anos; quanto ao estado civil, quatro casadas e duas viúvas; escolaridade de não alfabetizada a ensino médio e ocupação: atividades do lar.

Há semelhança entre as características dos perfis de mulheres mastectomizadas participantes das pesquisas relacionadas e as deste estudo, por serem mulheres com idade média acima de 50 anos, casadas, com baixo nível de instrução, renda familiar em torno de até dois salários mínimos, baixo poder aquisitivo, provenientes de localidades diversas, dedicadas a tarefas de casa, com até um mês de mastectomia, experiência de cirurgia recente.

Na busca pela compreensão da qualidade de vida, definição de cuidado, bem como descrição dos cuidados de enfermagem percebidos, adentra-se o universo do cuidado da mulher.

Em contato com mastectomizadas, fizeram-se questionamentos em contemplação dos objetivos. Assim, em torno do objeto qualidade de vida de mulher mastectomizadas, construíram-se categorias do estudo: qualidade de vida de mulher mastectomizada; fatores influenciadores da QV, subdividido em: positivos e negativos; cuidados de enfermagem na mulher mastectomizada.

Conforme diagrama a seguir:

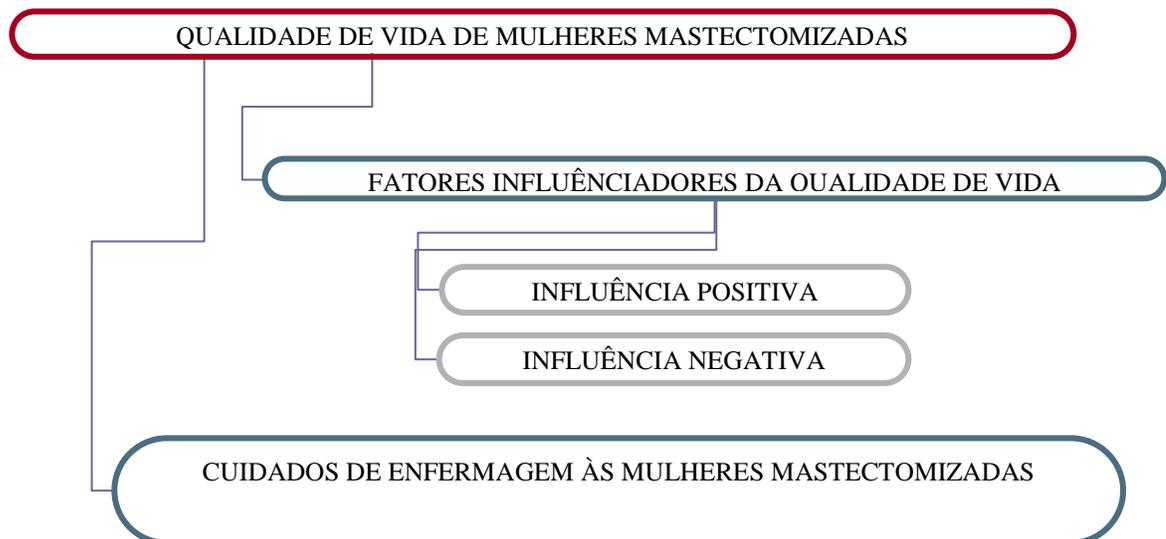


Diagrama 3: Representação gráfica do objeto do estudo. Fortaleza-Ceará, 2014.

5.2 QUALIDADE DE VIDA DE MULHER MASTECTOMIZADA

Diante da individualidade, complexidade, multidimensionalidade e subjetividade que o significado de QV representa para a população específica, e pelos relatos, têm-se distintas interpretações a cerca de seu conceito.

Assim, à pergunta O que você pensa por Qualidade de Vida? Infere-se pela análise das falas, que QV, para mulheres mastectomizadas, relaciona-se com “saúde”, em 14 falas analisadas:

“Qualidade de vida [...] a pessoa viver bem não é? Viver com a saúde da gente [...] viver bem com a minha família [...] viver com muita paz [...]” (M2)
“É ter saúde, ter paz em casa, viver com amor, conforto [...]” (M6)
“[...] é saúde, é a pessoa alimentar-se bem [...] ter higiene [...]” (M8)

Qualidade de vida associa-se a melhoria no padrão de vida, principalmente em relação com bens materiais adquiridos, a posteriori, incorpora sensação de bem-estar, de realização pessoal, qualidade dos relacionamentos, educação, estilo de vida, saúde e lazer, enfim, aspectos psicológicos, físicos e sociais, além de econômicos (SEIDL; ZANNON, 2004).

No entanto, não se tem conceito propriamente dito, o mais referenciado e aproximado, na literatura científica, é o de saúde, da OMS, por trazer inferência de se viver em diversos aspectos, atribuindo-se-lhe multidimensionalidade: *“percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”* (WHOQOL Group, 1995, p. 1405).

O conceito de saúde da OMS mantém forte elo com o de QV, uma vez que saúde não é apenas ausência de doença, como afirma Randünz e Olson (2005), engloba diversos aspectos os quais se aproximam das dimensões de QV.

A percepção de que as falas de mulheres mastectomizadas atrelam o conceito de QV a ter saúde, viver com saúde e ter saúde melhor. Não obstante, percebe-se que as mulheres estão frágeis, quanto ao estado de saúde, o que pode ter aumentado a busca pelo estado pleno de saúde, em virtude do desejo de melhora clínica, ou estado de saúde.

Assim como a relação com a saúde, ter saúde, QV também esteve vinculada à **“alimentação”** saudável em 12 falas.

“[...] ter um hábito de alimentação bom, ter uma casa boa [...] moradia, saúde [...]” (M4)
“[...] alimentar-se bem não é? [...] paz na família, uma família estruturada, que não haja conflito, os conflitos, essas coisas, é que causam as doenças [...] condição de alimentar-se bem não é?” (M7)
“É ter uma vida razoável, com salário que possa manter as coisas não é? Assim o alimento, uma alimentação adequada [...]” (M9)

Com a modernidade as pessoas passaram a ter grande preocupação com ter boa saúde, a importância de alimentação saudável para a saúde da qualidade de vida, o que motiva as pessoas à procura da prática em sua vida (BARBOSA; COSTA, 2012).

O aumento da expectativa de vida, com os anos, faz crescer também o número de portadores de doenças crônico-degenerativas, diabetes, hipertensão, câncer, entre outras. Em virtude disso, a população adota hábitos alimentares saudáveis, alimentos incorporados à alimentação, além de suprir necessidades básicas do organismo, também se podem prevenir algumas doenças (VIDAL *et al*, 2012).

Alimentação saudável é propícia obtenção de nutrientes necessários ao desenvolvimento de atividades diárias, além de favorecer a melhora do sistema imunológico, contribuindo para a melhora do sistema de defesa humoral do organismo.

Diante de tudo isso e do novo modo de viver das pessoas, em busca de vida com maior qualidade, há preocupação pela incorporação de hábitos de vida saudáveis no cotidiano, conforme falas acima.

A alimentação saudável age sobre a qualidade de vida como afirma Ribeiro (2013), amplamente empregada como estratégia de melhoria de qualidade de vida, diminuindo possíveis problemas de saúde pela má alimentação.

A OMS, em 2004, publica Estratégia Global para Alimentação, Atividade Física e Saúde, instrumento de promoção geral da saúde de populações e indivíduos e de prevenção do crescimento das doenças crônicas não transmissíveis em todo o mundo. Recomendação da estratégia é o envolvimento do indivíduo com níveis adequados de comportamentos saudáveis mantidos regularmente na maioria dos ciclos de vida, os quais, de certa forma, colaboram para incentivo da prática de busca de hábitos saudáveis, promovendo a melhora da qualidade de vida doentes crônicos, estando o câncer de mama incluído no cenário (MORETTI et al, 2009).

Há uma maior preocupação de órgãos internacionais em incentivar a prática em todo o mundo, uma vez que, ao nos remeter ao conceito de saúde da OMS, infere-se que tal atitude vem sendo incorporada há algum tempo, necessitando apenas de incentivo pelo aumento de hábitos do tipo.

QV, para nove entrevistadas, liga-se a “**paz**” e duas, no entanto, relacionaram-na a “**espiritualidade**”.

“[...] Ter uma alimentação melhor, ter paz [...] ter Deus, ter confiança em Deus [...]” (M15)
“[...] viver com saúde, viver tranquila [...] viver em paz [...]” (M16)

Nota-se semelhança entre paz, paz interior e espiritualidade, é que espiritualidade tem sido apontada como importante dimensão da qualidade de vida, como afirma Panzini *et al.* (2007), envolve questões de significado de vida e razão de viver. Salienta, que QV engloba e transcende o campo da saúde, em outras dimensões, podendo tornar-se mediadora entre saúde e questões espirituais. O construto qualidade de vida é mais amplo e multidimensional exigindo engajamento de profissionais de diferentes áreas de conhecimento, tornando-a transdisciplinar.

Em pesquisa acerca do sentimento de mulher mastectomizada, Moura *et al.* (2010) afirmam que para elas espiritualidade gera sentimento positivo, pois busca, por meio do conforto

espiritual, aproximação com a fé em Deus, que acompanha e consola em todos os momentos, único capaz de trazer alívio do sofrimento e cura das enfermidades.

Mistura, Carvalho e Santos (2011) reafirmam que a fé religiosa torna-se meio de fortalecimento do enfrentamento do câncer de mama. Ela é apontada como principal maneira de enfrentamento da doença, é suporte e sustento fundamental nos momentos de dor e sofrimento causados pela neoplasia e tratamento.

Tem-se, na presente pesquisa, que ter confiança em Deus e ter paz encoraja, nesse ensejo, e facilita o modo de vida, pois fé faz com que a autoconfiança aumente a melhora da qualidade de vida da mulher.

Ressalta-se nas falas, a ênfase dada pela maioria das entrevistadas, ao que diz respeito à QV e alimentação saudável, talvez em virtude de nova percepção incorporada no cotidiano, atribuindo aos alimentos às respostas do organismo e aparecimento doenças, uma vez na abordagem da enfermeira no ambulatório, uma das intervenções observadas era orientação quanto à mudança de hábitos alimentares para melhorar condições de saúde e de cicatrização pós-mastectomia.

Há conexão da qualidade de vida com “**viver bem**”, conforme seis mastectomizadas:

“É viver bem, boas condições, alimentar-se bem [...]” (M17)
“Qualidade de vida é comer bem, é viver bem [...] Todas as partes viver bem [...] ser bem atendida [...] Precisa você ter saúde em primeiro lugar, ter um bom emprego [...]” (M20)

Bem-estar é algo subjetivo em face de QV, felicidade, satisfação com a vida, expressões tidas equivalentes, para referir boa vida ou viver bem em geral. Parece que viver bem é objetivo fundamental das sociedades modernas, na afirmação de Pais-Ribeiro (2009).

Assim, percebe-se, em definições acerca de qualidade de vida, busca pelo completo estado de bem-estar, o que se atribui à busca do homem de vida melhor, ou seja, viver bem.

Existe também associação de QV com “**condições de saúde**”, “**trabalho**”, “**moradia**” e “**atividade física**”, aludidos quatro, três, três e duas vezes respectivamente.

“Alimentação [...] a meu ver é mais parte de alimentação, atividade física, moradia é essa parte.” (M1)
“[...] praticamente ter uma alimentação, um estudo [...] saúde [...] viver bem, realmente é ter uma moradia [...] um trabalho [...]” (M10)
“Ter uma boa alimentação, ter cuidados médicos e condições de ir ao médico não é? [...]” (M11)
“Primeiramente alimentação saudável, exercício [...] com certeza vai ter uma vida mais saudável [...]” (M18)

Condições de saúde, forma de acesso, atividades laborais, busca por moradia própria e de qualidade e prática de exercícios físicos são condicionantes diretamente relacionados à qualidade de vida.

Qualidade de vida é questão em constante discussão, por englobar estes fatores: estado de saúde, trabalho, vida social, família, estado emocional, lazer, dinheiro, espiritualidade, entre outros, dependendo da classificação e do grau de importância para cada um (BARBOSA; COSTA, 2012).

Para Moretti *et. al.* (2009), a aquisição de QV, interliga-se a diversos aspectos os quais têm relação com as condições materiais necessárias à sobrevivência e à satisfação das necessidades humanas básicas e acesso a sistema de saúde de qualidade, alimentação adequada e vínculo ocupacional.

Tais aspectos não são condições únicas, é que qualidade de vida tem outros significados e integra várias dimensões, sendo construção social a depender da circunstância vivenciada (MORETTI *et. al.*, 2009).

Após análise detalhada, comparando falas e verificando modificações de percepção de mastectomizadas sobre QV e tempo de realização de cirurgia, tem-se que as vozes não apresentam posicionamentos diferenciados da mulher com oito a 10 dias ou de um a seis meses, encontradas categorias semelhantes independente do tempo de mastectomia.

5.2.1 FATORES INFLUENCIADORES DA QUALIDADE DE VIDA

Entre os aspectos que repercutem na vida e na saúde da mulher mastectomizada, existem os capazes de afetar as relações pessoais, sociais e familiares, como os fatores colaboradores, positivos e os desgastantes, negativos, influenciando positiva ou negativamente o modo de viver.

A questionamentos sobre fatores de influência obtêm-se os seguintes resultados.

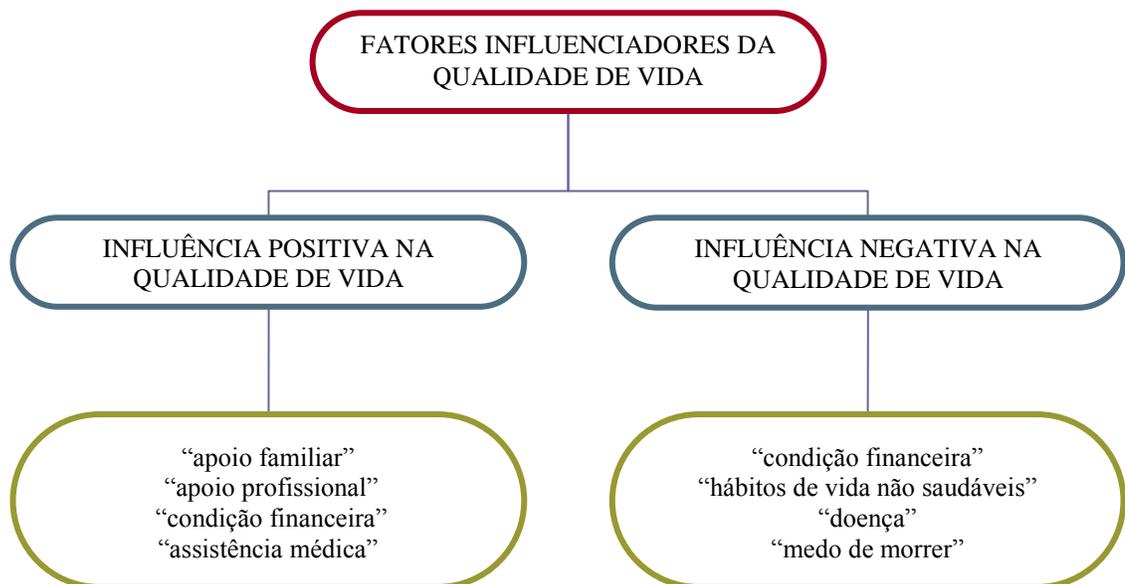


Diagrama 4: Representação gráfica da distribuição dos Fatores influenciadores e suas categorias emergentes. Fortaleza-Ceará, 2014.

5.2.1.1 INFLUÊNCIA POSITIVA NA QUALIDADE DE VIDA

De fatores positivos, em destaque, nas falas, em números, aludido por cinco mulheres, **“apoio familiar”**, podendo ser de cunho familiar ou social:

“[...] seria a parte de ter [...] um bom emprego, uma boa família [...]” (M1)
“[...] porque ela está me ajudando muito, porque ninguém da minha família, e ela que é nada minha é assim há muito tempo, está me dando muito apoio [...]” (M2)
“[...] graças a Deus meus filhos, meu esposo fazem tudo por mim. Posso dizer que tive muita sorte com minha família [...] Eu acho que isso também contribui muito, não é? [...]” (M15)

Apoio torna-se parte essencial para mulher, independente de onde parta, atua de maneira positiva na contribuição e na força para continuidade do tratamento.

A partir do momento em que a mulher se põe diante de doença de tal magnitude, o câncer de mama implica grandes repercussões na vida, ela se projeta ao encontro de apoio, segurança, conforto e ajuda da família (GASPARELO, 2010).

Cobb (1976) indica evidências de que apoio social atua como proteção à saúde humana. O autor afirma que determinados eventos e doenças podem ser influenciados pelo apoio social, resultado de conjunto de informações que levam o indivíduo a acreditar ser amado, estimado, valorizado e que está inserido em rede de relações sociais.

Hoffmann *et al.* (2006), em revisão bibliográfica, verificam a necessidade de auxílio à mulher com câncer de mama, em processo de saúde/doença em virtude de promover desconcertante alteração física, psíquica e social. A percepção da proximidade com pessoas, disponibilidade de ajuda e apoio auxiliam-na no enfrentamento de situações de estresse.

Corroborando com o exposto, é notória a contribuição do apoio social como importante fator de proteção e recuperação de saúde de pacientes.

“Apoio profissional” percebido em certame de colocações é o tratamento proporcionado pelo profissional de saúde:

“[...] a gente chegar ao hospital e só ver os profissionais atendendo com delicadeza, com aquela preocupação [...] carinhosa [...] Aquilo nós toca sabe? Pois é diferente de quando somos mal tratados [...]” (M18)

É perceptível a importância do profissional prestador do cuidado, uma vez que a mulher mastectomizada dá ênfase à diferença sentida, como sensação boa, o que colabora positivamente para a QV.

Em redes de apoio, os profissionais devem ser capazes de atender à perspectiva de cuidado, satisfazendo as necessidades do cuidando, se possível, de modo integral como afirma Andrade, Panza e Vargens (2011). Para eles, rede de apoio constitui fator indispensável, presença essencial para o fortalecimento pessoal e motivacional. Identificaram a necessidade do engajamento da equipe de enfermagem na assistência oncológica de forma holística e individualizada, de maneira que se desvele como agente fortalecedor em redes de apoio à mulher mastectomizada.

“**Condição financeira**” está presente nas falas de cinco como fator positivo para o alcance da QV, uma vez que, conforme relato, possibilita acesso a melhores condições de vida, alimentos mais saudáveis, acesso a medicamentos e a formas eficientes de tratamento.

“**Assistência médica**”, em referência por três vezes, ou acesso à assistência médica de qualidade também têm-se como fator de influência positiva, no entanto percebe-se a relação da subunidade com a condição financeira, conforme falas:

“É porque assim se você tiver melhores condições, vai se cuidar mais, alimentar-se melhor, vai ter mais como se cuidar mesmo [...]” (M3)
“[...] a gente precisa muito de saúde, assistência médica [...] isso tudo é bom [...]” (M4)
“É condições financeiras é? É para ajudar a termos saúde [...] comprar alimentação, remédio, dinheiro para viajar ir à consulta [...]” (M6)
“[...] viver bem é assim, não está passando necessidade [...] ter como ter as coisas, comprar comida [...]” (M16)

Pelas falas, percebe-se a aproximação da assistência médica com a condição financeira, por possibilitar forma acessível e rápida ao serviço de saúde, tendo em vista que no serviço ofertado pelo Sistema Único de Saúde (SUS), em virtude de fatores de barreira e de sua demanda, o tempo de espera para o atendimento e para a realização da cirurgia muitas vezes não favorece o tratamento.

A mulher enfrenta problemas: dificuldade em agendamento de consulta, imprecisão de diagnósticos, principalmente falta de informações sobre a doença, o que culmina pela desarticulação da rede de serviços do SUS, com aumento do tempo de espera pelo diagnóstico preciso, até mesmo para realização da cirurgia. Com isso é impreterível que haja ampliação do serviço e de melhor capacitação de profissional que, por meio de procedimento básico, como exame clínico das mamas, evita a evolução da doença e/ou minimização da angústia e dor da mulher (SOUZA; ANDRADE, 2008).

Em estudo realizado em local semelhante, com o objetivo de conhecer as repercussões do câncer de mama na vida do casal, foi enfatizada a relação das dificuldades financeiras com o custo do tratamento, e os conjugues revelaram, após diagnóstico, preocupação com a dificuldade financeira, em virtude do alto custo associado à doença (FERREIRA *et al.*, 2011).

Pesquisas quantitativas, com uso de instrumentos de mensuração, mostram que para a subunidade dificuldade financeira, não há associações significativas com alterações da qualidade de vida da mulher com câncer de mama (NICOLUSSI; SAWADA, 2011; FERREIRA, 2011).

Os dados são discrepantes em relação a estudos subjetivos, qualitativos, que não objetivam medir a qualidade de pelos indicadores e escalas numéricas, mas sim avaliá-la por meio das falas dos sujeitos, ressaltando o caráter da subjetividade da qualidade de vida, uma vez que esta é diferentemente vivenciada pelo indivíduo.

Assim é indubitável a importância do poder aquisitivo da mulher, uma vez que possibilitam melhores condições para alcance da qualidade de vida, como alimentação saudável, serviço de saúde particular, dinheiro para transporte.

5.2.1.2 INFLUÊNCIA NEGATIVA NA QUALIDADE DE VIDA

Tem-se pelo contexto analisado, que “**condição financeira**”, referida cinco vezes, e “**hábitos de vida não saudáveis**”, três vezes, apresentaram forte relação negativa de interferência na QV das pesquisadas.

“[...] não ter uma boa alimentação que você fica mais propenso a pegar doença [...] a pessoa sedentária não é? Isso também traz muita coisa ruim, obesidade [...]” (M1)
 “É porque assim se você tiver melhores condições você se cuida mais [...]” (M3)
 “[...] seria melhor se a gente pudesse ter tempo e condições de se alimentar, alimentar bem [...] muitos não tem tempo, comem fora, alimentam-se mal [...] muita gente sem condições não é? Não dá para alimentar-se bem [...]” (M7)
 “[...] fumar e beber é uma objeção não é? Positivo é você ter uma saúde boa, uma alimentação saudável. Os negativos são você fazer tudo isso e beber e fumar.” (M11)
 “Não assim, o dinheiro não é o mais importante na vida, mas uma parte resolve assim, na parte de comprar remédio, doente, se a gente não tiver o dinheiro assim perto para pagar o transporte [...] como que a gente vai se cuidar? [...]” (M16)

Como objeção a fatores positivos, destaca-se que, da mesma maneira que alimentar-se bem, ter condições financeiras, os influencia positivamente, como fatores que contribuem negativamente para o alcance da Qualidade de Vida.

Mulheres, em tratamento da neoplasia mamária, entrevistadas apontaram como fatores de maiores impactos na qualidade de vida: função sexual, funcionamento emocional, dificuldades financeiras, além da dor, fadiga, náuseas e vômitos (SILVA; ALBUQUERQUE; LEITE, 2010).

Dê-se ênfase a dificuldade financeira, corroborando com achado para a obtenção de melhores condições para alimentação, compra de medicamentos, entre outros, pois condições financeiras desfavoráveis dificultam o alcance de benefícios.

Subunidades “**doença**”, bem como “**medo de morrer**” são mencionadas em quatro das entrevistas, como fatores negativos.

“[...] como você vê, estou doente sem poder fazer nada [...]” (M5)
 “[...] o ruim é a gente deixar assumir a doença e não ver futuro [...]” (M12)
 “É a morte não é? Assim também, graças a Deus meus filhos, meu esposo fazem tudo por mim [...]” (M15)

Sentimento medo de morrer foi citado como influência negativa em QV, e como mostrado pelos autores Gonçalves, Arrais e Fernandes (2007), Talhaferro, Lemos e Oliveira (2007) e Ferreira *et al.* (2011), o diagnóstico de neoplasia de mama relaciona-se com sentimentos

negativos, associados à ideia de morrer, em virtude da incerteza com relação ao futuro, apresentando fragilidade em relação ao medo.

Destaca-se não ter sido relatada por nenhuma mulher, a relação entre a realização da mastectomia e influencia na qualidade de vida seja ela positiva ou negativa.

Acredita-se que tal fato não tenha sido percebido, em virtude da limitação de apenas um encontro para coleta, o que pode ter desfavorecido a qualidade das resposta, já que as mulheres poderiam não se sentir à vontade em apresentar percepções e sentimentos a quem não tinham aproximação.

5.3 CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM MULHERES MASTECTOMIZADAS

O profissional de enfermagem tem como objeto de trabalho cuidado com a melhora clínica do paciente, utilizando técnica aliada a saberes científico. Cuidado, em virtude da complexidade, tem diversas definições.

O cuidado existe, na humanidade, desde o início da história do ser humano, acompanhando a evolução dos tempos e inserindo-se nas mais variadas sociedades, incorporando discussões em diferentes contextos (SILVA *et al.*, 2009).

Segundo os dicionários Michaelis (2010) e Ferreira (2010), cuidado é:

(part de cuidar) adj 1 Pensado, meditado, refletido. 2. Bem trabalhado, benfeito, apurado. Antôn: descuidado. Sm 1 Desvelo, diligência, solicitude, atenção. 2 Preocupação, vigilância. 3 Conta, incumbência, responsabilidade. 4 Inquietação de espírito; preocupação. 5 Pessoa ou coisa objeto de desvelos, preocupações ou inquietações [...]
[Lat. cogitatu.] sm. 1. Desvelo (1). 2. Responsabilidade (1). 3. Atenção, cautela. Interj.. 4. Us. Para pedir atenção, cautela ou avisar de perigo [...]

Para Houaiss (2012) cuidar é:

v. 1 pensar: meditar, ponderar, refletir [...] 2 preocupar-se: interessar-se [...] 3 realizar: cumprir [...] 4 reparar: atentar, notar, tentar, ignorar 5 supor: achar, imaginar, julgar, presumar, sonhar, suspeitar [...] 6 tratar: atender [...] 7 zelar: olhar, velar, vigiar [...]

A ação de cuidar é árdua, complexa, singular, integral, libertadora, não focada apenas no físico, pois é pluridimensional, mas no homem integral. Cuidar é ajudar o outro a ser autônomo, a constituir-se por si só, por fim, é buscar o bem, pelo restabelecimento integral da saúde do paciente (TORRALBA, 2009).

Nessa perspectiva, a arte da enfermagem é o cuidado. O artista enfermeiro, ao cuidar, envolve-se com o cenário, interessa-se pelas circunstâncias, motiva-se em criar e recriar melhores situações buscando a superação do melhor momento como cuidador. O cuidado sim é a obra de arte da enfermagem (WALDOW, 2008).

O cenário da mulher mastectomizada é de extrema vulnerabilidade emocional, necessitando de uma atenção, de cuidado singular, voltados para as necessidades momentâneas e futuras conforme a magnitude do câncer de mama. Descoberta a doença, desde o início do tratamento, ela é acompanhada pela equipe multidisciplinar, no tratamento específico do câncer de mama.

5.3.1 CUIDADO DE ENFERMAGEM NA VISÃO DA MULHER MASTECTOMIZADA

Por meio de perguntas, quer-se o que a mulher pensa sobre cuidado de enfermagem e sobre os cuidados recebidos. Com base nos depoimentos, identificam-se os profissionais presentes no acompanhamento, no Ambulatório de mastologia.



Diagrama 5: Representação gráfica acerca do cuidado percebido pela mulher mastectomizada. Fortaleza-Ceará, 2014.

A ciência da enfermagem vem discutindo bastante o termo cuidado. É um conceito desenvolvido nas mais diversas áreas de pesquisa, dessa forma tem-se feito reflexão constante acerca de cuidado (Santos *et al.*, 2013). À indagação e análise sobre o que elas entendem por cuidado de enfermagem, apontam-se as seguintes respostas:

“[...] o cuidado de enfermagem que a parte do enfermeiro que vem para aplicar injeção, na hora do remédio [...] pressão, todo aquele acompanhamento que a gente tem quando está internado [...]” (M1)

“Cuidado de enfermagem é ter cuidado com uma pessoa que vai fazer um acompanhamento. Fazer um curativo, ter higiene, o máximo de cuidado com a higiene.” (M3)

Para as entrevistadas, mulheres o cuidado está aliado à técnica, mas vale ressaltar a presença do cuidado com afinco, com virtudes, conforme estas falas:

“[...] é primeiramente a pessoa ter muito amor pela profissão [...] cuidar do tratamento da gente [...] a enfermeira tem amor à profissão, pois trabalhar com amor é bom [...]” (M7)

“É, cuidado de enfermagem é cuidar bem da gente, não é? Tratar a gente bem, dar atenção [...]” (M16)

“[...] é dedicar-se altamente ao paciente, e se tiver algum problema, com amor, sem raiva, sem nada [...]” (M17)

Cuidado, parte indissociável do tratamento, integra-se ao meio e não deve ser retirado: é que tirado o seio, a mulher tem novo cotidiano pelo tratamento e necessidade de cuidados que ultrapassem a ótica técnica, ou seja, o cuidado é vislumbrado pelas virtudes do profissional de enfermagem.

Para Thofehn *et al.* (2011), os constantes avanços tecnológicos transformaram o fazer humano em ato puramente tecnicista, com acentuada valorização do procedimento, em detrimento de abordagem humanista. A realidade fez com que as pessoas sejam mais competitivas, fazendo uso da tecnologia indiferentemente, associando o resgate do ser humano, em sua dimensão subjetiva e do cuidado, ao indivíduo. No entanto, busca-se que o paradigma seja rompido, e o cuidado fuja de moldes técnicos passando a holístico, ético, social, cultural, ou seja, multidimensional.

Cuidar do outro é dizer complexidade que permeia o convívio humano, por subjetiva, plural e singular a experiência humana, envolvendo, além da formação de vínculos e trocas mútuas, conflitos, conturbações e animosidades inerentes às relações coletivas (BAGGIO, ERDMANN; 2010).

Em relação a cuidados percebidos pelas entrevistadas, observou-se visualização do cuidado tecnicista, como administração de medicamentos, seguida de cuidados de higiene. Cuidados com educação em saúde/orientação e relacionamento terapêutico refere-se cinco e seis vezes respectivamente.

Apesar de relacionarem cuidado de enfermagem a conceitos de humanização, as participantes valorizam muito o cuidado tecnicista, símbolo do cuidado de enfermagem para o tratamento da mastetomizada.

“[...] a enfermeira veio ensinar a gente [...] trocar o dreno[...] elas se comunicavam muito comigo, tinha toda aquela informação [...]” (M1)
“[...] medicação, até me banhar me banharam [...] faziam curativos [...]” (M7)
“[...] atenção [...] é a conversa, tirar as dívidas [...]” (M10)
“Eu recebi carinho delas, muito amor, compreensão [...] não me deixaram ficar sozinha, sempre tinha uma que estava perto de mim.” (M16)
“Aquele preocupação de perguntar se a gente estava bem, oferecendo-se, caso precisa-se estavam ali [...]” (M18)

Diante de observações não sistemáticas, verificam-se ações de cuidados do enfermeiro, no Ambulatório de Mastologia. A mulher adentra o novo universo, e, desde o início, recebe acompanhamento de profissional, pelo acolhimento na sala de espera. No decorrer do tratamento, até a cirurgia, existem oportunidades de aliança entre a mulher com câncer de mama e o profissional responsável pelos cuidados. Feita a cirurgia, o cuidado é mais tecnicista, restrito às orientações sobre alimentação, dreno e troca de curativo, dez dias após a retirada da mama.

A trajetória de tratamento e cuidados recebidos, em diferentes etapas de que a mulher participa, é perceptível, nas falas, maior ênfase dada durante o internamento para a realização da mastectomia. Fases pré, trans e pós-operatório têm características efêmeras e individuais, no entanto a maior importância dá-se aos cuidados prestados na fase pós-operatória, conforme citações.

Em pesquisa sobre avaliação de qualidade do serviço, em instituição hospitalar, há colaboração pela busca de melhoria da assistência prestada, uma vez que o profissional preocupa-se em avaliar o serviço e utilizar achados para subsidiar o cuidado. No entanto, fator que dificulta a qualidade da assistência de enfermagem relaciona-se à infraestrutura organizacional da instituição, tendo como desafio modificar o processo de trabalho e o comportamento do profissional, sendo necessário que lideranças estejam devidamente preparadas e conscientes da responsabilidade no cuidado de enfermagem (SILVA *et al.*, 2012).

Modificar paradigma não é tarefa simples, faz-se necessário avaliar diversos aspectos na busca da qualidade do cuidado de enfermagem. Mas, antes de qualquer ação, é preciso haver atitude individual que motive, em atos concretos, o rompimento das barreiras existentes que comprometem o cuidado, para se experimentar algo diferente (SILVA *et al.*, 2012).

Há percepção maior sobre cuidados técnicos, administração de medicamentos, verificação de sinais vitais, cuidados com curativos, drenos e higienização. Não obstante, também alude-se ao cuidado com amor, carinho, afinho, com atitude de relação da mastectomizada e enfermeiro

fortalecendo o elo paciente/enfermeiro, favorecendo “cuidar” dialético com recíproca vivência e atitudes buscando a melhora clínica da mulher mastectomizada.

Morais *et al.* (2011), em revisão sistemática para identificação de práticas de enfermagem que reflitam o modelo de cuidado que assegure a manutenção da vida, concluem quão vasto e complexo é identifica-las. Para se entender cuidado em sua totalidade, torna-se mais difícil quando reduzido apenas à utilização de técnicas que visam somente cuidados biológicos, cuidados curativos, mediante procedimentos de enfermagem.

A prática de cuidar é mais que apenas curar: inclui hábitos de vida, crenças e valores. Há cuidados de enfermagem preventivos, de educação sanitária e para manutenção da vida, não menos importantes, por não serem curativos, até podem ser mais importantes dependendo do contexto vivenciado. O profissional de enfermagem faz jus ao verdadeiro valor do cuidado, transcendendo procedimentos técnicos pela releitura do papel de práticas, a fim de desvencilhar-se de cuidados centrados no modelo biomédico hegemônico, que exalta cuidados curativos e subestima outras formas de cuidar (MORAIS *et al.*, 2011).

Existe sobrecarga de atribuições administrativas, gerenciais e do cuidar para apenas uma única profissional no ambulatório, o que contribui para o cuidado não ser de qualidade, a ponto de torna-se perceptível tanto quanto merecedor das usuárias.

Corroborando com Morais *et al.* (2011), é que, diante de inúmeras atividades e funções de responsabilidade, o enfermeiro, muitas vezes, acaba por se deter em cuidados técnicos, procedimentais, deixando de lado cuidados que privilegiam a subjetividade humana. Para ele ações de profissionais de saúde contradizem a proposta da profissão, com pouco envolvimento, preocupação e comprometimento com o cuidar. Com isso, o enfermeiro se afasta cada vez mais da essência da profissão.

Ao se remeter a cuidado biológico, voltado para curativo, há aproximação com o que se diz Qualidade de Vida para as mulheres do estudo, é que, para elas está bastante relacionada com saúde, ou seja, quadro que influenciado pela condição de doença.

Conforme Pereira, Costa e Pinto (2012), cuidado colabora sim, de maneira enfática, na qualidade de sobrevivida, ou seja, na forma como se vive com QV da mulher com câncer de mama, sendo relevante e importante a busca pela qualificação do cuidado pelo cuidador.

Sobre prestação de cuidado, as entrevistadas identificaram, de maneira enfática, o profissional médico, apontando o profissional de enfermagem, em algumas vezes, somente após indagação de sua participação:

“Aqui nesse ambulatório eu tive a presença [...] do médico mastologista [...] enfermeira só quando eu me operei [...] a enfermeira do ambulatório era a senhora loira? [...]” (M1)
“[...] recebi muito atendimento, de médico, enfermeira [...] psicóloga, teve uma nutricionista [...]” (M8)
“Teve muitos que não lembro o nome [...] a nutricionista conversou [...] teve a assistente social [...] psicóloga [...] enfermeira [...]” (M9)

O profissional de enfermagem não é tão aludido pelas entrevistadas, fato que reforça na literatura, mostra que o profissional é pouco percebido pelos receptores.

Em termos numéricos, houve referência de 19 do médico, 14 de profissionais da enfermagem, sete citaram psicólogo, quatro nutricionistas e dois aludiram ao assistente social como profissionais em alguma fase do tratamento.

Diante do exposto, infere-se que os achados desvelados, na pesquisa, revelam que a mastectomizada participante do estudo enfatiza o profissional médico, o que acaba por confirmar pouca percepção do usuário sobre as ações do enfermeiro, uma vez que o profissional enfermeiro presta cuidado, mas não se coloca como ator da arte de que ele é parte indissociável.

A busca pela reafirmação de papel perante o receptor do cuidado deve ser proposta de modificação de atitude, inserindo em bases da academia, com a finalidade de incorporação na prática cotidiana a fim de que se tenha mudança de personalidade do profissional da enfermagem.

A construção da imagem de atuação do profissional de Enfermagem é permeada por aspectos históricos, socioeconômicos e culturais, segundo Avila *et al.* (2013). No entanto, nesta pesquisa, tem-se a figura do profissional médico mais atuante na prestação do cuidado.

A população, de uma forma geral tende a desconhecer a importância do profissional da Enfermagem, sem valorizar a profissão fundamental para o cuidado em saúde. Contudo percebe-se o predomínio do servilismo da enfermagem e do enfermeiro, em particular, aos demais profissionais da área da saúde, em especial, ao profissional médico (COLPO, CAMARGO, MATTOS; 2006).

Ator da arte do cuidado, o enfermeiro busca a valorização de suas ações, tomando como foco, conforme pontuado por Borges, Queiroz e Silva (2010), o universo consensual do usuário e profissional, no qual o ato de cuidar guarda o mesmo sentido e significado, uma vez que, para ambos, a representação se permeia na ideia de ação mediada pela relação ética, sensível, solidária, afetiva e compromissada com a assistência humanizada.

A profissão de enfermeiro requer a reconstrução da pessoa, estabelece mediações entre os saberes do “doente” e a linguagem técnica, desenvolve, em suas ações, a capacidade do trabalho em equipe dando continuidade aos cuidados, articulando experiências empíricas que contemplam necessariamente uma dimensão estética, ética e pessoal, em que saber fazer não se restringe a mero gesto técnico (MAGALHÃES, 2006).

É primordial trazer em foco a importância do cuidado prestado pela equipe multiprofissional, pontuando o papel de cada um no novo mundo vivenciado pela mulher: cuidado de psicólogos, terapeutas ocupacionais e assistentes sociais, e o voltado à atenção pelos nutricionistas, cuidado odontológico, cuidado técnico, empírico e teórico da equipe de enfermagem e cuidado médico não fugindo do foco holístico e preservando a ótica da terapêutica química.

No entanto, pela revisão de Vieira *et al.* (2012), cuidado com a cliente com câncer de mama necessita realizar-se com o intuito de proporcionar apoio emocional prestado pela enfermagem e equipe multiprofissional: médicos, fisioterapeutas, assistentes sociais,

nutricionistas, psicólogos, farmacêuticos, entre outros não citados, em contribuição à redução de complicações cognitivas, afetivas e comportamentais decorrentes do tratamento.

Com base na perspectiva de integração do cuidado do profissional de saúde, em que as ações da equipe multidisciplinar se realizam em conjunto com a finalidade de se obter resultado único: promoção e melhora da saúde, verifica-se nos achados, dificuldade em efetivar o cuidado, principalmente no que concerne à abstenção de profissionais de saúde, importantes na recuperação da mulher pós-mastectomia, ocultos nos discursos, como os fisioterapeutas.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Qualidade de vida é multidimensional e tem o conceito relacionado com as condições de vida individuais, assim cada população tem sua definição. Para a mulher mastectomizada QV está ligada a ter “**saúde**”, como aludido pela maioria. Com isso a população estudada encontra-se em condições de vida, influenciada pelas condições que a doença impõe. Assim, ter saúde está atrelado a QV.

Não obstante apenas saúde está também vinculada à “**alimentação**” saudável, por bastante relacionada com a predisposição do desenvolvimento de doenças crônico-degenerativas, como câncer de mama. Além da busca pela “**paz**”, “**espiritualidade**”, “**trabalho**”, “**moradia**” não menos importantes à prática de “**atividade física**”.

Sobre fatores que influenciam positiva e negativamente na QV, menciona-se “**condição financeira**” de efeito tanto positivo como negativo, vez que proporciona meios de conservação de melhores condições de vida, acesso à medicação e a serviços de saúde mais rápidos, a melhores alimentos, o que, por sua vez, colaborar para alcance de QV.

“**Apoio familiar**” e “**apoio profissional**”, de alguma maneira, ajudam no alívio de dores psíquicas e físicas pela retirada da mama, além de contribuir para a autoestima, levando a mulher a enfrentar medos da doença.

Definir cuidado de enfermagem não é tarefa fácil, tendo em vista os diversos conceitos e linhas. As participantes têm visão de cuidado de enfermagem como, em sua maior parte, apenas

prática, mas ressalta-se a importância que poucas deram a abordagem humanística do cuidado, com a visão da clínica ampliada.

Cuidado é dialético e permeia entre prática e teoria buscando sempre cuidado humano, holístico, ético, cultural, social, rompendo com o curativo, uma vez a clínica da mulher mastectomizada busca aproximação do cuidado prestado com o cenário vivenciado pela mesma, aliando-o com à família, redes de apoio, perda da imagem corporal, ao medo de morrer e de mudanças de atividades de vida diária.

Nos cuidados mencionados, há um distanciamento da prática para cuidados específicos com mastectomia, preconizados e incorporados às rotinas diárias dos serviços com a clientela.

Propõe-se a reavaliação de condutas de serviço, por não se ter um protocolo a ser seguido, a fim de que se possa subsidiar a elaboração de proposta de consulta ambulatorial que favoreça o cuidado clínico, pelo entendimento de que cuidado é relevante para a melhora clínica da mulher.

Houve identificação de cuidados, mas, no primeiro momento, as mulheres não sabiam dizer quem era o profissional enfermeiro, e algumas não sabiam diferenciar as categorias dos profissionais de enfermagem, configurando todos como enfermeiros.

Por meio de achados e falas analisadas, propõe-se a criação de cartilha, ou caderneta voltada à mulher mastectomizada, com o intuito de averiguar e melhorar o acompanhamento pela equipe multiprofissional. Nela conterão: dados, ilustrações, espaços para anotações e dúvidas a fim de facilitar o cuidado durante a consulta de rotina, no rastreamento e acompanhamento pós-cirurgia de mastectomia, tornando a mulher parte e responsável pelo cuidado, fazendo-a autônoma praticante do autocuidado.

É importante ressaltar que os resultados desta investigação têm limitações, por se desenvolvido em apenas um ambulatório, não se pode generalizar conclusões a todos os serviços de mastologia.

Por fim, esta pesquisa não pretende esgotar as questões apresentadas e discutidas, será subsídio para despertar e sensibilizar novas discussões sobre as práticas de cuidados à mulher mastectomizada, com ênfase principalmente no cuidado específico para o momento vivenciado

buscando pratica aliada ao conhecimento com finalidade de melhorar a qualidade de vida, proporcionando cuidado ético, humano e integral.

Tem-se que, ao revelar as características e contradições que permeiam o cuidado à mulher mastectomizada, melhora o conhecimento real do cuidado pelo profissional enfermeiro da população específica.

7 REFERÊNCIA

ANDRADE, G. N.; PANZA, A. R.; VARGENS, O. M. C. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. **Cienc cuid saúde**. v.10, n. 1, p. 82-8. 2011.

ARAGAKI I.M.M. Avaliação e percepção de nutrízes acerca de sua qualidade vida. [tese] São Paulo: **Escola de Enfermagem da USP**; 2008.

AVILA, L. I.; SILVEIRA, R. S.; LUNARDI, V. L.; FERNANDES, G. F. M.; MANCIA, J. R.; SILVEIRA, J. T. Implicações da visibilidade da enfermagem no exercício profissional. **Rev. Gaúcha Enferm**. v. 34, n. 3, p. 102-9. 2013.

AVIS N.E.; COLVIN A.; BROMBERGER J.T.; HESS R.; MATTHEWS K. A.; ORY M.; SCHOCKEN M. Change in health-related quality of life over the menopausal transition in a multiethnic cohort of middle-aged women: Study of Women's Health Across the Nation. **Menopause**. v. 16, n. 5, p. 860-9; 2009.

BASTOS, N.M.G. **Introdução à metodologia do trabalho acadêmico**. 4.ed. Fortaleza, 2007. **BDENF**. Disponível em: <<http://enfermagem.bvs.br/php/level.php?lang=pt&component=23&item=6>> Acessado em: 14 de Novembro de 2012.

BARBOSA J. R.; COSTA O. J. A relação da atividade física e alimentação saudável em busca da qualidade de vida. **Anais VII Congresso Norte Nordeste de Pesquisa e inovação**. Palmas, TO. 2012.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa. Edições 70, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Glossário temático: promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde/MS Sobre Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisa envolvendo seres humanos*. **Diário Oficial da União**, 12 de dezembro de 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>> Acesso em: 24 maio 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Mortalidade**. INCA: 2012a. Disponível em: <http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>. Acessado em: 30 Novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. Notícias INCA e Ministério da Saúde apresentam estimativas de câncer para 2014. 2014. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014. Acessado em: 07 Janeiro de 2014

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. INCA: 2011a. Disponível em:

http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f. Acessado em: 30 de Novembro de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Estimativa 2010**: incidência de câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer. – Rio de Janeiro: INCA, 2009. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/estimativa/2010/estimativa20091201.pdf>. Acesso em: 02 de Outubro de 2012.

_____. **Política nacional integral à saúde da mulher**: princípios e diretrizes. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Instituto Nacional de Câncer. 3ª ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: Princípios e diretrizes**/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do Câncer de mama**. Documento de Consenso. Rio de Janeiro: 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde** – Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

BAGGIO, M. A.; ERDMANN, A. L. Relações múltiplas do cuidado de enfermagem: o emergir do cuidado “do nós”. **Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]**. V. 18, n. 5: [08 telas]. 2010 [acesso em: 02 jan. 2014]. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v18n5/pt_09.pdf

BORGES, M. S.; QUEIROZ, L. S.; SILVA, H. C. P. Representações sociais sobre cuidar e tratar: o olhar de pacientes e profissionais. **Rev Esc Enferm USP**. v. 45, n. 6, p. 1427-33. 2011.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciênc. saúde coletiva**, v.5, n.1, p. 163-177. 2000.

CANAVARRO, M. C.; PEREIRA, M.; MOREIRA, H.; PAREDES, T. Qualidade de vida e saúde: Aplicações do WHOQOL. **Alicerces**. v.3, p. 243-68. 2010.

CICONELLI, R. M.; FERRAZ, M. B.; SANTOS, W.; MEINÃO, I.; QUARESMA, M. R. Tradução para a língua portuguesa e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). **Rev Bras Reumatol**. v. 39, p. 143-150. 1999.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**. v. 5, n. 38, p. 300-14. 1976.

CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativo, quantitativo e misto**. Porto Alegre: Artemed, 2010.

COLPO, J. C.; CAMARGO, V. C.; MATTOS, S. A. A imagem corporal da enfermeira como objeto sexual na mídia: um assédio a profissão. **Cogitare Enferm**. v. 11, n. 1, p. 67-72. 2006.

DICIONÁRIO HOUAISS: **sinônimos e antônimos**. São Paulo: Publifolha, 2012.

FERRAZ, A M. N. Avaliação da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de Pós Graduação em Medicina: Ciência Médicas, Porto Alegre, 2009.

DUNCAN, B. B. *et. al.* Chronic Non-Communicable Diseases in Brazil: priorities for disease management and research. **Rev Saúde Pública**. v. 46, Supl, p.126-34. 2012.

FERREIRA, A. B. H. **Mini Aurélio**: o dicionário da Língua Portuguesa. 8 ed. Curitiba: Positivo, p. 960, 2010.

FERREIRA, D. B. Qualidade de vida em pacientes em tratamento de câncer de mama – associação com rede social, apoio social e atividade física. **Dissertação (Mestrado)** – Fundação Oswaldo Cruz, Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011.

FERREIRA, D. B.; FARAGO, P. M.; REIS, P. E. D.; FUNGHETTO, S. S. Nossa vida após o câncer de mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Rev. Bras. Enferm**. n.64, v.3, p. 536-44, 2011.

FIGUEIREDO, N. M. A (org.). **Método na pesquisa científica**. 3ª ed. São Caetano do Sul, SP: Yendis Editora, 2008.

FLECK, M. P. A., *et al.* **A avaliação de qualidade de vida**: guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artemed, 2008.

FLECK, M. P. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-8. 2000.

_____. Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade de vida “WHOQOL-bref”. **Rev. Saúde pública**, v. 34, n. 2, p. 178-83. 2000a.

FLECK, M.P. A.; LEAL, O. F. LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). **Rev. Bras Psiquiatr**, v. 21, n. 1, 1999.

FREITAS, G. L.; VASCONCELOS, C. T. M.; MOURA, E. R. F.; PINHEIRO, A. K. B. Discutindo a política de atenção à saúde da mulher no contexto da promoção da saúde. **Rev.**

Eletr. Enf. [Internet], v.11, n.2, p.424-8, 2009. Disponível em:
<<http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n2/v11n2a26.htm> >.

GASPARELO, C.; MARCON S. S.; SALCI, M. A. Percepções de mulheres sobre a repercussão da mastectomia radical em sua vida pessoal e conjugal. **Cien Cuid Saude**. v.9, n.3, p. 535-42. 2010.

GAULEJAC, V. **La société malade de la gestion: idéologie gestionnaire, pouvoir managérial e harcèlement social**. Paris: Seuil. 2005

GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2010.

GOLÇALVEZ S. R. O. S.; ARRAIS F. M. A.; FERNANDES A. F. C. As implicações da mastectomia no cotidiano de um grupo de mulheres. **Rev. RENE**. v. 8, n. 2, p. 9-17. 2007.

HOFFMANN, F. S.; MÜLLER, M. C.; RUBIN, R. A mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças Psicologia da Saúde**. v.14, n.2. p. 143-50. 2006.

HUNTER, M.S. The Women's Health Questionnaire (WHQ): Frequently Asked Questions (FAQ). **Health and Quality of Life Outcomes**, v. 1. 2003. Disponível em:<<http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1477-7525-1-41.pdf>> Acessado em: 23 de Outubro de 2012.

INCA. **Versão revista e ampliada do Programa Viva Mulher, desmembrado em Programa Nacional de Controle do Câncer do Colo do Útero e Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Instituto Nacional de Câncer, 2010.

_____. Agência de notícias. **Mamografias**. Instituto Nacional de Câncer, 2012. Disponível em: http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site/home/noticias/2012/mamografias_realizadas_no_sus_crescem_41_por_cento. Acessado em: 12 de Outubro de 2012.

_____. Câncer. **Orientações as Mastectomizadas**. Instituto Nacional de Câncer, 2013. Disponível em: http://www.inca.gov.br/conteudo_view.asp?id=108#topo. Acesso em: 14 de Abril de 2013.

IQOLA – *Internacional Quality of Life Assessment Project*. Disponível em: <http://www.iqola.org/>. Acessado em 20 de Novembro de 2012.

MAGALHÃES, M. M. A. A invisibilidade da prática de enfermagem e a face qualificante do hospital. **Pensar Enferm**. v. 10, n. 1, p. 58-66. 2006.

MATIAS, M.; FONTAINE A. M. A Conciliação de Papéis Profissionais e Familiares: O Mecanismo Psicológico de Spillover. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 28, n. 2, p. 235- 43. 2012.

MEAC. Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Institucional. 2012. Disponível em: www.meac.ufc.br/. Acessado em: 20 de Dezembro de 2012.

MICHAELIS: **dicionário prático da língua portuguesa**. São Paulo, Editora: Melhoramentos. 2010.

MINAYO, M. C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12 ed. São Paulo: Hucitec, 2010.

MISTURA, C; CARVALHO, M. F. A. A.; SANTOS V. E. P. Mulheres mastectomizadas: vivências frente ao câncer de mama. **Rev Enf UFSM**. v.1, n.3, p. 351-59. 2011.

MORAIS, F. R. C.; SILVA, C. M. C.; RIBEIRO, M. C. M.; PINTO, N. R. S.; SANTOS I. Resgatando o cuidado de enfermagem como prática de manutenção da vida: concepções de collière. **Rev enferm. UERJ**. v. 19, n. 2, p. 305-10. 2011.

MORETTI, A. C.; ALMEIDA, V.; WESTPHAL, M. F.; BÓGUS, C. M. Corporal Practices/Physical Activity and Public Policies of Health Promotion. **Saúde Soc**. v.18, n.2, p.346-54. 2009.

MOURA, F. M. J. S. P.; SILVA M. G.; OLIVEIRA, S. C.; MOURA, L. J. S. P. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. **Esc Anna Nery (impr.)**. v.14, n.3, p. 477-84. 2010.

NICOLUSSI, A. C.; SAWADA, N. O. Qualidade de vida de pacientes com câncer de mama em terapia adjuvante. **Rev. Gaúcha Enferm**. v.32, n.4, p. 759-66. 2011.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Quality of life of patients with colorectal cancer who were receiving complementary therapy. **Acta Paul Enferm**. v. 22, n. 2, p. 155-61. 2009.

OLIVEIRA, R. A.; CIAMPONE, M. H. T. A universidade como espaço promotor de qualidade de vida: vivências e expressões dos alunos de enfermagem. **Texto contexto enferm**. v. 15, n. 2, p. 254-61. 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Constituição**. Nova York: OMS, 1946.

PAULILLO M. A. S. Pesquisa qualitativa e a história de vida. **Serv. Soc. Rev**. v. 2, n. 2, p. 135-48, 1999. Disponível em: <<http://www.ssrevista.uel.br/n1v2.pdf>>. Acesso em: 20 nov. 2012.

PAIS-RIBEIRO, J. A importância da qualidade de vida para a psicologia da saúde. In: J. P. Cruz, S. N. de Jesus, & C. Nunes (coords) **Bem-estar e qualidade de vida**. Alcochete: Textiverso. P. 21-49. 2009.

PANZINI, R. G.; NEUSA S. R.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev. Psiq. Clín**. v.34, p. 105-15. 2007.

PEREIRA, A. B. M.; COSTA, M. L.; PINTO, A. L. La asistencia de la enfermera en la visión de mujeres mastectomizadas. **Enfermería Global**. n. 26, p.427-37. 2012.

POLIT, Denise F.; BECK, Cheryl Tatano; HUNGLER, Bernadette P. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação e utilização**. 5. Ed. Porto Alegre: Artmed: 2004.

QUALITY OF LIFE ASSESSMENT INSTRUMENT (WHOQOL). Quality of Life Research, 2, 153-159. WHOQOL Group Development of the WHOQOL: Rationale and current status. **International Journal of Mental Health**. n.23, v.3, p. 24-56. 1994.

RADÜNZ, V.; OLSON, J. Promoção de saúde e qualidade de vida entre mães de pré-adolescentes: um estudo etnográfico focado em Timbó/SC-Brasil. **Rev latino-am enfermagem**. Nov-Dez, v. 13, n. especial, p. 1135-41. 2005.

RIBEIRO, A. S. Influência da atividade física e da alimentação saudável na saúde e qualidade de vida de mulheres: um estudo de caso no grupo ginástica nas quadras em Planaltina-DF. **Monografia (Graduação)** - Universidade de Brasília, Faculdade UnB Planaltina, Licenciatura em Ciências Naturais, Planaltina, 2013.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

SALCI, M. A.; MARCON S. S. De cuidadora a cuidada: quando a mulher vivencia o câncer. **Texto & Contexto Enferm**.v, 17, n. 3, p. 544-51. 2008.

SANTOS, J S. O cuidado de si da mulher climatérica: subsídios para o cuidado clínico de enfermagem. **Dissertação (Mestrado)** – Universidade Estadual do Ceará, Centro de Ciências da Saúde, Curso de Mestrado Acadêmico em Cuidados Clínicos em Saúde, Fortaleza, 2012.

SANTOS, J. S.; FIALHO, A. V. M.; RODRIGUES, D. P. Influências das famílias no cuidado às mulheres climatéricas. **Rev. Eletr. Enf. [internet]**. v. 15, n. 1, p. 215-22. 2013.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. da C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.20, n.2, mar/abr, p.580-588. 2004.

SEVERO, M. , SANTOS, A. C., LOPES, C., BARROS, H. Teóricos das dimensões de saúde física e mental da versão portuguesa do mos SF-36. **Act med Port**. n. 19, p. 281-88. 2006. SF – 36. Disponível em: <http://www.sf-36.org/site>. Acessado em 20 de Novembro de 2012.

SILVA, A. P., BARROS, C. R., NOGUEIRA, M. L. M, BARROS, V. A. “Conte-me sua história”: reflexões sobre o método de história de vida. **Mosaico: estudos e psic**. v. 1, n. 1, p. 25-35. 2007.

SILVA, C. B; ALBUQUERQUE, V.; LEITE, J. Qualidade de vida em pacientes portadores de neoplasia mamária submetidas a tratamento quimioterápicos. **Rev Bras de Cancerologia**. n. 56, v. 2, p. 227-36. 2010.

SILVA, I. J.; OLIVEIRA, M. F. V.; SILVA S. E. D.; POLARO, S. M. I. P.; RANDÜZ V.; SANTOS, E. K. A.; SANTANA, M. E. Cuidado, autocuidado e cuidado de si: uma compreensão

paradigmática para o cuidado de enfermagem. **Rev Esc Enfermagem USP**. v. 43, n. 3, p. 697-703. 2009.

SILVA, L. G. C.; HADDAD, M. C. F. L.; VITURI, D. W.; JODAS, D. A.; OTRENTI E. Dez anos buscando a melhoria da qualidade do cuidado de enfermagem em um hospital universitário. **Rev. de Enferm e atenção à saúde**. v. 1, n. 1, p. 44-56. 2012.

SOUZA, A.; ANDRADE, A. N. “Corpos marcados e fé na vida...” Mastectomia e Políticas Públicas de Saúde da Mulher. **Psic Política**. n.8, v. 15, p. 157-78. 2008.

SOUZA, R. A.; CARVALHO, A. M.. Programa de Saúde da Família e qualidade de vida: um olhar da Psicologia. **Estud. psicol**. Natal, v.8, n.3, set/dez, p.515-523. 2003.

SPINDOLA, T.; SANTOS, R.S. Trabalhando com a história de vida: percalços de uma pesquisadora. **Rev Esc Enferm**. São Paulo, v.37, n.2, p.119 - 26. 2003.

TALHAFERRO, B.; LEMOS, S.S.; OLIVEIRA, E. Mastectomia e suas conseqüências na vida da mulher. **Arquivos de Ciências da Saúde**. v. 14, n. 1, p. 17-22. 2007.

TAMANINI, J.T.N.; D’ANCONA, C.A.L.; BOTEAGA, N.J.; NETTO JÚNIOR, N.R. Validação do “King’s Health Questionnaire” para o português em mulheres com incontinência urinária. **Rev Saúde Pública**, n.37, v.2, p.203-211. 2003.

THOFEHRN, M. B.; AMESTOY, S. C.; PORTO, A. R.; ARRIEIRAL C. O.; DAL PAI D. A dimensão da subjetividade no processo de trabalho de enfermagem. **Rev Enferm saúde**. v. 1, n. 1, p. 190-8. 2011.

TORRALBA, ROSELÓ, F. **Antropologia do cuidar**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

VIDAL, A. M.; DIAS D. O.; MARTINS E. S. M.; OLIVEIRA R. S.; NASCIMENTO R. M. S.; CORREIA M. G. S. A ingestão de alimentos funcionais e sua contribuição para a diminuição da incidência de doenças. **Cad de Graduação – Cien Biol e da Saude**. v.1, n.15, p.43-52. 2012.

VIEIRA, G. B.; SOUSA R. M.; ESPIRÍTO SANTO, F. H.; TEIXEIRA, E. R. Impacto do câncer na autoimagem do indivíduo: uma revisão integrativa. **Rev Baiana de Enfermagem**. v. 26, n. 2, p. 533-40. 2012.

WALDOW, V. R. **O cuidado na saúde: as relações entre o eu, o outro e os cosmos**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WALDOW, V. R. **Bases e princípios do conhecimento e da arte da enfermagem**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2008.

WHOQOL. Group. **The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization**. Social Science and Medicine, v. 41, p. 1403-1409, 1995.

APÊNDICE

APÊNDICE A - Roteiro de Entrevista

DATA: ____/____/____

I. Dados sócio-demográficos

DN: ____/____/____ - ____ anos

Estado civil:

1. Solteiro () 2. Casado () 3. União estável ()
4. Viúvo () 5. Divorciado ()

Procedência:

1. Capital () 2. Interior do estado ()
3. Região metropolitana ()

Ocupação: _____

Nível de Escolaridade:

1. Sem instrução ()
2. Alfabetizado ()
3. Ensino fundamental () Incompleto () Completo
4. Ensino médio incompleto () Completo ()
5. Ensino superior incompleto () Completo ()

Renda Familiar:

1. 1 Salário mínimo (R\$678,00 reais mensais) ()
2. 2 A 3 Salários mínimos (R\$1.356 A 2.034) ()
3. 4 A 6 Salários mínimos (R\$2.712 A 4.068) ()
4. Igual ou acima 7 Salários mínimos (R\$4.746) ()

Tempo de Mastectomia: ____ (meses)

II. Visão quanto à percepção sobre a Qualidade de vida

- 1) O que você pensa por Qualidade de Vida?
2) Cite fatores positivos e negativos que influenciam na sua Qualidade de Vida.
3) Explique por que os considera positivos e negativos.
4) Qual o grau de importância destes fatores.

III. Sobre o cuidado clínico prestado no Ambulatório de Mastologia:

- 5) Quais os profissionais de saúde estiveram presentes e atuaram durante seu acompanhamento no Ambulatório de Mastologia?
- 6) O que você entende por cuidado de enfermagem?
- 7) Durante o seu tratamento você recebeu cuidados de enfermagem?
- 8) Quais foram esses cuidados?

APÊNDICE B - Termo de consentimento livre e esclarecido

Data: ___/___/___

Documento nº- _____

A Enfermeira, Natália Gondim de Almeida, vem, por meio deste, convidar-lhe a participar do estudo intitulado: **Qualidade de vida da mulher mastectomizada: espaço para o cuidado clínico de enfermagem.**

O estudo em questão é a sua dissertação de mestrado para obtenção do título de mestre pelo Programa de Pós-graduação Cuidados Clínicos em Enfermagem e Saúde que objetiva investigar a relação entre cuidado clínico de enfermagem e a Qualidade de Vida de mulheres mastectomizadas, avaliar a Qualidade de Vida dessas mulheres, assim como averiguar quais cuidados de enfermagem estão sendo prestados.

Entendo que a minha participação neste estudo trará benefícios para as mulheres que futuramente possam estar sendo cuidados por profissionais de enfermagem, afim de que os cuidados prestados possam a melhora da Qualidade de Vida dessas mulheres.

Estou ciente, ainda, que:

- Meu nome ou qualquer outra informação que eu fornecer será confidencial e anônima, conforme prevista em lei;
- Terei acesso a qualquer momento às informações de procedimentos e benefícios relacionados à pesquisa, inclusive para resolver dúvidas que possam ocorrer;
- Os riscos e desconfortos que a pesquisa pode desencadear podem ser com relação à aplicabilidade da coleta. Será solicitada a coordenação do ambulatório uma sala a fim de minimizar o constrangimento durante a entrevista.
- Minha colaboração e participação poderão proporcionar avanços ao desenvolvimento científico, minha participação não será remunerada, mas qualquer despesa que possa surgir será financiada pela pesquisadora;
- Estou ciente que qualquer gravação será de uso exclusivo para conclusão dos resultados da pesquisa.
- A minha participação neste estudo é inteiramente voluntária, sendo que foi me assegurado o direito de abandonar o estudo se assim o desejar, sem que isto acarrete-me qualquer consequência.
- **No caso de dúvidas ou qualquer esclarecimento, poderá procurar a pesquisadora no endereço: Rua Visc. de Mauá, 1661 – Aldeota. Fortaleza-CE - telefone: (85) 88867473. E-mail: natygondim@gmail.com / ou o Comitê de Ética e Pesquisa da Maternidade Escola Assis Chateaubriand no endereço: Rua Coronel Nunes de Melo, S/N - Rodolfo Teófilo. Fortaleza-CE – telefone: (85) 33668569.**

Eu, _____, _____ anos,

RG _____, declaro que é de livre e espontânea vontade que estou participando como voluntário da pesquisa. Li cuidadosamente este Termo e tomei conhecimento do estudo mencionado, e tendo sido devidamente esclarecida as minhas dúvidas pela pesquisadora. E declaro ainda estar assinando duas cópias, ficando uma comigo e a outra com a pesquisadora.

Fortaleza, ____ de _____ de 201__.

Assinatura da participante da pesquisa



Assinatura do pesquisador

ANEXO

ANEXO A - Parecer Consubstanciado

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA: ESPAÇO PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: NATALIA GONDIM DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16790313.1.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 310.165

Data da Relatoria: 19/06/2013

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um estudo que tem como objetivo analisar a qualidade de vida das mulheres através da contribuição do cuidado clínico de enfermagem prestado a esta mulher. Será um estudo qualitativo, onde será realizado um a entrevista semi-estruturada com pacientes que realizaram cirurgia no ano de 2013. A análise será feita pelo método de análise de conteúdo

Objetivo da Pesquisa:

Analisar a Qualidade de Vida de mulheres mastectomizadas.

Objetivo Secundário:

Descrever os cuidados de enfermagem prestados às mulheres mastectomizadas e averiguar a contribuição do cuidado clínico de enfermagem na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os benefícios que a pesquisa pode contribuir as mulheres mastectomizadas em relação aos cuidados individualizados e especializados,

favorecendo um engajamento do processo saúde doença ao qual ela está inserida, pois a partir

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-270

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8569

Fax: (85)3366-8528

E-mail: meloventura@uol.com.br

MATERNIDADE ESCOLA ASSIS
CHATEAUBRIAND/ MEAC/ UFC



Continuação do Parecer: 310.165

dos resultados levantados poderemos propor uma futura sistematização da consultada de enfermagem no ambulatório de mastectomia.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O estudo está bem descrito, o câncer de mama é considerado um problema de saúde pública e afeta a mulher no âmbito emocional afetando assim sua qualidade de vida. Analisar a qualidade de vida através do cuidado clínico de enfermagem é de suma importância para elevar a autoestima destas mulheres e contribuir para uma recuperação mais rápida.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Os termos da pesquisa depois da pendência estão de acordo com as normas da resolução 196/96

Recomendações:

As recomendações foram atendidas

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Projeto aprovado depois que foram atendidas as pendências

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita apreciação da CONEP:

Não

Considerações finais a critério do CEP:

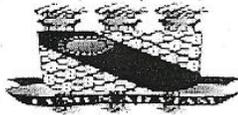
Aprovado para execução

FORTALEZA, 20 de Junho de 2013

Assinador por:

Maria Sidneuma Melo Ventura
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel Nunes de Melo, s/n
Bairro: Rodolfo Teófilo CEP: 60.430-270
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3366-8569 Fax: (85)3366-8528 E-mail: meloventura@uol.com.br



UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DA MULHER MASTECTOMIZADA: ESPAÇO PARA O CUIDADO CLÍNICO DE ENFERMAGEM

Pesquisador: NATALIA GONDIM DE ALMEIDA

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 16790313.1.0000.5050

Instituição Proponente: Maternidade Escola Assis Chateaubriand / MEAC/ UFC

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 399.467

Data da Relatoria: 19/08/2013

Apresentação do Projeto:

O câncer se caracteriza por um crescimento desordenado de células no organismo humano, ocorre quando funções pré-determinadas sofrem mutações em detrimentos de fatores oncogênicos. A magnitude do adoecimento e a forma de tratamento podem comprometer, em vários aspectos, as condições e o modo que o doente vive. Estudo do tipo descritivo de abordagem qualitativa. Terá como campo de pesquisa o Ambulatório de Mastologia da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand (MEAC) localizada no município de Fortaleza/CE. Os sujeitos participantes do estudo serão as mulheres acompanhadas no ambulatório de Mastologia da MEAC que foram submetidas à mastectomia no ano de 2013, um total de 40 mulheres, sendo esta a população do estudo. Amostra será composta após a incorporação dos critérios de exclusão, o qual contará com as mulheres que não se tornarem acessíveis, por ausências nas consultas, ou distâncias geográficas, bem como pela não conformidade de ordenação de pensamentos. A coleta das informações para tomarmos base para o estudo será realizada no período de três meses, durante os meses de junho, julho e agosto do ano de 2013. Em uma sala do ambulatório solicitada com o intuito de preservar a individualidade e o conforto da entrevistada. Será utilizado um questionário. Durante o processo de coleta será solicitada a aprovação da gravação das falas pelo pesquisador. O método de escolha para a análise dos dados será baseada na Análise de Conteúdo.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

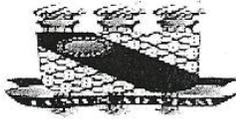
Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Página 01 de 01





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 399.467

Critério de Inclusão:

Será incluído no estudo mulheres que se submeteram à cirurgia de mastectomia no ano de 2013 e atendidas no ambulatório de Mastologia da MEAC.

Critério de Exclusão:

Serão excluídas mulheres que não se tornarem acessíveis, ausentes nas consultas, ou distâncias geográficas, bem como pela não conformidade de ordenação de pensamentos.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a Qualidade de Vida de mulheres mastectomizadas.

Objetivo Secundário:

Descrever os cuidados de enfermagem prestados às mulheres mastectomizadas e averiguar a contribuição do cuidado clínico de enfermagem na qualidade de vida de mulheres mastectomizadas.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os riscos e desconfortos que a pesquisa poderia desencadear seriam os referentes à aplicabilidade na dinâmica durante o período da coleta, uma vez que a entrevista será realizada no próprio ambulatório, o que poderá ocasionar um prejuízo quanto a exposição, no caso de um local não adequado para coleta. Possivelmente esses podem ser minimizados realizando-se a entrevista em local reservado, tal será solicitada juntamente com a coordenação do ambulatório, a qual disponibilizará uma sala adequada para tal fim. Possíveis alterações emocionais e sentimentos que possam surgir durante a coletada são passíveis de conduta, tendo em vista que a pesquisadora tem em sua formação condições de tratar de situações como essas. Será afirmado a participante que esta não terá prejuízo na assistência prestada no ambulatório.

Benefícios:

A pesquisa pode contribuir para as mulheres mastectomizadas em relação aos cuidados individualizados e especializados, favorecendo um engajamento do processo saúde doença ao qual ela está inserida, pois a partir dos resultados levantados poderemos propor uma futura sistematização da consultada de enfermagem no ambulatório de mastectomia.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

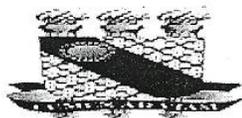
Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Página 02 de 04





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 399.467

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A proposta de pesquisa é pertinente, apresenta valor científico e relevância social, possivelmente, trará retorno para a qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta folha de rosto com as assinaturas, tanto do pesquisador quanto do coordenador da instituição proponente.

- Declaração de Anuência da MEAC
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em forma de convite.
- Cronograma detalhado .

Parecer substanciado do CEP/MEAC com aprovação da pesquisa

Recomendações:

Apresenta folha de rosto com as assinaturas, tanto do pesquisador quanto do coordenador da instituição proponente.

- Declaração de Anuência da MEAC
- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido em forma de convite.
- Cronograma detalhado .

Parecer substanciado do CEP/MEAC com aprovação da pesquisa

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A proposta de pesquisa é pertinente e, possivelmente, trará contribuição para a melhoria da qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. O protocolo de pesquisa atende aos preceitos éticos e científicos conforme Resolução 466 de 2012 do CNS.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Os termos de apresentação obrigatória foram disponibilizados adequadamente conforme legislação vigente no país.

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

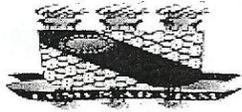
Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br

Página 03 de 04





UNIVERSIDADE ESTADUAL DO
CEARÁ - UECE



Continuação do Parecer: 399.467

FORTALEZA, 18 de Setembro de 2013

Assinador por:

DIANA CÉLIA SOUSA NUNES PINHEIRO
(Coordenador)

Profa. Dra. Diana Célia Sousa Nunes Pinheiro
Coordenadora do CEP/UECE

Endereço: Av. Paranjana, 1700

Bairro: Itaperi

CEP: 60.714-903

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3101-9890

Fax: (85)3101-9906

E-mail: diana.pinheiro@uece.br



Página 02 de 02