

UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA

AMANDA TUPINAMBÁ DA FONSECA OLIVEIRA

**O OLHAR DAS USUÁRIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE GRUPO
INTERDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

**JUIZ DE FORA
2014**

AMANDA TUPINAMBÁ DA FONSECA OLIVEIRA

**O OLHAR DAS USUÁRIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE GRUPO
INTERDISCIPLINAR NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**

Trabalho de Conclusão de Curso apresentado na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, do Departamento de Fisioterapia IAM, da Faculdade de Fisioterapia da Universidade Federal de Juiz de Fora, como requisito parcial para obtenção do título de Graduação em Fisioterapia.

Orientadora: Prof^a. Ms. Simone Meira Carvalho

**JUIZ DE FORA
2014**

Oliveira, Amanda Tupinambá da Fonseca.

O OLHAR DAS USUÁRIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE GRUPO
INTERDISCIPLINAR PÓS OPERATÓRIA NO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA
/ Amanda Tupinambá da Fonseca Oliveira. -- 2014.

54 p.

Orientador: Simone Meira Carvalho

Trabalho de Conclusão de Curso (graduação) - Universidade
Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Fisioterapia, 2014.

1. câncer de mama. 2. equipe interdisciplinar de saúde. 3.
grupo de suporte. I. Carvalho, Simone Meira, orient. II.
Título.

Dedicatória

“Não, não pares.

É graça divina começar bem.

Graça maior persistir na caminhada certa, manter o ritmo...

Mas a graça das graças é não desistir.

Podendo ou não podendo, caindo embora aos pedaços chegar até o fim.”

Até o fim, de Dom Hélder Câmara

Dedico o presente trabalho às mulheres que se disponibilizaram a participar da pesquisa, e a todas que são, as que foram e as que podem vir a necessitar da assistência do Projeto De Peito Aberto, da UFJF.

Agradecimentos

Meu Senhor e meu Deus, o quanto me fez crescer durante esta trajetória. Obrigada por estar sempre ao nosso lado. Louvores e glórias a ti, hoje e sempre!

Meus amados pais, muito obrigada pela paciência, pela dedicação e o carinho de sempre. Sem dúvida, não teria conseguido nada se vocês não estivessem ao meu lado. Se eu tive força para concluir este trabalho e, finalmente, a minha graduação, ela veio do amor que existe entre nós.

Aos meus familiares, que sofreram tanto quanto eu por minhas ausências, mas que sempre estiveram na torcida por este final feliz.

Aos meus amigos, que de perto ou de longe, escutaram meus lamentos e angústias, me encorajando a seguir sempre em frente. Acreditaram em mim, mesmo quando eu já não era tão crente assim. Agradeço em especial à Gabi, que me ajudou com o *abstract*. É sempre muito bom saber que posso contar com vocês!

À Simone, mais que orientadora, que soube esperar o meu tempo para absorver e administrar tudo o que este trabalho causou em mim. Suas palavras de incentivo, guardarei para sempre comigo.

Aos integrantes da banca, pela disponibilidade e atenção, que muito contribuíram para a conclusão desta monografia.

Muitíssimo agradecida por tudo!

AMANDA TUPINAMBÁ DA FONSECA OLIVEIRA

**“O OLHAR DAS USUÁRIAS SOBRE A ASSISTÊNCIA DE
GRUPO INTERDISCIPLINAR PÓS OPERATÓRIA NO
TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA”**

O presente trabalho, apresentado como pré-requisito para aprovação na disciplina Trabalho de Conclusão de Curso II, da Faculdade de Fisioterapia da UFJF, foi apresentado em audiência pública a banca examinadora e **aprovado** no dia 15 de julho de 2014.

Prof^a. Ms. Simone Meira Carvalho

Bruno Eduardo Pereira Laporte

Hila Martins Campos Faria

RESUMO

Esta pesquisa visou apreender como as mulheres acometidas por câncer de mama vivenciam o Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI), do Projeto De Peito Aberto. A abordagem utilizada foi qualitativa, porquanto buscamos entender o significado de discursos e práticas das participantes do GAI, realizado no HU/UFJF. Os dados foram registrados através de observação do grupo e da coleta de entrevistas individuais de cinco participantes, com roteiro semiestruturado. Para análise, aplicamos a hermenêutica-dialética, entendendo que esta possibilita compreender e discutir o vivido e o representado pelos sujeitos da pesquisa. Para melhor percepção da análise dos resultados, dividimos os mesmos em blocos. No primeiro, denominado “Adoecimento”, verificamos a forma negativa como as mulheres reagiram ao se depararem com o diagnóstico do câncer de mama, uma vez que seu tratamento não se limita à possível eliminação da doença através da retirada de um pedaço do corpo biológico e da medicação, mas envolve, sobretudo, além do enfrentamento da morte, a transformação de um símbolo da feminilidade em algo danoso que precisa ser extirpado. No bloco “Assistência”, observamos que a falta de informação é a principal barreira para que o melhor amparo seja oferecido pelas famílias e profissionais da saúde, para se alcançar as reais demandas das mulheres. Já no bloco “Consequências dos tratamentos”, notamos queixas comuns causadas pelas limitações físicas decorrentes dos tratamentos. Elas enfrentam, ainda, o desafio de se permitirem ser cuidadas, papel diferente do que estão acostumadas a exercer na sociedade. No bloco “GAI: informação e sentimento”, destacamos que o grupo tem a finalidade de dar suporte às mulheres. Percebemos o vínculo criado entre elas através de laços de amizade, pela identificação de umas com as outras. Quanto à educação em saúde realizada no GAI, todas relatam sentirem-se à vontade para falar de suas questões. Diante dos benefícios observados, destacamos a necessidade imponente de ofertarmos um suporte multiprofissional com posterior acompanhamento desde a notícia do diagnóstico até a recuperação biopsicossocial, pois cada ator da área de saúde tem grande importância na minimização dos impactos causados pelos tratamentos. Para tanto, é mister que cada profissional conheça e respeite a atuação e importância do outro para que a assistência seja realizada de forma efetiva e integral. Devemos

aperfeiçoar, divulgar e multiplicar esta forma de assistência que tem se mostrado efetiva na recuperação das mulheres acometidas por câncer, para que possam retomar suas vidas seguras e plenas em suas decisões e atividades cotidianas.

Palavras-chaves: Grupo de Suporte, Câncer de Mama, Equipe Interdisciplinar de Saúde

ABSTRACT

This search intent to capture how the women who suffer from breast cancer at the 'Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI)', from 'Peito Aberto' Project. The approach was from the quality, getting through understanding the meaning of the speeches and practices from the ones who are part of GAI, realized at HU-UFJF. The data were registered observing the group and from collecting individuals interviews of five participants, with a scrip semi-structured. For the analysis we applied the hermeneutic dialogic, understanding that this could make this comprehension and discussion the vivid and the represented by the research objects. For the best result analysis perception, it was made blocs of divisions. On the first, 'Sickness', it was possible to see how negative are the reaction from the women when face to the breast cancer, therefore, the treatment do not stays only on the possibility of the elimination from the illness because of a removal of a biologic piece e medication, but involve, above all, the death dealing, the changing of a womanly symbol into something dangerous and hurtful that needs to be cutting out. On the second, 'Assistance', it was possible to watch that the lack of information is the main barrel for the little support could have been done to the families and the health professionals, to achieve the real demands of these women. On the third one, 'Treatment consequences' it's possible to see the complaints cause by the physical limitations arising from the treatments. They face the challenge to be taken care of, thing that they are not used to act on the society. On the block 'GAI: information and feelings' shows the group as a support to these ones and we notice the bond of friendship, through the identification among each other. The health education on GAI, all of them tell to feel comfortable to talk about their questions. Face to the benefits observed, it's possible to include the need of a support multiprofessional with a posterior attendance since the news until the recovery and social reintegration, because each actor at the heath area has a great importance part on the minimization of the impacts caused by the treatments. Towards it's important to each and all of the workers known and respect the matter from each other so it the these support should be done properly and unabridged. We must improve, reveal and reproduce this effective assistance on the breast cancer women so they will able to return to their lives safety, full on their decisions and daily activities.

Tags: Support group, breast cancer, Interdisciplinary Team Health

LISTA DE QUADROS

Quadro 1_	Perfil socioeconômico das entrevistadas	21
Quadro 2_	Perfil clínico das mulheres	33

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
GAI	Grupo de Acompanhamento Integrado
HU	Hospital Universitário
INCA	Instituto Nacional do Câncer
PDPA	Projeto De Peito Aberto
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFJF	Universidade Federal de Juiz de Fora
UDB/HU	Unidade Dom Bosco do Hospital Universitário

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	14
1.1	O Câncer de Mama	14
1.2	O Projeto DE PEITO ABERTO	15
1.2.1	GAI – Grupo de Acompanhamento integrado	16
2	OBJETIVOS	17
3	METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO	19
3.1	Discussão Metodológica	19
3.2	Trabalho de Campo	19
3.2.1	<i>O cenário</i>	19
3.2.2	<i>O instrumento</i>	19
3.2.3	<i>Os sujeitos</i>	20
3.2.4	<i>A construção do conteúdo</i>	21
3.2.5	<i>Análise e interpretação do conteúdo</i>	22
3.2.6	<i>Aspectos éticos da pesquisa</i>	22
4	ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	24
4.1	Adoecimento	24
4.1.1	<i>Diagnóstico do câncer</i>	25
4.1.2	<i>Pega outro exame que esse não é meu</i>	26
4.2	Assistência	27
4.2.1	<i>Assistência da família</i>	28
4.2.2	<i>Assistência dos profissionais da saúde</i>	30
4.3	Consequências dos tratamentos	33
4.4	GAI: Informação e sentimento	37
4.4.1	Descobrimo um grupo diferente	38
4.4.2	<i>Vale a pena ir ao GAI?</i>	39
4.4.3	<i>Reconstrução mamária</i>	43
5	CONCLUSÃO	47

REFERÊNCIAS	49
APÊNDICE - ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS MULHERES ...	52
ANEXOS	54
ANEXO I - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA	54
ANEXO II - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	55

1 INTRODUÇÃO

1.1 O Câncer de Mama

O câncer de mama é o segundo tipo mais frequente de neoplasia que acomete mulheres no mundo, ficando atrás somente do câncer de pele. Em 2012, correspondeu a 25% de todos os tipos de câncer nelas diagnosticados. Para o ano de 2014, estima-se a ocorrência, no Brasil, de 57.120 novos casos, com um risco estimado de 56,09 casos a cada 100 mil mulheres. Para Minas Gerais, a taxa bruta de incidência por 100 mil mulheres estimada para o presente ano, é de 49,17 casos (BRASIL, 2014).

Segundo o INCA (BRASIL, 2014), apesar de ser considerado um câncer de prognóstico relativamente bom, as taxas de mortalidade por câncer de mama continuam elevadas no Brasil. A possível justificativa dá-se ao fato de a doença ser diagnosticada em estágios avançados. O estudo do INCA apresentou, para o câncer de mama, uma sobrevida aproximada de 80 por cento.

Aos números alarmantes, os quais chegam a impressionar, somam-se os efeitos do tratamento da doença, que afetam diretamente a sexualidade e a imagem corporal feminina. Neste contexto, esse tipo de neoplasia torna-se um dos mais temidos pelas mulheres. Assusta tanto pela perspectiva da perda da mama, quanto pelo medo da morte e suas consequências na vida de seus familiares (BRASIL, 2014).

Apesar dos progressos da medicina, em relação aos métodos de diagnóstico e tratamento, o câncer ainda hoje é visto como uma “sentença de morte”. As várias metáforas construídas e partilhadas socialmente a respeito deste adoecimento fortalecem essa ideia. Ele é interpretado, por exemplo, como uma forma de punição, como uma forma de pagamento por um pecado cometido (SONTAG, 1984).

Do momento da notícia do diagnóstico de câncer até a conclusão do tratamento, a mulher passa por um período conturbado, no qual necessita de apoio. A recuperação completa e a reintegração social dependem do trabalho de uma equipe formada por vários profissionais com funções específicas e articuladas. É necessário que a equipe tenha um bom nível de integração e que seja formada por profissionais conscientes de sua importância, para poder oferecer soluções conjuntas aos problemas encontrados. Entretanto, geralmente, o atendimento à

mulher ocorre de forma fragmentada pela falta da perspectiva de continuidade durante as diferentes fases do tratamento (CARVALHO, 2005).

1.2 O Projeto DE PEITO ABERTO

Segundo NOGUEIRA (1998), um tratamento, para ser de qualidade, considera o enfermo como sujeito que tem os seus direitos, que vão desde à informação sobre seu estado de saúde, ao cuidado, com dignidade, em questões de vida diária. Atualmente, considera-se a interdisciplinaridade no atendimento a estratégia mais adequada para se alcançar esta qualidade. Ela impõe, necessariamente, o estabelecimento de vínculos de integração no processo de trabalho, ainda que no plano teórico não haja uma articulação efetiva. Assim, interdisciplinaridade é mais do que a simples comunicação. Ela gera uma integração mútua, constituindo novos saberes e novas práticas que busquem a resolução de um problema concreto.

Com o intuito de oferecer um serviço de saúde integrado às pacientes da Mastologia, desde o diagnóstico até o tratamento, e de estimular a prevenção e a detecção precoce do câncer de mama surge, em 2001, o “Projeto De Peito Aberto” (PDPA).

O Projeto de Extensão De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama, realizado no Hospital Universitário (HU) da Universidade Federal de Juiz de Fora (UFJF), objetiva oferecer um tratamento humanizado e integral às mulheres com algum tipo de alteração mamária, através de uma atuação interdisciplinar de profissionais das áreas de Enfermagem, Fisioterapia, Medicina, Psicologia e Serviço Social. Visa, ainda: conscientizar os usuários da instituição sobre a prevenção da doença; trabalhar os mitos da doença na sociedade; conhecer o contexto de vida das mulheres acometidas pelo câncer numa abordagem biopsicossocial; acompanhá-las desde o diagnóstico até a reabilitação integral; dar orientações quanto aos tratamentos realizados; e prestar ajuda minimizando o impacto do diagnóstico e do tratamento (TERGOLINO e col., 2013).

Suas atividades abrangem os ambulatórios de mastologia, de serviço social, de enfermagem, de fisioterapia, de psicologia; bem como as enfermarias do HU. O público alvo são usuários do HU, em especial as mulheres ali atendidas ou

encaminhadas por outros ambulatórios ou serviços de saúde de Juiz de Fora e adjacências. As atividades realizadas envolvem: sala de espera; atendimentos no leito/enfermaria antes e após as cirurgias; atendimentos individuais; acolhimento integrado; Grupo de Acompanhamento Integrado (GAI); e reuniões de discussão de casos em equipe. Neste contexto, a atuação de uma equipe interdisciplinar possibilita um atendimento integrado e humanizado, tornando-se essencial para intervenções diferenciadas.

1.2.1 Grupo de Acompanhamento Integrado - GAI

Mulheres submetidas a procedimentos terapêuticos prolongados, por vezes mutilantes, tendem a buscar formas de conviver mais dignamente com a nova condição de saúde. Uma possibilidade de facilitar este processo é oferecer apoio através de instituições como associações, serviços de saúde, grupos de apoio ou mesmo na família (ANGERAMI, 1996). Esse suporte, por meio de informações e materiais fornecidos por grupos e/ou pessoas que estabelecem contatos periódicos com um indivíduo, contribuem para efeitos emocionais e comportamentais positivos, sendo, portanto, benéfico para todos que participam dele (VALLA, 1999; *apud* SANTANA, ZANIN e MANIGLIA, 2008).

No intuito de contemplar esses objetivos, o GAI é constituído de um grupo aberto, contínuo, restrito às mulheres que tiveram o diagnóstico de câncer de mama. Em cada encontro, conta-se com aproximadamente dez participantes, acompanhadas por parte da equipe multiprofissional do PDPA. Sua frequência é quinzenal, ocorrendo às segundas-feiras à tarde, sendo mediado por uma das profissionais da área de Psicologia.

Esta atividade do PDPA foi concebida a fim de proporcionar para essas mulheres o apoio emocional, bem como um espaço de troca de informações, experiências e educação em saúde (TERGOLINO e col., 2013). Tem como objetivos: estimular o autocuidado das pacientes; esclarecer as dúvidas das mulheres em relação às patologias mamárias benignas e malignas; orientá-las quanto aos exames e aos tratamentos do câncer de mama; possibilitar a troca de experiências entre elas; propiciar uma escuta articulada e integrada dos vários profissionais da equipe no sentido da maior compreensão do momento de vida de cada participante e de seu adoecimento, buscando intervenções mais efetivas em cada caso;

possibilitar o apoio emocional psicossocial às pacientes, favorecendo a reintegração social e afetiva dessas mulheres, trabalhando mitos e preconceitos que tendem a dificultar a recuperação; e norteá-las sobre os direitos (trabalhistas e outros) no que diz respeito à situação de doença e tratamentos.

Grupos com essas finalidades podem ser um meio de instrumentalizar a independência, a autoestima, a identidade do ser cidadã e a qualidade de vida daquelas que ali forem inseridas (GOMES e col., 2003). Conforme Funghetto, Terra e Wolff (2003), as implicações psicológicas ocasionadas pelos momentos de estresse, frente ao adoecimento e aos tratamentos afetam as mulheres física e emocionalmente, levando à diminuição da qualidade de vida e acarretando em prejuízos à saúde. Assim, um grupo de apoio mostra-se importante por dar-lhes uma chance de compartilhar seus sentimentos e interagir com pessoas que estão vivenciando a mesma experiência. Isso ameniza o sofrimento emocional que ocorre desde o diagnóstico e perdura por tempo indeterminado, possibilitando às mulheres aprenderem a lidar com os vários sentimentos que surgem nesse período (GOMES e col., 2003).

Nos grupos de suporte/apoio é fundamental que exista um ambiente (*setting*) em que seus integrantes possam compartilhar suas experiências e sentimentos tendo a convicção de que serão compreendidos por seus ouvintes, os outros participantes. Oferecendo apoio emocional e, secundariamente, informações/orientações, estes grupos possibilitam a seus integrantes a percepção da situação real, por meio do conhecimento de dados mais concretos sobre a doença, e diminuindo assim as fantasias a ela relacionadas, ajudando-os no enfrentamento da crise vivenciada (CAMPOS, 2000).

Diante do contínuo contato com as mulheres do GAI e de poucos trabalhos relatando e compreendendo este tipo de intervenção dentro do tratamento do câncer de mama, surgiu a necessidade de se realizar o presente estudo.

2 OBJETIVOS

GERAL:

Apreender como as mulheres acometidas por câncer de mama vivenciam o Grupo de Acompanhamento Integrado realizado através do Projeto De Peito Aberto.

ESPECÍFICOS:

- 1 – Compreender como as mulheres percebem este atendimento em grupo.
- 2 – Entender o que representa para elas esta modalidade de assistência.

3 METODOLOGIA E ESTRATÉGIAS DE AÇÃO

3.1 Discussão Metodológica

Como o objeto de estudo insere-se no campo da subjetividade, utilizamos a abordagem qualitativa. Almejamos com esta, entender o significado e a intencionalidade de discursos e práticas das usuárias de um serviço de saúde, especificamente no que se refere ao olhar das usuárias sobre assistência de grupo interdisciplinar no câncer de mama. Ou seja, preocupa-nos o nível de realidade que não pode ser quantificado, dentro de um universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes (MINAYO, 1993). Para tal abordagem, lançamos mão da hermenêutica-dialética, que pressupõe a integração dialética entre o(s) sujeito(s) e a sua existência, entre fatos e valores, entre pensamentos e ação, e entre pesquisador(es) e pesquisado(s).

3.2 Trabalho de Campo

3.2.1 O cenário

Este trabalho é parte integrante do Projeto de Pesquisa derivado e homônimo do Projeto de Extensão De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama.

O estudo foi realizado na Unidade Dom Bosco do Hospital Universitário (UDB/HU), da UFJF, situada em Juiz de Fora, Minas Gerais. Este hospital realiza atendimentos exclusivamente para o SUS, sendo referência para a região que compreende a Zona da Mata, Sul de Minas Gerais e alguns municípios do Rio de Janeiro. Sendo um hospital-escola, constitui-se campo de ensino, pesquisa e extensão para a comunidade acadêmica.

3.2.2 O instrumento

Os dados foram registrados em dois momentos: primeiro, através de observação da assistência realizada no GAI e, em um segundo momento, na coleta de entrevistas individuais, com roteiro semiestruturado (apêndice I). Por ser um

roteiro desta natureza, as perguntas foram realizadas informalmente à medida que a entrevista foi sendo desenvolvida. Cada questionamento foi feito de forma calma, aguardando a resposta para não induzir a fala da participante. Nos casos em que houve dificuldade de compreensão de alguma questão ou em que a resposta foi percebida como superficial, a pesquisadora reformulou a mesma, usando outras palavras para esclarecer e explorar mais o assunto.

Ambas as atividades foram gravadas mediante o consentimento das participantes, a fim de apreender com fidedignidade as informações emergidas nos eventos do processo de pesquisa. A gravação do GAI foi ouvida sistematicamente a fim de enriquecer o diário de campo feito durante a atividade. Já as entrevistas foram posteriormente transcritas, para propiciar a leitura aprofundada e posterior análise dos discursos. Cada entrevista, que durou em média cinquenta e nove minutos, foi realizada individualmente, face a face, uma única vez, em uma sala reservada nas dependências do UDB/HU, para garantir a privacidade esperada para este momento.

3.2.3 Os sujeitos

Foram inseridas no estudo mulheres que participam do GAI, nos meses de outubro a dezembro de 2013, acometidas pelo câncer de mama, em tratamento ou não, tendo realizado cirurgia conservadora ou radical da mama.

Foram excluídas aquelas que apresentaram algum tipo de comprometimento cognitivo ou mental que pudesse interferir na coleta dos dados e inviabilizar a pesquisa.

Por ser uma amostra de conveniência, o número de sujeitos do estudo foi delimitado pelo prazo estabelecido para conclusão do trabalho e, ainda, de acordo com o critério de “saturação”, ou seja, quando os temas começam a se repetir (MINAYO, 1993), alcançando um total de cinco entrevistas.

A idade das entrevistadas variou de 39 a 72 anos. Em relação ao grau de escolaridade, duas não possuíam o ensino fundamental completo, uma chegou a concluí-lo e duas cursaram ensino técnico. Uma mulher era casada, quatro eram solteiras, sendo que destas, duas tinham namorado e uma era viúva. Somente uma mulher não tinha filhos. No tangente à ocupação, três eram donas de casa, sendo que uma delas, esporadicamente, era diarista e duas estavam afastadas do trabalho

devido à doença. Quanto à religião, três eram católicas e duas evangélicas. A renda mensal relatada foi, em média, de um salário mínimo. Abaixo, no quadro 1, estão os dados sistematizados, relativos ao perfil socioeconômico das entrevistadas.

É importante salientar que guardamos o sigilo quanto aos nomes das participantes e optamos por identificá-las pelas letras da palavra “LUTAR”, utilizada aqui para enfatizar a força que todas tiveram de desenvolver diante do desafio imposto pelo diagnóstico da doença. Ainda dentro desta ideia, os profissionais citados durante a entrevista foram identificados de forma aleatória com letras do alfabeto, a fim de manter suas identidades privadas.

Quadro 1_ Perfil socioeconômico das entrevistadas

	IDADE	ESCOLARIDADE	ESTADO CIVIL	Nº FILHOS	OCUPAÇÃO ATUAL	RELIGIÃO	RENDA MENSAL ¹
L	68	Ensino Fundamental Incompleto	Solteira	0	Aposentada/Do lar	Católica	1 salário
U	57	Ensino Fundamental Completo	Casada	3	Vendedora/diarista/Do lar	Católica	1 salário
T	39	Ensino Médio e Técnico	Solteira	1	Vendedora (afastada)	Evangélica	1 salário
A	72	Ensino Fundamental Incompleto	Viúva	4	Aposentada/Do lar	Evangélica	1 salário
R	41	Ensino Técnico	Divorciada	1	Balconista (afastada)	Católica	1 salário

¹ O salário mínimo é de R\$ 724,00 (setecentos e vinte e quatro reais), por Decreto em vigor desde 1º de janeiro de 2014.

3.2.4 A construção do conteúdo

A partir da autorização do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF (anexo I), a amostra para realização da pesquisa se deu através da participação da pesquisadora a um encontro do GAI, somente como observadora. Neste momento as integrantes do grupo foram informadas sobre os objetivos da pesquisa e o destino dos dados fornecidos, e puderam optar por participarem ou não, sem nenhum prejuízo na assistência. Todas aceitaram integrar o estudo. Cada uma recebeu um número para o sorteio, no qual foram selecionadas cinco mulheres para participarem das entrevistas individuais que aconteceriam em dias e horários diferentes do grupo.

Antes do sorteio, as dúvidas que persistiam foram esclarecidas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Estes procedimentos foram

pautados nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Mediante a assinatura do TCLE (anexo II) e agendamento das entrevistas, deu-se início à coleta dos dados.

Das cinco selecionadas duas foram desconsideradas: uma por não compreender a contento aos questionamentos que lhe foram feitos; e outra, por ter precisado se ausentar da cidade no período em que a coleta foi feita. As duas foram substituídas por outras duas integrantes do grupo que não haviam sido selecionadas no sorteio, mas haviam demonstrado o interesse em participar da pesquisa.

3.2.5 Análise e interpretação do conteúdo

Para análise dos dados específicos deste trabalho, foram feitos recortes das entrevistas, no que diz respeito ao cumprimento dos objetivos aqui propostos, já que o roteiro de entrevistas do projeto de pesquisa DE PEITO ABERTO é amplo, buscando abordar desde a notícia do adoecimento até os tratamentos.

Foi aplicada a análise hermenêutica-dialética, entendendo que esta contempla a possibilidade de compreender e discutir o vivido e o representado pelos sujeitos da pesquisa, dialogando com os conceitos do referencial teórico proposto. De acordo com Minayo (1993, p. 219), “a hermenêutica consiste na *explicação* e *interpretação* de um pensamento”, destacando as condições cotidianas, enquanto que a dialética apresenta a totalidade da vida social, entendendo que a linguagem expressa as relações sociais entre classes, grupos e culturas, sendo relações historicamente dinâmicas. Assim, a união de ambas leva o pesquisador a entender “o depoimento como resultado de um processo social (trabalho e dominação) e processo de conhecimento (expresso em linguagem), ambos frutos de múltiplas determinações, mas com significado específico” (p. 227).

3.2.6 Aspectos éticos da pesquisa

A pesquisa De Peito Aberto foi encaminhada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UFJF, tendo sua aprovação conferida em 18 de dezembro de 2008, com calendário estendido até 2013. Os aspectos éticos foram observados em todo o processo de investigação de acordo com a Resolução nº 196, de 10 de outubro de

1996, do Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde, que aprova diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Para facilitar a compreensão da análise dos resultados, dividimos os mesmos em blocos: “Adoecimento”; “Assistência”; “Consequências dos tratamentos”; “GAI: informação e sentimento”. A partir da leitura aprofundada das transcrições das entrevistas emergiram as categorias que serão posteriormente expostas, de acordo com cada tema abordado. Ao longo da discussão dos resultados, serão utilizados alguns recortes das entrevistas, a fim de ilustrar os temas abordados.

4.1 Adoecimento

Neste bloco surgiram duas categorias relativas aos primeiros passos dados no tratamento: a busca pela informação e a notícia de que realmente está doente. São elas: “Diagnóstico do câncer” e “Pega outro exame que esse não é meu”.

Duarte e Andrade (2003) descrevem que o câncer de mama se origina de sucessivas multiplicações desordenadas de algumas células com DNA modificado, alta capacidade de reprodução, e em grande velocidade, causando o aparecimento de tumores, que podem vir a afetar tecidos vizinhos e provocar metástases. Como seu desenvolvimento ocorre de forma variada de organismo para organismo, a realização do diagnóstico do câncer depende de uma classificação, feita através de exames mais detalhados. Neles, é possível verificar o estágio do adoecimento, estabelecer a extensão da área atingida e a gravidade da doença, a fim de elaborar o tratamento mais adequado, bem como projetar com maior clareza o prognóstico do quadro. O planejamento da melhor intervenção a ser feita depende, também, de parâmetros como idade da paciente, disponibilidade financeira e o modo da mesma lidar com a mama afetada.

Estes fatores influenciam também no impacto que a notícia causa em cada uma delas, uma vez que cada mulher adotará uma estratégia particular para iniciar a luta por sua própria vida. Ao receber o diagnóstico, vários sentimentos são desencadeados nelas, desestabilizando suas vidas. Porém, os valores culturais, o meio social e as experiências vividas, fazem com que cada pessoa tenha uma reação diferente diante do acometimento pela doença (RIBEIRO, 2013).

4.1.1 Diagnóstico do câncer

O tempo é um grande vilão na luta contra o câncer. Isso porque quanto maior a demora em sua detecção pior é o prognóstico e mais agressivos são os tratamentos. Hoje, o Ministério da Saúde preconiza a mamografia bienal para mulheres entre 50 a 69 anos e o exame clínico das mamas, anualmente, a partir dos 40 anos, para mulheres com risco padrão. Já para as mulheres de grupos populacionais considerados de risco elevado para câncer de mama (com história familiar de câncer de mama em parentes de primeiro grau), recomenda-se o exame clínico da mama e a mamografia, anualmente, a partir de 35 anos (BRASIL, 2014).

Mas, para a American Cancer Society e para a Sociedade Brasileira de Mastologia, o rastreio anual deve ser feito em todas as mulheres acima dos 40 anos, uma vez que alguns estudos apontam a redução da mortalidade do câncer de mama em até 35%, além de, através do diagnóstico precoce, as chances de curar poderem chegar a 95% dos casos (SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2014).

Quatro delas (L, U, T, R), já faziam a mamografia anualmente, sendo que R realizava, ainda, regularmente, o autoexame, por ter retirado um nódulo quando mais jovem. Apesar disso, a demora enfrentada por todas elas para a realização dos exames pode ter contribuído para a piora do prognóstico.

(mastologista) viu que tinha (um nódulo) e me encaminhou pra fazer outra ultrassom (...).Aí nisto foi, passou mais de ano, aí a B (mastologista) foi e pediu mais uma outra ultrassom, que ela achou que não estava boa aquela... (R)

Da descoberta do nódulo até a confirmação do diagnóstico através dos exames, as mulheres passam por um período muito angustiante, por ser o câncer uma doença ainda misteriosa e que tem por significado principal, a morte (CARVALHO, 2005; BARRETO e col., 2008; MALUF, MORI e BARROS, 2005). Quatro delas iniciaram a investigação nas Unidades de Atenção Primária à Saúde (UAPS) de seus bairros, demorando meses para conseguir uma consulta com o serviço de mastologia oferecido no município. Diante dessa demora, as mulheres que puderam optar foram operadas na rede particular, justificando a escolha pelo menor tempo de espera para a intervenção.

O incômodo com a demora da definição do diagnóstico e a própria percepção do tempo passando podem estar relacionados com a clareza que elas tinham ou não do que se estava investigando. Ou seja, a noção do perigo iminente impulsionou a busca de uma resposta satisfatória em algumas, mas em outras não.

Eu fiz o exame e guardei (...) Não senti nenhuma curiosidade de abrir (...) 'Está tudo bem.' Eu era jovem! (...) Eu fiz em agosto, quando foi em janeiro (...) ela (a ginecologista) pediu uma outra mamografia (T)

passando a mão assim, e eu vi aquele carocinho (...) Aí, mandou tirar a 'chapa', tirou, e estava desse tamaninho. O médico, em vez de me dar um remédio pra ele sumir, não deu, não. Ele só falou assim: "A senhora volta daqui 2 anos." (...) Aquilo foi crescendo. Eu não sentia dor! Eu vou procurar médico pra quê? (A)

Para Anyon (1990), essa extrema resignação, que observamos no discurso de A, a qual chegou ao ponto de não questionar a decisão do médico em aguardar a evolução do quadro, pode-se entender como um processo de acomodação e resistência, onde as mulheres negociam seu estar/ser no mundo. Para a autora, o desenvolvimento do gênero é percebido tanto passiva quanto ativamente em relação às discordâncias e contradições sociais (por exemplo, altivez e delicadeza para cuidar dos filhos e da casa), numa tentativa de 'elaborar' as mensagens conflituosas que procuram ditar os papéis sociais da mulher, com certas diferenças para cada classe social.

4.1.2 Pega outro exame que esse não é meu

Por mais que a confirmação da doença seja sempre uma possibilidade quando se inicia uma investigação, ninguém está realmente preparado para se ver diante dela. Conforme defendem Lima (2002) e Ribeiro (2013), a mulher não conhece as características do câncer, no momento do diagnóstico, como por exemplo, localização da doença, tamanho e alcance em outras regiões do corpo. O silêncio dos estágios iniciais dificulta a aceitação da doença num primeiro momento.

Falei: 'Ah, doutor... nesse jato eu não quero, não! (risos). Eu queria que fizesse a biópsia pra ver se era mesmo' (L)

Eu passava a mão, olhava. ‘Mas eu não tenho nada aqui, gente!’ (...) Assim, é difícil a gente achar que é, porque quando você, por exemplo, você está com febre, vai no médico, está com dor de garganta, está certo. A garganta manifestou através de uma febre (...) é aceitável. (U)

Como mostra Carvalho (2005), é necessária a presença de uma equipe multidisciplinar no cuidado a essas mulheres, pois a notícia do diagnóstico e da provável necessidade de remoção da mama não se limita à possível eliminação da doença através da retirada de um pedaço do corpo biológico e medicação. Envolve o enfrentamento da morte, a transformação de um símbolo da feminilidade em corpo estranho, danoso, que precisa ser urgentemente extinto e outras consequências advindas das medicações atuais.

‘Olha você pega o outro exame que esse não é meu. Você trocou.’ (...) pra mim era o atestado da morte mesmo, como se fosse... na hora até... pensei em fazer uma loucura (...) pensei em sair, (...) e pular na frente do primeiro caminhão que tinha... (...) só que aí eu pensei na minha filha (...) fiquei sem rumo. (R)

Nesse momento, é fundamental levarmos em consideração a forma como cada mulher reage (DUARTE e ANDRADE, 2003). Faz-se necessário então o suporte técnico adequado, a fim de passar segurança e, ao mesmo tempo, acolher esses indivíduos obviamente fragilizados pelo período delicado que estão passando em suas vidas (CARVALHO, 2005). Afinal, ninguém está preparado, ou porventura se imagina lutando contra um inimigo invisível dentro de si, capaz de se reproduzir de maneira rápida, e de mudar o rumo de sua vida, seus sonhos, seu futuro.

4.2 Assistência

Barreto e col. (2008) descrevem o período que vai da suspeita do câncer até o tratamento propriamente dito como conflituoso. Inicialmente, pelo medo da morte e da mutilação, que surgem antes mesmo da confirmação do diagnóstico. Depois, pela falta de conhecimento da mulher em relação à cirurgia que pode ser a mais indicada para o seu caso e o que ela causará em seu corpo, bem como sobre o procedimento anestésico a que será submetida.

É um período de decisões muito fortes a serem tomadas e, para a mulher, quase sempre é como dar um “tiro no escuro”, pela sua falta de conhecimento a

respeito da doença e até mesmo de si mesma. No estudo de Funghetto, Terra e Wolff, (2003), as mulheres relatam que o medo do inesperado e a mudança brusca da rotina diária levam à perda do equilíbrio e da saúde.

Por isso, é tão necessária e bem-vinda a ajuda de terceiros. Ela pode ser oferecida pela família, pelos amigos, e deve vir também dos profissionais da saúde que prestam serviço a essas mulheres. No presente bloco, são abordadas as categorias “Assistência da família” e “Assistência dos profissionais da saúde”

4.2.1 Assistência da família

Todas contaram minimamente com a presença de suas famílias, ao menos no período pré e pós-operatório imediato. Mas isso não significa que elas se sentiram totalmente amparadas por esse apoio. A falta de conhecimento sobre a doença pode gerar um excesso de cuidados, muitas vezes desnecessários, que, ao invés de fortalecer laços, pode afastar a mulher do convívio familiar.

(...) eu acredito na minha cura. Eu estou curada. Eu acho que eles ainda não (...) isso me incomoda. A maneira (da família) de ficar... me rondando... (T)

A família deveria configurar para a mulher acometida pelo câncer de mama a base de apoio, porto seguro, onde pode se amparar em momentos difíceis. No entanto, segundo Andolhe, Guido e Bianchi (2009), os familiares também se afligem com a incerteza do futuro, tanto com relação ao tratamento quanto aos procedimentos cirúrgicos e se a doença será extinta ou não.

O núcleo familiar todo deveria ser preparado para acolher melhor essa mulher que, antes esteio, agora pode apresentar-se frágil e debilitada. Para tal, a família necessita também de orientação (CECILIO e col. 2012) e, se possível, assistência prestada pelos profissionais de saúde que acompanham as mulheres, para que todos possam sentir-se mais acolhidos e confortados diante das dificuldades apresentadas pelo tratamento e, assim, a família servir de suporte. Por vezes, os cuidados dispensados por elas às mulheres pode reforçar o quadro debilitado que elas se encontram, reforçando assim a fragilidade imposta pela sua nova condição de saúde.

Ah... ficou todo mundo assim, desorientado, né? A minha família, os meus pais, meus irmãos, até que... parece que eles cresceram um pouco mais, né? (R)

A experiência de um grupo de apoio para filhos, maridos, pais e irmãos das doentes proporcionaria um maior conhecimento do tratamento e de suas consequências, minimizando os temores vividos por todos nesse período, como relatam Ambrósio e Santos (2011). A falta de informação ainda hoje cria situações constrangedoras, que poderiam ser evitadas com mínimas ações informativas para os núcleos familiares. O preconceito, a rejeição social, são motivos de constrangimento que dificultam ainda mais o enfrentamento desta vivência (PISONI e col., 2013).

E fiquei chateada também, minha nora (...) ela afastou o menino (neto) lá de casa, quando ele ia, ele não bebia nem a água. Isso aí me entristeceu. Não falei nada com ninguém. Mas me entristeceu, porque eu falei assim: “Como é que eu vou fazer? O que que eu vou fazer assim?” (A)

É válido destacar aqui que o apoio oferecido especificamente pelos companheiros é também fundamental neste período. Segundo Ramos e Lustosa (2009), o suporte que eles podem oferecer engloba “demonstração de afeto, compreensão da situação vivenciada, incentivo as estratégias de autocuidado e colaboração nas atividades domésticas” (*apud* CECILIO e col., 2012, p.25).

Meu namorado chorou muito comigo, (...) Eu tinha 3 meses de namoro e eu quis terminar com ele, ele não aceitou. Falou que... se ele fala que me ama, na hora que eu mais preciso dele e ele me abandonar, isso não era amor. E ele queria ficar comigo do jeito que eu tivesse. (T)

Para Silva, Albuquerque e Leite (2010), a mastectomia interfere no estado físico, emocional e social, pois é a mutilação de uma região do corpo que desperta libido e desejo sexual, símbolo de feminilidade. Isso acaba interferindo na sexualidade, na autoimagem e na estética feminina, destorcidas em relação aos padrões exigidos pela sociedade. A imagem de maternidade e de única provedora do sustento dos primeiros meses de vida de qualquer ser humano, também é abalada por essa intervenção cirúrgica (*apud* PISONI e col., 2013).

Sendo assim, o apoio do parceiro ajuda também na aceitação da nova imagem que o corpo passa a ter, à medida que o relacionamento íntimo do casal não sofre com a interferência negativa da mutilação (CECILIO e col., 2012). Todavia, a maioria das entrevistadas, no presente estudo, não pôde contar com este suporte, haja vista que uma delas, inclusive, separou-se do marido logo no início do tratamento.

(Ele) saiu falando pra Deus e o mundo que eu estava doente que eu ia tirar os dois peitos, que eu não ia aguentar e que eu ia morrer. (...) Aí... eu fiz químio num dia e no outro dia (...) desci de madrugada pra defensoria pública (...) pra não pagar um advogado e me divorciei. Porque se ele não pode ser um amigo, não pode ser um companheiro, marido também eu não preciso não. (R)

Molina e Marconi (2006) também verificaram em seu estudo relacionamentos que sofreram com a situação da doença. Alguns homens chegam a ter comportamentos hostis e relações extraconjugais, possivelmente justificadas pela falta de compreensão da fase que suas companheiras estão passando. Isso pode levar a um desgaste severo de relações que já se encontravam fragilizadas antes da doença, como o observado com R, na fala acima, culminando com a separação.

4.2.2 Assistência dos profissionais da saúde

Todas estavam sozinhas com seus respectivos médicos no momento em que receberam o diagnóstico clínico. Uma delas inspirou cuidados de outros profissionais quando a viram do lado de fora do consultório, por demonstrar claramente estar transtornada com a notícia.

Mas fui muito bem tratada (...) eles viram que eu estava desesperada, vieram comigo até cá fora (do hospital) (R)

Eles não estavam com ela no momento do diagnóstico, tampouco continuaram a acompanhá-la durante o tratamento, pois deram uma assistência momentânea e casual, já que ela não estava sendo acompanhada por outro profissional que não o médico. Essa mesma entrevistada queixou-se várias vezes que sua desinformação sobre o tratamento foi determinante em suas decisões, a qual, somente hoje, reconhece como equivocadas.

A assistência prestada pelos profissionais de saúde, ainda mostra-se fragmentada e burocrática para quem busca um serviço público de saúde. Nas UAPS, são realizadas consultas preventivas. Se o médico ou enfermeiro encontrar alguma anomalia, encaminha a mulher para dois serviços de atenção secundária (ambulatorial) da cidade. Nestes locais, são realizadas consultas médicas e os exames solicitados para confirmação ou não do diagnóstico (mamografia e/ou ultrassonografia e, por fim, a biópsia). Em caso de um achado de características malignas, a paciente é encaminhada para outro médico, que vai encaminhá-la a um hospital especializado em oncologia, credenciado pelo SUS para atender o município. Este trajeto foi classificado por Carvalho (2005) como sendo o 'calvário' pelo qual as usuárias do SUS têm de passar, em busca da cura.

Duas das entrevistadas (U, R) optaram por não esperar na fila pela cirurgia a que tinham direito dentro do serviço público e buscaram atendimento nos seus planos de saúde. Nos dois casos, elas se viram diante de um conflito de decisões clínicas: U foi desencorajada a realizar a quadrantectomia que o serviço público havia lhe oferecido; R desistiu de realizar a reconstrução imediata.

Aí depois eu fiz as oito sessões de quimio, (...) fiz a mastectomia, porém eu ia voltar a fazer com a médica do SUS, que ela queria fazer reconstrução na hora. Só que o médico (do plano de saúde) falou que eu não podia fazer isso, que era muito arriscado. (...) lá do SUS ia demorar, o particular saiu, ele não aceitou por (...) Fiz na opção mais rápida, foi no particular. (R)

Carvalho (2005) ainda cita que mesmo após a cirurgia, com grandes dificuldades físicas emocionais oriundas dessa intervenção, elas ainda têm que realizar os tratamentos complementares em diversos lugares. A diversidade de profissionais e locais de atendimento parece potencializar a distância entre os detentores dos saberes científicos e elas, detentoras de seus corpos. Um parece não compreender totalmente a demanda do outro.

Para Barreto e col. (2008), tudo deveria ser decidido com ela, que é a única proprietária de seu corpo. Defendem que o profissional da saúde deve se preocupar em prestar um atendimento que una técnica, ciência e humanização, fornecendo todas as informações e orientações, de acordo com as demandas de cada cliente. E, para que isso seja possível, é importante que esse profissional crie uma relação de

confiança, que acaba por estimular uma maior participação da mulher em seu tratamento, levando a expressar quais são suas reais inquietações.

Atualmente, o que vemos ocorrer é que, ao invés participar de todas as decisões que são tomadas a respeito do seu corpo, da sua saúde, a mulher prefere entregar-se, de olhos fechados, aos cuidados de quem ela acredita deter todo o conhecimento a respeito da doença.

*o Dr A marcou um exame (...) aplicaram contraste em mim (...) não estava indo pra axila, estava tudo indo para a cicatriz por conta da biópsia. (...) aí o Dr. A (...) me explicou toda a situação, (...) ele não queria fazer o esvaziamento da axila sem ter certeza se tinha neoplasia (...) explicou que o próximo passo seria fazer o esvaziamento da axila, porque ele não gosta de usar o líquido azul.
(T)*

Na impossibilidade de se realizar um atendimento em equipe, deveria haver o encaminhamento dessas mulheres para os outros profissionais, cujos serviços também são necessários para favorecer sua reabilitação e reinserção na sociedade.

Observamos nas entrevistas colhidas que psicólogos geralmente só são solicitados em momento de visível abalo emocional. De forma semelhante, os fisioterapeutas só são lembrados em situações extremas, como no caso de um linfedema (inchaço no braço) já instalado. O mesmo ocorre também com os assistentes sociais, procurados apenas quando há interrupção do tratamento por dificuldades na utilização do transporte público.

*Eu só fui encaminhada pro psicólogo o dia que eu perdi toda a mama (1ª tentativa de reconstrução) (...) eu xinguei eles demais! Demais!
(R)*

Acho que a única falha que eu, né, algum profissional que teve comigo (...) Ele falou só que era pra mim fazer exercício em casa (...) Mas ele não me encaminhou pra um fisioterapeuta... (T)

Ressaltamos que elas só se dão conta de que realmente necessitavam ser atendidas por outros profissionais quando se deparam com os serviços prestados por eles. Essas mulheres, possivelmente por desconhecerem as ações e a importância de cada ator da saúde, não buscam a assistência se não forem encaminhadas.

Assim, podemos inferir que a falta de informação é a principal barreira para que a assistência oferecida, tanto pelas famílias quanto pelos profissionais da saúde, seja conduzida de maneira ideal, alcançando às reais demandas das mulheres.

4.3 Consequências dos tratamentos

Os diagnósticos tiveram características distintas entre si, porém, todas elas foram submetidas à mastectomia. Apesar disso, somente duas optaram pela reconstrução mamária, que foi feita após a primeira fase do tratamento.

Quadro 2_ Perfil clínico das mulheres

	TIPO DE CIRURGIA	RECONSTRUÇÃO (NÃO/ SIM / TIPO)
L	Mastectomia à Madden, com esvaziamento axilar na mama E	Não
U	Mastectomia à Madden, com esvaziamento axilar na mama D	Não
T	Mastectomia à Madden, com esvaziamento axilar na mama D	Sim, (utilizou parte da musculatura do grande dorsal e realizou realinhamento da mama E)
A	Mastectomia à Madden, com esvaziamento axilar na mama E	Não
R	Mastectomia à Madden, com esvaziamento axilar na mama E, quadrantectomia na mama D	Sim, (utilizou parte da musculatura abdominal e depois a do grande dorsal)

A percepção individual das participantes do estudo sobre as mudanças que ocorreram em suas vidas dá-nos a dimensão da diversidade de alterações que suas vidas sofrem. Lim (1995) afirma que fatores antecedentes ao diagnóstico, como problemas financeiros, sociais, conjugais, idade da paciente, sua forma de lidar com situações adversas e também a falta de informação sobre a doença e suas consequências, podem influenciar e intensificar o quadro de desconforto (*apud* DUARTE e ANDRADE, 2003). O câncer deixa marcas eternas e imutáveis, e demora certo tempo para que elas aprendam a lidar com isso.

Uma coisa também que eu não posso é usar tinta. No cabelo (risos). (...) Toda vida gostei de cabelo pintado. (risos) Quando vejo o cabelo branco, eu acho que eu estou velha! (risos) (...) Dá mais tristeza esse cabelo branco do que a mama. Porque a mama, eu acho que ninguém tá vendo. O cabelo, todo mundo está vendo. (L)

Para L, o tratamento deixou sequelas com as quais ela ainda não sabe lidar, tais como alergias no couro cabeludo e unhas, desequilíbrios e fraqueza muscular, com recorrentes quedas. Seu principal incômodo, ressaltado pelo riso desencadeado quando assuntos mais delicados foram abordados, é que essas alterações não podem ser ocultadas. Pela impossibilidade de pintar o cabelo, todos percebem sua idade avançada e, conseqüentemente, sua fragilidade. Interessante notar que, para ela, é mais fácil lidar com a falta da mama do que com os cabelos brancos, diferente do que ocorre com U,T e R.

se você tira um órgão por dentro, é, ele faz falta, mas ele não é visível (...) Que mesmo que você reconstitui, não é mais (...) o mesmo (...) E a gente sente falta,(...) eu não sei se o órgão interno é assim, mas... A mama, você sente falta dela... (U)

Casso, Buist e Taplin (2008), e Ganz e col. (2004) verificaram em seus estudos que mulheres submetidas à mastectomia estão mais sujeitas a ter pior qualidade de vida do que as que passam pelo tratamento conservador. Segundo, Engel e col. (2004), isso independe da idade (*apud* LOTTI e col, 2008). Ferreira e Mamede (2003) relatam que o corpo imperfeito, segundo os padrões históricos culturais e sociais, advindo da cirurgia causa sentimentos de estranheza e tristeza, os quais podem ser reforçados de acordo com o olhar do outro.

As participantes do nosso estudo relataram o medo de sofrer preconceito. Com isso, conforme relatado no trabalho de Pisoni e col. (2013), elas sentem dificuldades em participar de uma rede social, travadas pela vergonha que causada pela ausência da mama.

Já fui assim em clube, né? É... piscina, essas coisas assim. Mas aí depois que eu tirei a mama nunca mais (...) Ah, não! Não tem jeito não, boba! Aí é meio sem graça mesmo, né? (...) é exigir muito também, né da gente... aí você... não fica à vontade não... (...) O visual é... você fica constrangida. (U)

Porque falta um pedaço do teu corpo, que foi jogado fora, que nunca mais vai ser o mesmo, mesmo após a reconstrução você não está com a sua mama, a sua mama foi jogada fora. (...)Se vê, vê uma foto sua (...) Você pensa: "Poxa, eu não vou poder por o biquíni", ainda mais que ficou com muita cicatriz. (R)

É interessante notar que esse abalo emocional provocado pelo olhar de terceiros pode ocorrer mesmo quando a mulher já não apresenta visivelmente as sequelas do tratamento. A reconstrução mamária não necessariamente as livra dos olhares julgadores, como observamos na fala de T:

Mesmo não aparentando, mas quando ficam sabendo que você teve, as pessoas ficam te olhando com olhar de pena, de coitada, sabe... isso é muito ruim (...) o Dr A falou pra mim, que eu não posso andar no ônibus em pé (...) “Você tem que mostrar sua carteirinha, que você tem que sentar!” Mas é chato, sabe!? É uma situação constrangedora para mim.

Outro problema levantado por U, T e R é relativo à reinserção no mercado de trabalho. Elas praticavam atividades laborais que não são adequadas às suas novas realidades, pelas limitações impostas pelos tratamentos aos quais elas foram submetidas. U era diarista e vendedora porta-a-porta; T trabalhava no estoque de uma loja; e R trabalhava como técnica de enfermagem e auxiliar de serviços gerais. Avis, Crawford e Manuel (2005) destacaram que quando as mulheres são afastadas do trabalho ou de suas atividades usuais, para se dedicarem e se preservarem para o tratamento de câncer de mama, apresentam risco aumentado de prejuízo na qualidade de vida (LOTTI e col., 2008).

Às vezes ainda eu tento vender alguma coisa assim, ainda às vezes, de vez em quando, até uma faxina, assim, que eu pego é ...eu faço mais leve (...) Eu quero manter meu INSS e a gente sempre quer uma coisa, né? (...) Cortar um cabelo, fazer uma depilação, umas coisas pessoais da gente, a gente precisa ter alguma, né? (...) desde nova, nunca fui dependente. (U)

Mas... me sinto uma pessoa normal. Um pouco debilitada, mas normal. Porque eu não posso fazer nada com a mão direita, né. (...) Estou morrendo de medo é do INSS querer me aposentar. (T)

E não sei como é que vai ser a volta, (...), lá (local de trabalho) tem de abrir a loja, que é pesado, varrer, recarregar é... reabastecer as prateleiras com caixas pesadas como soros e os cremes (...) Lá tem que fazer de tudo, ele falou que na fisioterapia mesmo que eu não posso nem aplicar injeção mais (...) eu sei que eu vou voltar pra ser mandada embora. (...) na escola eu era serviço gerais, faxina, na farmácia a gente faz tudo (...) Dá medo. (...) Só um milagre que eu vou arrumar emprego... (R)

A fragilidade imposta pelo novo estado de seus corpos faz com que as mulheres se deparem com a realidade de que eles não são máquinas sempre à disposição do trabalho (FERREIRA e MAMEDE, 2003). Aprender a lidar com essas limitações é mais um desafio na vida dessas lutadoras.

É...aí você...você fica assim limitada, né? (...) Você não produz mais o que você produzia, né? Você se cansa mais. A falta da mama te dá uma dor nas costas tem dia, né? Então, assim, você não é mais a mesma, você não é mais é rápida, né? (U)

é muita coisa que você não pode fazer mais, você não pode ajudar numa roça, não pode ajudar no quintal, você não pode mais...(...) Hoje em dia é, limpar a casa, eu fico o dia inteiro e não limpo a casa. Nunca fui mole, pra isso. (R)

Lotti e col (2008), revisando a literatura disponível sobre o tema, encontraram que a fadiga é citada em muitos estudos como um sintoma que apresenta influência negativa na qualidade de vida. Esta queixa, recorrente entre mulheres tratadas para câncer de mama, também esteve presente em nosso estudo.

Todas relatam sentir falta da independência que tinham em suas vidas. A preocupação que precisam ter com a proteção do braço do lado em que a cirurgia foi feita, a menor agilidade com que realizavam as atividades de vida diária e a necessidade de ajuda para concluir tarefas, antes corriqueiras e banais, fazem-nas se sentirem debilitadas, frágeis.

Para Maluf, Mori e Barros (2005), essas limitações relatadas geram mais um luto para essas mulheres, que já passam por vários lutos ao longo do tratamento: o primeiro surge pela possibilidade de ter câncer; o segundo vem quando o diagnóstico é confirmado; o terceiro ocorre pelo tratamento cirúrgico, e é seguido pelo luto gerado pela perda da imagem corporal, por último, tem o luto causado pelos tratamentos quimioterápicos, radioterápicos e hormonioterápicos. Enfrentam, ainda, o desafio de permitir que sejam cuidadas, ao invés de cuidar, contrariando os papéis sociais culturalmente impostos (FERREIRA e MAMEDE, 2003). Para tal enfrentamento, necessitam contar com uma rede social que as entenda verdadeiramente, sem julgamentos, e que ofereça o suporte que a atual fragilidade (do corpo e da mente) merece.

4.4 GAI: Informação e sentimento

A fim de mostrarmos como se dá a reunião do GAI, segue abaixo um breve relato do encontro em que foram realizados a observação participante e o sorteio das participantes que seriam inseridas no estudo.

O GAI em que foi feito o sorteio para selecionar as entrevistadas começou com meia hora de atraso, devido a problemas com o transporte público utilizado pelas participantes. A mediadora iniciou a atividade apresentando uma integrante nova do grupo para R, que havia faltado ao encontro anterior, por estar no repouso pós-operatório recomendado. A novata, em seguida, comentou sobre a cirurgia que faria, provavelmente no mês seguinte, para retirar a prótese que havia sido colocada na reconstrução tardia de sua mama. Outra integrante relatou estar confiante que a sua diabetes estaria controlada até a data de sua reconstrução mamária, marcada para um dia após a de T, que teve o procedimento adiado por problemas no centro cirúrgico.

A palavra foi passada para R, que contou para o grupo como foi sua cirurgia, mostrando-se satisfeita com o resultado, apesar das dificuldades na cicatrização de parte de seus pontos. Ofereceu-se, inclusive, para ser acompanhante das duas participantes que farão a reconstrução no mesmo período. Estando ainda com a palavra, encorajou a nova colega, partilhando sobre sua primeira tentativa de reconstrução, ressaltando que a rejeição que ocorreu foi uma exceção.

Dando continuidade ao encontro, a mediadora propôs que todas fizessem uma reflexão sobre as atividades ocorridas dentro do ano. Ela destacou que a decisão das três integrantes de realizarem a reconstrução mamária deu novo ânimo ao grupo. A nova integrante tomou a palavra, relatando ter se sentido acolhida pelo grupo, mesmo estando em seu segundo encontro. Ressaltou que no GAI se sentia mais à vontade para falar sobre a cirurgia que com sua família, ou junto aos seus amigos mais próximos.

A psicóloga questiona se o possível motivo da partilha teria sido facilitada pelo fato de todas as participantes terem passado pelo tratamento do câncer de mama, e todas afirmam que sim.

Ela também colocou que as particularidades das experiências vividas são melhor compreendidas através do diálogo no grupo. Como exemplo, citou a rejeição da novata à prótese mamária, mesmo diante do sucesso da cirurgia. As outras

participantes demonstraram ter gostado muito das atividades ao longo do ano. Foi lembrada a data de reinício das atividades, que seriam suspensas devido às festividades do final do ano, adiantando que no encontro seguinte, o assunto seria a recuperação pós-operatória das mulheres que estavam aguardando pela reconstrução.

Para compreendermos, através das entrevistas, a empatia identificada na reunião, bem como a motivação que existe nessas mulheres em frequentar as reuniões, neste bloco abordamos as seguintes categorias, que emergiram na análise dos discursos: “Descobrimo um grupo diferente”; “Vale a pena ir ao GAI?” e “Reconstrução Mamária”.

4.4.1 Descobrimo um grupo diferente

O desconhecimento da existência do grupo, bem como das atividades desenvolvidas nele, podem justificar a falta de encaminhamentos para o GAI desde o momento do diagnóstico. A falta de sincronia entre os profissionais atuantes na área da mastologia, já citada acima, resulta no atraso da chegada dessas mulheres ao grupo. Duas delas, sequer foram orientadas por um profissional para procurar o serviço. Porém, curiosamente, ocorreu algo muito positivo: foram chamadas por outras participantes.

Ah, foi uma amiga minha que falou que veio no GAI aqui (...)Aí nisso eu procurei a Drª J. (...) foi mais de um ano fazendo fisioterapia sem saber que tinha isso aqui. (L)

Essa moça que já frequentava aqui que me indicou (...) Eu nem conhecia aqui nem nada. Aí ela falou: “Ah não, vou dar seu nome. (...) pra psicóloga e pra fisioterapia.”(U)

Quatro delas (L, U, A e R) chegaram ao grupo após a mastectomia. Carvalho (2005) pontua que após a cirurgia de retirada da mama, as mulheres em geral não recebem nenhum tipo de assistência com o intuito de amenizar seu sofrimento e auxiliar a (re)integração em sua vida familiar e social, e íntima. O ideal é que esse acompanhamento seja iniciado o quanto antes, como aconteceu com T.

eu fiquei sabendo do câncer e tal, aí a Drª J me chamou, né. Aí eu fiz o acompanhamento com ela (...) falou assim “Ó, T, vamos no outro GAI e tal”. Aí eu vim. (T)

Durante toda a entrevista, esta participante se mostrou segura em relação ao seu tratamento. E ela mesma atribui essa segurança à sua participação precoce no grupo. Conforme relatado por Pinheiro e col. (2008), os grupos funcionaram como sustentáculo na adaptação à nova condição, e ainda como ambiente de transformação psicofísico e psicossocial.

4.4.2 Vale a pena ir ao GAI?

A intervenção psicossocial tem sido indicada para amenizar o sofrimento emocional que se inicia com a confirmação do diagnóstico de câncer de mama, como defendem Gomes e col. (2003), e para que essa terapia transcorra de maneira adequada, um dos princípios norteadores deve ser o acolhimento.

Essa prática é preconizada pelo Ministério da Saúde, que cuida dessa questão através do Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. Em um dos textos desenvolvidos nesse Núcleo, com o objetivo de expandir os ideais do HumanizaSUS pelas unidades de saúde do país, faz-se a seguinte defesa:

Acolher é dar acolhida, admitir, aceitar, dar ouvidos, dar crédito a, agasalhar, receber, atender, admitir (FERREIRA, 1975). O acolhimento como ato ou efeito de acolher expressa, em suas várias definições, uma ação de aproximação, um “estar com” e um “estar perto de”, ou seja, uma atitude de inclusão (BRASIL, 2010, pg. 6).

Inclusive, acolher as mulheres em tratamento de câncer de mama sempre foi o principal objetivo do PDPA, no qual está inserida esta atividade. Acreditamos que incluir essas mulheres novamente na sociedade, dar voz aos seus anseios, aos seus questionamentos, às suas angústias, torna o ambiente aconchegante, propiciando a formação de um grupo unido pelo mesmo ideal: vencer os desafios impostos pelo câncer. O valor desse tipo de assistência em grupo está no fato de compartilhar experiências comuns, em proporcionar aos seus integrantes enorme energia que pode ser carregada para as exigências da vida, para a ressocialização e para a recuperação (PINHO e col., 2007).

Todas ressaltam o companheirismo que ocorre entre elas desde suas chegadas ao grupo. Laços de amizade são formados de forma espontânea, pela identificação que todas têm umas com as outras. As diferenças de idade, de escolaridade, de estado civil, de estadiamento da doença e/ou de tratamento adotado, não são maiores do que o que as une, ao contrário, são bem recebidas por elas, que buscam sempre entender mais sobre os assuntos abordados nos encontros.

No início eu achei estranho (...) elas todas eram mais velhas, né? Só tinha eu de mais nova que não tinha a T. Aí eu fiquei até sem jeito (...) Eu pensei que não, elas até assustaram pela minha idade já ter o problema de doença e tudo, mas aí eu vi que não, eu fui muito bem acolhida, elas são maravilhosas, sabe? Todas elas lá do GAI. Todas mesmo! (R)

Ao falarem da forma como se sentiram acolhidas pelo grupo, todas relatam sentirem-se à vontade para falar de suas questões, de fazerem indagações à respeito de algum assunto que as interesse. Por esse motivo é que a equipe multidisciplinar que atua neste ambiente deve estar sempre aberta e disposta a receber sugestões e mediar as discussões que surgem nos encontros.

Então, fui muito bem recebida, gosto demais do grupo. (...) Muito bom o apoio da J é um apoio né, assim, onde você pode se expor, mesmo que você fale errado, você... né? (...) E esse grupo ele te acolhe né? De uma forma assim né?...É... amiga. (U)

Não tem ninguém ali que desfaz de um, de outro, né? É uma família grande que a gente tem. (A)

Na nossa formação acadêmica, somos treinados para fazer sempre uma escuta empática das falas de nossos pacientes. Assim, teríamos a capacidade de nos colocarmos no lugar do outro, tentando compreender o comportamento dele (HOUAISS E VILLAR, 2001). Porém, a realidade dos atendimentos corridos no dia a dia é capaz de nos tornar indiferentes. Acreditamos que essa atitude seja uma tentativa de proteção ao sofrimento do outro.

Entretanto, esses processos nos mergulham no isolamento, entorpecem nossa sensibilidade e enfraquecem os laços coletivos mediante os quais se nutrem as forças de invenção e de resistência que constroem nossa própria humanidade. (BRASIL, pg. 8)

Alguns procedimentos nos afastam da demanda real de nossos pacientes, que tendem a sentirem-se menosprezados diante de uma relação vertical profissional-paciente. No caso específico do grupo em questão, é fundamental que os profissionais ali presentes, sejam eles efetivos ou visitantes convidados, estejam sempre dispostos e abertos ao diálogo com as mulheres, a fim de que esse clima de liberdade de expressão, qualidade ressaltada por todas as entrevistadas, não seja perdido.

o GAI não fica só ali (...) Ele expande (...) as profissionais que são convidados para participar (...) ensina muita coisa a gente. A gente cresce muito ali dentro no conhecimento, entendeu? Na sabedoria, na aceitação (T)

A participação de especialistas esclarecendo dúvidas que surgem ao longo dos encontros é muito bem vista por todas, e uma das formas de motivação à assiduidade nas atividades.

Acho que o GAI é um grupo para orientar a gente. Se tem uma dúvida, chama a assistente social. Se tem outra, chama o cirurgião plástico... (...) Eu acho que o grupo você ganha essa liberdade, entendeu? Não é uma coisa “vamos ali, vamos estudar, vamos ler, vamos falar, como se fosse um... passar um sermão, né. Não, todo mundo tem a abertura e a liberdade de expor suas dúvidas, seus problemas. (R)

A metodologia utilizada para a exposição das informações parece agradar a todas as entrevistadas. São breves apresentações com imagens ilustrativas e *folders*, sempre buscando dar abertura a todas as participantes, deixando-as à vontade para fazer perguntas e observações. A relevância dos assuntos tratados, que são sempre demandas geradas por elas, também ajuda na assimilação do conteúdo, gerando um espaço oportuno para tirar dúvidas e lidar com questões que emergem do próprio grupo. Vale ressaltar que o objetivo do grupo não é de ofertar educação em saúde, mas sim, fazer dela um dos instrumentos de apoio psicossocial, uma vez que a informação desmistifica os temas abordados.

Esse negócio da gente frequentar as reuniões, eu gosto muito, porque a gente guarda as coisas, embora você possa até... é... demorar a ser lembrada as coisas que a gente aprende. (A)

Outro ponto, sobre o qual houve total unanimidade, diz respeito à amizade que surgiu entre elas. Munari (1997) defende que:

a convivência em grupo composto por pessoas com problemas semelhantes proporciona uma experiência que pode desenvolver um clima de muito valor terapêutico. Isso ajuda os participantes a quebrarem barreiras criadas por sentimentos de solidão e isolamento, especialmente pela possibilidade de *feedback* e sugestões construtivas de outras pessoas que vivenciam os mesmos problemas.

Além de receber suporte do grupo, cada participante também expõe suas experiências às outras pessoas, demonstrando que a convivência em grupo contribui para o crescimento de todos (*apud* GOMES e col., p. 292 e 293).

Podemos notar na fala de U esse fortalecimento emocional proporcionado pela convivência em grupo:

(o GAI) me resgatou. Porque se até então você faz a cirurgia, você fica, entendeu, assim, frágil e tal. (...) Todos (família, amigos) me receberam bem, mas você fica assim, precisando, né, de um lugar assim, onde você pudesse falar. Porque a família te dá apoio, você fala, e tudo. Mas há momentos que você precisa daquele momento diferente. Você sair da sua casa e encontrar uma outra casa. E aqui foi a outra casa que eu encontrei, sabe? (...) É um... apoio também assim de você saber que não é só você que vive isso. (...) (O grupo) Te dá liberdade de você expressar. Te dá apoio. Onde você pode chorar, pode rir, entendeu? Pode compartilhar em todos os sentidos... né? (...) Nossa, é tudo de bom! (...) (assuntos) que as vezes você não tem coragem de falar nem pra sua irmã, nem com sua filha, nem com seu marido, entendeu?(U)

O ingresso no grupo ajudou a ela, e a todas as que lá estão, a compreenderem melhor o processo de adoecimento e, a partir daí, seguirem em frente, aprendendo como se reinserirem na sociedade, quais são seus direitos e como exigí-los. Neste sentido, o GAI é fonte de força em tempos de fragilidade, onde uma contribui com a outra no ouvir sem julgar, partilhando experiências pessoais e opiniões frente às questões levantadas.

Faria (2014) também encontrou em seu estudo que o grupo de suporte se mostrou relevante em vários aspectos, por ser este um espaço para a expressão e acolhida de seus afetos, que puderam ser representados antes de serem somatizados. Tergolino e col. (2013) observaram que o trabalho em grupo contribui

para o autocuidado e a promoção da saúde, favorecendo maior adesão ao tratamento, com consequente melhora da qualidade de vida.

Melhora pra gente aceitar a vida da gente, vendo o sofrimento dos outros também (risos) A gente reunida. Cada uma, todas passaram pelo mesmo que a gente passou, que eu passei. Então, parece que dá mais força pra gente.(L)

Nossos achados foram semelhantes aos de Samarel e col. (1998), que concluíram em seus estudos que a participação nos grupos de apoio foi bem avaliada pelas mulheres, sobretudo no que tange a sua atitude em relação ao câncer de mama, ao manejo do estresse com realização de atividade física, à compreensão das modificações físicas secundárias ao tratamento do câncer e às novas perspectivas do tratamento da doença (*apud* GOMES e col., 2003).

4.4.3 Reconstrução mamária

Hoje, a principal motivação do grupo é dar apoio a três de suas integrantes que estão passando pelo processo de reconstrução tardia das mamas. Dentre elas as entrevistadas T e R.

Há várias técnicas de reconstrução mamária. Elas visam corrigir deformações na mama, restabelecer a estética corporal e melhorar a autoimagem da paciente, restaurando o volume perdido (PAREDES e col., 2013). São empregadas quando ocorre a retirada de grande parte deste órgão e podem ser realizadas logo após a mastectomia ou tardiamente, como foi o caso das mulheres em questão.

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (2014), para decidir qual a mais indicada para a paciente, os médicos levam em consideração basicamente a forma da mama, o biotipo da paciente e a técnica de mastectomia que foi empregada. No caso das nossas entrevistadas, a opção foi pela técnica de reconstrução com tecido autólogo. Nela, o tecido de uma área do corpo da própria paciente é transferido para o local onde estava a mama. O enxerto, constituído por pele, gordura e músculo é proveniente, principalmente, da região abdominal ou das costas da paciente.

Antes de elas iniciarem o processo, um profissional da cirurgia plástica do HU foi ao GAI e fez uma breve exposição de imagens, a fim de deixar claro como o

conjunto de procedimentos que englobam a reconstrução tardia é realizado, esclarecendo que pode abordar até três etapas cirúrgicas. Mesmo assim, as opiniões entre elas continuaram divergindo sobre o procedimento.

Me explicaram o processo tudo... mas não quero. (...) Não é o mesmo que a gente tinha, né? Vai ficar completamente diferente. Então... Desisti. Não quero isso, não. (...) Tomar outra anestesia... tornar mexer de novo... (L)

não é ... é tive a coragem de fazer... fazer... a reconstrução (...) é feio, é desconcertante e tal, mas assim... ainda eu não não tive essa vontade, entendeu? (...) É como qual a... a D. L falou (em uma das reuniões do GAI) "Ah, se eu tivesse feito na hora da cirurgia...", (...) aquela preguiça de começar tudo de novo, de passar por aquilo tudo, entendeu? (U)

O fato de o procedimento ser tão invasivo quanto à mastectomia pode justificar o desânimo da maioria das mulheres do grupo em passar por ele, por mais que a imagem do corpo sem a mama as incomode. Outro fator que tende a afastá-las da nova cirurgia são os riscos que ela tem de dar complicações, além de ser realizado em etapas diferentes. Além disso, dentro do grupo, elas têm o relato de uma intervenção mal sucedida. Assim como no estudo de Tergolino e Brito (2012), a opção pela não reconstrução parece estar ligada também ao fato delas estarem na fase senil, onde já ocorreram diversas modificações corporais, devido à idade. Apesar de, nesta fase, a mama ainda manter sua conotação sexual, uma, se afastou do companheiro e as outras nem os tem, negligenciando sua vida sexual, a despeito do apoio dos mesmos.

A primeira tentativa de reconstrução mamária de R foi realizada com a técnica de TRAM pediculado. Nela, há transposição do músculo reto anterior do abdome, juntamente com pele e gordura, para a região torácica anterior. Era a melhor opção no momento, pois ela possuía suficiente volume tecidual abdominal, mama contralateral volumosa e ptótica, apesar da quadrantectomia que já havia sofrido, corroborando o que a Sociedade Brasileira de Mastologia (2014) sugere.

a proposta que de fazer da barriga ia ficar uma mama natural, sem a prótese ela era muito boa pra mim (...) rodando minha barriga ia ser uma mama natural, igual a outra, eles falavam pra gente. Eles não explicaram (as possíveis complicações e as desvantagens dessa técnica) (...) Foi onde eu fiz e deu tudo errado.(R)

Porém, por causas desconhecidas por ela, o pós-operatório teve complicações. Houve necrose parcial do retalho, com surgimento de hérnia abdominal. Com isso, o procedimento foi perdido. Somado a esse problema, ela ainda teve que adotar o uso contínuo de cinta abdominal, para minimizar o déficit estrutural da parede abdominal causado pela retirada do tecido local. A falta de orientação adequada sobre o procedimento gerou consequências muito maiores do que a perda tecidual local.

ninguém me falo que não... se eu tirasse o músculo (reto abdominal) eu não podia ter filho nunca mais, eu não fui orientada, (...) nem na oncologia, nem na plástica, nem nada, entendeu? Eu fui pesquisando e descobrindo (R)

Apesar do trauma causado pelo insucesso da primeira cirurgia, ela se viu incapaz de viver sem a mama reconstituída. E, no grupo, ela encontrou forças para se submeter a um novo processo de reconstrução.

Porque eu não aceito ficar sem a mama. (...) Mas... não estava com um pingo de coragem. (...) Eu sempre tive na minha cabeça que eu não ia ficar sem a mama. Por mais medo que eu teria eu ia encarar a cirurgia. (R)

O último procedimento feito em R foi o mesmo adotado para T. A técnica consiste em transpor parte do músculo grande dorsal, localizado nas costas, próximo à escápula, com parte de pele e de tecido subcutâneo com dimensão adequada. Geralmente é acompanhada de colocação de prótese, e foi o caso para as duas mulheres. Esse tipo de reconstrução é indicada para pacientes delgadas, jovens, com músculo dorsal de boa qualidade, e que desejam volume mamário, com grande possibilidade de simetrização da mama contralateral com prótese, conforme preconizado pela Sociedade Brasileira de Mastologia (2014).

Para T, a conclusão desse procedimento, que culmina na reconstrução do mamilo, marca o renascimento de uma autoestima que se perdeu junto com a mama, mesmo entendendo que nunca terá o mesmo corpo de antes. É uma volta à “normalidade” de um corpo que foi modificado pelo tratamento de uma doença ligada à morte e a outros mitos.

Não é a mesma coisa do que você ter a sua própria mama...mas ah... é... esteticamente valeu à pena, entendeu? (...) Parece que você nasce de novo, sabe? Sua autoestima sobe... você se sente normal. As pessoas me olham na rua vestida e não falam que eu tive câncer, não fala que eu perdi a minha mama. Não fala. Não fala que eu estou com uma prótese, não fala. Porque ficou igual! Ficou... sabe perfeito! (...) eu ainda não estou totalmente realizada porque eu ainda não terminei de fazer a minha reconstrução. Mas... de 100%, te garanto que eu estou com 90% muito satisfeita. Muito mesmo. Bem satisfeita.(T)

Outro fato relevante parece ter influenciado as participantes do GAI: somente as mulheres com vida sexual ativa optaram pela reconstrução tardia da mama. Parece que a possibilidade do contato mais íntimo com outra pessoa às impulsionaram a passar pela intervenção. Esses achados corroboram os de Tergolino e Brito (2012), que defendem que a escolha pela reconstrução mamária estaria ligada à relação entre imagem corporal e sexualidade.

Paredes e col. (2013) relataram ter encontrado em sua amostra e na literatura que as mulheres submetidas a reconstrução tardia ficam mais satisfeitas que aquelas submetidas a reconstrução imediata e atribuem esse resultado ao fato de que, em pacientes submetidas a reconstrução imediata da mama, se constata a comparação com a anterior e a preocupação com a perfeição estética. Já para as pacientes que recebem a notícia de que chegou o momento de elas reconstruírem aquela mama perdida há algum tempo, vem o sentimento de alívio e de compensação. Ainda assim, para os autores este fato não justifica postergar todas as reconstruções mamárias, retirando a autonomia da paciente em decidir o momento de fazê-la.

De acordo com o que observamos, podemos inferir que mesmo com todas as garantias de sucesso existentes e as visíveis vantagens observadas na cirurgia de reconstrução da mama, ainda assim a decisão de passar por ela depende muito dos fatores biopsicossociais que influenciam as escolhas dessas mulheres. Até porque, mesmo com todos os recursos que essa cirurgia plástica oferece, a falta da mama perdida permanece presente.

5 CONCLUSÃO

O presente trabalho se propôs a compreender a assistência de grupo interdisciplinar sob a ótica das mulheres às quais é oferecido esse serviço. Porém, o material coletado também nos despertou um olhar mais profundo para as diversas questões que envolvem a vida delas quando se deparam com a suspeita de estarem com câncer de mama.

A pesquisa possibilitou a oportunidade de dar voz a estas mulheres, para apreender os mais diversos aspectos que circundam a saúde. Permitiu-nos a busca do entendimento das transformações decorrentes do tratamento que vão além da retirada da mama enquanto parte de um corpo biológico, para um olhar da subjetividade do ser humano e sua complexidade, facetas difíceis de serem vislumbradas em uma anamnese ou na aplicação de questionários quantitativos. Deu-nos condição de ouvir o que incomodava as mulheres, propiciou o compartilhamento de sentimentos que vão além de números estatísticos, como, por exemplo, a solidão das mulheres diante da notícia do diagnóstico de câncer.

Aqui, vimos a necessidade imponente de ofertarmos um suporte com posterior acompanhamento desde a notícia até a recuperação e a reinserção social. Este suporte deve ser multiprofissional, pois cada ator da área de saúde tem grande importância na minimização dos impactos causados pelos tratamentos. Para tanto, é mister que cada profissional conheça e respeite a atuação e importância do outro, encaminhando e referenciando as pacientes para fazerem parte de ações importantes como a assistência em um grupo de apoio como o GAI e, assim, a assistência seja realizada de forma mais efetiva e integral.

Também devemos aguçar nosso olhar de profissionais para o campo subjetivo do ser humano, para a percepção individual da doença e de sua nova situação de vida, ainda que dentro de um coletivo, pois, mesmo que as situações vividas possam ser semelhantes, cada mulher lida com as adversidades ao seu modo.

Outrossim, nem sempre a equipe pode dar conta da infinita subjetividade dessas mulheres. É importante dar suporte às famílias para que também saibam como lidar com situações limites como o câncer, que, muitas vezes, faz com que a mulher, antes cuidadora, agora precise ser cuidada. Essa inversão de papéis geralmente é de difícil compreensão para o núcleo familiar. Ademais, mesmo o

apoio estando presente, muitas vezes é frágil, ingênuo e sem preparo. Portanto, o trabalho com os familiares é crucial, visando prepará-los para tornarem-se verdadeiros parceiros junto às mulheres durante o processo de tratamento.

Com nossa formação profissional de saúde ainda muito pautada nos aspectos biológicos, por vezes ficamos aquém em outros aspectos que envolvem a vida das mulheres, interferindo na recuperação e futura reinserção dessas em suas atividades diárias, sociais, laborais, dentre outras. Cada caso é um caso, e devemos estar atentos às peculiaridades de cada uma.

Neste sentido, o grupo tem-se mostrado um espaço acolhedor, onde cada integrante tem uma motivação específica para estar lá. Porém, todas formam um grupo coeso e unido. Elas foram unidas pela dor, e foi com essa dor que reaprenderam a seguir o curso de suas vidas. Agora, já conseguem fazer planos para o futuro. Umas ainda choram e se sentem mal pela perda da mama e pelas limitações físicas causadas pelo tratamento. Mesmo assim, juntam forças para sair de casa e participar do grupo, pois o próprio grupo lhes infunde força para viver, para continuar. É a força do coletivo sobre o indivíduo, sobre cada uma delas.

A característica informativa do grupo também se mostrou positiva uma vez que permitiu a essas mulheres vislumbrar um novo horizonte, um novo caminho. O conhecimento transforma, derruba mitos, dá poder de decisão quanto aos tratamentos e quanto ao rumo de suas vidas.

Diante dos benefícios observados, destacamos importância de aperfeiçoar, divulgar e multiplicar esta forma de assistência que tem se mostrado efetiva na recuperação das mulheres acometidas por câncer. Acreditamos que esse tipo de abordagem as tornam mais autônomas em relação aos tratamentos à medida que ficam mais bem informadas sobre todo o universo do câncer de mama. Assim, são capazes de serem colaboradoras de seus tratamentos, e não somente meras receptoras das medicações e recomendações dadas pelos profissionais que às assistem.

REFERÊNCIAS

AMBRÓSIO, D. C. M.; SANTOS, M. A. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, Brasília (DF), v. 27, n. 4, p. 475-484, out./dez. 2011.

ANGERAMI, V. A. (org). **O doente, a psicologia e o hospital**. 3a ed. São Paulo: Pioneira. 1996.

ANYON, J. Interseções de gênero e classe: acomodação e resistência de mulheres e meninas às ideologias de papéis sexuais. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, SP, v. 73, p. 13-25, maio. 1990.

BARRETO, R. A. S. e col. As necessidades de informação de mulheres mastectomizadas subsidiando a assistência de enfermagem. **Revista Eletrônica de Enfermagem**. Goiânia, v. 10, n. 1, p. 110-123. 2008.
Disponível em: < <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n1/v10n1a10.htm>>. Acesso em: 20 maio. 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação Geral de Ações Estratégicas. Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva, Coordenação de Prevenção e Vigilância. Rio de Janeiro: INCA, 2014. Disponível em:
<<http://www.inca.gov.br/estimativa/2014/estimativa-24042014.pdf>>. Acesso em: 20 maio. 2014.

_____. _____. Secretaria de Atenção à Saúde. Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização. **Acolhimento nas práticas de produção de saúde** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização (Série B. Textos Básicos de Saúde). 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010. Disponível em: <
http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_praticas_producao_saude.pdf>. Acesso em 20 jan. 2014.

CAMPOS, E. P. Grupos de suporte. In: Mello Filho J, Pereira AP, Escobar ACS, Villwock CAS, editores. **Grupo e corpo**: psicoterapia de grupo com pacientes somáticos. Porto Alegre: Artmed; 2000. p. 117-30.

CARVALHO, S. M. **DE PEITO ABERTO**: falando de mulher para mulher sobre a mastectomia e a assistência à saúde numa perspectiva de gênero. 152 f. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva)–Universidade Federal do Rio de Janeiro – UFRJ, Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva – NESC, 2005.

CECILIO, S. G. e col. A visão do companheiro da mulher com histórico câncer de mama. **Revista Mineira de Enfermagem**. Belo Horizonte, v. 17, n. 1, p. 23-31, jan./mar. 2013. Disponível em: < <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/576>>. Acesso em 20 jan. 2014.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, Â. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**. Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, jan./abr. 2003.

FARIA, H. M. C. **Impacto do Grupo de Suporte em mulheres acometidas por câncer de mama**. 193 f. Dissertação (Mestrado em Psicologia)–Universidade Federal de Juiz de Fora – UFJF, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, 2014.

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, maio/jun. 2003.

FUNGHETTO, S. S.; TERRA, M. G.; WOLFF, L. R. Mulher portadora de câncer de mama: percepção sobre a doença, família e sociedade. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 56, n. 5, p. 528-532, set./out. 2003.

GOMES, F. A. e col. Utilização de grupos na reabilitação de mulheres com câncer de mama. **Revista Enfermagem UERJ**. Rio de Janeiro, v. 11, p. 292-295. 2003.

GONÇALVES, S. C. de M.; DIAS, M. R. A prática do autoexame da mama em mulheres de baixa renda: um estudo de crenças. **Estudos de Psicologia**. Paraíba, v. 4, n. 1, p. 141-159. 1999.

KLIGERMAN, J. Estimativas sobre a incidência e mortalidade por câncer no Brasil-2002. **Revista Brasileira de Cancerologia**. [Editorial]. Rio de Janeiro, v. 48, n. 2, abr./jun. 2002.

LOTTI, R. C. B. e col. Impacto do tratamento de câncer de mama na qualidade de vida. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 54, n. 4, p. 367-371. 2008.

MALUF, M. F. M.; MORI, J. L.; BARROS, A. C. S. D. Impacto psicológico do câncer de mama. **Revista Brasileira de Cancerologia**. Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. 2. ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC/ABRASCO, 1993.

MOLINA, M. A. S.; MARCONI, S. S. Mudanças nos relacionamentos com os amigos, cônjuge e família após o diagnóstico de câncer na mulher. **Revista Brasileira de Enfermagem**. Brasília (DF), v. 59, n. 4, p. 514-28. 2006.

NOGUEIRA, V. M. R. A importância da equipe interdisciplinar no tratamento de qualidade na área da saúde. **KATÁLYSIS** v.3, p. 40-48. 1998.

PAREDES, C. G.; PESSOA, S. G.P.; PEIXOTO, D. T. T.; AMORIM, D. N.; ARAÚJO, J. S.; BARRETO, P. R. A. Impacto da reconstrução mamária na qualidade de vida de pacientes mastectomizadas atendidas no Serviço de Cirurgia Plástica do Hospital Universitário Walter Cantídio. **Revista Brasileira Cirurgia Plástica**. v. 28, n.1, p. 100-4. 2013.

PINHEIRO, C. P. O.; SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V.; FERNANDES, A. F. C. Participação em grupo de apoio: experiência de mulheres com câncer de mama. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**. Ribeirão Preto v.16, n.4, Ago. 2008 Disponível em: < <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-11692008000400013> > Acesso em: 22 jun 2014.

PINHO, L. S.; CAMPOS, A. C. S.; FERNANDES, A. F. C.; LOBO, A. S. Câncer de mama: da descoberta à recorrência da doença. **Revista Eletrônica de Goiânia**. v.9, n.1, p. 154-65. jan./abr. 2007.

PISONI, A. C. e col. Dificuldades vivenciadas por mulheres em tratamento para o câncer de mama. **Journal of Research Fundamental Care**. On Line. v. 5, n. 3, p. 194-01, jul./set. 2013. Disponível em: < <http://bibliodigital.unijui.edu.br:8080/xmlui/handle/123456789/722>>. Acesso em: 20 maio 2014.

RIBEIRO, S. R. **O impacto do câncer de mama no olhar das mulheres**: da suspeita ao diagnóstico. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia)-Faculdade de Fisioterapia - Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2013.

SANTANA, J. J. R. A. de; ZANIN, C. R.; MANIGLIA, J. V. Câncer: enfrentamento e apoio social. **Paidéia**, Ribeirão Preto. São José do Rio Preto, v. 18, n. 40, p. 371-384. 2008.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Tipos de Reconstrução Mamária**. Disponível em <<http://www.sbmastologia.com.br/cancer-de-mama/cirurgia-cancer-de-mama/tipos-de-reconstrucao-mamaria-20.htm>>. Acesso em: 28 maio 2014.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. **Mamografia a partir dos 40**. Disponível em <<http://www.sbmastologia.com.br/index/index.php/agenda-e-eventos/eventos/9-destaque-/335-mamografia-apartir-dos-40>>. Acesso em: 22 jun 2014.

SONTAG, Susan. **A doença como metáfora**. Trad. Márcio Ramalho. Rio de Janeiro: Edições Graal. 1984.

TERGOLINO, B. M.; BRITO, N. M. **Eu e o meu corpo**: a perspectiva das mulheres mastectomizadas acerca da imagem corporal e reconstrução mamária. 2012. Monografia (Especialização em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva)- Universidade Federal de Juiz de Fora - UFJF, Programa de Pós-graduação em Políticas e Pesquisa em Saúde Coletiva, 2012.

TERGOLINO, B. M. e col. De Peito Aberto: programa de prevenção e acompanhamento Integrado no câncer de mama. In: FILGUEIRAS, M. S. T.; VILLELA NETO, R. A.; GONZE, G. G. (org). **Residência em Psicologia**: novos contextos e desafios para a formação em Saúde. Petrópolis, RJ: Vozes, 2013. p. 231-244.

APÊNDICE I – ROTEIRO PARA ENTREVISTA COM AS MULHERES

1. Perfil socioeconômico

- Naturalidade
- Composição familiar (com quem mora)
- Filhos
- Idades dos filhos
- Idade
- Escolaridade
- Estado Civil
- Situação conjugal atual
- Profissão/trabalho atual:

2. História de vida:

- Fale-me um pouco sobre você, de onde veio, sua vida (origem familiar; migração; uniões; filhos; trabalho/sobrevivência).

3. História da doença

- Como você soube que estava com câncer de mama?
- Como foi, para você, saber que estava com câncer de mama?
- Como foi, para sua família, saber que você estava com câncer de mama?
- Mudou alguma coisa em sua vida/ na vida de sua família?
- Você já conheceu alguém (familiar, amigo, etc) que teve câncer?

4. Serviço de saúde /Assistência

- Com quais profissionais teve contato no momento do diagnóstico?
- Como foi o relacionamento com os profissionais?
- Recebeu assistência individual de algum profissional além do médico?
- O que você acha da assistência que recebeu?
- Participou de algum grupo de apoio na época?
- Entendeu tudo que lhe foi dito?
- Teve oportunidade de expressar seus sentimentos?

5. GAI

- Como você recebeu o convite para o GAI?
- Me fale um pouco sobre o que ocorre no grupo.
- Qual é a relevância dos assuntos abordados no GAI, em sua vida?
- O que motiva você a ir ao GAI?
- A participação no grupo mudou algo em sua vida? E na sua forma de encarar a doença e os tratamentos?
- Convidaria outras mulheres a participar do GAI? Por quê?

6. Momento atual

- Como você se vê, enquanto mulher, na sua vida, hoje?
- Como você via seu corpo antes? Como você percebe seu corpo agora?
- Algo mudou em sua vida por causa da retirada da mama? Como é estar sem a mama?
- Optou por realizar ou não a reconstrução da mama? Como foi este processo?
- Algo mudou em sua vida com a reconstrução da mama? Como é estar com a mama reconstruída?
- Por que optou por não realizar a reconstrução da mama?

- Como está hoje, sua vida (como é seu dia-a-dia, seu trabalho...)?
- Como era a sua vida social (relacionamento com amigos, sair de casa, atividades que costumava ter...)? Mudou algo?
- Como era o relacionamento com sua família? Mudou algo?
- Como era o relacionamento com seu companheiro antes? E agora?

7. Futuro

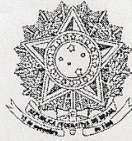
- Você tem sonhos, projetos (quais)? O que pretende fazer a partir de agora?

8. Considerações finais

- Tem alguma coisa que você gostaria que fosse diferente desde a descoberta, os tratamentos, e atualmente no grupo?
- Você tem mais alguma coisa para falar que ainda não foi questionada? Deseja fazer alguma consideração?

Participou de ___ GAI's durante a pesquisa

ANEXO I – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



UNIVERSIDADE FEDERAL DE JUIZ DE FORA
PRO-REITORIA DE PESQUISA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP/UFJF
36036900- JUIZ DE FORA - MG – BRASIL

Parecer nº 356/2008

Protocolo CEP-UFJF: 1553.243.2008 **FR:** 215504 **CAAE:** 0204.0.180.000-08

Projeto de Pesquisa: DE PEITO ABERTO: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama HU/UFJF.

Pesquisador Responsável: Simone Meira Carvalho

Pesquisador Participante: Cristiane Garcia Araújo, João Carlos Arantes Júnior, Iêda Maria Vargas Dias, Maria Stella Tavares Filgueiras e Vicente Rozauro Vidal e Denise Barbosa de Castro Friedrich.

Instituição: HU/UFJF

Sumário/comentários

O CEP analisou o Protocolo 1553.243.2008, Grupo III e considerou que:

O presente estudo se justifica ao propor estudar as implicações do câncer de mama na vida de mulheres atendidas no HU/UFJF.

Objetivos:

GERAL: Identificar o conhecimento da comunidade sobre o câncer de mama e suas formas de prevenção, compreendendo as implicações desta doença, desde a notícia até o(s) tratamento(s) na vida das mulheres, bem como, avaliar estes aspectos no olhar dos profissionais que as assistem.

ESPECÍFICOS: 1 - Descrever o perfil socioeconômico e a incidência das diversas patologias da mama entre as usuárias do ambulatório de mastologia do HU/CAS.

2 - Verificar o conhecimento e a prática do auto-exame da mama (AEM) entre as usuárias do HU/CAS e entre acadêmicos dos cursos de enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia e serviço social.

3 - Verificar o tipo de detecção do câncer de mama, dentre as mulheres acometidas por este.

4 - Compreender o impacto da notícia do adoecimento por câncer de mama e seus tratamentos no olhar das mulheres acometidas pela doença.

5 - Avaliar o impacto da notícia do adoecimento por câncer de mama e seus tratamentos no olhar dos acadêmicos/profissionais de saúde que atuam junto às mulheres acometidas pela doença.

6 – Descrever a dinâmica do Grupo de Acompanhamento Integrado

- **Metodologia:** Discussão Metodológica - As abordagens utilizadas para a pesquisa serão a quantitativa e a qualitativa. A primeira, porque pretende avaliar objetivamente o perfil das mulheres usuárias de um setor público de saúde, inclusive suas demandas com relação às alterações da mama. A segunda, porque o objeto de estudo insere-se no campo da subjetividade e pretende entender o significado e a intencionalidade de discursos e práticas tanto das usuárias quanto dos profissionais de saúde. Ou seja, preocupa-se com um nível de realidade que não pode ser quantificado, trabalhando com o universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes (MINAYO, 1993). Neste sentido, o desenho metodológico utilizado será a pesquisa-ação, por ser um tipo de investigação social com base empírica realizada em estreita associação com uma ação na qual os pesquisadores e os participantes estão envolvidos de modo ativo. Esta metodologia pressupõe a integração dialética entre o(s) sujeito(s) e a sua existência, entre fatos e valores, entre pensamentos e ação, e entre pesquisador(es) e pesquisado(s).

O instrumento - Os dados serão colhidos através da pesquisa documental nos prontuários do Ambulatório de Mastologia do CAS/HU, após autorização do diretor da instituição, e através de entrevistas com roteiro semi-estruturado (anexos I, II, III) adaptado para cada objetivo descrito. Além destes recursos, será utilizado também o diário de campo, gravações e filmagens para apreender com fidedignidade as informações emergidas nos eventos do processo de pesquisa.

A construção do conteúdo – Após autorização da direção do CAS/HU e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFJF, estaremos buscando a amostra para realização da pesquisa, que se dará através de varas formas:

- Acesso os dados das fichas das usuárias do Ambulatório de Mastologia;
- Abordagem das usuárias de forma aleatória no momento da sala de espera, no período da manhã, quando ocorre o atendimento dos ambulatorial do CAS/HU;
- Abordagem de acadêmicas dos cursos de enfermagem, fisioterapia, medicina, psicologia e serviço social, no período letivo, em suas respectivas unidades de ensino;
- Abordagem das usuárias do Ambulatório de Mastologia já acometidas por câncer de mama;
- Abordagem dos profissionais e acadêmicos que assistem as mulheres acometidas pela doença, no CAS/HU;
- Acompanhamento das atividades desenvolvidas no Grupo de Acompanhamento Integrado.

Esclarecendo as dúvidas após a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, os sujeitos da pesquisa serão informados sobre os objetivos da mesma e o destino dos dados fornecidos, podendo optar por participarem ou não, sem nenhum prejuízo na assistência. Tais esclarecimentos serão pautados nas Normas Regulamentadoras de Pesquisa com Seres Humanos do Conselho Nacional de Saúde. Mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre Esclarecido (anexo IV), iniciaremos a coleta dos dados.

Análise e interpretação do conteúdo – Para o tratamento dos dados coletados quantitativamente, será aplicada estatística descritiva através do cálculo de percentagem dos indivíduos, usando média e desvio padrão quando

ANEXO II – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Ambulatório de Fisioterapia - Centro de Atenção à Saúde / Hospital Universitário -
Universidade Federal de Juiz de Fora

Pesquisador responsável: Prof^a. Ms. Simone Meira Carvalho

Endereço: Rua Eugênio do Nascimento, s/nº, Bairro Dom Bosco, Juiz de Fora MG,
CEP: 36.038-330. Tel.: 4009-5318 (4ª feira, pela manhã) ou 9958-0429 (celular).

E-mail: simeiracarvalho@hotmail.com

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidada, como voluntária, a participar da pesquisa DE PEITO ABERTO: programa de prevenção e acompanhamento integrado no câncer de mama – HU/UFJF, que tem como objetivos: 1) acompanhar interdisciplinarmente mulheres do ambulatório de mastologia visando uma assistência humanizada desde a prevenção e diagnóstico precoce do câncer de mama até a reinserção social daquelas submetidas à cirurgia de mama; 2) avaliar o conhecimento da comunidade sobre o câncer de mama e formas de prevenção, bem como as implicações desta doença, desde a notícia ao(s) tratamento(s) na vida das mulheres, no olhar das mesmas e dos profissionais que as assistem; 3) compreender a experiência de mulheres mastectomizadas sobre a assistência no âmbito de um serviço público de saúde de Juiz de Fora, Minas Gerais.

Pretendemos estudar este tema visando melhorar a atenção interdisciplinar na prevenção e no diagnóstico precoce do câncer de mama, assim como no acompanhamento e na assistência humanizados, para a reinserção social das mulheres submetidas ou não a cirurgia de mama.

Para este estudo, com sua autorização, estaremos gravando as entrevistas. Realizaremos as transcrições do material, mas estas informações são confidenciais e nem o seu nome nem o desta instituição de saúde serão revelados em nosso trabalho. Isto quer dizer que o que você relatou é importante para que possamos aprofundar nosso conhecimento acerca do câncer de mama e a assistência

realizada, mas ninguém saberá que foi você quem nos disse isso. Você não será identificada em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo.

Os resultados da pesquisa estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a sua permissão.

Para participar, você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecida sobre o estudo em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. Poderá retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A pesquisa tem risco mínimo, ou seja, os mesmos que se está exposto no dia a dia e sua participação no estudo é voluntária sendo que a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendida. De forma alguma isto será anotado no seu prontuário ou comentado com qualquer outro profissional desta instituição.

Se você desejar conversar mais sobre as questões abordadas neste estudo, poderemos encaminhá-la para um atendimento no setor de Psicologia. Mas, lembre-se, você é livre para desistir de participar desta pesquisa a hora que quiser.

Você receberá uma cópia deste termo onde consta o nosso telefone e endereço, podendo fazer qualquer pergunta sobre algo que não tenha entendido agora ou em qualquer momento.

Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias, sendo que uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, no Ambulatório de Fisioterapia - Centro de Atenção à Saúde / Hospital Universitário – Universidade Federal de Juiz de Fora e a outra será fornecida a você.

Eu, _____, portadora do documento de Identidade _____, endereço _____, telefone _____, fui informada dos objetivos do estudo “DE PEITO ABERTO: PROGRAMA DE PREVENÇÃO E ACOMPANHAMENTO INTEGRADO NO CÂNCER DE MAMA - HU / UFJF”, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão de participar se assim o desejar. Declaro que concordo em participar desse estudo.

Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Juiz de Fora, _____ de _____.

_____	_____	___/___/___
Nome	Assinatura do participante	Data
_____	_____	___/___/___
Nome	Assinatura do pesquisador	Data
_____	_____	___/___/___
Nome	Assinatura da testemunha	Data

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o CEP- Comitê de Ética em Pesquisa/ UFJF - Campus Universitário da UFJF - Pró-Reitoria de Pesquisa - CEP 36036.900 - Fone: (32) 2102-3788.