

CILENE VOLKMER

**O SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE
RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PARA A MULHER SUBMETIDA
À MASTECTOMIA POR CÂNCER DA MAMA**

Tese de Doutorado apresentada à Banca Examinadora como requisito parcial para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, da Universidade Federal de Santa Catarina - Área de Concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Linha de pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Florianópolis
2016

Ficha de identificação da obra elaborada pelo autor.
através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Universitária da UFSC.

Volkmer, Cilene

O SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO
MAMÁRIA PARA A MULHER SUBMETIDA À MASTECTOMIA POR CÂNCER DA
MAMA / Cilene Volkmer ; orientadora, Dra. Evangelia
Kotzias Atherino dos Santos - Florianópolis, SC, 2016.
276 p.

Tese (doutorado) - Universidade Federal de Santa
Catarina, Centro de Ciências da Saúde. Programa de Pós
Graduação em Enfermagem.

Inclui referências

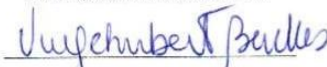
1. Enfermagem. 2. Neoplasias da mama. 3. Procedimentos
Cirúrgicos Reconstructivos. . 4. Teoria Fundamentada nos
Dados. 5. Experiência de Vida.. I. Santos, Dra. Evangelia
Kotzias Atherino dos . II. Universidade Federal de Santa
Catarina. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. III.
Titulo.

Cilene Volkmer

**O SIGNIFICADO DA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PARA A
MULHER SUBMETIDA À MASTECTOMIA POR CÂNCER DA MAMA**

Esta Tese foi julgada adequada para obtenção do Título de "Doutor em Enfermagem", e aprovada em sua forma final pelo Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Área de concentração: Filosofia e Cuidado em Saúde e Enfermagem.

Florianópolis, 29 de fevereiro de 2016



Dra. Yânia Marli Schubert Backes
Coordenador do Programa

Banca Examinadora:



Dra. Evangelina Kotzas Atherino dos Santos
Presidente



Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann
Membro



Dra. Fabiana Flores Sperandio
Membro



Dra. Gesilani Júlia da Silva Honório
Membro



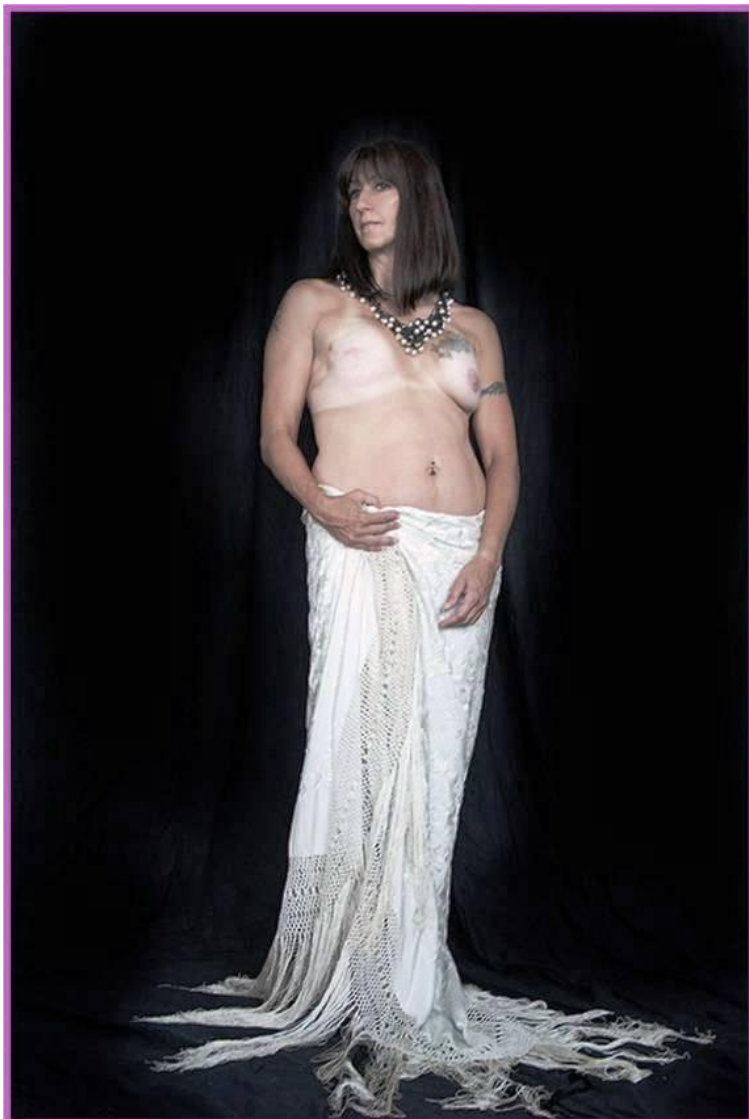
Dra. Marli Terezinha Stein Backes
Membro



Dra. Ana Izabel Jatôba de Souza
Membro



*“Toda dor pode ser suportada se
sobre ela puder ser contada uma
história”
(Hannah Arendt)*



Fonte: The Imgur Blog - Cherise Isis (Fotógrafa) <https://imgur.com/a/ifM70>

Às mulheres que passaram pelo diagnóstico de câncer da mama e processo de reconstrução mamária.

AGRADECIMENTOS

Às *mulheres* participantes do estudo, pela disponibilidade e interesse, pela forma carinhosa e verdadeira com que expuseram suas experiências e seus sentimentos e, principalmente, pela confiança na condução do estudo.

Aos *profissionais da saúde* participantes do estudo, por terem aceitado imediatamente o convite e por terem disponibilizado seu tempo, em uma época do ano bastante agitada e cheia de compromissos, fornecendo informações de maneira gentil e respeitosa.

À *minha orientadora*, Profa. Dra. Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos, por acreditar em mim e aceitar trilhar comigo os caminhos da TFD. Minha admiração por sua história iniciou em outros tempos... pois trabalhar com esta profissional dedicada e esta mulher acolhedora, enquanto Diretora Geral da Maternidade Carmela Dutra, foi um marco na minha vida profissional. Depois, reencontrá-la no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem e ter a oportunidade de conviver com um exemplo de enfermeira, professora, gestora e mulher, proporcionou-me tranquilidade e segurança para vencer os desafios na construção desta Tese!

Aos *membros da banca*, Profa. Dra. Alacoque Lorenzini Erdmann, Profa. Dra. Fabiana Flores Sperandio, Profa. Dra. Gesilani Júlia da Silva Honório, Profa. Dra. Marli Terezinha Stein Backes, Profa. Dra. Ana Izabel Jatobá de Souza, Prof. Dr. José Luís Guedes dos Santos e Profa. Dra. Soraia Cristina Tonon da Luz, por aceitarem participar da banca examinadora desta Tese e pelas contribuições em seu aprimoramento.

Às *colegas e professoras do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido - GRUPESMUR*, pelos momentos de discussão, de estudos, pelas parcerias nas participações de eventos, pelo companheirismo e amizade ao longo desse período de convivência.

Às *Profas. Dra. Odaléa Maria Brüggemann e Dra. Marli Terezinha Stein Backes*, pelo apoio, ensinamentos, contribuições,

carinho e atenção, mulheres e profissionais valorosas, exemplos para mim. Participar do GRUPESMUR e estar ao lado de vocês é uma experiência de vida.

Às *professoras do Departamento de Enfermagem e do PEN/UFSC*, por compartilharem seus conhecimentos, por nos auxiliarem na busca de um ideal, por possibilitarem discussões aprofundadas e valiosas e por nos mostrarem novos caminhos, contribuindo para nosso crescimento acadêmico e profissional.

Às *colegas da Turma 2012 do Curso de Doutorado*, pelos momentos enriquecedores, pelas críticas e sugestões, pelo crescimento e ajuda mútua. Em especial à Joyce Green Koettker e Manuela Beatriz Velho, por estarmos juntas nesta caminhada. Vocês representam tudo o que me encanta na Enfermagem: a paixão pela profissão, o cuidado e o respeito pelo outro.

Aos *funcionários técnico-administrativos* do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC, em especial, *Rafaela Ribeiro Céspedes, Monique Vicente Rocha e Viviane Aaron Xavier*, por estarem sempre prontas a nos auxiliar e a resolver nossos “probleminhas de última hora”!

À *Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES)*, pelo período de concessão da minha Bolsa de Doutorado e incentivo à pesquisa.

Às *colegas da Maternidade Carmela Dutra*, em especial às *fisioterapeutas*, pelo companheirismo, apoio e compreensão, principalmente nos últimos meses... vocês são especiais!!

Aos *colaboradores* na condução desta pesquisa, Marcelo Green, Romana Raquel Ebele, Maria Jesus H. Rodriguez e Bruna Daniela Batista, pela disponibilidade e agilidade, a contribuição de vocês foi mais que preciosa!

Às *parcerias* que uniram o Rio Grande e Santa Catarina em encontros memoráveis: Daniele Delacanal Lazzari, Michelle Kuntz Durand e Juliano de Amorim Busana, as discussões filosóficas acaloradas, a descontração, a alegria, o entusiasmo, tornaram o processo

mais intenso e divertido. Um brinde aos encontros altamente produtivos!
E viva a vida!

Às *amigas* Debora Socal Schwertner, Fabiane Rosa Gioda e Rosaura Gamarra, pela amizade acima de tudo, pelo incentivo especial e por estarem presentes mesmo nas ausências. O carinho de vocês é fonte de energia!

Aos *meus pais*, Valdomiro Antônio Volkmer e Erondina Volkmer, pelo amor, suporte e por tudo que ensinaram, principalmente o amor e respeito ao próximo. Vocês tornaram possível mais esta etapa!!
Aos *meus sobrinhos* Eduardo, Vivian e Helen, por me fazerem compreender o significado de amor incondicional e tornarem minha vida cheia de alegria!

Um agradecimento especial à *minha irmã*, Fabiane Volkmer Grossmann e ao *meu cunhado*, Helmuth Grossmann Jr, por não pouparem esforços no auxílio ao processo de organização e acabamento deste trabalho. Apesar dos mil quilômetros que nos separam, era como se estivessem ao meu lado, sempre prontos a ajudar, em qualquer dia e qualquer horário, nas questões técnicas, de informática e gráficas. Minha irmã, mesmo após uma cirurgia de artrodese na coluna, contribuir com horas em frente ao computador... não há palavras suficientes para retribuir tanto amor!

Ao *meu companheiro* Afonso de Souza Bianchi Reis, pelo conforto e amor em todos os momentos, nos bons e nos maus, com toda paciência e sabedoria para lembrar: “depois da tempestade, a calmaria”.

À *Deus*, por nos mostrar a cada dia que a vida é maravilhosa!

RESUMO

VOLKMER, Cilene. **O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama.** 2016. 276p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Linha de Pesquisa: O Cuidado em Enfermagem à Saúde da Mulher e do Recém-Nascido.

O diagnóstico de câncer da mama, a mutilação da mama e o processo de reconstrução mamária causam um grande impacto na vida das mulheres, gerando alterações biopsicossociais. Esta pesquisa qualitativa teve como objetivos compreender os significados atribuídos pela mulher com câncer da mama ao processo de reconstrução mamária e construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama. Foi utilizado o referencial teórico-metodológico *Grounded Theory*, associado ao referencial teórico Interacionismo Simbólico, com 31 participantes, divididos em quatro grupos amostrais (três grupos compostos por 21 mulheres submetidas à reconstrução mamária, mediante custeio particular/plano de saúde/Sistema Único de Saúde e um grupo com 10 profissionais da saúde, que assistem mulheres com reconstrução mamária), nos domicílios/local de trabalho, em Florianópolis/SC, com amostragem teórica e saturação dos dados, de abril a dezembro de 2015. O processo analítico constou da codificação aberta, axial e seletiva. Da análise dos dados emergiu o fenômeno/Modelo Paradigmático “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”, sustentado por onze categorias: Retomando o período anterior ao câncer da mama; Experienciando o procedimento cirúrgico; Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório; Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo; Descrevendo o trabalho dos profissionais; Profissionais considerando as habilidades necessárias na assistência à mulher; A visão dos profissionais sobre as mulheres; Mulheres refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde; Adaptando as atividades de rotina à nova condição; Recebendo apoio de

diversas formas e encarando a feminilidade e a sexualidade. Os resultados são apresentados no formato de quatro manuscritos, demonstrando que as mulheres consideraram o processo de reconstrução mamária complexo, árduo e impactante, mas que o apoio da equipe multiprofissional foi reconfortante. Os sentimentos negativos foram mais intensos no início do processo e as mulheres buscaram adaptação às atividades rotineiras. Os profissionais da saúde demonstraram dificuldades em lidar com a situação, sendo que os médicos acreditam que as mulheres não compreendem a diferença entre cirurgias reconstrutoras e estéticas, enquanto as mulheres consideraram que a assistência recebida não atingiu suas expectativas. A interrelação das categorias e subcategorias demonstra que as mulheres vivenciam muitas transformações, tanto físicas, quanto emocionais, que precisam de energia e apoio para superar as dificuldades, que consideram o relacionamento com alguns profissionais da saúde falho e inadequado e ainda, que necessitam readaptar-se à nova condição de vida. A vivência de dificuldades causadas pela doença, o medo da morte, os efeitos e sequelas do tratamento, o custeio do tratamento e a dificuldade em aceitar a mama reconstruída levam a mulher a refletir sobre toda a sua história de vida e proporcionam a possibilidade de transformação, pois a mulher passa a valorizar a vida e a si mesma, renascendo uma mulher mais forte, decidida e agradecida, apesar das cicatrizes de um corpo alterado e retalhado, mas também, mais frágil quando precisa enfrentar recidivas e quando a cura não é uma certeza.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Saúde da Mulher. Procedimentos Cirúrgicos Reconstrutivos. Teoria Fundamentada nos Dados. Experiência de Vida.

ABSTRACT

VOLKMER, Cilene. **The meaning of the experience of breast reconstruction process for woman submitted to mastectomy for breast cancer.** 2016. 276p. Thesis (Doctorate in Nursing) - Postgraduate Program in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Advisor: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Research Line: Care Nursing Health of Women and Newborns.

The diagnosis of breast cancer, the breast mutilation and the breast reconstruction process cause a large impact on women's lives, generating biopsychosocial changes. This qualitative study aimed to understand the meanings attributed by women submitted to mastectomy for breast cancer to the breast reconstruction process and build a theoretical model on the experience and significance of the breast reconstruction process for women. It was used the theoretical and methodological reference of Grounded Theory and Symbolic Interaction, with 31 participants, divided into four sample groups (three groups composed by 21 women submitted to breast reconstruction through private funding/ health insurance/Single System Health and a group of 10 health professionals who assist women with breast reconstruction), at home or workplace, in Florianópolis/SC, with theoretical sampling and data saturation, from April to December 2015. The analytical process consisted open, axial and selective coding. Data analysis emerged the phenomenon/Paradigmatic Model "Facing challenges and overcoming difficulties, emerging a new woman: from the fear of death, through mutilation and breast reconstruction, modifying the way of being a woman", supported by eleven categories: Resuming the period prior to breast cancer; Experiencing the surgical procedure; Dealing with the consequences and post-operative needs; Revealing feelings and emotions involved in process; Introducing the professionals routine; Professionals considering the skills required in assistance to women; The view of professional about women; Women reflecting on the relationship with health professionals; Adapting the routine activities to the new condition; Receiving support in various ways and Facing femininity and sexuality. The results are presented in four manuscripts format, demonstrating that women considered the breast reconstruction process complex, arduous and impactful, but the

support of the multi-professional team was reassuring. The negative feelings were more intense at the beginning of the process and women sought adaptation to routine activities. Health professionals showed difficulty in dealing with the situation, doctors believe that women do not understand the difference between reconstructive and aesthetic surgery, while women considered that the assistance received did not reached their expectations. The interrelation of categories and subcategories shows that women experience many transformations, both physical and emotional, that need energy and support to overcome the difficulties, that consider the relationship with some health professionals flawed and inadequate and yet, they need readapt to the new conditions of live. The experience of difficulties caused by the disease, fear of death, effects and sequelae of treatment, the cost of treatment and the difficulty in accepting the reconstructed breast lead the woman to reflect on all his history of life and provide the possibility of transformation, because the woman starts to value life and herself, reborn a stronger woman, decided and grateful, despite the scars of an altered and shredded body, but also more fragile when need face recurrences and when the cure is not a certainty .

Keywords: Breast Neoplasms. Woman's Health. Reconstructive Surgical Procedures. Grounded Theory. Life Change Events.

RESUMEN

VOLKMER, Cilene. **El significado de la experiencia del proceso de reconstrucción de la mama para la mujer sometida a mastectomía por cáncer de mama.** 2016. 276p. Tesis (Doctorado en Enfermería) – Programa de Post-Grado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

Orientadora: Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Línea de Investigación: El Cuidado en Enfermería a la Salud de la Mujer y del Recién Nacido.

El diagnóstico de cáncer de mama, la mutilación de la mama y el proceso de reconstrucción de mama causa un gran impacto en la vida de las mujeres, creando cambios biopsicosociales. Este estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender los significados atribuidos por las mujeres sometidas a mastectomía por cáncer de mama con el proceso de reconstrucción de la mama y construir un modelo teórico sobre la experiencia y la importancia del proceso de reconstrucción de la mama para las mujeres. Fue utilizado el referencial teórico metodológico Teoría Fundamentada em los Datos , asociados al referencial teórico interaccionismo simbólica, con 31 participantes, divididos en cuatro grupos de muestras (tres grupos compuestos por 21 mujeres sometidas a reconstrucción de mama a través de la financiación privada / seguro de salud / Sistema Único salud y un grupo de 10 profesionales de la salud que ayudan a las mujeres con reconstrucción mamaria), en el hogar / lugar de trabajo, en Florianópolis / SC, con muestreo teórico y la saturación de datos de Abril a Diciembre 2015. El proceso de análisis consistió en la codificación abierta, axial y selectiva. Análisis de los datos surgió el fenómeno / modelo Paradigmático "Frente a los retos y superar las dificultades, que emerge una nueva mujer: desde el miedo a la muerte, pasando por la mutilación y la reconstrucción de la mama, la modificación de la forma de ser mujer", con el apoyo de once categorías: Reanudación el período anterior al cáncer de mama; Experimentando el procedimiento quirúrgico; Frente a las consecuencias y necesidades postoperatorias; Revelando los sentimientos y emociones que intervienen en el proceso; Presentación de la rutina de los profesionales; Profesionales teniendo en cuenta las habilidades requeridas en la asistencia a las mujeres; La visión de los profesionales sobre las mujeres; Las mujeres que reflejando en la relación con los

profesionales de la salud; Adaptación de las actividades de rutina a la nueva condición; Recibir el apoyo de diversas maneras y frente a la feminidad y la sexualidad. Los resultados se presentan en formato de cuatro manuscritos, lo que demuestra que las mujeres consideraron que el proceso de reconstrucción de la mama muy compleja, ardua e impresionante, pero el apoyo del equipo multiprofesional fue tranquilizador. Los sentimientos negativos fueron más intensas en el inicio del proceso y las mujeres buscaron para adaptarse a las actividades de rutina. Los profesionales de la salud han demostrado las dificultades para hacer frente a la situación, siendo que los médicos creen que las mujeres no entienden la diferencia entre la cirugía reconstructiva y estética, mientras que las mujeres consideraron que la atención recibida no cumplía con sus expectativas. La interrelación de las categorías y subcategorías muestra que las mujeres experimentan muchos cambios, tanto física, como emocional, que necesitan energía y apoyo para superar las dificultades que tienen en cuenta la relación con algunos profesionales de la salud deficiente e inadecuada y, sin embargo, necesitan readaptar- a las nuevas condiciones de vida. La experiencia de dificultades causadas por la enfermedad, miedo a la muerte, los efectos y secuelas del tratamiento, el costo del tratamiento y la dificultad para aceptar la mama reconstruida llevan a la mujer a reflexionar sobre su historia de vida y ofrecen la posibilidad de transformación, debido a que la mujer comienza a apreciar la vida y ella misma, renaciendo una mujer fuerte, decidida y agradecido, a pesar de las cicatrices de un organismo alterado y desmenuzado, pero también más frágil cuando necesita enfrenatr recaídas y cuando la cura no es una certeza.

Palabras clave: Neoplasias de la Mama. Salud de la Mujer. Procedimientos Quirúrgicos Reconstructivos. Teoría Fundamentada. Experiencia de vida.

LISTA DE FIGURAS

- Figura 1** - Fluxograma do processo de seleção e análise dos estudos qualitativos. 47
- Figura 2** - Processo de Pesquisa da Teoria Fundamentada nos Dados. 84
- Figura 3** - O modelo condicional/consequencial (representa interação constante da inter/ação (processo) com condições/consequências [estrutura] e a natureza dinâmica evolutiva dos fatos. 86
- Figura 4** - Esquema teórico representando o processo de integração das categorias que deram origem à teoria. 87
- Figura 5** - Modelo teórico do fenômeno “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”. 117

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Pesquisas qualitativas sobre reconstrução mamária, na visão de mulheres submetidas à mastectomia, publicadas até 2015. (N=13), Florianópolis, SC, Brasil, 2016.	51
Quadro 2 - Caracterização dos procedimentos e/ou tratamentos realizados pelas 21 mulheres.....	91
Quadro 3 - Características das 21 mulheres, referentes à idade no diagnóstico e idade atual, número de filhos, estado civil, escolaridade, profissão e religião. Florianópolis, SC, 2016.	94
Quadro 4 - Características dos 10 profissionais da saúde, referentes à categoria profissional, à idade, tempo e sistema de saúde de atuação. Florianópolis, SC, 2016.....	96
Quadro 5 - Manuscritos científicos elaborados a partir dos resultados da Tese	106

LISTA DE ABREVIATURAS

BC	- <i>Breast Cancer</i>
BVS	- Biblioteca Virtual em Saúde
CA	- Carcinoma
CAAE	- Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPC	- Centro de Apoio ao Portador de Câncer
CINAHL	- <i>Current Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DECS	- Descritores em Ciências da Saúde
DST	- Doenças Sexualmente Transmissíveis
DOAJ	- <i>Directory of Open Access Journals</i>
EBSCO	- <i>EBSCOhost Research Database</i>
IS	- Interacionismo Simbólico
GT	- <i>Grounded Theory</i>
INCA	- Instituto Nacional do Câncer
PAAF	- Punção de Aspiração por Agulha Fina
PAISM	- Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
PNAO	- Política Nacional de Atenção Oncológica
PUBMED	- <i>Public/Publisher MEDLINE</i> - U.S. National Library of Medicine
RAO	- Rede de Atenção Oncológica
RM	- Reconstrução Mamária
SAGE	- <i>SAGE Journals Online</i>
SciELO	- <i>Scientific Electronic Library Online</i>
SUS	- Sistema Único de Saúde
TCLE	- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TFD	- Teoria Fundamentada nos Dados
TRAM	- <i>Transverse Rectus Abdominis Myocutaneous</i>
UDESC	- Universidade do Estado de Santa Catarina
UFSC	- Universidade Federal de Santa Catarina
UFSM	- Universidade Federal de Santa Maria
UNIVALI	- Universidade do Vale do Itajaí

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	27
1.1	CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA	27
1.2	A INTERAÇÃO ENTRE PESQUISADORA E PROBLEMA.....	34
2	REVISANDO A LITERATURA	41
2.1	MANUSCRITO 1 – A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA SOB A ÓTICA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA: UMA METAETNOGRAFIA.....	41
3	BUSCANDO APROXIMAÇÃO COM O REFERENCIAL TEÓRICO: O INTERACIONISMO SIMBÓLICO.....	71
4	APRESENTANDO A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA	81
4.1	BREVE HISTÓRICO DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS: DESDOBRAMENTOS E NOVOS CAMINHOS	82
4.2	OPERACIONALIZAÇÃO DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS	83
4.3	CONTEXTO DO ESTUDO.....	87
4.4	PARTICIPANTES DO ESTUDO.....	88
4.5	OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO: COLETA, REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS	92
4.6	PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS	97
4.7	QUESTÕES ÉTICAS	102
5	RESULTADOS E DISCUSSÕES.....	105
5.1	MANUSCRITO 2 - O PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA MULHER COM CÂNCER DA MAMA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO.....	107
5.2	MANUSCRITO 3 - COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS DA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PARA MULHERES COM CÂNCER DA MAMA: ANTES, DURANTE E APÓS A CIRURGIA.....	126

5.3	MANUSCRITO 4 - A MULHER E A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS	151
5.4	MANUSCRITO 5 - ASSISTÊNCIA À MULHER COM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA APÓS CÂNCER DA MAMA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DAS MULHERES	175
6	CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	199
	REFERÊNCIAS.....	205
	APÊNDICES	217
	APÊNDICE A – Questões norteadoras.....	219
	APÊNDICE B – Modelo de memorando.....	221
	APÊNDICE C – Codificação aberta: conceituação e descoberta de categorias	223
	APÊNDICE D – Esquema do processo de categorização	257
	APÊNDICE E – Termo de consentimento livre e esclarecido.....	259
	APÊNDICE F– Termo de consentimento livre e esclarecido	263
	ANEXOS.....	267
	ANEXO A - Checklist Critical Appraisal Skills Programme – CASP.....	269
	ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)	275

1 INTRODUÇÃO

1.1 CONTEXTUALIZANDO O PROBLEMA

No Brasil, o câncer passou a ser objeto de saúde pública apenas em 1919, em decorrência da reforma sanitária, pois se tornava um flagelo, não só em nosso país, mas também em outras nações. Anteriormente, era visto como uma enfermidade sem possibilidades de tratamento, sendo a pessoa portadora mantida em isolamento, até sua morte. Com o advento das cirurgias e o desenvolvimento da radioterapia, quimioterapia e hormonioterapia, surgem esperanças renovadas e uma nova forma de lidar com o problema (BRASIL, 2014, 2008).

De acordo com o contexto histórico da saúde brasileira, na década de 1930, foi estabelecida a primeira política nacional de controle do câncer, tendo como diretrizes a prevenção, o diagnóstico precoce, centros de cancerologia para tratamento dos pacientes e centro de saúde como o pilar da saúde pública, responsável por ações educativas. Em 1961 é criado o Instituto Nacional do Câncer – INCA, com sede no Rio de Janeiro/RJ, pela necessidade de um elemento central na organização anticancerosa e da ampliação do tratamento da doença (BRASIL, 2014, 2008; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em relação à saúde da mulher, até a década de 1980, o foco das políticas públicas era limitado ao período gravídico-puerperal, pois a visão sobre a mulher era restrita à sua especificidade biológica e ao seu papel de mãe, cuidadora do lar e dos filhos. Em 1984, com a criação do Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher - PAISM, a integralidade passa a ser o foco da atenção à mulher, estabelecendo um marco nos conceitos e princípios norteadores da política de saúde das mulheres (BRASIL, 2004a, 2008; CUNHA, 2009; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Dessa forma, além das questões ligadas ao pré-natal, parto e puerpério, o novo programa incluía ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação também no climatério, planejamento familiar, doenças sexualmente transmissíveis, câncer de colo de útero e de mama, além de outras necessidades específicas das mulheres (BRASIL, 2004a). E assim, percebe-se o princípio da atenção integral à mulher, incluindo o câncer da mama, ainda de forma incipiente (CUNHA, 2009; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Na década de 1990 ocorre a consolidação do INCA como responsável pelo controle do câncer no Brasil, em todas as suas variações. Esse período se caracterizou pela tentativa de estabelecer um conjunto de elementos, essencial para a criação de um programa de rastreamento, que para ser efetivo, deveria ser organizado, politicamente articulado e compartilhado, em nível nacional (BRASIL, 2014, 2008).

Fato marcante na atenção à saúde da mulher acontece em 1995, após a IV Conferência Mundial sobre a Mulher, na China, pois o governo brasileiro assume o compromisso de desenvolver um programa de âmbito nacional, visando ao controle do câncer ginecológico, primeiramente em relação ao câncer do colo do útero e, entre 2000 e 2003, incorporando ações para detecção precoce do câncer da mama (BRASIL, 2008; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Em 2005, instituiu-se a Política Nacional de Atenção Oncológica – PNAO, que reconhece que o câncer é um problema de saúde pública e determina ações para seu controle, em todas as esferas governamentais, através de uma Rede de Atenção Oncológica – RAO (BRASIL, 2005, 2008).

Desta maneira, observa-se como é recente a introdução do controle do câncer da mama nas políticas públicas brasileiras e, buscando obter este controle, em 2013 o Ministério da Saúde criou o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN), permitindo o monitoramento das ações relacionadas à detecção precoce, à confirmação diagnóstica e ao início do tratamento de neoplasias malignas (BRASIL, 2013).

Apesar de todos os esforços governamentais em reduzir a incidência e a mortalidade por câncer, desde a década de 1930, através da implementação das políticas públicas, entre 1979 e 2000, na área da saúde da mulher, houve aumento de 69% na taxa bruta de mortalidade por câncer da mama no Brasil, sendo considerada a principal neoplasia maligna feminina em incidência e mortalidade (BRASIL, 2003; SCLOWITZ et al., 2005; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013). Além disso, estimativas para o ano de 2016/2017, das taxas brutas de incidência e de número de casos novos por câncer, em mulheres, segundo localização primária, mostram um risco estimado de 58 casos de câncer da mama a cada 100 mil mulheres (BRASIL, 2016).

Estes dados indicam a magnitude epidemiológica, econômica e social do câncer da mama no Brasil, tornando-o uma das diretrizes da PNAO, meta prioritária no Pacto pela Saúde/Pacto pela Vida e uma das

prioridades do Programa Mais Saúde: Direito de Todos, 2008 – 2011 (BRASIL, 2008).

Assim, com o intuito de reverter a situação do início do século 21 no país e promover a assistência integral à saúde da mulher, as ações preconizadas para o controle do câncer da mama deviam considerar desde a detecção precoce, até o tratamento adequado. Enquanto em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Canadá, Reino Unido, Holanda, Dinamarca e Noruega, havia um aumento da incidência do câncer da mama acompanhado de uma redução da mortalidade por essa neoplasia, no Brasil ocorria um aumento da incidência e da mortalidade. Isto poderia estar associado ao retardo no diagnóstico e a não instituição de terapêutica adequada (BRASIL, 2004b).

Em relação ao tratamento do câncer da mama, segundo o Documento de Consenso, o mesmo deve ser realizado por uma equipe multidisciplinar, visando a integralidade da mulher e as ações interdisciplinares devem ser iniciadas a partir do diagnóstico, através de uma ação conjunta entre todos os profissionais da saúde, junto às portadoras e seus familiares. A equipe deverá ser composta por médico, enfermeiro, psicólogo, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, assistente social e nutricionista e as intervenções devem priorizar a qualidade de vida da mulher, favorecendo principalmente seu retorno às atividades físicas, sociais e profissionais. Desta forma, é primordial conhecer e identificar as necessidades da mulher, os sintomas e suas causas, e o impacto destes no seu cotidiano (BRASIL, 2004b).

As modalidades terapêuticas do câncer da mama são classificadas de acordo com o local de abrangência no organismo: cirurgia e/ou radioterapia para o tratamento locorregional; hormonioterapia e/ou quimioterapia para o tratamento sistêmico (AZEVEDO; LOPES, 2010a; BRASIL, 2004b).

Quanto ao tratamento cirúrgico do câncer da mama, a indicação do tipo de procedimento depende do estadiamento clínico e do tipo histológico do tumor, podendo ser conservadora, com ressecção de apenas um segmento da mama (engloba a setorectomia, a tumorectomia alargada e a quadrantectomia), ou não-conservadora, com ressecção da mama (engloba a mastectomia radical e a simples). O exame do linfonodo sentinela e o resultado anátomo-patológico do mesmo, no transoperatório, irá indicar a necessidade ou não do esvaziamento ganglionar axilar (BRASIL, 2004b; POMAHAC et al., 2006).

De modo geral, a escolha do tipo de procedimento cirúrgico é fundamentada em protocolos, apresentados nos Documentos de

Consenso e baseados em evidências científicas. Porém, ao observarmos os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) de nosso país, que tratam da universalidade, integralidade, autonomia e igualdade na assistência ao indivíduo, percebe-se que a autonomia da mulher na escolha do tratamento pode não estar sendo considerada no processo terapêutico. O estudo de Arantes e Mamede (2003) mostra que a participação de mulheres na escolha do tratamento cirúrgico do câncer da mama foi interpretada, na visão das mesmas, como uma transgressão de valores e princípios, que as distanciaram da possibilidade de sentirem-se como seres humanos autônomos, capazes e responsáveis por si mesmas. Estas mulheres também demonstraram a existência de relações estruturais rígidas e verticais na relação médico-paciente, não havendo lugar para o diálogo no momento da decisão terapêutica.

Ao se descobrir com câncer da mama e frente à possibilidade de ser submetida a uma cirurgia mutiladora, a mulher passa a ter inúmeras preocupações, principalmente relacionadas ao próprio corpo, uma vez que este procedimento desconstrói a imagem corporal abruptamente. Esta situação conduz a mulher a uma gama de sentimentos como, por exemplo, o medo, a insegurança e os profissionais da saúde devem ter um olhar cuidadoso para reconhecê-los, auxiliando a mulher no enfrentamento de uma nova realidade, da melhor maneira possível (AZEVEDO; LOPES, 2010b).

Desta maneira, no momento em que é confirmada a indicação de mastectomia em mulheres apresentando boas condições clínicas, é preciso considerar a reconstrução mamária imediata, pois todas as mulheres que sofrem mutilação em decorrência de técnica de tratamento de câncer da mama têm direito à cirurgia plástica reconstrutora (BRASIL, 1999, 2004b).

Os procedimentos técnicos para a reconstrução da mama são variados e a escolha depende das condições físicas da mulher e da indicação do cirurgião plástico (GRADIM, 2005; URBAN et al., 2015). No entanto, esta decisão deve ser tomada em conjunto entre a equipe interdisciplinar e a mulher, pois muitos fatores precisam ser ponderados quando o foco é a assistência integral à saúde da mulher, visando melhor qualidade de vida. Outro aspecto importante é o estabelecimento de uma perfeita relação entre o tratamento adjuvante, que necessita ser iniciado o mais breve possível, como quimioterapia ou radioterapia e a cirurgia plástica reconstrutora, de forma que as diferentes modalidades terapêuticas sejam executados concomitantemente e em profunda harmonia, evitando que a mulher sofra desequilíbrios físicos ou

emocionais. Segundo Fitoussi et al. (2009), é necessário enfatizar que o tratamento adjuvante tem um papel vital nos resultados estéticos finais da reconstrução mamária.

A cirurgia plástica de reconstrução desempenha um importante papel no cuidado de mulheres com câncer da mama que são tratadas tanto com terapia conservadora, quanto mastectomia. Mudanças no tratamento oncológico estão levando a radioterapia a ser mais utilizada, particularmente naquelas submetidas à mastectomia e esta tendência coloca novos desafios para mulheres que procuram a cirurgia reconstrutora da mama. Embora não haja consenso sobre a melhor opção para mulheres submetidas à reconstrução com radiação pós-operatória, a reflexão da equipe interdisciplinar sobre as abordagens propostas pode ser valiosa para a resolução desses dilemas (POMAHAC et al., 2006; URBAN et al., 2015).

No que diz respeito ao momento em que a reconstrução da mama deve ser realizada, a mesma pode ser imediata, ou seja, associada com a retirada da mama, ou tardia, quando a mastectomia é realizada em uma primeira etapa e a cirurgia plástica reconstrutora em um segundo momento, a ser definido, em sintonia, pelo mastologista, cirurgião plástico e oncologista (FITOUSSI et al., 2009). Acreditamos que, da mesma forma que a escolha quanto ao tipo de reconstrução, a decisão sobre o momento da mesma deve ser tomada em conjunto, envolvendo a equipe interdisciplinar e a mulher.

As técnicas mais utilizadas e difundidas mundialmente incluem os implantes mamários e os retalhos miocutâneos. Os implantes podem ser do tipo prótese de silicone ou expansor tecidual, que variam de forma, textura e conteúdo de preenchimento. Os retalhos de pele, tecido adiposo e músculo (miocutâneos), são considerados enxertos de tecido autólogo, ou seja, uma região do corpo da mulher doa o tecido necessário para modelar a neomama, podendo ser o músculo grande dorsal ou o músculo reto abdominal, cirurgia esta denominada *transverse rectus abdominis myocutaneous* (TRAM). Ainda é possível a associação de dois tipos de cirurgia, a reconstrução com prótese de silicone e retalho miocutâneo do grande dorsal, simultaneamente (FITOUSSI et al., 2009; RIBEIRO, 2005; URBAN et al., 2015).

Em relação à modalidade de tratamento cirúrgico e a instituição onde foi realizado, seja privada, pública, de comunidade ou universitária/acadêmica, o estudo de Kruper et al. (2011), realizado nos Estados Unidos, observou disparidades na indicação da reconstrução mamária. Mulheres submetidas ao tratamento cirúrgico em hospitais

vinculados à universidades tiveram quase duas vezes mais chances de terem a reconstrução do que as pacientes submetidas ao tratamento em centros não acadêmicos.

Outra questão abordada em um estudo americano, como critério para avaliar a indicação ou não da cirurgia reconstrutora, é a etnicidade, sendo que mulheres do grupo de origem latina e com baixa escolaridade, que realizaram mastectomia, apresentaram menor indicação de reconstrução. Do mesmo modo, no quesito seguro de saúde, mulheres sem nenhum plano de saúde tiveram menos chance de reconstrução do que mulheres que possuíam plano de saúde privado (ALDERMAN et al., 2009).

Os procedimentos cirúrgicos reconstrutivos refletem diretamente sobre a autoestima e autoimagem feminina, uma vez que possibilitam uma sensação de bem-estar da mulher com seu corpo. A reconstrução abre uma nova fase na vida destas mulheres, uma fase onde elas se sentem belas novamente, onde podem usar a roupa desejada e se sentirem completas outra vez. A cirurgia reconstrutora é vista como o preenchimento de uma lacuna deixada pelo câncer da mama e pela mastectomia (OLIVEIRA, 2009).

Quanto aos aspectos emocionais envolvidos neste processo, no estudo de Souza (2007), dois grupos de mulheres foram investigados, sendo um grupo com mulheres que sofreram a mastectomia e não se submeteram à reconstrução e outro grupo com mulheres que tiveram suas mamas reconstruídas. Percebeu-se que a carga emocional das mulheres envolvidas era muito intensa, mas o sentimento de superação e esperança esteve muito presente no grupo que reconstruiu a mama, enquanto no grupo de mulheres sem reconstrução, a carga foi ainda mais intensa e impregnada de sentimentos negativos, principalmente desesperança e baixa autoestima.

Em relação aos aspectos biopsicossociais, o estudo de Parker et al. (2007) mostra que as mulheres submetidas à reconstrução apresentaram melhora dos sintomas de depressão, da satisfação com a aparência e da função sexual entre 6 meses e 2 anos após a cirurgia reconstrutora.

Além disso, os aspectos físicos envolvidos também devem ser considerados, pois importantes manipulações anatômicas ocorrem por conta da reconstrução e desconfortos físicos e alterações transitórias ou permanentes da mobilidade do membro superior homolateral podem ser esperados (CAMARGO; MAX, 2000). No entanto, o estudo de Oliveira, Moraes e Sarian (2010), que investigou mulheres submetidas à

reconstrução mamária, aponta para a ausência de repercussões negativas da cirurgia reconstrutora sobre os aspectos físicos e do nível de independência e percepção da qualidade de vida da mulher.

Por outro lado, das 60 mulheres que tiveram suas mamas reconstruídas e participaram do estudo de Potter et al. (2008), 25 relataram complicações no pós-operatório, além de sentirem-se menos femininas e insatisfeitas com a aparência das cicatrizes.

Ainda no que tange aos aspectos que permeiam a realização ou não da reconstrução mamária, de acordo com Munhoz (2011), apesar dos benefícios físicos e psicológicos, principalmente relacionados à imagem corporal e qualidade de vida, além das vantagens proporcionadas às mulheres submetidas à reconstrução, existem algumas disparidades quanto ao acesso de informação sobre as técnicas de cirurgia de reconstrução da mama, a acessibilidade destes procedimentos para as mulheres envolvidas e o número de reconstruções realizadas em relação ao número de casos novos de câncer da mama. Em nosso país, os dados relacionados ao número de cirurgias reconstrutoras realizadas por ano são escassos, uma vez que não se trata de procedimento de notificação compulsória.

Desta forma, fica evidente que o processo de reconstrução mamária pode ser longo, constando de várias etapas, dependendo do procedimento eleito e, na maioria das vezes, necessitando de pequenas intervenções tardias, que visam os reajustes necessários à simetrização da neomama com a mama contralateral. Assim, a mulher vivencia diferentes experiências, em situações difíceis e complexas, mas geralmente não está sozinha nesta caminhada, tendo ao seu lado a família e os amigos, que vivenciam esta situação a partir de outra perspectiva, que é o da pessoa que convive cotidianamente com a mulher que recebe o diagnóstico de câncer da mama, sofre a perda da mama e que realiza a reconstrução mamária. Além disso, a mulher também pode vivenciar este momento de uma maneira solitária, às vezes por optar em não compartilhar a situação com as pessoas próximas, ou mesmo por não ter com quem compartilhar este momento delicado.

Um estudo brasileiro, realizado com companheiros de mulheres submetidas à mastectomia, mostrou que os mesmos se identificaram como elementos de apoio social ao oferecerem afeto e estímulo ao autocuidado à mulher e ao auxiliar nos afazeres domésticos. Porém, enfrentaram dificuldades, principalmente em relação às obrigações maritais e ao relacionamento sexual, à falta de comunicação, insegurança, sensação de impotência e de realizar afazeres domésticos

(BIFFI, 1997). No estudo de Gradim (2005), os casais que vivenciaram o câncer da mama mostraram que um relacionamento consolidado e bem estruturado facilitou a adaptação à nova situação e que conseguiram lidar com as alterações físicas e psicológicas causadas pelo tratamento do câncer mamário.

1.2 A INTERAÇÃO ENTRE PESQUISADORA E PROBLEMA

Com a intenção de melhor contextualizar a problemática que me impulsionou a estudar o tema, situo minha trajetória como profissional fisioterapeuta. Creio que este exercício facilitará a compreensão das inquietações que surgiram no decorrer da vivência e atuação em fisioterapia na saúde da mulher e fisioterapia oncofuncional.

Ao cursar a graduação em fisioterapia, na Universidade Federal de Santa Maria (UFSM)/RS, no início dos anos 1990, fiquei profundamente sensibilizada com o engajamento da fisioterapia na reabilitação de mulheres com diagnóstico de câncer da mama e que sofriam cirurgias mutiladoras. Naquele período, este tipo de atenção, a fisioterapia ginecológica, estava apenas iniciando, mas era possível perceber a importância dos cuidados fisioterápicos no pré e pós-operatório, através da atuação multidisciplinar dos acadêmicos de fisioterapia junto à equipe do Hospital Universitário da referida instituição e o reconhecimento dos profissionais da saúde quanto à atuação da fisioterapia com mulheres submetidas à mastectomia.

Outro fator relevante e que contribuiu para meu interesse pelo tema ocorreu em 1997, quando, já formada, fui convidada a substituir a professora responsável pela disciplina de Fisioterapia Aplicada à Ginecologia e Obstetrícia da Universidade do Estado de Santa Catarina (UDESC), em Florianópolis/SC e, no ano seguinte, assumi a supervisão de estágio na área, em uma maternidade pública da capital, conveniada com a UDESC. Em razão deste novo momento profissional, a necessidade de aprofundar meus conhecimentos tornou-se essencial no enfrentamento desta questão e, desde então, tenho descoberto a imensa demanda que envolve a fisioterapia na saúde da mulher, seja no que se refere à assistência fisioterápica propriamente dita, seja no que diz respeito ao preparo técnico dos acadêmicos de graduação.

Em 2001, prossegui minha atividade de docência na área de fisioterapia na saúde da mulher na Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI), através da atuação em disciplinas, supervisão de estágio e

em projetos de extensão, sempre direcionados à assistência fisioterápica à mulher.

Esta experiência tem me proporcionado, ao longo destes anos, um enriquecimento profissional e pessoal, principalmente pelo aprendizado obtido através da convivência com mulheres que vivenciaram o câncer da mama, seus tratamentos, suas sequelas e, por fim, a reabilitação física, emocional e social. Apesar de todo embasamento teórico, conquistado de diversas formas: curso de graduação, especialização, cursos complementares, pós-graduação (mestrado e doutorado), educação continuada dentro das universidades onde atuei, além de tantas outras formas de aprendizagem, sem a experiência prática e o contato com estas mulheres, meu envolvimento neste processo não seria o mesmo.

Assim, após iniciar a vivência nesta área de atuação dentro das universidades e a partir do meu entusiasmo em querer auxiliar estas mulheres de outra forma, em 2002, entendi que poderia contribuir através do atendimento fisioterápico à mulheres portadoras de câncer da mama em um consultório particular. Naquele momento, meu engajamento com uma equipe de médicos mastologistas e cirurgiões plásticos da cidade de Florianópolis permitiu que esta assistência preconizasse a integralidade da mulher, além de proporcionar o suporte técnico necessário, mediante o acompanhamento das mulheres durante os procedimentos cirúrgicos e pós-cirúrgicos, imediatos e tardios, contando com os esclarecimentos dos profissionais envolvidos (médicos/enfermeiros/psicólogos/nutricionistas) à respeito dos detalhes de cada tratamento, imprescindíveis para um resultado satisfatório da fisioterapia no pós-operatório.

Em relação à fisioterapia na assistência à mulher submetida à mastectomia, esta teve seu desenvolvimento alavancado em nosso país a partir da década de 1990 e com a publicação do livro “Reabilitação física no câncer da mama”, no ano 2000. Anteriormente, os materiais disponíveis eram traduções de publicações europeias, principalmente do Reino Unido, considerado o “berço” da fisioterapia ginecológica e obstétrica (CAMARGO; MARX, 2000).

É preciso considerar que o período pós-cirúrgico pode apresentar algumas complicações e que várias delas podem ser prevenidas ou tratadas pela fisioterapia, tais como: seromas, cicatrizes hipertróficas e aderentes, aderências miofasciais, alterações de sensibilidade, alterações posturais, disfunções linfáticas (linfedema de membro superior e cordão fibroso linfático), limitação dos movimentos do ombro, retração

muscular nos membros envolvidos e sintomas álgicos (BARACHO, 2012; BRAGA, 2014; CAMARGO; MARX, 2000; FERREIRA, 2011; FURLAN et al., 2013; MARQUES, 2011; NASCIMENTO et al., 2012; REZENDE et al., 2006).

Desde os primórdios desta atenção, busca-se aprimorar as técnicas fisioterápicas, em contínuo processo de evolução, pois a fisioterapia representa um papel importante nesta nova etapa da vida da mulher submetida ao tratamento cirúrgico, pelo conjunto de possibilidades terapêuticas físicas, suscetíveis de intervir desde a mais precoce recuperação funcional até a profilaxia de sequelas.

Porém, ao estabelecer um contato muito próximo e íntimo com a mulher mastectomizada, o fisioterapeuta enfrenta questões que vão muito além das consequências do tratamento do câncer da mama no corpo físico e nos deparamos com a mulher, um ser integral em todos os seus aspectos biopsicossociais.

Esta mulher traz consigo diversos valores, crenças, sua identidade cultural e, entre muitos outros significados, o significado simbólico da mama para sua identidade, sua autoestima e sua sexualidade, o que torna primordial cuidar também do “feminino ferido”. Evitar a dicotomia entre corpo e mente significa olhar a mulher como um ser humano integral e contribuir para resultados terapêuticos melhores e mais rápidos. O choque ao receber o diagnóstico, a culpa pelo adoecimento, o medo da morte e do sofrimento causado pelo tratamento oncológico, a ansiedade e a depressão são manifestações frequentes nas mulheres acometidas por câncer da mama (CAMARGO, 2008; FURLAN et al., 2013; NASCIMENTO et al., 2012).

Além desses fatores, o luto pela perda da mama, da saúde e a necessidade de adiar ou desistir de projetos de vida, representando um intenso sofrimento, estão presentes. É possível observar também importantes alterações da imagem corporal, da autoestima e da identidade como mulher, que podem afetar significativamente a sexualidade da mulher (BRAGA, 2014; CAMARGO, 2008; FURLAN et al., 2013).

Conceituar o termo imagem corporal é algo complexo, cuja definição pode gerar interpretações simplistas e equivocadas, mas, de modo geral, pode-se considerar imagem corporal como a representação mental que se tem do próprio corpo. A palavra imagem, nesse caso, não se limita ao sentido específico da visão, mas abrange vivências afetivas, sociais e fisiológicas que influenciam a forma como o ser humano se percebe. Trata-se de um processo multidimensional e dinâmico,

diferentemente do "esquema corporal" – uma realidade de fato, comum a todos os indivíduos – a imagem corporal é peculiar a cada um e está ligada ao sujeito e a sua história (ALMEIDA; GUERRA; FILGUERAS, 2012; BLANCO-SÁNCHEZ, 2010; MOREIRA; CANAVARRO, 2010; SABISTON et al., 2010).

De acordo com Schilder (1994), a imagem corporal é um conceito capaz de operar com as três estruturas corporais: estrutura fisiológica, responsável pelas organizações anatomofisiológicas; estrutura libidinal, conjunto de experiências emocionais vividas nos relacionamentos humanos; e estrutura sociológica, baseada nas relações pessoais e na aprendizagem de valores culturais e sociais.

Quanto às questões emocionais, tenho percebido ao longo dos anos que as mulheres, muitas vezes, não aceitam ou afirmam “não precisar” de acompanhamento psicológico, apesar de conversas abertas à respeito da importância deste profissional no processo de reabilitação.

Acredito que, pelo fato do fisioterapeuta estabelecer um vínculo muito próximo com a mulher, mantendo encontros semanais, ou até mesmo duas ou três vezes por semana, dependendo de cada caso, sendo que cada encontro tem a duração média de 1 hora, as mulheres relatam que se sentem “amparadas” e apoiadas emocionalmente. Pois, apesar das técnicas fisioterápicas que são realizadas durante o encontro semanal, ao mesmo tempo, a conversa e o apoio acontecem naturalmente, os sentimentos vêm à tona e sinto, cada vez mais, que necessito conhecer mais a fundo e compreender a dimensão psicossocial deste processo.

Desta forma, a sensibilidade deve estar presente em cada aproximação terapeuta-mulher, pois

permite compreender que o ser humano é único com múltiplas possibilidades consigo e com o outro. Seu comportamento cria significações, e a fala é somente uma entre as outras. Assim, o comportamento depende das informações, dos conhecimentos, das crenças e das percepções [...]. A linguagem é fundamental na percepção que se tem do outro como comportamento expressivo. Todo ser humano, sujeito falante, sensível, tem uma expressão e um jeito de habitar o mundo que lhe é próprio. [...] estabelece um solo comum entre eu e outrem (TERRA et al., 2008, p. 559).

Neste sentido, ao assistir e acompanhar mulheres que vivenciam o processo de ser submetida à mastectomia e reconstruir a mama, percebo os medos, a insegurança, a fragilidade e o pessimismo durante o longo processo de reconstrução, porém, além destes sentimentos, observo também raiva, indignação, insatisfação e angústia, ou ainda, alegria, satisfação e otimismo. Estas mulheres, acompanhadas ou não por suas famílias, passam por um turbilhão de sensações e têm variadas percepções do processo vivenciado.

E ao refletir sobre a palavra *processo*, a mesma é derivada do latim, significando procedimento, maneira de operar ou de agir, para indicar o método que consiste em ir das causas ao efeito, ou do efeito às causas, ou de uma causa à outra, infinitamente. Também significando devir ou desenvolvimento, ou ainda, concatenação quaisquer de eventos (ABBAGNANO, 2007). De acordo com Weiszflog (2012), editor do Michaelis Moderno Dicionário da Língua Portuguesa, *processo* também pode ser entendido como ato de proceder ou de andar, ou ainda, sucessão sistemática de mudanças numa direção definida. Para Strauss e Corbin (2008), *processo* representa a natureza dinâmica e evolutiva da ação/interação dos fatos ou acontecimentos, que podem ou não ocorrer em formas ou sequências contínuas.

Assim, diante deste contexto, venho aprofundando a cada dia as inquietações que me movem como profissional da saúde, fisioterapeuta e mulher, tendo muita clareza de que algo necessita ser feito para contribuir na compreensão do significado para a mulher da vivência do processo de ser diagnosticada com câncer da mama, sofrer a mastectomia e reconstruir a mama.

Ao conhecer os métodos de pesquisa qualitativa, percebi que a proposta de realizar esta investigação na perspectiva da Teoria Fundamentada nos Dados poderia contribuir na construção de uma teoria à respeito dos significados da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher mastectomizada. A escolha deste método investigativo ocorre em face do pouco conhecimento em relação aos significados que a mulher submetida à mastectomia atribui à vivência deste processo, pois este estudo pretende gerar explicações abrangentes dos fenômenos, fundamentadas na realidade.

Deste modo, ao contribuir na compreensão deste fenômeno, os resultados desta investigação poderão auxiliar na melhora da qualidade de assistência à mulher que vivencia este processo, de forma mais complexa e integrativa, visando não só os aspectos biológicos, mas todos os outros aspectos envolvidos, como os emocionais e sociais.

Acredito ser essencial a atuação multidisciplinar nessa assistência, envolvendo diferentes profissionais da área da saúde, como a medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e nutrição, de forma a fornecer todos os subsídios necessários para uma reabilitação tranquila e reconfortante da mulher que passa pelo processo de reconstrução mamária, mediante uma atenção humanizada, que respeite a individualidade de cada mulher.

Para o entendimento de atuação multidisciplinar, podemos citar o conceito formulado por Peduzzi (2001), que considerou o trabalho em equipe multidisciplinar como uma modalidade de trabalho coletivo que se configura na relação recíproca entre as múltiplas intervenções técnicas e a interação dos agentes de diferentes áreas profissionais. Por meio da comunicação, ou seja, da mediação simbólica da linguagem, ocorre a articulação das ações multiprofissionais e a cooperação entre os agentes. O agir-comunicativo visa o entendimento e o reconhecimento mútuos, configurando que a prática comunicativa é uma situação em que as mediações são o próprio fim, ou seja, a finalidade é interagir e, nesse processo, construir consensos pertinentes a cada contexto. Dessa forma, atuação multidisciplinar será um agir comunicativo e técnico, em que o fim é definido e alcançado por um processo participativo e de intervenção.

As contribuições de estudos brasileiros realizados na área da mulher com câncer da mama foram extremamente relevantes, sendo consideradas na condução deste estudo, pois são pesquisas qualitativas, multidisciplinares ou não, que investigaram importantes aspectos do tema e apontaram caminhos para novas investigações (PEREIRA, 2014; JUNQUEIRA et al., 2013; AZEVEDO; LOPES, 2010a; ROSA; RADÜNZ, 2012; SILVA; SANTOS, 2008; SOUZA, 2007; GRADIM, 2005; NOGUEIRA, 2004; DUARTE; ANDRADE, 2003; BIFFI, 1997).

Vislumbrei, então, neste doutorado, a possibilidade de realizar um estudo com a intenção de contribuir no desvelamento dos significados de vivenciar o processo de reconstrução mamária, sob a ótica da mulher submetida à mastectomia. Desta maneira, a proposta desta pesquisa visou responder à seguinte questão: como a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama experiencia e significa o processo de reconstrução mamária?

Em busca de respostas para esta questão foram estabelecidos os seguintes objetivos: 1) compreender os significados atribuídos pela mulher submetida à mastectomia por câncer da mama ao processo de reconstrução mamária; 2) construir um modelo teórico sobre a

experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama.

Pressuposto: vivenciar a reconstrução mamária significa, para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama, uma experiência única em um processo prolongado, árduo, doloroso, complexo, mesclado por várias intervenções cirúrgicas de ‘retoques’, intercalado com momentos de alegrias e tristezas, avanços e retrocessos, ganhos e perdas, que pode gerar insatisfações em relação ao cuidado profissional recebido durante o período de tratamento, necessitando de um tempo considerável de adaptação à condição de ter uma mama reconstruída. Esse pressuposto refere-se à própria Tese do presente estudo.

2 REVISANDO A LITERATURA

2.1 MANUSCRITO 1 – A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA SOB A ÓTICA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA: UMA METAETNOGRAFIA

A RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA SOB A ÓTICA DE MULHERES SUBMETIDAS À MASTECTOMIA: UMA METAETNOGRAFIA¹

BREAST RECONSTRUCTION UNDER THE PERSPECTIVE OF MASTECTOMIZED WOMEN: A META ETHNOGRAPHY

LA RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DESDE LA PERSPECTIVA DE LAS MUJERES SOMETIDAS A MASTECTOMÍA: UNO METAETNOGRAFIA

Cilene Volkmer²

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO

Objetivo: analisar estudos qualitativos publicados na literatura científica nacional e internacional sobre reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, sob a ótica das mulheres. Metodologia: revisão sistemática de literatura, do tipo metaetnografia, sem data limite inicial das publicações, até dezembro de 2015. A busca eletrônica nas bases de dados identificou 65 estudos, com 27 atendendo aos critérios de inclusão e exclusão. Após análise e classificação dos mesmos segundo *checklist*

¹Manuscrito, produto da revisão de literatura da Tese de Doutorado intitulada “O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama”, defendida no Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2016. Pesquisada realizada com financiamento da CAPES.

²Fisioterapeuta Maternidade Carmela Dutra, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), UFSC. cilenev@gmail.com +55 (48) 3251 7500 - Florianópolis – SC - Brasil

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e do PEN/UFSC. Pesquisadora e Líder do GRUPESMUR, UFSC. gregos@matrix.com.br +55 (48) 3721 9480 - Florianópolis – SC - Brasil.

do *Critical Appraisal Skills Programme*, 13 constituíram o corpus analítico da revisão. A síntese dos dados foi realizada através da abordagem metaetnográfica. Resultados: quatro categorias emergiram dos estudos: decisão das mulheres sobre realizar reconstrução mamária; lidando com a experiência da reconstrução mamária; relatando as vantagens e desvantagens da reconstrução mamária; as mulheres e sua relação com os profissionais da saúde. A metacategoria “dando a volta por cima” aponta para o enfrentamento do processo longo e doloroso de reconstrução mamária. Conclusão: esta revisão sintetiza o conhecimento científico sobre a ótica das mulheres em relação ao processo de reconstrução mamária e aponta para a necessidade dos profissionais da saúde compreenderem as percepções das mulheres submetidas à mastectomia e reconstrução mamária, a fim de melhorar a assistência prestada.

Descritores: Saúde da Mulher. Neoplasia da Mama. Procedimentos Cirúrgicos Reconstructivos. Literatura de Revisão como Assunto. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

Objective: to analyze qualitative studies published in national and international scientific literature on breast reconstruction after mastectomy for breast cancer, from the perspective of women. **Methodology:** a systematic review of literature, metaethnographic type undated initial limit of publications by the year 2015. The electronic search in the databases identified 65 studies, with 27 meeting the inclusion and exclusion criteria. After analysis and classification according to the Critical Appraisal Skills Programme, 13 constituted the analytical corpus of the review. The summary of the data was performed by metaethnographic approach. **Results:** four categories emerged from the study: decision on women perform breast reconstruction; dealing with the experience of breast reconstruction; reporting the advantages and disadvantages of breast reconstruction; women and their relationship with health professionals. The metacategory "bouncing back" points to face the long and painful process of breast reconstruction. **Conclusion:** This review summarizes the scientific knowledge about the perspective of women in relation to the breast reconstruction process and points to the need for health professionals to understand the perceptions of women undergoing mastectomy and breast reconstruction, in order to improve the assistance provided.

Descriptors: Women's Health. Breast Neoplasms. Reconstructive Surgical Procedures. Review Literature as Topic. Qualitative Research.

RESUMEN

Objetivo: analizar los estudios cualitativos publicados en la literatura científica nacional e internacional sobre la reconstrucción mamaria después de una mastectomía por cáncer de mama, desde la perspectiva de las mujeres. Metodología: una revisión sistemática de la literatura, caracterizado como metaetnografía, sin fecha límite inicial de publicaciones, hasta el año 2015. La búsqueda electrónica en las bases de datos identificó 65 estudios, de los cuales 27 cumplieron los criterios de inclusión y exclusión. Tras el análisis y la clasificación de los datos de acuerdo con el *checklist* do *Critical Appraisal Skills Programme*, 13 constituyeron el corpus analítico da revisión. La síntesis de los datos fue realizada mediante el abordaje metaetnográfica. Resultados: cuatro categorías emergieron del estudio: la decisión de las mujeres sobre realizar la reconstrucción mamaria; lidiando con la experiencia de la reconstrucción de la mama; la presentación de las ventajas y desventajas de la reconstrucción de la mama; las mujeres y su relación con los profesionales de la salud. La metacategoría "dando vuelta por encima" apunta a enfrentar el largo y doloroso proceso de reconstrucción de la mama. Conclusión: esta revisión resume el conocimiento científico acerca de la perspectiva de las mujeres en relación con el proceso de reconstrucción de la mama y apunta a la necesidad de profesionales de la salud para comprender las percepciones de las mujeres sometidas a mastectomía y la reconstrucción de la mama, con el fin de mejorar la asistencia proporcionada.

Descritores: Salud de la Mujer. Neoplasias de la Mama. Procedimientos Quirúrgicos Reconstructivos. Literatura de Revisión como Asunto. Investigación Cualitativa

INTRODUÇÃO

A assistência à mulheres com câncer da mama tem evoluído consideravelmente ao longo da história, no que diz respeito tanto ao tratamento cirúrgico, à quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, quanto ao acompanhamento fisioterapêutico, psicológico e nutricional. Em relação ao tratamento cirúrgico, o mesmo iniciou com ressecções

radicais da mama, sem reconstrução da mesma, chegando até a mais conservadora ressecção mamária, com reconstrução da mama associada, sempre objetivando a melhor qualidade de vida das mulheres (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; ESCUDERO, 2005; MORA, 2013).

Importantes avanços na cirurgia de mulheres portadoras de câncer da mama têm aumentado a capacidade de reconstruir a mama, com o objetivo de manter a simetria natural, considerando o sentimento das mulheres envolvidas e o aspecto estético. A cirurgia reconstrutiva de mama é baseada em princípios e não apenas em detalhes de procedimentos específicos, permitindo solução de problemas complexos, para orientar adequadas intervenções reconstrutivas (CHAMPANERIA et al., 2012).

As primeiras tentativas de realizar reconstrução mamária aconteceram no final do século 19, com o cirurgião francês Verneuil, em 1887 e o alemão Vincenz Czerny, em 1895. Porém, devido ao domínio da técnica de mastectomia radical do cirurgião Halsted, a partir de 1889, houve um impedimento da popularização da reconstrução de mama e a mastectomia radical foi considerada tratamento padrão, à nível mundial, até meados dos anos 1970. Com o advento do Movimento dos Direitos das Mulheres, estas cirurgias foram questionadas, levando ao desenvolvimento de cirurgias conservadoras da mama (CHAMPANERIA et al., 2012; ESCUDERO, 2005; MORA, 2013; UROSKIE; COLEN, 2004).

Em relação aos avanços nesta área, podemos citar técnicas de mastectomias menos agressivas; a introdução e progresso dos implantes mamários de silicone; localização do implante submuscular; técnica de expansão tecidual aplicada na reconstrução de mama; e avanços no uso de retalhos miocutâneos (CHAMPANERIA et al., 2012; CODNER et al., 2005; ESCUDERO, 2005; HU; ALDERMAN, 2007; KNOBF; STAHL, 1991; MORA, 2013; SERLETTI et al., 2011).

Em virtude da complexidade relacionada ao diagnóstico e tratamento do câncer da mama, dos sentimentos e emoções que as mulheres enfrentam, tanto em relação à necessidade de se submeter à mastectomia, quanto à decisão de realizar ou não reconstrução mamária e de, ao decidir-se pela reconstrução, ter de optar pela imediata ou tardia, percebemos a importância de conhecermos mais a fundo, enquanto profissionais da saúde, todas as questões envolvidas na reconstrução mamária após o câncer da mama, na visão das mulheres.

Além disso, a reconstrução pode trazer benefícios, como o resgate do sentimento de feminilidade e de integridade corporal, quanto complicações pós-operatórias, inerentes a qualquer procedimento cirúrgico complexo, além das alterações físicas, emocionais e sociais, envolvendo afetividade e sexualidade das mulheres. Diante deste contexto, acreditamos que o conhecimento sobre o estado da arte das produções científicas relacionadas à reconstrução mamária após câncer da mama pode auxiliar na assistência a essas mulheres.

As publicações científicas sobre câncer da mama e reconstrução mamária são numerosas e quando retratamos as revisões de literatura, observamos ênfase às revisões não-sistemáticas, sendo que quatro revisões se referiam aos tipos de reconstrução mamária, quatro à evolução histórica deste procedimento, duas revisaram aspectos psicológicos relacionados à reconstrução mamária, uma revisou representações sociais do câncer da mama e outra os benefícios da cirurgia para a mulher (ALMEIDA, 2006; AZEVEDO; LOPES, 2010; CHAMPANERIA et al., 2012; CODNER et al., 2005; ESCUDERO, 2005; GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; HARCOURT; RUMSEY, 2001; HU; ALDERMAN, 2007; KNOBF; STAHL, 1991; SERLETTI et al., 2011; UROSKIE; COLEN, 2004).

Quanto às revisões sistemáticas, citamos três relacionadas à estudos quantitativos sobre reconstrução mamária (resultados do procedimento, da radioterapia pós reconstrução e revisão de instrumentos de medida para avaliar qualidade de vida no pós-operatório); além disso, apontamos duas revisões relacionadas à estudos mistos (quantitativos e qualitativos envolvidos na análise), ambos envolvendo a imagem corporal após câncer da mama (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012; BUCHHOLZ et al., 2002; CHEN et al., 2010; POTTER et al., 2011; SANTOS; VIEIRA, 2009).

Dois estudos de Cesnik e Santos (2012a; 2012b), definidos como revisão integrativa, analisaram estudos qualitativos acerca do impacto da mastectomia e reconstrução mamária na sexualidade das mulheres portadoras de câncer da mama e das repercussões dos desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer da mama sobre a sexualidade da mulher submetida à mastectomia.

E, por último, não identificamos nenhuma revisão sistemática de estudos qualitativos (também denominada metaetnografia), acerca da visão das mulheres submetidas à mastectomia sobre reconstrução mamária. Por considerarmos estudos qualitativos imprescindíveis para a produção do conhecimento, devido a sua capacidade de incorporar a

questão do significado, da subjetividade e da intencionalidade como inerentes aos atos, às relações e às estruturas sociais, como construções humanas significativas (MINAYO, 2010), optamos por realizar uma investigação com esta finalidade.

Considerando a proposta de realizar uma revisão de literatura utilizando a abordagem metaetnográfica, Noblit e Hare (1988) preconizam que a mesma é a representação da síntese da pesquisa interpretativa e que deve visar a construção de esclarecimentos apropriados sobre estudos interpretativos. A interpretação na pesquisa qualitativa é uma tentativa de clarear, de dar significado ao objeto de estudo, procurando trazer à luz um princípio fundamental da coerência do significado, auxiliando no entendimento de como os fenômenos podem se conectar e interagir (NOBLIT; HARE, 1988).

Portanto, justifica-se o presente estudo, pautado pela pergunta: qual a produção do conhecimento veiculado na literatura científica nacional e internacional, acerca dos estudos qualitativos sobre reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, sob a ótica das mulheres? O objetivo foi realizar metaetnografia de estudos publicados na literatura nacional e internacional sobre reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, sob a ótica das mulheres.

Percorso Metodológico

Este estudo buscou sintetizar estudos qualitativos, através de uma revisão sistemática de literatura, seguindo a concepção de Noblit e Hare (1988), que propõem o termo metaetnografia para designar este tipo de investigação, onde a síntese do conhecimento está alicerçada na indução e interpretação dos dados encontrados. Assim, a metaetnografia é a construção interpretativista, onde o pesquisador/sintetizador busca apresentar o “todo” a partir de estudos seletivos de “partes”. Esta revisão seguiu 3 fases distintas: revisão sistemática da literatura, análise crítica dos artigos selecionados e síntese (ESPÍNDOLA; BLAY, 2009).

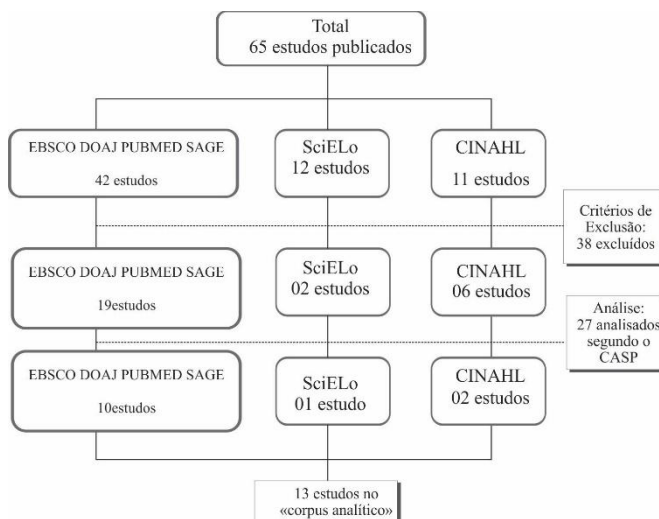
A pesquisa dos estudos qualitativos foi realizada nas bases de dados *EBSCOhost Research Database* (EBSCO), *Public/Publisher MEDLINE*, U.S. National Library of Medicine (PUBMED), *SAGE Journals Online* (SAGE), *Directory of Open Access Journals* (DOAJ) e *Current Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Além desta busca, foram investigados os periódicos indexados e disponíveis no SciELO - Scientific Electronic Library Online, sendo

também realizada busca manual das referências citadas nos artigos selecionados, artigos de revisão sistemática publicados e identificados, potencialmente úteis.

Os critérios utilizados para realizar a busca online em todas as bases foram uma combinação das palavras-chave “breast reconstruction” e “qualitative” com os sinônimos “breast reconstructions” e “reconstructive breast surgery”, juntamente com os termos “surgical breast reconstruction”, “ethnography”, “phenomenology”, “grounded-theory”, “thematic analysis”, “content-analysis”, “observational- methods”, “constant-comparative-method”, “participant-observation”, “narratives”, “field-studies”, “audiorecording”, “focus-group”, “interview”, “field-notes”, de acordo com os Descritores em Ciências da Saúde – DeCS, da Biblioteca Virtual em Saúde – BVS, nos idiomas inglês, português e espanhol.

Os critérios de inclusão para seleção dos estudos foram: artigos publicados em periódicos, referentes à pesquisas utilizando metodologia qualitativa na investigação da reconstrução mamária sob a ótica de mulheres submetidas à mastectomia, nos idiomas inglês, português e espanhol, sem limite inicial de data de publicação, publicados até 31 de dezembro de 2015.

Figura 1 - Fluxograma do processo de seleção e análise dos estudos qualitativos



Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

Quanto aos critérios de exclusão, foram excluídos 38 estudos por se tratar de abordagem quantitativa ou mista (16), relatos de experiência (5), revisões de literatura (6), estudos abordando a reconstrução mamária na visão dos companheiros/familiares das mulheres mastectomizadas (2) ou na visão dos profissionais da saúde (4) e abordando apenas mulheres que não realizaram reconstrução mamária (5).

Em relação à análise dos estudos, foi observada a importância da classificação quanto ao rigor metodológico, credibilidade e relevância, com a intenção de excluir estudos que não apresentassem estas características. Para tanto, o *Critical Appraisal Skills Programme* (CASP) apresenta a proposta de realização de uma análise crítica, através de um *checklist*, que auxilia neste processo analítico, contemplando 10 itens: objetivo especificado; desenho metodológico adequado; procedimentos metodológicos detalhados; seleção de amostra por conveniência; coleta de dados claramente apresentada; interrupção da coleta de dados por saturação dos dados; descrição da relação entre pesquisador e pesquisado; cuidados éticos; análise dos dados bem fundamentada; resultados apresentados e discutidos, visando a credibilidade; e descrição sobre as contribuições do conhecimento gerado, além das limitações encontradas na realização do estudo, que auxiliam o avaliador a analisar de forma sistemática as questões apresentadas nos estudos. Assim, em seguida à filtragem dos estudos através do *checklist*, os mesmos foram categorizados em 2 classes - A e B, sendo a classe A designada aos estudos com pequeno viés de risco, tendo contemplado ao menos nove dos dez itens; e na classe B, indicada aos estudos com viés de risco moderado, ou seja, pelo menos 5 dos 10 itens atendidos na elaboração do relato da pesquisa (CASP, 2013; ESPÍNDOLA; BLAY, 2009).

Para sintetizar o conhecimento a partir de estudos qualitativos, devemos nos apropriar da tarefa essencial do processo de síntese, usando a indução e a interpretação, sendo ponto-chave da síntese etnográfica a análise comparativa. Noblit e Hare (1988) apontam que a comparação sistemática envolve o interpretativismo, a transferência de vários estudos em outro estudo e que esta comparação deve seguir algumas fases: a) identificar um tema de interesse; b) decidir o que é relevante dentro deste tema; c) ler os estudos em profundidade e se apropriar dos detalhes; d) estabelecer uma relação entre os estudos; e) transferir estudos para um novo estudo, ou seja, encontrar semelhanças e diferenças entre os mesmos; f) sintetizar as transferências, ou seja,

buscar englobar todos os relatos; g) redigir a síntese de acordo com o público de interesse. Os autores ainda afirmam que estas sete fases se sobrepõem, podendo ser realizadas de forma paralela.

A interpretação, como uma forma de conhecimento transmitido, é simbólica e assim, metafórico. Noblit e Hare (1988) sugerem seguir três critérios básicos para realizar metáforas adequadas: 1. Economia: usar o mais simples conceito do fenômeno e facilitar a representação e manipulação; 2. Coerência: integração eficiente, realizar explicação sem redundância, ambiguidade e contradição; 3. Variedade: poder de incorporar outros domínios simbólicos. Além destes, mais dois critérios podem ser observados: aparência (habilidade da linguagem em mostrar mais experiência) e credibilidade (as metáforas devem ser críveis). Assim, a leitura dos estudos e o fato de reduzi-los metaforicamente capacita o sintetizador a decidir como tratar a relação entre os estudos.

Quanto à maneira de ser realizada, a metaetnografia pode ser conduzida de quatro formas: síntese de temas diferentes; síntese de temas aproximadamente similares; síntese sobre estudos que se refutam entre si; e síntese sobre estudos que constroem uma “linha de argumento”. De acordo com estas possibilidades, este estudo foi conduzido por meio da *reciprocal translation*, quando os estudos analisados apresentam similaridades, auxiliando no processo de compreensão e transferência de conceitos e ideias, apreendendo a particularidade de cada um e atingindo a redução dos relatos, mantendo o significado dos mesmos em uma nova interpretação (NOBLIT; HARE, 1988).

A busca eletrônica dos artigos foi realizada de março de 2015 a janeiro de 2016, sendo identificados 65 relatos de pesquisa publicados até dezembro de 2015, primeiramente selecionados pelo título, em seguida, pela leitura do resumo (49), e então, pela leitura na íntegra do artigo (41). Após esta etapa inicial, observamos que 27 estudos atenderam aos critérios de inclusão. A segunda etapa constou do processo analítico referente à qualidade destes 27 estudos, mediante a utilização do *checklist* do CASP e da posterior classificação em categorias. Como resultado da última etapa, obtivemos 2 estudos classificados como classe A e 11 classificados como classe B, totalizando, portanto, o corpus analítico com treze estudos.

RESULTADOS

Quanto à caracterização dos treze estudos analisados, foram realizados nove estudos de 2010 a 2015 e quatro de 2003 a 2007, sendo que em relação ao local de realização dos mesmos, nove foram conduzidos na Europa, três na América do Norte e um na América do Sul. Quanto à área dos periódicos que publicaram os estudos, encontramos enfermagem, psicologia, medicina (cirurgia plástica e oncologia) e ciências humanas.

No que diz respeito à forma que os profissionais conduziram os estudos, integrada ou não, quatro estudos contaram com a participação apenas de enfermeiros, três apenas com psicólogos e seis contaram com profissionais de diferentes áreas: saúde pública, saúde da mulher, genética clínica, filosofia e ética médica, psicoterapia, oncologia cirúrgica, cirurgia plástica, ginecologia e obstetrícia, enfermagem e cirurgia reconstrutiva, caracterizando estudos interdisciplinares.

Os treze estudos analisados pelo CASP (2013) estão apresentados e caracterizados no Quadro 1.

Quadro 1 - Pesquisas qualitativas sobre reconstrução mamária, na visão de mulheres submetidas à mastectomia, publicadas até 2015. (N=13), Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

AUTOR/ANO/REVISTA	PAÍS	PARTICIPANTES	IDADE	FENÔMENO ESTUDADO	MÉTODO / TÉCNICA COLETA DE DADOS	CASP
DUARTE; ANDRADE (2003) Revista Estudos de Psicologia	Brasil	6 mulheres em estágio avançado do CA mama, com e sem reconstrução	Entre 34 e 55 anos	Percepção da própria sexualidade após tratamento	Estudo qualitativo / Entrevistão-dirigida	B
WOLF (2004a) European Journal of Oncology Nursing	Reino Unido	8 mulheres com reconstrução de mama	Entre 41 e 61 anos	Percepção sobre a forma e conteúdo das informações dadas às mulheres	Estudo qualitativo / Grupo focal	B
WOLF (2004b) European Journal of Oncology Nursing	Reino Unido	8 mulheres com reconstrução de mama	Entre 41 e 61 anos	Percepção sobre tomada de decisão sobre cirurgia e fontes de Informação	Estudo qualitativo / Grupo focal	B
BOEHMER et al. (2007) Plastic and Reconstructive Surgery	EUA	15 mulheres de minorias sexuais, com e sem reconstrução mamária	Entre 41 e 61 anos	Tomada de decisão sobre reconstrução e influência das parceiras	Estudo qualitativo / Entrevista narrativa	B

BLANCO-SANCHEZ (2010) Enfermería clínica	Espanha	29 mulheres com e sem reconstrução mamária	Entre 22 e 66 anos	Vivência de mulheres quanto à reconstruir ou não a mama	Fenomenologia / Entrevista aprofundada	B
PIOT-ZIEGLER et al (2010) British Journal of Health Psychology	Suíça	19 mulheres com e sem reconstrução	Entre 37 e 62 anos	Impacto do tratamento cirúrgico na representação física e corporalidade	Metodologia qualitativa reflexiva / Entrevista com roteiro	A
RUBIN; TANENBAUM (2011) Psychology of Women Quarterly	EUA	13 mulheres lésbicas, com e sem reconstrução	Entre 29 e 56 anos	Tomada de decisão quanto à reconstrução e sentimentos envolvidos	Estudo qualitativo / Entrevista individual	B
SPECTOR et al. 2011 Journal of Psychosocial Oncology	Canadá	21 mulheres com reconstrução imediata ou tardia	Entre 20 e 65 anos	Experiência de recuperação após reconstrução mamária	Estudo qualitativo / Entrevista semiestruturada	B

FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN (2012) European Journal of oncology Nurs.	Suécia	6 mulheres com reconstrução mamária	Entre 39 e 61 anos	Experiência em se submeter à reconstrução após CA de mama	Estudo qualitativo / Entrevista com questão norteadora	B
GOPIE et al. (2012) Journal of Plastic, Reconstr & Aesthetic Surg.	Holanda	31 mulheres com reconstrução mamária	Média de 44 e 48 anos, 2 grupos	Motivo na escolha do tipo de reconstrução	Abordagem qualitativa / Entrevista semiestruturada	B
MCKEAN; NEWMAN; ADAIR (2013) European Journal of Cancer Care	Reino Unido	10 mulheres com CA de mama, com e sem reconstrução.	Entre 31 e 60 anos	Desenvolvimento de teoria a partir das relações entre câncer mama, reconstrução e autoimagem	Estudo qualitativo Grounded Theory / Entrevista semi- estruturada	B
HOLLAND; ARCHER, MONTAGUE (2014) Journal of Health Psychology	Reino Unido	6 mulheres que optaram ou não por reconstrução mamária.	Entre 31 e 46 anos	Experiências de mulheres jovens por optar ou não pela reconstrução mamária	Fenomenologia /Entrevista semi- estruturada	B

BOER; HULST; SLATMAN (2015) Humanistic Studies	Holanda	10 mulheres com reconstrução uni/bilateral, imediate ou tardia	Entre 28 e 75 anos	Expectativas relacionadas ao processo de reconstrução mamária	Fenomenologia /Entrevista	A
---	---------	--	--------------------------	---	------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

A metaetnografia de todos os artigos analisados, mediante o *reciprocal translation*, convergiu para quatro categorias: decisão das mulheres sobre realizar reconstrução mamária; lidando com a experiência da reconstrução mamária; relatando as vantagens e desvantagens da reconstrução mamária; as mulheres e sua relação com os profissionais da saúde.

Decisão das mulheres sobre realizar reconstrução mamária

As questões relacionadas à opção pela reconstrução mamária (RM) após a mastectomia envolvem variados aspectos, como: mulheres desejam simetria e equilíbrio corporal, desejam evitar o uso de próteses externas no sutiã, não desejam permanecer mutiladas, querem se sentir “inteiras” e não sentir a sensação de “vazio”, querem parecer “normais” e têm o desejo de construir uma história diferente das mães, que realizaram mastectomia e não reconstruíram a mama, sendo muito infelizes. As mulheres também citaram a possibilidade de recuperar a feminilidade, sexualidade e autoconfiança com a RM (BLANCO-SÁNCHEZ, 2010; DUARTE; ANDRADE, 2003; GOPIE et al., 2011; PIOT-ZIEGLER et al., 2010; RUBIN; TANENBAUM, 2011). *Quatorze mulheres falaram sobre [...] o sentimento de vazio associada à mastectomia [...]*” (PIOT-ZIEGLER et al., 2010). *A maioria [...] optou por realizar reconstrução [...] por razões como desejar simetria, evitar próteses externas, querendo sentir-se ‘completa’ e ‘normal’* (RUBIN; TANENBAUM, 2011).

As mulheres participantes dos estudos que não realizaram ou não queriam realizar reconstrução da mama relataram que, mais importante do que ‘ter uma mama’ é a vida e ter saúde. Além disso, demonstraram receio em relação ao uso de um implante, considerando o mesmo um “corpo estranho”, assim como preocupação com as complicações cirúrgicas, desejando evitar sentir mais dor e desconforto com intervenções adicionais. A falta de interesse na realização da RM também pode estar relacionada ao fato da mulher não ter um companheiro (BLANCO-SÁNCHEZ, 2010; BOEHMER, 2007; DUARTE; ANDRADE, 2003; HOLLAND; ARCHER; MONTAGUE, 2015; RUBIN; TANENBAUM, 2011). *[...] para elas não é essencial reconstruir a mama, o importante é a vida, [...] não fizeram reconstrução e muitas pensam em não realizá-la.* (BLANCO-SÁNCHEZ, 2010). *[...] enfatizando que o processo é desnecessário, na medida em que não prevê qualquer benefício curativo e exige operações adicionais.* (BOEHMER, 2007). *Eu certamente não iria passar por tudo isso para ter algo que não*

parece natural e apenas para me olhar, só para equilibrar com o outro lado. (HOLLAND; ARCHER; MONTAGUE, 2015).

Lidando com a experiência da reconstrução mamária

Independente do tipo de cirurgia escolhida, a RM afeta as mulheres de diversas formas: emocional, física e financeiramente. A maioria das mulheres se considerou despreparada para a complexidade do processo, sofrendo várias intervenções, muita dor e muito tempo de recuperação, mas apesar destas dificuldades, consideraram a experiência positiva, pois representa a fase final do tratamento do câncer e ajuda a planejar o futuro. Os resultados relacionados a este tema são apresentados em quatro subcategorias: nova imagem corporal; relações pessoais; relações sociais; e adaptação à nova realidade.

Em relação à **nova imagem corporal**, enquanto a mastectomia representa não só a perda da mama, mas a perda da identidade de mulher, a RM possibilita a mulher voltar a se sentir “como ela mesma”, ajuda a diminuir o impacto do estresse causado pelo diagnóstico do câncer e da retirada da mama, dá a liberdade de usar qualquer tipo de roupa. A mama reconstruída melhora a confiança e autoestima da mulher, além de despertar o sentimento de plenitude e totalidade, através da sensação de ter a mama reconstruída como parte normal do corpo. No entanto, algumas mulheres relatam que, mesmo reconstruída, a mama nunca volta a ser mesma, que as cicatrizes feias permanecem como memória de tudo que passaram, que a ‘neomama’ transmite a sensação de ‘alguma coisa que não deveria estar aqui’ (BOER; HULST; SLATMAN, 2014; FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012; McKEAN; NEWMAN; ADAIR, 2013; PIOT-ZIEGLER et al., 2010; SPECTOR et al., 2011). [...] *as participantes descreveram que sentiam a mama reconstruída como uma parte natural do corpo [...] sentiram uma maior liberdade sobre a sua escolha de roupas* (McKEAN; NEWMAN; ADAIR, 2013). *As mulheres não estavam preparadas para a quantidade de cicatrizes, [...] descreveu como parecendo que tinha ‘mamilos na cintura’; [...] chamou suas cicatrizes “feias como o pecado”. [...] cicatrizes fazem a mama reconstruída parecer artificial”* (FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012).

Em relação às **relações pessoais**, as alterações emocionais e físicas, decorrentes da realização da mastectomia e da reconstrução mamária, causam efeitos nas relações íntimas das mulheres. Quando as mulheres realizam a reconstrução tardia, permanecendo algum tempo com a mastectomia, preferem não manter relações sexuais neste período,

sentindo mais conforto somente após a RM. Mas, apesar da reconstrução, algumas mulheres relatam sentir maior preocupação após o término do tratamento, pois, no início, a questão de sobreviver era mais importante e quando retomam a ‘vida normal’, ainda demonstram constrangimento em deixar o companheiro tocar a mama reconstruída, por falta de sensibilidade. Além disso, mulheres sem companheiro demonstraram medo do peso do ‘olhar fixo’ do outro, medo de chocar e acreditam ter menor chance de iniciar um novo relacionamento (BLANCO-SÁNCHEZ, 2010; DUARTE; ANDRADE, 2003; PIOT-ZIEGLER et al., 2010). *Algumas disseram que não tinham relações no período de mastectomia e poderiam retomá-las quando reconstruíssem a mama. [...] sexo com seus parceiros, não removiam o sutiã, porque não se sentem confortáveis e suas relações não são satisfatórias* (BLANCO-SÁNCHEZ, 2010). *Mesmo tendo feito a reconstrução, não permitia que o marido tocasse em seu seio durante a relação sexual, pois sentia-se incomodada por ter perdido a sensibilidade dessa região* (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Quanto às **relações sociais**, as mulheres dos estudos analisados apontaram que existe uma grande dificuldade na retomada da vida social após o tratamento do câncer da mama, que existe o peso do ‘olhar fixo’ das outras pessoas, principalmente para aquelas que não realizaram a RM. Por outro lado, as mulheres que realizaram a RM relatam que a mesma ajuda a continuar trabalhando, sendo tratada sem diferença pelos colegas e a permanecer exercendo o papel de mãe, participando da rotina diária dos filhos. Em relação à dimensão sociocultural da identidade feminina, percebe-se que há grande diferença entre o que a sociedade espera e a própria realidade da imagem cultural da mulher que realizou mastectomia e reconstruiu a mama (BOER; HULST; SLATMAN, 2014; DUARTE; ANDRADE, 2003; McKEAN; NEWMAN; ADAIR, 2013; PIOT-ZIEGLER et al., 2010). *Além disso, foi sugerido que a reconstrução poderia ajudar a proteger os filhos de atenção indesejada para a região da cirurgia [...]* (BOER; HULST; SLATMAN, 2014). *A mama reconstruída seria um estranho objeto que manteria as aparências socialmente, mas nunca reestabeleceria a integridade física ou substituiria a feminilidade perdida* (PIOT-ZIEGLER et al., 2010).

Em relação à **adaptação à nova realidade**, as mulheres, ao realizarem a mastectomia e RM, passaram por um processo de desconstrução e reconstrução da condição feminina. Enquanto o diagnóstico de câncer e a mastectomia representam a perda do controle, a RM permite o retorno do senso de controle e o sentimento de

encerramento da experiência do câncer da mama. Apesar das mulheres, muitas vezes, não estarem satisfeitas com os resultados da RM, estão prontas para seguir adiante. O câncer da mama faz a mulher reavaliar prioridades e a experiência de passar por todo este processo transforma esta mulher; a dor, as dificuldades e a proximidade da morte oportunizam descobrir outros caminhos para viver (FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012; McKEAN; NEWMAN; ADAIR, 2013; PIOT-ZIEGLER et al., 2010; RUBIN; TANENBAUM, 2011; SPECTOR et al., 2011). *Primeiro eu sou um ser humano, depois eu sou mulher e, depois, eu sou uma mulher lésbica. Ninguém gosta de ver-se desfigurado por causa de uma doença* (RUBIN; TANENBAUM, 2011). [...] *algumas relataram o sentimento de que suas novas mamas simbolizam a sobrevivência, depois de ter vencido o câncer, permitindo começar uma nova vida* (McKEAN; NEWMAN; ADAIR, 2013).

Relatando as vantagens e desvantagens da reconstrução mamária

A análise dos estudos demonstrou que, ao optarem por realizar reconstrução mamária, as mulheres consideraram que eram muito jovens para permanecer sem mama, citando pontos positivos e negativos relacionados ao tipo de cirurgia: com implante de silicone, expansor tecidual ou com retalho miocutâneo (tecido autólogo).

A decisão pela RM com implante de silicone, na visão das mulheres, esteve associada ao menor tempo cirúrgico, menor complexidade, tempo de recuperação menos prolongado quando comparado ao retalho miocutâneo e melhor resultado estético por apresentar menos cicatrizes, além de algumas considerarem que não tinham tecido corporal suficiente para realizar o retalho miocutâneo. Como ponto negativo relacionado à reconstrução com implante, as mulheres citaram o desconforto do processo de expansão, sendo que muitas não sabiam quão longo e desconfortável seria este processo (BOER; HULST; SLATMAN, 2014; GOPIE et al., 2011; SPECTOR et al., 2011). *Elas preferiam ter um breve período de recuperação e um menor impacto da cirurgia, [...] queriam recuperar a sua vida diária o mais rápido possível* (GOPIE et al., 2011). *O processo de expansão do tecido levou um ano, em seu caso, porque a dor era "inacreditável", como ela descreveu* (SPECTOR et al., 2011).

Em relação à escolha pela RM com retalho miocutâneo ou tecido autólogo, as mulheres sentiram que a cirurgia poderia oferecer benefícios à longo prazo em comparação ao uso de implantes, por este

último exigir operações adicionais, devido à contratura capsular ou mau posicionamento do implante. Além disso, elas se beneficiariam com uma abdominoplastia durante a mesma cirurgia e, ainda, teriam um resultado estético mais satisfatório, com a mama reconstruída parecendo mais natural do que com um implante. Enquanto algumas mulheres sentiram que o procedimento era "desconfortável, mas não doloroso", outras experimentaram dor significativa, achando muito difícil os primeiros dias após a cirurgia, além de considerar todo o processo muito longo e complicado (GOPIE et al., 2011; SPECTOR et al., 2011). [...] *fiquei assustada quando pensei sobre implantes. Imagine que você tenha azar. Ouvimos sobre vazamento de silicones ou contratura capsular [...] a cirurgia com retalho pareceu mais segura* (GOPIE et al., 2011). *Disseram-me que eu não iria me sentir normal por um ano, mas eu ainda não estava preparada para isto* (SPECTOR et al., 2011).

As mulheres e sua relação com os profissionais da saúde

O envolvimento entre as mulheres e os profissionais da saúde, nestes casos, se estabeleceu a partir do diagnóstico de câncer da mama, quando se iniciou o processo de assistência à saúde da mulher. As mulheres assistidas consideraram importante que os profissionais fossem honestos e atenciosos em todas as etapas, incluindo o momento de receber as informações necessárias.

Em relação ao estabelecimento de comunicação durante o processo, as mulheres citaram que existe uma barreira no contato com os médicos cirurgiões, pois os mesmos não são totalmente disponíveis, permanecem pouco tempo com as mulheres e as mesmas se sentem descontentes com o fato destes deixarem o cuidado delas à cargo dos médicos assistentes, que não possuam a mesma habilidade. Também relataram insatisfação com o fato dos médicos decidirem pelo tipo de reconstrução. Por outro lado, na visão das mulheres, as enfermeiras dispõem de tempo, fornecem informações e suporte adequado, realizam contato frequente e são de fácil acesso nos momentos cruciais do processo, além de terem atitude sensível e de fazer um *link* entre os diferentes profissionais envolvidos (FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012; WOLF, 2004a; 2004b). [...] *a forma e a atitude do cirurgião tinha sido uma barreira para algumas participantes. No entanto, conseguiram superar essa barreira pelo fato da enfermeira ter sido acessível e ter respondido as perguntas que elas se sentiram incapazes de fazer ao cirurgião*(WOLF, 2012a).[...] *quando descobriu que a sua reconstrução havia sido realizada de uma maneira que ela não havia sido*

informada antes da cirurgia, ela ficou insatisfeita com isso(FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012).

Em relação a receber e avaliar informações, além das informações recebidas a partir de médicos e enfermeiras, as mulheres relataram ter recebido informações de outras fontes, como: fotografias de outras mulheres que passaram pelo mesmo processo, contato pessoal com outras mulheres, folhetos informativos e internet. As mulheres discutiram o conteúdo das informações recebidas e consideraram que as mesmas deveriam esclarecer alguns pontos: que a RM é um processo demorado; que a mama reconstruída tem sensibilidade alterada; apontar resultados reais da reconstrução do mamilo; que a recuperação dura “vários meses”, ao invés de “algumas semanas”; o nível de dor e desconforto, principalmente nas primeiras semanas; possíveis complicações com os implantes; roupas e sutiãs que podem ser usadas; benefício das massagens no implante e nas cicatrizes; e preparação psicológica no pré-operatório (WOLF, 2004a; 2004b). *Todas participantes viram fotografias de seu método de reconstrução antes da cirurgia. [...] reações às fotos variaram consideravelmente entre os grupos, com descrições negativas: como ‘chocante’ e ‘circo de horrores’ usado no primeiro grupo, com descrições do segundo grupo variando de ‘mau gosto’ a ‘agradavelmente admirada’*(WOLF, 2004b).

Metacategoria: Dando a “volta por cima”

Através da síntese metaetnográfica, o processo interpretativo e indutivo dos treze estudos analisados resultou em quatro categorias, que apresentam relações com as situações encontradas nos mesmos. Além disso, surgiu uma nova categoria, denominada metacategoria: Dando a volta por cima, pois envolveu questões que emergiram implicitamente da análise destas pesquisas qualitativas.

Em uma analogia à música “Volta por cima”, que afirma “levanta, sacode a poeira e dá a volta por cima”, as mulheres “caíram” abatidas ao receber o diagnóstico de câncer da mama e da necessidade de ser submetida à mastectomia, mas “levantaram e sacudiram a poeira” ao decidir realizar a RM ou não, enfrentando momentos complicados e arcando com as consequências da decisão tomada, de permanecer sem mama ou de ter uma nova mama. De qualquer forma, se transformaram em uma nova mulher e quando optaram pela RM, precisaram aprender a lidar com esta experiência, considerada longa, difícil e complexa. Também aprenderam a reavaliar suas relações com a equipe de profissionais envolvidos no processo, entendendo que uma comunicação

mais próxima e carinhosa precisa ser estabelecida com os médicos responsáveis.

Assim, ao enfrentar todo este processo e decidir encontrar uma nova maneira de viver e de ver a si mesmas, escolheram “dar a volta por cima”, superando as dificuldades e aceitando a nova condição feminina.

DISCUSSÃO

O diagnóstico do câncer da mama e a necessidade de um tratamento agressivo suscita nas mulheres uma série de sentimentos negativos e a entrada em um movimento denominado *luto*, que abate qualquer ser humano. Após o momento inicial, de desespero e desesperança, o tempo se encarrega de trazer à tona outros sentimentos, mais positivos (ALMEIDA, 2006; AZEVEDO; LOPES, 2005; COHEN, 2012; MOURA et al., 2010).

Em relação à necessidade de decidir sobre permanecer sem a mama ou realizar a reconstrução, um estudo mostrou que algumas mulheres preferiram não se submeter à reconstrução por motivo de segurança, pois tinham medo de que este procedimento promovesse o avanço da doença invasiva e também acreditavam que a reconstrução com implante de silicone pudesse impedir a detecção de recidiva da doença (HAURCOURT; RUMSEY, 2001).

A opção pela mastectomia e a não realização da reconstrução ainda pode estar relacionada com a despreocupação com o novo corpo, não desejar realizar outros procedimentos cirúrgicos e ouvir histórias de mulheres que fizeram a reconstrução e se sentiram piores, além de algumas mulheres considerarem que uma nova mama não é necessária (FENLON et al., 2012). Ou ainda, pode estar relacionada ao desconhecimento das mulheres submetidas à mastectomia quanto à reconstrução mamária (OLIVEIRA et al., 2012).

Ao escolher realizar RM, a maioria das mulheres espera pelas cicatrizes, mas não estão esclarecidas quanto ao tamanho das incisões e ao processo de maturação das mesmas, referindo surpresa e descontentamento no pós-operatório. As mulheres citaram relutância em aceitar as cicatrizes e demonstraram fortes reações negativas, usando adjetivos como “feias” e “horrorosas” (ABU-NAB; GRUNFELD; 2007; FANG; BALNEAVES; SHU, 2010; SNELL et al., 2010).

Enquanto que, para algumas mulheres, a reconstrução mamária representa sentimentos negativos em relação à nova imagem corporal e diminuição da autoconfiança, para outras a reconstrução significa o

retorno do senso de feminilidade e de sua identidade enquanto mulher, ajudando a retornar à vida “normal” (ABU-NAB; GRUNFELD, 2007; BEGUM et al., 2011; DENFORD et al., 2011).

Quanto ao impacto físico da reconstrução, a mesma pode trazer muitas sensações estranhas e inesperadas, como ausência de sensibilidade na região, dificuldade em realizar as atividades diárias e movimentar o corpo, considerar o aspecto final (tamanho e forma) da reconstrução pouco natural, algumas citando que a nova mama parecia mais como “uma bola de futebol” e não com uma mama (DENFORD et al., 2011; FANG; BALNEAVES; SHU, 2010; SNELL et al., 2010).

A RM é vista como o passo final no processo de tratamento do câncer da mama, que auxilia na recuperação emocional e na superação das lembranças ruins, passando a representar o final da doença e do sofrimento e, desta forma, possibilita o surgimento de uma nova mulher e o início de uma nova vida (DENFORD et al., 2011; COHEN, 2012).

Um dos aspectos importantes no processo de RM é a relação estabelecida entre as mulheres e a equipe de saúde e, na visão das mulheres, os profissionais da saúde devem valorizar mais as queixas, pois se sentem melhores quando os mesmos demonstram interesse pessoal e por suas vivências emocionais. Além disso, os profissionais influenciam as decisões das mulheres e devem dar apoio e atenção adequados, principalmente os médicos, pois as mulheres sentem que os mesmos poderiam fazer muito mais em relação a elas, sendo mais honestos, diretos, presentes, atenciosos e sensíveis (COHEN, 2012; FENLON et al., 2012; HAURCOURT; RUMSEY, 2001; MOURA et al., 2010).

Além disso, os profissionais da saúde representam a principal fonte de informação para as mulheres que iniciam o tratamento de câncer da mama e as mesmas afirmam que estas informações são importantes, tanto no período pré-operatório, quanto no pós-operatório, pois ajudam a diminuir a ansiedade envolvida no processo. Desta forma, as mulheres desejam receber todas orientações necessárias, de forma individual, holística e ampla (FENLON et al., 2012; HAURCOURT; RUMSEY, 2001).

CONCLUSÃO

Em síntese, os estudos sobre a reconstrução mamária na visão das mulheres mostram que elas apresentam similaridades quanto à decisão de realizar RM ou não e, depois de optar pela reconstrução, enfrentam o

difícil momento de escolher o tipo de RM; além disso, as mulheres precisam aprender a lidar com a experiência da RM e sentem dificuldades em estabelecer relação com determinados profissionais da saúde, principalmente os médicos. Os estudos ainda indicam a ambivalência de sentimentos das mulheres envolvidas no processo de reconstrução mamária, com muitos fatores influenciando as expectativas e os resultados, demonstrando a complexidade de “dar a volta por cima”, além de demonstrar que o trabalho interdisciplinar nesta assistência está muito aquém do ideal. Sendo assim, os resultados apontam para a necessidade de conhecermos mais a fundo as percepções das mulheres portadoras de câncer da mama, com o intuito de melhorar o entendimento das consequências pessoais e sociais para a mulher que realiza reconstrução mamária e melhorar a qualidade da assistência prestada.

REFERÊNCIAS

ABU-NAB, Z.; GRUNFELD, E.A. Satisfaction with outcome and attitudes towards scarring among women undergoing breast reconstructive surgery. **Patient education and counseling**, Ireland, v.66, n. 2, p. 243-249, 2007.

ALMEIDA, R.A. de. Impacto da mastectomia na vida da mulher. **Revista da SBPH**, Belo Horizonte, v. 9, n.2, p. 99-113, 2006.

Disponível em:

<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S151608582006000200007&script=sci_arttext>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

ALMEIDA, T.R.; GUERRA, M.R.; FILGUEIRAS, M.S.T.

Repercussões do câncer da mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/physis/v22n3/09.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

AZEVEDO, R.; LOPES, R. Merleau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro v. 13, p. 188-93, 2005. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v13n2/v13n2a07.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

BEGUM, S. et al. An exploration of patient decision-making for autologous breast reconstructive surgery following a mastectomy. **Patient education and counseling**, Ireland, v. 84, n. 1, p. 105-110, 2011.

BLANCO-SÁNCHEZ, R. Vivencias de las mujeres mastectomizadas: un estudio fenomenológico. **Enfermería Clínica**, Barcelona, v. 20, n. 6, p. 327–334, 2010.

BOEHMER, U.; LINDE, R.; FREUND, K.M. Breast reconstruction following mastectomy for breast cancer: the decisions of sexual minority women. **Plastic and reconstructive surgery**, Baltimore, v. 119, n. 2, p. 464-472, 2007.

BOER, M.; HULST, R. van der; SLATMAN, J. The surprise of a breast reconstruction: a longitudinal phenomenological study to women's expectations about reconstructive surgery. **Hum Stud**, Dordrecht, v. 38, p. 409–430, 2013.

BUCHHOLZ, T.A. et al. Controversies regarding the use of radiation after mastectomy in breast cancer. **The oncologist**, Dayton, Ohio, v. 7, n. 6, p. 539–546, 2002. Disponível em: <<http://theoncologist.alphamedpress.org/content/7/6/539.full.pdf+html>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. dos. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer da mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/31.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. dos. Mastectomia e sexualidade: uma revisão integrativa. **Psicologia: reflexão e crítica**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 339-349, 2012. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/prc/v25n2/a16v25n2.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

CHAMPANERIA, M.C. et al. The evolution of breast reconstruction: a historical perspective. **World journal of surgery**, New York, v. 36, n. 4, p. 730-742, 2012.

CHEN, C.M. et al. Measuring quality of life in oncologic breast surgery: a systematic review of patient-reported outcome measures. **The breast journal**, Cambridge, v. 16, n. 6, p. 587-97, 2010.

CODNER, M. A.; BOSTWICK III, J.; NAHAI, F. Breast reconstruction after mastectomy. **The breast journal**, v. 4, p. 4-10, 1995.

COHEN, M. Communication between breast cancer patients and their physicians about breast-related body image issues. **Plastic surgical nursing: official journal of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgical Nurses**, Waterloo, v. 32, n. 3, p. 101-105, 2012.

CRITICAL APPRAISAL SKILLS PROGRAMME (CASP). **Making sense of evidence**. Milton Keynes Primary Care Trust. 2013. Disponível em: <http://www.caspinternational.org/mod_product/uploads/CASP%20Qualitative%20Research%20Checklist%2031.05.13.pdf>. Acesso em: 18 abril de 2014.

DENFORD, S. et al. Understanding normality: a qualitative analysis of breast cancer patients concepts of normality after mastectomy and reconstructive surgery. **Psycho-Oncology**, Oxford, v. 20, n. 5, p. 553-558, 2011.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. de. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. **Estudos de Psicologia**, Natal, v. 8, n. 1, 155-163, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/epsic/v8n1/17245.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

ESCUADERO, F. J. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. **Anales del sistema sanitario de Navarra**, Pamplona, v. 28, Supl. 2, p. 7-18, 2005.

ESPÍNDOLA, C. R.; BLAY, S. L. Percepção de familiares sobre a anorexia e bulimia: revisão sistemática. **Revista de saúde pública**, São Paulo, v. 43, n. 4, p. 707-716, 2009. Disponível em:

<<http://www.scielo.org/pdf/rsp/v43n4/7152.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

FALLBJÖRK, U.; FREJEUS, E.; RASMUSSEN, B.H. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, Edinburg, v. 16, n. 3, p. 220-226, 2012.

FANG, S.Y.; BALNEAVES, L.G.; SHU, B.C. "A struggle between vanity and life": the experience of receiving breast reconstruction in women of Taiwan. **Cancer nursing**, New York, v. 33, n. 5, p. 1-11, 2010.

FENLON, D. et al. Living into old age with the consequences of breast cancer. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, Edinburg, v. 17, n. 3, p. 311-6, 2012.

GOMES, R.; SKABA, M.; VIEIRA, R. J. da. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer da mama feminino. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro v. 18, n. 1, p. 197-204, 2002. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csp/v18n1/8156.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

GOPIE, J. P. et al. Women's motives to opt for either implant or DIEP-flap breast reconstruction. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS**, Amsterdam, v. 64, n. 8, p. 1062-1067, 2011.

HARCOURT, D.; RUMSEY, N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. **Journal of advanced nursing**, Oxford, v. 35, n. 4, p. 477-487, 2001.

HOLLAND, F.; ARCHER, S.; MONTAGUE, J. Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative

phenomenological analysis. **Journal of health psychology**, Londres, 16 dez. 2014.

HU, E.; ALDERMAN, A.K. Breast reconstruction. **The surgical clinics of North America**, Philadelphia, v. 87, n. 2, p. 453-467, 2007.

KNOBF, M. T.; STAHL, R. Reconstructive surgery in primary breast cancer treatment. **Seminars in oncology nursing**, Orlando, v. 7, n. 3, p. 200-6, 1991.

MORA, L.D. História do tratamento cirúrgico do cancro da mama: empirismo e ciência. **Revista Portuguesa de Cirurgia**, Lisboa, n. 27, p. 41-58, 2013.

MOURA, F.M. de J.S. de P. et al. Os sentimentos das mulheres pós - mastectomizadas. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

McKEAN, L.N.; NEWMAN, E.F.; ADAIR, P. Feeling like me again: a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image. **European journal of cancer care**, London, v. 22, p. 493-502, 2013.

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

NOBLIT, G. W.; HARE, R. D. **Meta-ethnography**: synthesizing qualitative studies. v. 11. Série Qualitative Research Methods. Newbury Park: Sage; 1988.

OLIVEIRA, M.S.de et al. Avaliação de manual educativo como Estratégia de conhecimento para mulheres mastectomizadas. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, 2012, v.20, n.4, pp. 668-676. Disponível em: <<http://www.revistas.usp.br/rlae/article/view/48597/52586>>. Acesso em: 11 janeiro 2016.

PIOT-ZIEGLER, C. et al. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. **British journal of health psychology**, Leicester, v. 15, n. 3, p. 479-510, 2010.

POTTER, S. et al. Reporting clinical outcomes of breast reconstruction: a systematic review. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 103, n. 1, p. 31-46, 2011.

RUBIN, L. R.; TANENBAUM, M. "Does that make me a woman?": breast cancer, mastectomy and breast reconstruction decisions among sexual minority women. **Psychology of women quarterly**, New York, v. 35, n. 3, p. 401-414, 2011.

SANTOS, D.B.; VIEIRA, E.M. Imagem corporal de mulheres com câncer da mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csc/v16n5/a21v16n5.pdf>>. Acesso em: 11 janeiro 2015.

SERLETTI, J. M. et al. Breast reconstruction after breast cancer. **Plastic and reconstructive surgery**, Baltimore, v. 127, n. 6, p. 124e-35e, 2011.

SNELL, L. et al. Clarifying the expectations of patients undergoing implant breast reconstruction: a qualitative study. **Plastic and reconstructive surgery**, Baltimore, v. 126, n. 6, p. 1825-1830, 2010.

SPECTOR, D. J. et al. Women's recovery experiences after breast cancer reconstruction surgery. **Journal of psychosocial oncology**, Philadelphia, v. 29, n. 6, p. 664-676, 2011.

UROSQUIE JR, T.W.; COLEN, L.B. History of breast reconstruction. **Seminars in plastic surgery**, New York, v. 18, n. 2, p. 65-69, 2004.

WOLF, L. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part I: decision-making and sources of information. **European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society**, Edinburg, v. 8, n. 3, p. 211-223, 2004.

WOLF, L. The information needs of women who have undergone breast reconstruction. Part II: Information giving and content of information. **European journal of oncology nursing : the official journal of European Oncology Nursing Society**, Edinburg, v. 8, n. 4, p. 315-324, 2004.

3 BUSCANDO APROXIMAÇÃO COM O REFERENCIAL TEÓRICO: O INTERACIONISMO SIMBÓLICO

Em relação ao referencial teórico de um estudo qualitativo, podemos afirmar que o mesmo proporciona estímulo à pesquisa e fundamenta a discussão de seus resultados, permitindo a integração do problema a ser investigado no amplo contexto científico, favorecendo o desenvolvimento e organização do corpo de conhecimento. Além disso, o referencial teórico contribui na síntese do conhecimento existente, na explicação dos fatos observados e das relações entre eles, na previsão da ocorrência de fenômenos até então não observados e no estabelecimento de relações entre os mesmos com base nos princípios explicativos englobados pela teoria (NEVES; GONÇALVES, 1984).

Neste sentido, o referencial teórico adotado no presente estudo tem suas raízes no Interacionismo Simbólico (IS).

Origens do Interacionismo Simbólico

O IS surgiu na década de 1930, sustentando-se na concepção teórica psicossociológica de Georg Herbert Mead, filósofo americano e criador do primeiro curso de Psicologia Social da Escola de Chicago, sendo considerado por Goulart e Bregunci (1990), no terreno filosófico um *pragmatista* e no terreno científico, um *psicólogo social*. Sua obra principal *Mind, Self and Society* é uma compilação de suas aulas, cursos e palestras, reunidas após sua morte e editadas pelo seu principal discípulo Herbert Blumer, em 1934. Além destes, outros pensadores contribuíram para a construção da teoria do Interacionismo Simbólico, como John Dewey, William I. Thomas, Robert E. Park, William James, Charles Horton Cooley (BLUMER, 1986; CARVALHO; BORGES; RÉGO, 2010; LOPES; JORGE, 2005).

Assim, convergindo concepções filosóficas e sociológicas, o interacionismo simbólico foi fortemente assumido pela Psicologia Social, talvez por ser a mais sociológica das psicologias sociais (GOULART; BREGUNCI, 1990).

Em 1928, Herbert Blumer apresentou sua Tese de Doutorado em Filosofia, sob orientação de George Herbert Mead, *Method in Social Psychology*, sendo considerado o trabalho de maior densidade teórica de Blumer e representando uma tentativa audaciosa de repensar todo o campo disciplinar da psicologia social da época. Sua Tese buscou fornecer um método para a psicologia social, conferindo legitimidade

cognitiva às investigações do campo disciplinar, estruturando a pesquisa dentro de um padrão de fidedignidade, precisão e objetividade na construção dos problemas e na obtenção de resultados (MILANELLO, 2015).

Esta teoria sociopsicológica e sociológica passou a ter a denominação de Interacionismo Simbólico apenas em 1937, quando o sociólogo Herbert Blumer publicou sua mais importante obra *Symbolic interactionism: perspective and method*, estabelecendo as premissas e os pressupostos teóricos (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; GOULART; BREGUNCI, 1990).

Na visão de Blumer (1986), o conhecimento é nitidamente influenciado pelos veios filosóficos do pragmatismo, pois previsão e controle dos fenômenos são parte de uma estratégia pragmática que situa o homem em sua vida cotidiana e nas suas tarefas mais elementares. As pretensões da atividade científica não contrariam ou se separam das pretensões do conhecimento cotidiano, o que varia é apenas a precisão e a sistematicidade com que são conduzidas as investigações cognitivas, resultando na ampliação não só da eficácia desse conhecimento como de sua abrangência e concatenação. O autor afirma que as relações instrumentais da ciência natural são universais e que não caberia espaço para as exceções. Mas a constatação da exceção origina em si mesma um anseio e um esforço pela revisão da relação instrumental, reavendo-lhe a universalidade com base na incorporação daquele elemento de incongruência.

A psicologia social, na concepção de Blumer (1986), funda-se dentro dos problemas da natureza, da forma e das relações associativas da interação social, dos desenvolvimentos geral e específicos da conduta e da conduta criativa mais especificamente, do papel da atividade mental nesses desenvolvimentos, da natureza da origem da conduta, da natureza e formação da personalidade, da motivação, da estrutura social e de seu modo de reorganização e, enfim, da análise do meio social. O autor quer evitar o reducionismo naturalista que incide sobre a psicologia social tanto por meio da ideia de comportamentos ou disposições de comportamentos inatas, quanto com base em uma visão mecanicista do desdobramento do comportamento sob o condicionamento de estímulos e respostas.

A proposta de utilizar o IS como suporte teórico deste estudo demonstra ser apropriada, pois é uma perspectiva teórica que possibilita compreender como os indivíduos interpretam os objetos (físicos, sociais e abstratos) e as outras pessoas com as quais interagem e como tal

processo de interpretação conduz o comportamento individual em situações específicas (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; CARVALHO et al., 2007; LOPES; JORGE, 2005).

Fundamentos teóricos do Interacionismo Simbólico

Blumer estabeleceu três premissas simples para a sua nova abordagem teórico-metodológica: 1) os seres humanos orientam seus atos em relação às coisas, com base no significado que estas coisas têm para eles; 2) o significado de tais coisas, às vezes, surge de uma interação social que cada pessoa tem com os outros seres humanos; 3) esses significados são manipulados e modificados através de um processo de interpretação, usado pela pessoa para lidar com as coisas que ela encontra no seu dia a dia (BLUMER, 1986; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; LOPES; JORGE, 2005).

Em relação à natureza da sociedade humana, Blumer (1986) entende os grupos humanos como um conjunto de seres que estão envolvidos em determinada ação e, por sua vez, a ação consiste nas numerosas atividades que os indivíduos realizam em sua vida ao encontrar outros indivíduos e como eles lidam com a sucessão de situações geradas a partir destes encontros. Os indivíduos podem agir isoladamente, podem agir em nome de, ou como representantes de alguma organização ou outros grupos.

Após a disseminação da corrente interacionista simbólica, duas vertentes tornaram-se proeminentes, representadas pela Escola de Chicago e pela Escola de Iowa, nos Estados Unidos da América. Ambas partem das concepções de Mead e compartilham a teoria de que o importante da conduta humana é o seu significado, porém, existem algumas divergências entre as duas concepções (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; GOULART; BREGUNCI, 1990).

A sociologia de Chicago dominou a sociologia norte-americana nas quatro primeiras décadas do século XX, marcando fortemente o aparecimento da sociologia moderna e tendo o interacionismo simbólico como sua teoria essencial. Contrastando com tendências mais abstratas de sociólogos norte-americanos que lhe antecederam, a sociologia de Chicago esforçava-se para realizar o estudo do mundo empírico. A princípio, isso se deve especialmente a Robert Park, que se tornou diretor do Departamento de Sociologia e desenvolveu pesquisas influenciado pela obra de Georg Simmel, que fora seu professor na Alemanha. Simmel já centrava suas análises nas relações que os

indivíduos estabelecem entre si, quando adotam papéis mutuamente relacionados pela própria vida em sociedade, algo que é incorporado por Park em seus trabalhos. Park orientava seus alunos a saírem do ambiente acadêmico e investigarem o mundo social a partir da participação e observação viva nele e estando nos lugares onde aconteciam os fenômenos. A atitude dos pesquisadores da Escola de Chicago, de conhecer o mundo através de sua participação direta nele, gerou a preocupação com questões de método, havendo grande rigor na utilização da observação participante, estudos de caso, entrevistas formais e informais e documentos pessoais, como diários e cartas (CARNEIRO, 2013; MARTINS, 2013).

Os pressupostos apresentados por Blumer são conhecidos como interacionismo clássico ou interacionismo da Escola de Chicago, enquanto que a Escola de Iowa preconizava uma abordagem considerada mais estruturada para o interacionismo, desenvolvida sob a orientação de Kuhn, influenciado pelo pensamento positivista lógico. Desta forma, a divergência principal estava na esfera metodológica, enquanto os seguidores da Escola de Iowa realizavam abordagens operacionais e conceitos pré-determinados, os seguidores da Escola de Chicago buscavam abordagens fenomenológicas e conceitos sensibilizantes (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; MARTINS, 2013).

Porém, ao buscar a essência do Interacionismo Simbólico, é possível encontrar convergência entre as duas escolas: o comportamento humano interage mediante comunicações simbólicas, necessitando de definição da situação em que se atua, além de atuar assumindo e levando em conta os comportamentos que são esperados pelos outros seres humanos na tal situação (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010; MARTINS, 2013).

Blumer (1986) afirma que o *significado* ganha uma nova interpretação no âmago do interacionismo simbólico, diferentemente do que era apreendido pela sociologia e pela psicologia da época. Embora seguissem caminhos diferentes, ambas preocupavam-se com os fatores desencadeadores e o comportamento deles decorrente, portanto, não seria necessário se ocupar com os significados dos fatores em relação aos quais o homem age. O interacionismo simbólico não julga que o significado emana da estrutura intrínseca do elemento detentor do significado, nem pressupõe que o significado se origina através de uma junção de fatores psicológicos do indivíduo. Antes, considera que o significado é produzido a partir do processo de interação humana. Neste

sentido, os significados são produtos sociais, criados em e através das atividades humanas determinantes em seu processo criativo, ou seja, o uso de significados por alguém em plena ação envolve um processo interpretativo. Desta forma, o significado é formado dentro e através de atividades definidoras das pessoas quando interagem (BLUMER, 1986; CARNEIRO, 2013).

Além das três premissas básicas, o interacionismo simbólico de Blumer (1986) explicita seis conceitos básicos ou “imagens-raiz” da teoria. A primeira delas refere-se à coexistência grupal humana. Os grupos humanos existem em ação, a sociedade humana é constituída de pessoas empenhadas em agir. Assim, conceitos comuns à sociologia da época como cultura e estrutura social derivam de ações humanas, da maneira pela qual os homens agem uns em relação aos outros. A vida, em qualquer sociedade humana, consiste em um processo contínuo de ajuste das atividades de seus membros. A segunda imagem-raiz é implícita a isto, pois a vida em grupo pressupõe uma interação entre seus agentes e não entre fatores a eles atribuídos. A interação não seria, portanto, um meio ou apenas contexto para expressão da conduta humana.

Essa visão da relação homem-sociedade contrariou a sociologia dominante da época, que postulava uma realidade social imposta aos indivíduos. Os próprios “objetos” (sejam eles físicos, sociais ou abstratos) também são produtos da interação simbólica, não havendo um status fixo para eles. A terceira imagem-raiz faz referência, portanto, à natureza dos objetos. Se os significados dos objetos se mantêm, isso também é fruto das definições feitas pelo homem. O objeto não possui um significado por si mesmo, pois este é produzido a partir da forma pela qual ele é demarcado por outras pessoas via interação social (BLUMER, 1986; CARNEIRO, 2013).

As outras três imagens-raiz fazem referência direta à ação. No processo de fornecer indícios para a interpretação do outro e, ao mesmo tempo, interpretar suas indicações, o homem pode ser objeto de sua própria ação. A quarta imagem-raiz descrita pelo autor refere-se, portanto, ao ser humano como um organismo agente. É preciso considerar que o indivíduo também age para si mesmo e orienta suas ações para outras pessoas de acordo como interpreta a si mesmo. Na quinta imagem-raiz, Blumer (1986) fala da natureza da ação humana, afirmando que o homem se depara com um universo o qual deve interpretar com o objetivo de poder agir e não apenas reagir a um

ambiente devido à sua organização. Atribui significado às ações dos outros e planeja suas próprias ações orientado por essa interpretação.

Essa forma de compreensão da ação humana também abarca a ação coletiva na qual estão envolvidas várias pessoas, havendo um encadeamento de ações, o que se destaca como a última imagem-raiz descrita por Blumer (1986). Se contrapondo à visão de que a sociedade existe de forma imóvel, na qual o comportamento humano é determinado por regras, valores e sanções, no interacionismo simbólico acredita-se que na coexistência grupal, é o processo social que cria e mantém as regras e não o contrário. Os indivíduos estão sempre diante de novas situações, nas quais as regras preexistentes são inapropriadas. Se a ação conjunta é repetitiva, é porque há significados recorrentes e constantes, o que não significa que sejam imutáveis. É preciso atentar, além disso, para o fato de que um novo comportamento coletivo não é gerado de forma espontânea, ou seja, nasce necessariamente de experiências passadas, estando vinculado a um encadeamento histórico (BLUMER, 1986; CARNEIRO, 2013).

As seis imagens-raiz descritas pelo autor sintetizam a essência do interacionismo simbólico, contrapondo-se à visão corrente das ciências sociais que defendiam que determinismos culturais, sociais ou mesmo biológicos definiriam a ação humana, o interacionismo sustenta que a interação humana ocorre através de processos de interpretação simbólica. É no interior de interações concretas que os diferentes sentidos sobre o mundo social são construídos pelas pessoas. As pessoas interpretam seu universo e partilham suas vidas, o que pode gerar tanto a manutenção de uma perspectiva comum como a criação de novas ações coletivas, não havendo, obviamente, um consenso universal acerca dos significados atribuídos (BLUMER, 1986; CARNEIRO, 2013).

A informação que orienta grande parte da atividade humana é simbólica e não genética, os seres humanos criam códigos que orientam seus comportamentos, interações, modos de organização social e para a compreensão da perspectiva teórica do IS, é necessária a compreensão de conceitos, como mente, self, símbolos, linguagem, sociedade e ação humana (BLUMER, 1986; GERALDI et al., 2010).

A *mente* é a ação simbólica para o self e surge da interação com outros, referindo-se ao que o ser humano pode observar em seu mundo físico e, conforme o significado que essas coisas têm para o ser humano, suas ações são dirigidas a essas coisas. Através da atividade da mente, o indivíduo define as coisas para si mesmo: separa, identifica e desenvolve linhas de ação em relação às coisas. O *self* é concebido

como a natureza do próprio ser humano, através da interação com os significados do outro, na relação com o mundo, para permitir o seu controle, direção e manipulação da própria vida. É formado pelo Eu e Mim, sendo o Eu a resposta para as atitudes do outro, o lado impulsivo, espontâneo e que não age porque interage simbolicamente com si próprio. O Mim é a organização das atitudes, composto por padrões organizados, consistentes e compartilhados com outros (BLUMER, 1986; GERALDI et al., 2010).

Os *símbolos* são responsáveis por intermediar nossa adaptação ao meio ambiente, nossa interação com os outros, nossa interpretação de vivências e nossa própria organização em grupos. Entretanto, os símbolos são mais que uma intermediação conveniente, também nos mostram como fazer, pensar e perceber. Nossa mediação simbólica também carrega uma mensagem, ou um conjunto de instruções e, como vimos, os símbolos não nos acorrentam, mas realmente limitam nossas opções. Neste sentido, a cultura é considerada o sistema de símbolos que um grupo cria e usa para organizar-se, facilitar a interação e para regular o comportamento, sendo que este sistema geralmente revela contradições e incoerências, uma situação que pode levar os indivíduos ao conflito pessoal e, às vezes, grupal (BLUMER, 1986; MILANELLO, 2015).

A *linguagem* é composta por instrumentos utilizados pelas pessoas a fim de ordenar a experiência, sendo empregada com o intuito de discriminar, generalizar, realizar a distinção no ambiente. Assim, o mundo é literalmente dividido por significados que usamos através da linguagem, pois a mesma surge e modela o comportamento. A *sociedade* é definida pelos interacionistas como constituída de indivíduos que interagem uns com os outros; quando as atividades dos membros ocorrem como resposta de um ao outro, ou em relação ao outro (LOPES; JORGE, 2005; MILANELLO, 2015).

O *processo interpretativo* é derivado do contexto da interação social, sendo que cada indivíduo escolhe, compara, suspende, reagrupa e transforma o significado à luz da situação como um processo formativo, no qual os significados são usados e revisados como um instrumento para direcionar a ação. Podemos entender que o processo interpretativo através da auto-interação leva a uma re-significação do vivido, em que os valores individuais interferem no significado que as coisas têm para a pessoa (BLUMER, 1986; LOPES; JORGE, 2005).

A *ação humana* é vista como um resultado formado da auto-interação e é construída através das indicações que a pessoa faz a si e

interpretação do que indica para agir. A pessoa estabelece uma meta, delimita uma linha de comportamento, observa e interpreta as ações dos outros, dimensiona a sua situação, confere e elabora o que fazer com os outros pontos. A essência da ação é causada pela decisão tomada pelo indivíduo ativamente, sendo que as regras e normas para as ações dos sujeitos se manifestam através da negociação de significados, sanções, hierarquias e das próprias normas sociais (BLUMER, 1986; MILANELLO, 2015).

A *atividade grupal* está baseada no comportamento colaborador que surge através de cada pessoa em perceber a intenção dos outros e construir a sua resposta baseada naquela intenção, pois o comportamento não é uma resposta direta às intenções dos outros, que são transmitidas através de gestos simbólicos, passíveis de interpretação (BLUMER, 1986).

A ênfase na concepção interacionista de significado diz respeito à interpretação consciente, sendo que as coisas passam a ter significado para a pessoa no momento que a mesma toma consciência da situação, reflete e pensa sobre o objeto, ou o interpreta e isso se processa numa autointeração da pessoa. Portanto, a interpretação é um processo formativo e não uma aplicação sistemática de significado já estabelecido (BLUMER, 1986; LOPES; JORGE, 2005).

Outro aspecto importante a ser salientado é o fato de Anselm Strauss, um dos criadores da TFD, ser considerado o mais importante discípulo de Hebert Blumer. Assim, a TFD teve sua origem no Interacionismo Simbólico, mas Strauss defendia uma investigação empírica, consistindo em um processo de interação entre teoria e conceitos e, também, entre observação e interpretação. Desta forma, isto pode representar um avanço na noção de conceitos sensibilizantes, proposto por Blumer (CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010).

O IS e a TFD, sob a perspectiva Interpretativa, indo além da compreensão dos significados e construção de atitudes das pessoas a partir das relações interpessoais, configuram-se como referencial teórico-metodológico que possibilita a investigação na área da saúde, enfatizando-se que pesquisas na área da saúde da mulher, utilizando a TFD e/ou o IS como referencial teórico-metodológico, têm sido utilizados em dissertações e teses brasileiras desde 1996, inclusive abordando mulheres diagnosticadas com câncer da mama (ARAÚJO, 2006; CALDEIRA; RUAS; BARBOSA, 2014; COSTA et al., 2013; GRADIM, 2005; NOGUEIRA, 2004; PANOBIANCO, 2002; SANTOS, 2010; SIQUEIRA, 2012).

Assim, busquei compreender o significado de vivenciar o processo de reconstrução mamária para a mulher mastectomizada, mediante a interpretação dos dados à luz do Interacionismo Simbólico e da Teoria Fundamentada nos Dados.

4 APRESENTANDO A ABORDAGEM TEÓRICO-METODOLÓGICA

Este estudo é caracterizado como uma pesquisa qualitativa, por se referir à pesquisa sobre o mundo subjetivo, sobre experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, que tenta entender o significado ou natureza da experiência de pessoas e que não visa resultados generalizáveis, mas busca interpretar o singular e compreender situações específicas da vida cotidiana (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2007; TRIVIÑO; SANHUEZA, 2005).

Segundo Corbin e Strauss (2008), existem muitas razões para realizarmos uma pesquisa qualitativa, mas talvez a mais importante é o desejo de alcançar o conhecimento e entrar dentro do mundo dos participantes, enxergar o mundo a partir de sua perspectiva e fazer descobertas que irão contribuir para o desenvolvimento do conhecimento empírico.

O delineamento qualitativo de investigações científicas tem sido empregado por inúmeras disciplinas diferentes e cada uma delas desenvolveu métodos mais adequados à abordagem de questões de interesse específico, mas algumas características se aplicam a todas as áreas, como: a) este delineamento é flexível, capaz de se adequar ao que está sendo aprendido durante a coleta de dados; b) envolve triangulação de várias estratégias de coleta de dados; c) busca a compreensão do todo; d) exige que o pesquisador se envolva intensamente; e) exige que o pesquisador se torne instrumento da pesquisa; f) exige análise contínua de dados (POLIT; BECK; HUNGLER, 2004).

Esta pesquisa foi guiada pela Teoria Fundamentada em Dados (TFD) ou *Grounded Theory* (STRAUSS; CORBIN, 2008), pois os dados fornecem a base da teoria e a análise desses dados origina os conceitos que serão construídos, ou seja, nessa modalidade de pesquisa a linha de ação investigativa é invertida, partindo-se da observação empírica para a definição dos conceitos.

A abordagem da TFD enfoca o ser social em interação e suas bases teóricas, como explicitado no item anterior, têm origem nas Ciências Sociais, especificamente, no Interacionismo Simbólico da Psicologia Social e da Sociologia, sendo que a finalidade desta modalidade é gerar uma teoria sobre o fenômeno social e psicológico, pois enfatiza a evolução da experiência social, os estágios e as fases sociais e psicológicas que caracterizam um evento ou processo

particular (CORBIN; STRAUSS, 2007; POLIT; BECK; HUNGLER, 2004). As estratégias de coleta de dados podem ser a entrevista, observação ou análise de documentos, sendo que a análise dos dados busca as categorias e teorias por meio da comparação constante, resultando na descrição de um processo (PRADO et al., 2008).

4.1 BREVE HISTÓRICO DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS: DESDOBRAMENTOS E NOVOS CAMINHOS

A TFD foi desenvolvida pelos sociólogos Barney Glaser e Anselm Strauss, a partir de estudos realizados na Universidade da Califórnia, São Francisco/EUA, entre 1965 e 1967, que culminaram com a publicação do livro “The discovery of grounded theory”. Estes estudiosos vieram de tradições filosóficas e de pesquisa diferentes, mas uniram seus conhecimentos e desenvolveram uma nova abordagem metodológica de pesquisa, contrapondo noções de consenso da época. Esta abordagem exige flexibilidade e criatividade daquele que a conduz, exige questionamentos constantes, afastamento do que vê e ouve, elevar o pensamento ao nível do abstrato e depois retornar, voltando ao nível dos dados, pensar comparativamente, vendo o que é igual e o que é diferente. Desta forma, ao utilizarmos este caminho metodológico, buscamos garantir um senso de visão, no qual o analista quer seguir junto com a pesquisa (CORBIN; STRAUSS, 2007; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Desde a concepção da TFD, seus idealizadores, Glaser e Strauss, opuseram-se aos pressupostos metodológicos da época ao pretenderem construir explicações teóricas abstratas dos processos sociais, indo muito além dos estudos exploratórios. Eles contestaram: a separação das fases de coleta e análise dos dados; a visão dominante da pesquisa qualitativa como precursora para métodos quantitativos mais rigorosos; a divisão arbitrária entre teoria e pesquisa; as suposições de que a pesquisa qualitativa não pudesse gerar teoria (SCALABRIN, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Porém, com o transcorrer dos estudos e, provavelmente, pela origem em áreas divergentes da sociologia: de um lado, o positivismo da Universidade de Colúmbia, com os pressupostos epistemológicos, a lógica e a abordagem sistemática da formação quantitativa rigorosa de Glaser e, por outro lado, o pragmatismo e a pesquisa de campo da Escola de Chicago, com as noções de atividade humana, dos processos emergentes, das significações sociais e subjetivas e das práticas da

solução de problemas de Strauss, ambos passaram a considerar a teoria fundamentada em direções relativamente divergentes, fazendo com que se afastassem, adotando posturas distintas em relação a alguns pontos da teoria (SCALABRIN, 2006; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Assim, Glaser prosseguiu fiel a sua proposta inicial, enquanto Strauss estabeleceu uma parceria frutífera com Juliet Corbin, a partir de 1990, que resultou em trabalhos focados em uma maior e mais descrita operacionalização da teoria, particularmente no que tange ao detalhamento do complexo processo de codificação dos dados (BACKES, 2011; SCALABRIN, 2006).

Dessa forma, como sustenta Backes (2011), é necessário diferenciar os caminhos e se definir por um deles. Portanto, neste estudo, são consideradas as concepções teórico-metodológicas de Strauss e Corbin (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2007).

4.2 OPERACIONALIZAÇÃO DA TEORIA FUNDAMENTADA NOS DADOS

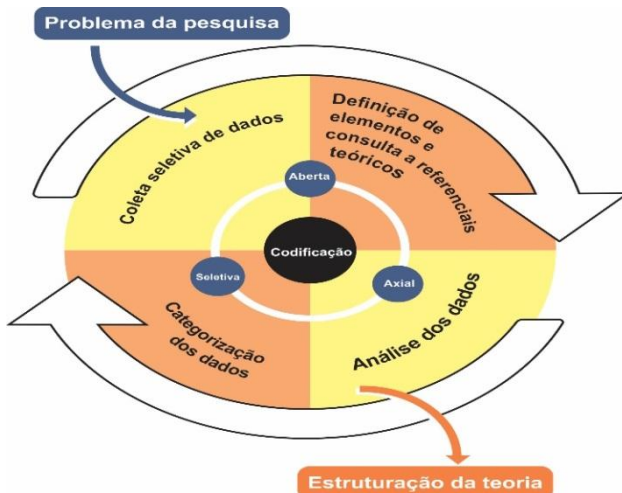
Os procedimentos da TFD, considerada um método indutivo e dedutivo de geração de teorias por meio de processos sistemáticos e simultâneos de coleta e análise de dados, que continuamente intercalam-se, partindo do pressuposto de que a teoria evolui durante o processo de pesquisa, ao permitirem o desenvolvimento de modelos teóricos explicativos dos fenômenos em estudo, são de enorme contribuição para os profissionais da saúde (BACKES et al., 2011; DANTAS et al., 2009; NICO et al., 2007; SCALABRIN, 2006).

Ao optar por esta linha investigativa, devemos considerar que a prática da TFD compreende os seguintes componentes: a) o envolvimento simultâneo na coleta e na análise dos dados; b) a construção de códigos e categorias analíticas a partir dos dados; c) a utilização do método comparativo constante, que compreende a elaboração de comparações durante cada etapa da análise; d) o avanço no desenvolvimento da teoria em cada passo da coleta e da análise dos dados; e) a redação de memorandos para elaborar categorias, especificar as suas propriedades, determinar relações entre as categorias e identificar lacunas; f) a amostragem dirigida à construção da teoria; g) a realização da revisão bibliográfica após o desenvolvimento de uma análise independente (STRAUSS; CORBIN, 2008; CORBIN; STRAUSS, 2007).

Quanto ao último componente listado, o momento de revisar a literatura, Strauss e Corbin (2008) divergem das ideias originais de Glaser e Strauss e apontam que o conhecimento da literatura profissional e disciplinar já está “imbuído” no pesquisador, seja por meio de estudos para exames ou no esforço de manter-se atualizado. Para os autores, o conhecimento prévio e a perspectiva do pesquisador irão influenciar o quanto e a forma que a literatura será utilizada. Neste sentido, a familiaridade com a literatura pode aumentar a sensibilidade para nuances sutis dos dados, mas também pode bloquear a criatividade e cabe ao pesquisador atentar para estas possibilidades. A literatura também pode ser usada para estimular questões durante o processo de análise ou ainda para fornecer critérios que o pesquisador pode usar para investigar certos conceitos relevantes.

Além disso, Scalabrin (2006) apresenta um modelo esquemático do processo de pesquisa da Teoria Fundamentada nos Dados, apontando as principais etapas de desenvolvimento da mesma. Sendo assim, apresentamos uma adaptação do modelo, de forma sintetizada, em que a Figura 2 compreende, em linhas gerais, os principais marcos na sequência dos procedimentos operacionais realizados durante a investigação.

Figura 2 -Processo de Pesquisa da Teoria Fundamentada nos Dados



Fonte: adaptado de Scalabrin (2006, p. 06)

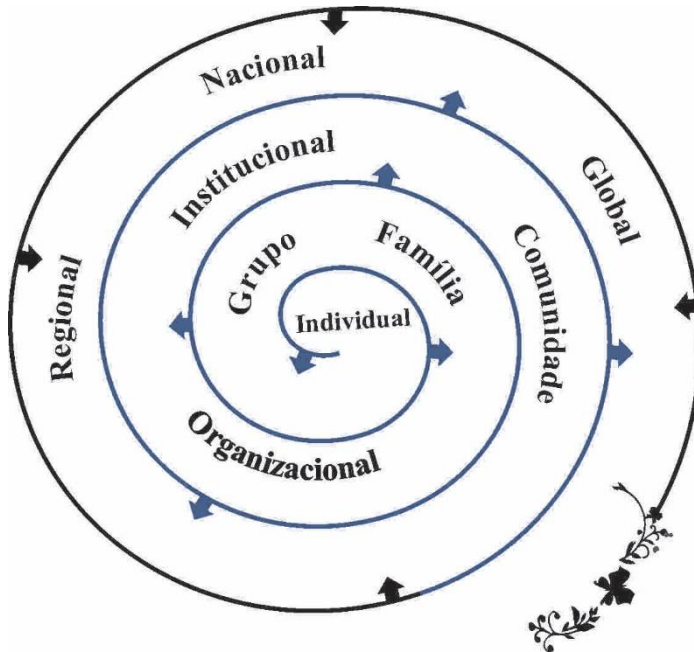
De acordo com Strauss e Corbin (2008), as considerações práticas da operacionalização da TFD incluem escolher um problema e declarar a questão de pesquisa, manter um equilíbrio entre objetividade e sensibilidade e usar a literatura técnica e não-técnica. Simultaneamente à coleta dos dados, inicia-se o processo analítico, onde os autores sugerem comparações e vários tipos de codificação dos dados. Para chegarmos à estruturação da teoria, precisamos trazer o *processo* para a análise, considerando *processo* como uma sequência evolutiva de ação/interação que ocorre no tempo e no espaço, mudando ou não em relação à situação ou contexto.

Ao analisar dados estamos em busca de processo, sendo que a codificação para o processo ocorre junto com a codificação de propriedades e dimensões e de relações entre conceitos, desta forma, o processo representa a natureza dinâmica e evolutiva da ação/interação, onde processo e estrutura estão intrinsecamente ligados, “[...] A teoria sem processo perde uma parte vital de sua história – a forma como a ação/interação se desenvolve” (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 175).

Na construção de uma teoria, é importante o pesquisador dominar todos os fenômenos sob investigação e ter um modelo, caracterizado como um mecanismo analítico, que auxilia de maneira prática na análise, é sugerido por Strauss e Corbin (2008). Este modelo, denominado condicional/consequencial, é um mecanismo de codificação para ajudar os analistas a terem em mente vários pontos analíticos, auxiliando a construir um relato sistemático, lógico e integrado, que inclui a especificação da natureza das relações entre fatos e fenômenos relevantes. Os pontos analíticos a serem considerados na construção da teoria são: que condições/consequências macro e micro devem fazer parte da análise; que condições macro sempre se juntam e interagem com as micro; e, de forma direta ou indireta, tornam-se parte do contexto situacional; que caminhos tomados pelas condições e, também pelas ações/interações subsequentes e consequências que se seguem, podem ser acompanhadas nos dados.

Desta forma, o modelo é uma representação diagramada de um conjunto de ideias (Figura 3).

Figura 3-O modelo condicional/consequencial (representa interação constante da inter/ação (processo) com condições/consequências [estrutura] e a natureza dinâmica evolutiva dos fatos.



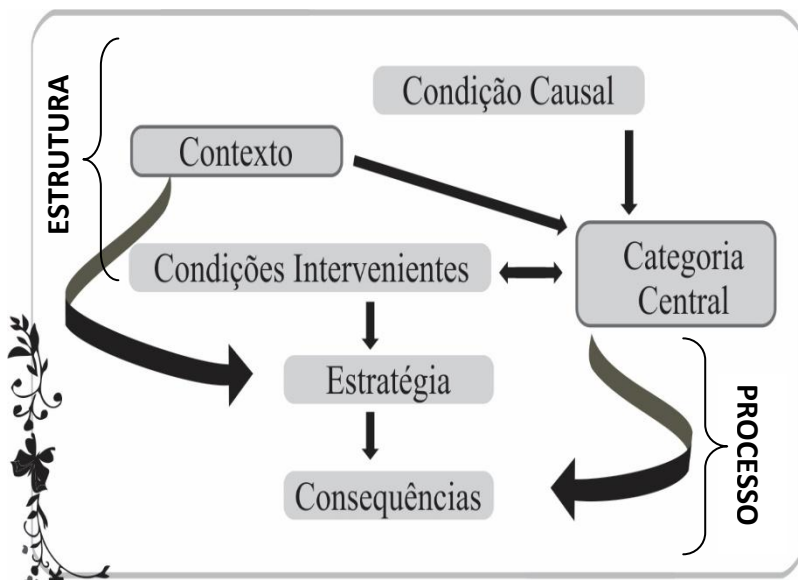
Fonte: reproduzido a partir de Strauss e Corbin (2008, p. 179)

As ideias contidas neste modelo são:

- a) condições/consequências não estão sozinhas;
- b) a distinção entre micro e macro é superficial;
- c) condições e consequências geralmente existem em grupos e podem se associar ou variar de diferentes maneiras, umas com as outras ou ainda com ações/interações relacionadas;
- d) ação/interação não está confinada às pessoas, pode ser executada por grupos sociais e por pessoas dentro destes grupos.

De acordo com Backes (2011), este modelo condicional/consequencial proposto por Strauss e Corbin (2008) pode ser representado por meio do esquema apresentado na Figura 4.

Figura 4 -Esquema teórico representando o processo de integração das categorias que deram origem à teoria.



Fonte: adaptado de Backes (2011, p.127).

Portanto, o modelo condicional/consequencial ajuda a reunir e ordenar sistematicamente os dados, relacionando as condições estruturais, ou seja, as condições causais, o contexto e as condições intervenientes, com o processo, que diz respeito às estratégias de ação e interação (BACKES, 2011).

4.3 CONTEXTO DO ESTUDO

A fim de contextualizar operacionalmente este estudo são apresentadas informações sobre a dinâmica atual da assistência à mulheres diagnosticadas com câncer da mama, no município de Florianópolis/SC. Existem três instituições públicas, uma federal e duas estaduais, que prestam assistência à saúde da mulher, incluindo a prevenção, detecção precoce e tratamento cirúrgico e/ou adjuvante de mulheres com câncer da mama, por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Além disso, três instituições oferecem serviços mediante o Sistema Suplementar de Saúde (Planos de Saúde ou Custeio Particular), da mesma forma que as instituições públicas, onde as mulheres podem

realizar exames preventivos, exames diagnósticos e tratamento cirúrgico e/ou adjuvante. Também podemos citar clínicas que realizam apenas tratamento adjuvante através do Sistema Suplementar de Saúde e consultórios particulares de profissionais na área da saúde da mulher, na área oncológica e da cirurgia plástica, que atuam no diagnóstico e/ou tratamento de mulheres diagnosticadas com câncer da mama.

Nas instituições em que as mulheres se submetem ao procedimento cirúrgico de ressecção da mama e reconstrução mamária, as mesmas recebem assistência da equipe médica e enfermagem e, em alguns casos, assistência fisioterápica e/ou psicológica e/ou nutricional. As mulheres podem receber a assistência na própria instituição onde realizaram o procedimento cirúrgico ou serem encaminhadas à consultórios ou clínicas, públicas ou do sistema suplementar, que mantém parceria com as equipes médicas e de enfermagem das referidas instituições.

4.4 PARTICIPANTES DO ESTUDO

A seleção dos participantes foi realizada mediante a *amostragem teórica*, que consiste em:

coleta de dados conduzida por conceitos derivados da teoria evolutiva e baseada no conceito de ‘fazer comparações’, cujo objetivo é procurar locais, pessoas ou fatos que maximizem oportunidades de descobrir variações entre conceitos e de tornar densas categorias em termos de propriedades e de suas dimensões (STRAUSS; CORBIN, 2008, p. 195).

De acordo com Strauss e Corbin (2008), a amostragem teórica auxilia a verificar, qualificar e elaborar os limites das categorias, além de especificar as relações existentes entre as categorias. Porém, a autora chama a atenção para o pesquisador não cometer erros ao usar a amostragem teórica, como: concluir precipitadamente as categorias analíticas, criar categorias repetitivas e redundantes, criar categorias não focadas ou não especificadas. Além disso, também aponta que a amostragem teórica pode requerer análise de documentos e reentrevistar os participantes, a fim de preencher lacunas existentes nos dados coletados.

O estudo contou com 31 participantes, sendo 21 mulheres diagnosticadas com câncer da mama, submetidas à mastectomia e

reconstrução mamária (RM), imediata ou tardia, usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Suplementar de Saúde, além de 10 profissionais da saúde, do município de Florianópolis/SC/Brasil. Os critérios de inclusão das mulheres foram: ter idade acima de 18 anos, ter realizado mastectomia e RM mediante diagnóstico de câncer da mama, ter realizado tratamento por meio do SUS e/ou do Sistema Suplementar de Saúde. Os critérios de exclusão foram: ter realizado mastectomia e reconstrução mamária sem diagnóstico de câncer da mama, como no caso das mastectomias preventivas ou profiláticas.

Os critérios de inclusão dos profissionais foram: ser profissional da área da saúde que prestava assistência à mulher submetida à mastectomia por câncer da mama, do município de Florianópolis/SC, atuando no Sistema Suplementar da Saúde, no Sistema Único da Saúde ou em ambos, no mínimo com dois anos de experiência na área. O critério de exclusão dos profissionais foi: prestar assistência à mulheres diagnosticadas com câncer da mama que não haviam realizado reconstrução mamária.

Após contato inicial com as mulheres que frequentavam o consultório particular da pesquisadora, foi realizado convite para participação na pesquisa. Os profissionais da saúde foram convidados mediante contato telefônico ou correio eletrônico. Além disso, foi adotada a técnica “bola de neve”, onde cada mulher e cada profissional da saúde indicavam outras mulheres com câncer da mama e profissionais da saúde a participar do estudo.

Inicialmente, apenas mulheres que haviam realizado o tratamento cirúrgico de reconstrução mamária por meio do Sistema Suplementar de Saúde (custeio particular e/ou planos de saúde) estavam sendo entrevistadas, porém, à medida que dados foram sendo coletados e analisados, percebeu-se a necessidade de incluir na amostragem mulheres que haviam realizado tratamento tanto em instituições do Sistema Suplementar de Saúde, quanto em instituições públicas, a fim de abarcar a maior variedade de experiências em relação ao processo de reconstrução mamária. Desta forma, diferentes grupos amostrais foram sendo vislumbrados, considerando a hipótese de que, em decorrência do tipo de custeio do tratamento, haveria diferentes conduções, direcionamentos, detalhamentos e soluções quanto aos procedimentos e condutas tomadas, tanto pelas mulheres, quanto pelos profissionais envolvidos.

Além disso, em decorrência das entrevistas com as mulheres e da visão das mesmas sobre a assistência recebida, optou-se por incluir no

estudo os profissionais da saúde que atuam na área da mulher submetida à mastectomia e reconstrução mamária por câncer da mama, a fim de compreender a assistência prestada à mulher submetida à reconstrução mamária sob duas diferentes visões: a dos profissionais e a das mulheres.

Assim, a amostra constou de 4 grupos amostrais: 1º grupo – 10 mulheres que haviam realizado custeio particular do tratamento ou particular/planos de saúde; em virtude das entrevistas das mulheres do 1º grupo, considerou-se a hipótese de que a realização do tratamento mediante apenas planos de saúde ou SUS poderia influenciar na visão que as mulheres desenvolviam a respeito do processo de reconstrução mamária; assim, estabeleceu-se o 2º e 3º grupos amostrais: 2º grupo – 7 mulheres que haviam realizado custeio do tratamento somente mediante planos de saúde; 3º grupo – 4 mulheres que haviam realizado custeio do tratamento por meio do SUS. Após as entrevistas com as mulheres dos 3 grupos amostrais, considerou-se a hipótese de que mulheres e profissionais da saúde não compartilhavam a mesma visão sobre a assistência à mulher no processo de reconstrução mamária, então estabeleceu-se o 4º grupo amostral, com 10 profissionais da saúde.

Em virtude das diferentes experiências que as mulheres vivenciaram, dos diferentes ambientes onde realizaram o tratamento, das variadas equipes profissionais responsáveis pelos acompanhamentos das mesmas, do momento em que realizaram o procedimento cirúrgico, do momento de vida em que se encontravam e das interações sociais que permeavam seu cotidiano, a amostra foi composta por mulheres que realizaram reconstrução mamária em instituições públicas e do Sistema Suplementar de Saúde, sendo que algumas estavam vivenciando e outras já haviam vivenciado o processo de RM, recebendo ou não, além da assistência médica e de enfermagem, assistência fisioterapêutica, psicológica, nutricional e/ou espiritual.

Como questão de esclarecimento, as mulheres que estavam vivenciando o processo foram consideradas aquelas que ainda não tinham a reconstrução mamária completada, na visão da equipe médica ou das próprias mulheres e aquelas que já haviam finalizado o processo foram consideradas aquelas que apresentavam a reconstrução mamária completa (neomama, aréola e mamilo reconstruídos).

Em relação aos profissionais da saúde, buscou-se pelo menos um representante de cada área: medicina, enfermagem, fisioterapia, psicologia e nutrição, considerando-se a hipótese de que diferentes áreas de

atuação e de formação acadêmica levam à diferentes visões sobre as mulheres que vivenciam o processo de reconstrução mamária.

Quanto ao número final de participantes, tanto mulheres, quanto profissionais, o mesmo foi definido mediante o processo de saturação teórica dos dados, não sendo estabelecido um número a priori.

No que diz respeito aos procedimentos e/ou tratamentos realizados pelas 21 mulheres, podemos observar o Quadro 2.

Quadro 2 - Caracterização dos procedimentos e/ou tratamentos realizados pelas 21 mulheres

PROCEDIMENTOS/ TRATAMENTOS	DESCRIÇÃO E NÚMERO DE MULHERES QUE REALIZARAM
TIPOS DE CIRURGIAS	Mastectomia + RM com expensor: 5 mulheres Mastectomia + RM com prótese: 8 mulheres Mastectomia + RM com prótese + retalho grande dorsal: 6 mulheres Mastectomia + RM com TRAM: 2 mulheres Mastectomia contralateral profilática: 6 mulheres
QUANTIDADE DE INTERVENÇÕES CIRÚRGICAS	1 intervenção: 3 mulheres 2 ou 3 intervenções: 12 mulheres 3 intervenções ou mais: 6 mulheres
TEMPO DA RECONSTRUÇÃO	Reconstrução imediata: 16 mulheres Reconstrução tardia: 5 mulheres
TRATAMENTO ADJUVANTE	Quimio + rádio + hormônio: 11 mulheres Quimio + hormônio: 5 mulheres Radio + hormônio: 1 mulher Hormonioterapia: 3 mulheres Nenhum: 1 mulher

CUSTEIO DO TRATAMENTO	Particular ou Particular + Plano de Saúde: 10 mulheres Somente Plano de Saúde: 7 mulheres SUS: 4 mulheres
------------------------------	---

Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2016.
(Legenda: RM= reconstrução mamária; TRAM= transverse rectus abdominus myocutaneous; quimio= quimioterapia; radio= radioterapia; hormônio= hormonioterapia; SUS= Sistema Único de Saúde).

4.5 OPERACIONALIZAÇÃO DO ESTUDO: COLETA, REGISTRO E ORGANIZAÇÃO DOS DADOS

Quanto à técnica de coleta de dados, Strauss e Corbim (2008) apontam para a realização de entrevista individual semiestruturada. As entrevistas semiestruturadas têm sido amplamente empregadas pela expectativa de que é mais provável que os pontos de vista dos entrevistados sejam expressos em situação de entrevista com um planejamento relativamente aberto do que em uma entrevista padronizada ou um questionário. Este tipo de coleta de dados é caracterizado pela utilização de questões mais ou menos abertas, na forma de um guia de entrevista, esperando-se que estas questões sejam respondidas livremente pelos entrevistados (FLICK, 2009).

A questão norteadora da entrevista semiestruturada das mulheres foi: “o que significa para você vivenciar ou ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama?”. Essa questão norteadora foi desdobrada em questões mais específicas, a fim de elucidar o problema de pesquisa em toda sua complexidade e contemplar a visão das mulheres dos 3 primeiros grupos amostrais. A questão norteadora da entrevista semiestruturada dos profissionais da saúde foi: “Fale-me sobre sua abordagem às mulheres diagnosticadas com câncer da mama, com indicação de realizar ou tendo realizado reconstrução mamária”, conforme o APÊNDICE A.

Considerando a dinamicidade que ocorre neste tipo de entrevista, o entrevistador pode e deve decidir, durante a entrevista, como e em que sequência fazer outras perguntas. Essas decisões, que só podem ser tomadas no momento em que a entrevista está ocorrendo, exigem um alto grau de sensibilidade do pesquisador (FLICK, 2009).

Outra estratégia de coleta de dados proposta às mulheres foi o relato escrito das participantes do estudo mediante anotações em um

diário, de acordo com Oliveira (2006), aqui denominado “diário pessoal” ou “memorando pessoal”, onde as mesmas poderiam registrar seus sentimentos e emoções mais íntimos, na frequência que considerassem mais apropriados, diariamente, ou quando realizassem alguma consulta, procedimento ou exame complementar, ou ainda, no caso de algum acontecimento diferenciado na sua rotina de tratamento ou familiar. Porém, não houve aceitação da proposta pelas participantes, sendo que as mesmas alegaram falta de tempo e de interesse em realizar registros diários, ou mesmo ocasionais, sobre seus sentimentos e vivências à respeito do processo de reconstrução mamária.

Após o aceite das mulheres e dos profissionais da saúde em participar do estudo, foram agendados dia, local e hora das entrevistas, de acordo com a preferência dos participantes, desde que o espaço fosse reservado, garantindo a privacidade da coleta de dados. Os locais de coleta foram: consultório particular da pesquisadora, domicílio ou local de trabalho dos participantes e dependências das instituições de saúde.

As entrevistas não tiveram tempo limite de duração e foi utilizado um gravador digital de voz, Sony ICD-BX140, 4GB de memória, gravações no formato.mp3. Houve concordância dos participantes quanto à utilização do mesmo, com exceção de uma das profissionais da saúde entrevistada, que optou pelo registro manual da pesquisadora em um caderno de anotações. As entrevistas tiveram a duração mínima de 25 minutos e máxima de 2 horas e após seu término, foram armazenadas no computador pessoal da pesquisadora.

Ao final de cada entrevista, foi esclarecido aos participantes que os mesmos poderiam receber a transcrição de suas entrevistas, a fim de realizar alterações, acréscimos ou decréscimos de informações, caso considerassem mais apropriado, sendo esta atividade uma prática comum da TFD. Assim, dentre os 31 participantes entrevistados, três mulheres referiram interesse em realizar a leitura da transcrição e refletir sobre as informações prestadas. As transcrições foram encaminhadas via correio eletrônico e as três mulheres retornaram, afirmando que estavam satisfeitas com as informações que haviam transmitido e que não consideravam necessária nenhuma alteração na entrevista.

Além disso, o registro das interpretações e *insights* à respeito das informações foi realizado nos memorandos, o recurso principal para armazenamento das informações (APÊNDICE B). Estas anotações foram organizadas no formato de notas de código, notas teóricas e notas operacionais. Estes registros foram realizados a partir da escuta das

gravações, sendo transcritas no computador pessoal da pesquisadora (COSTA et al., 2013; STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com Strauss e Corbin (2008), memorandos e diagramas devem ser analíticos e conceituais, sendo considerados mecanismos que representam as relações entre os conceitos. Redigir memorandos e fazer diagramas são elementos importantes da análise e não devem ser considerados supérfluos, independente da falta de tempo que o analista possa ter. A elaboração de memorandos e diagramas deve iniciar com a análise inicial e persistir durante todo o processo de pesquisa, pois ajudam o pesquisador a se distanciar analiticamente dos dados e forçam o mesmo a deixar os dados de lado e passar para a conceitualização.

As entrevistas foram realizadas de abril a novembro de 2015, até ser atingida a saturação teórica das categorias, ou seja, quando já não surgiram mais dados novos ou importantes e as categorias já estavam bem desenvolvidas. A saturação teórica é o critério final que aponta para a finalização da coleta de dados e mostra que não surgiram novas propriedades e dimensões nos dados durante a análise (STRAUSS; CORBIN, 2008; BACKES, 2011).

A seguir, são apresentadas informações a fim de caracterizar as 21 mulheres participantes do estudo (Quadro 3) e informações à respeito dos 10 profissionais da saúde participantes do estudo (Quadro 4).

Quadro 3 - Características das 21 mulheres, referentes à idade no diagnóstico e idade atual, número de filhos, estado civil, escolaridade, profissão e religião. Florianópolis, SC, 2016.

ENTREVISTADA	IDADE DIAG. E ATUAL / N° FILHOS	ESTADO CIVIL / ESCOLARIDADE / PROFISSÃO / RELIGIÃO
E1	47 e 55 / 1	Divorciada / Mestrado / Analista de Sistemas / Crê em Deus
E2	60 e 68 / 2	Casada / Doutorado / Geógrafa, Profª Univ. / Católica prat.
E3	38 e 42 / 2	Casada / Graduação / Assistente social, Assessora Adm. / Católica
E4	67 e 69 / 2	Divorciada / Graduação / Psicóloga / Católica não praticante
E5	53 e 62 / Não	Solteira / Especialização / Advogada / Atéia
E6	59 e 63 / Não	Casada / Graduação / Bibliotecária,

		Bancária / Católica não prat.
E7	79 e 80 / 3	Viúva / Graduação / Professora, Pesquisadora / Católica pratic.
E8	44 e 45 / 1	Divorciada / Mestrado / Psicóloga / Crê em Deus
E9	74 e 76 / 2	Casada / Graduação / Professora de Geografia / Católica prat.
E10	49 e 62 / 1	Casada / Superior incomp. / Secretária Exec. / Católica e Espírita
E11	46 e 57 / 2	Casada / Nível Técnico / Profª Ed. Especial / Católica praticante
E12	44 e 49 / 1	Viúva / Ensino médio / Artesã, microempresária / Católica
E13	42 e 45 / 1	Casada / Graduação / Médica / Católica
E14	58 e 61 / 2	Casada / Graduação / Odontóloga, Profª Univ. / Católica
E15	62 e 67 / 2	Casada / Graduação / Administradora, Bancária / Católica não prat.
E16	44 e 46 / Não	Solteira / Graduação / Professora de Línguas / Católica não prat.
E17	44 e 45 / 3	Casada / Nível Técnico / Do Lar / Católica praticante
E18	25 e 33 / Não	Solteira / Graduação / Jornalista / Católica não praticante
E19	48 e 52 / 2	Casada / Nível Técnico / Vendedora autônoma / Evangélica
E20	50 e 53 / 3	Divorciada / Ensino fundamental / Serviços Gerais / Espírita
E21	56 e 57 / 2	Casada / Ensino Fundamental / Do Lar / Católica praticante

Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, 2016.

Quadro 4 - Características dos 10 profissionais da saúde, referentes à categoria profissional, à idade, tempo e sistema de saúde de atuação. Florianópolis, SC, 2016.

ENTREVISTADO	CATEGORIA PROFISSIONAL	IDADE	TEMPO ATUAÇÃO	SISTEMA DE SAÚDE EM QUE ATUA
P1	Médica	51 anos	23 anos	Público/ Suplementar (Privado)
P2	Enfermeira	32 anos	2 anos e meio	Suplementar (Conv./Privado)
P3	Fisioterapeuta	40 anos	17 anos	Público
P4	Médico	46 anos	18 anos	Suplementar (Privado)
P5	Enfermeira	37 anos	5 anos	Suplementar (Conv./Privado)
P6	Psicóloga	56 anos	14 anos	Suplementar (Privado)
P7	Médica	49 anos	20 anos	Público/ Suplementar (Privado)
P8	Nutricionista	50 anos	21 anos	Público/ Suplementar (Conv./Privado)
P9	Técnica de Enfermagem	37 anos	11 anos	Suplementar (Privado)
P10	Médico	40 anos	14 anos	Suplementar (Conv/Privado)

Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, 2016.

4.6 PROCEDIMENTOS PARA ANÁLISE DOS DADOS

No processo de análise, Strauss e Corbin (2008) sugerem o uso das ferramentas analíticas, considerados mecanismos ou técnicas para auxiliar a formulação de perguntas e realização de comparações, ao analisar os dados, operações imprescindíveis para o desenvolvimento da teoria. Essas ferramentas auxiliam o pesquisador a entender o significado dos fatos ou de acontecimentos que poderiam ser obscuros.

Neste sentido, é importante salientar que as perguntas feitas aos dados não geram mais dados, apenas geram ideias e maneiras diferentes de se olhar para os dados. Além disso, as ferramentas analíticas afastam o pensamento do pesquisador da literatura técnica, previamente conhecida, assim como da experiência pessoal, auxiliam a estimular o processo indutivo e a esclarecer e/ou desmistificar as suposições feitas por aqueles que estão sendo estudados (STRAUSS; CORBIN, 2008).

As ferramentas analíticas utilizadas, segundo Strauss e Corbin (2008) são:

a) uso de questionamento: ao olhar para os dados, a formulação de perguntas (temporais, espaciais, tecnológicas, informativas, etc.) estimula o pesquisador e o torna mais sensível àquilo que está procurando, de fato, nos dados.

b) análise de uma palavra, uma frase ou um parágrafo: auxilia o pesquisador a levantar questões sobre possíveis significados dos dados, sejam eles assumidos ou pretendidos, sendo que esta técnica consiste em examinar um registro de dados e depois voltar o foco para uma palavra, frase ou parágrafo específico, procurando uma interpretação para determinada informação, tentando esmiuçá-la das mais diversas maneiras.

c) análise adicional por meio de comparações: na TFD, fazer comparações é essencial para identificar categorias e para desenvolvê-las, existindo duas formas de comparação:

- incidente por incidente ou de objeto por objeto, sempre buscando similaridades e diferenças entre suas propriedades para classificá-los;
- comparações teóricas: comparar categorias em busca de conceitos similares ou diferentes para revelar possíveis propriedades e dimensões quando não são evidentes para o pesquisador.

Em relação às comparações teóricas, as mesmas são classificadas em três técnicas:

a) técnica flip-flop: caracterizada pela ação de virar um conceito “pelo avesso” ou “de cabeça para baixo”, ou seja, pela tentativa de obter uma diferente perspectiva sobre o fato, objeto ou ação/interação, ao olhar para fatos totalmente diferentes, opostos e descobrir propriedades significativas nesta diferença.

b) comparação sistemática de dois ou mais fenômenos: nesta técnica, o pesquisador parte da comparação de um incidente nos dados com outro, com base na experiência ou literatura, estimulando o mesmo a pensar em termos de propriedades e dimensões, sempre tendo em mente que está comparando conceitos e não pessoas ou casos.

c) acenando a bandeira vermelha: esta técnica aponta para a importância de reconhecer se as próprias crenças e tendências do pesquisador, ou dos participantes, estão interferindo na análise. Em caso afirmativo, o pesquisador deve ser capaz de retroceder e examinar os dados de forma objetiva, embora seja impossível ser totalmente isento de tendências. O pesquisador deve estar atento ao valor de aceitação ou de rejeição que os participantes atribuem aos fatos, pois sempre deve questionar, perscrutar detalhadamente o que está sendo dito. O aparecimento de termos como “nunca” e “sempre” deve acionar uma bandeira vermelha na mente do pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Desdobrar o processo analítico é a função do pesquisador e Strauss e Corbin (2008) sugerem que o mesmo deve constar das seguintes etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Tais etapas são interdependentes, sendo que o cumprimento de uma não necessariamente implica impedimento de retornar à primeira, uma vez que o movimento é circular.

Ainda de acordo com os autores citados, alguns termos devem ser compreendidos pelo pesquisador antes de iniciar a análise: a) fenômenos: são as ideias centrais identificadas nos dados e representadas como conceitos; b) conceitos: representam os blocos de construção da teoria; c) categorias: definições que representam o fenômeno; d) subcategorias: definições que pertencem à categoria, dando esclarecimentos e especificações adicionais.

A codificação aberta, que consiste na primeira etapa do processo de análise dos dados, é o processo analítico através do qual os conceitos são identificados e suas propriedades e dimensões são descobertas nos dados. Esta etapa inicia com a descoberta de conceitos, onde o pesquisador busca separar os dados em partes distintas, examinando os mesmos rigorosamente e comparando semelhantes e opostos. Eventos,

acontecimentos, objetos e ações/interações considerados similares quanto ao seu conceito, são agrupados sob conceitos mais abstratos, chamados categorias (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Ao seguirmos os passos sugeridos pelos autores, teremos o início da construção da teoria. A *conceituação*, por ser a representação abstrata de um fato, de um objeto ou de uma ação/interação que o pesquisador identifica como importante, permite ao pesquisador agrupar fatos, acontecimentos e similaridades sob um tópico ou uma classificação comum. O segundo passo, a *descoberta de categorias*, considera categorias como conceitos que derivam dos dados e que representam os fenômenos, assim que as categorias são identificadas, elas devem ser desenvolvidas em termos de propriedades e dimensões específicas. As propriedades são características ou atributos, gerais ou específicos, de uma categoria, enquanto dimensões representam a localização de uma propriedade ao longo de uma linha ou de uma faixa. Desta forma, ao desenvolver categorias em termos de propriedades e dimensões e ao relacionar categorias por meio de hipótese, vamos desenvolvendo padrões, através da formação de grupos de propriedades que se alinham ao longo de várias dimensões.

Um exemplo de como foi desenvolvida a etapa de codificação aberta deste estudo, através da conceituação e descoberta de categorias, está apresentado no APÊNDICE C. Durante o processo de conceituação foram registrados 258 códigos introdutórios e 49 códigos.

Na segunda etapa, da codificação axial, as categorias e subcategorias são relacionadas através do eixo de uma categoria, associando categorias ao nível de propriedades e dimensões, sendo que o objetivo desta etapa é começar o processo de reagrupamento dos dados, que foram separados na codificação aberta. Segundo Strauss e Corbin (2008), a codificação aberta e axial não são, necessariamente, passos analíticos sequenciais, pois, embora a axial exija que o pesquisador tenha algumas categorias elaboradas, durante a aberta pode surgir um *insight* de como as categorias se relacionam. Portanto, estas etapas podem ocorrer simultaneamente.

A codificação axial pode ser considerada um conjunto de procedimentos e atividades, nos quais os dados são reagrupados de novas maneiras, buscando conexões entre as categorias. Partindo do ponto de vista dos participantes, serão desvelados os significados que os mesmos atribuem ao fenômeno estudado. É um processo demorado, que envolve reordenação dos códigos e relação entre categorias, buscando captar os significados ali contidos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Portanto, conforme os autores, a tarefa agora é reordenar os dados que se dispersaram na codificação aberta, de modo que as categorias se relacionassem com as subcategorias para formar explicações mais precisas e completas sobre os fenômenos. Existem diferenças em relação à codificação aberta, mas esta não é, necessariamente, sequencial à anterior. A característica principal é a construção de uma rede de relações que gira em torno do eixo da categoria sobre a qual se está centrando, segundo suas propriedades e dimensões. As subcategorias também são categorias, só que as mesmas não representam os fenômenos, mas respondem perguntas sobre ele, dando maior poder explicativo.

A terceira e última etapa analítica, denominada codificação seletiva, é considerada o processo de integrar e refinar a teoria, sendo que o primeiro passo em direção à integração é decidir a categoria central, que deve representar o tema principal da pesquisa e possui a capacidade de reunir outras categorias para formar um todo explanatório. A integração ocorre com o transcorrer do tempo, iniciando com os primeiros passos da análise e, na maioria das vezes, não termina até a redação final.

Strauss e Corbin (2008) orientam que, para ocorrer a relação entre as categorias, as mesmas devem envolver, respectivamente, causa, fenômeno, contexto, condições intervenientes, estratégias de ação/interação e consequências. Dessa forma, as condições causais representam conjuntos de fatos ou acontecimentos que influenciam os fenômenos. As condições intervenientes alteram o impacto das condições causais nos fenômenos, surgindo das contingências ou fatos inesperados. As condições contextuais são os conjuntos específicos de condições que se cruzam dimensionalmente para criar circunstâncias ou problemas aos quais as pessoas respondem por meio das ações/interações, sendo que o contexto tem sua fonte nas condições causais e intervenientes. As táticas estratégicas são a forma como as pessoas lidam com situações, problemas e questões que encontram são chamadas de ações/interações, sendo que estas ações/interações são atos propositais para resolver um problema e, ao fazê-lo, moldar os fenômenos de alguma forma. As condições consequenciais são uma resposta a uma questão ou um problema, podendo ser únicas ou múltiplas, visíveis somente para algumas pessoas ou para todos, imediatas ou cumulativas, previstas ou imprevisas, podendo ter um impacto restrito ou amplo, sendo que as consequências podem alterar completamente um contexto.

Em relação à categoria central, a mesma é uma abstração do pesquisador que representa o tema principal da pesquisa. Apesar de ser uma construção interpretativa, pode ser compreendida por outros pesquisadores, mesmo que tenham uma linha de pensamento diferente, pois existe uma explicação detalhada de como se construiu a teoria para que outras pessoas possam seguir a lógica empreendida pelo pesquisador (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A categoria central, ou o fenômeno que emergiu dos dados, precisa contemplar todas as outras categorias, integrá-las para formar um todo explicativo e dar conta das possíveis variações entre elas. Para “encontrá-la” é necessário manter uma certa distância dos dados, procurar se afastar ao máximo e olhar para as categorias em busca daquela que compreende todo o fenômeno estudado ou se será necessário formular uma nova.

Strauss e Corbin (2008) sugerem ainda a possibilidade de retornar às entrevistas e reler algumas para estimular o pensamento; contar a história do processo de investigação e de vida das pessoas entrevistadas e encontrar o fio condutor; captar a essência do processo e atribuir um conceito. O mais importante para o processo de refinamento da teoria é a busca de interrelações, ou seja, buscar sua consistência interna e brechas na lógica, completar as categorias pouco desenvolvidas, retirar as excedentes e validar o esquema.

Nesta segunda e terceira etapas surgiram 11 categorias, 27 subcategorias e a categoria central, relacionados aos significados atribuídos pelas mulheres com câncer da mama e pelos profissionais da saúde ao processo de reconstrução mamária.

As etapas da codificação axial e codificação seletiva estão representadas no APÊNDICE D, com o Esquema do Processo de Categorização, apresentando as Categorias e Subcategorias, além da Categoria Central, referente ao significado da vivência do processo de receber o diagnóstico de câncer da mama e realizar RM para as mulheres mastectomizadas.

Depois de refinada, o último passo é validar a teoria através da comparação com dados brutos ou de sua apresentação aos informantes para ver a reação deles. A Teoria Fundamentada em Dados deve ser reconhecida pelos participantes e, mesmo que não se ajuste a todos os aspectos de cada caso, os conceitos mais amplos devem se aplicar a todos os casos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Desta forma, após ser construída, a teoria foi representada por meio de um esquema teórico explanatório, o mesmo foi enviado aos

participantes através de correio eletrônico, sendo solicitado que os mesmos realizassem a leitura, buscando reconhecimento na teoria construída. Dos 31 participantes, apenas duas mulheres não deram nenhum retorno e dos demais que retornaram, a maioria demonstrou enorme satisfação e emoção ao se reconhecer na teoria construída. Apenas 4 mulheres sugeriram pequenas alterações e modificações no esquema, a fim de representar de forma mais fidedigna os significados de vivenciar o processo de receber o diagnóstico de câncer da mama e realizar reconstrução mamária.

Outra questão importante na análise dos dados é a forma de registro desta análise, cabendo ressaltar que os registros podem ser realizados através de memorandos e diagramas. O memorando é um tipo muito especializado de registro escrito, que contém os produtos da análise ou as direções para o pesquisador, mediante anotações analíticas e conceituais e não apenas descritivas, enquanto diagramas são memorandos visuais e não-escritos (COSTA et al., 2013; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Os memorandos podem ser redigidos em diversos formatos: notas de codificação, notas teóricas, notas operacionais e outras mais que se fizerem necessárias. O importante é que o pesquisador mantenha as distinções entre os tipos de memorandos, para que os mesmos não fiquem perdidos ou esquecidos. Tanto os memorandos, quanto os diagramas, irão variar em conteúdo, em grau de conceitualização e extensão, dependendo da fase em que se encontra a pesquisa, do objetivo e do tipo de codificação (COSTA et al., 2013; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Em relação à função destes registros, Strauss e Corbin (2008) apontam que o conteúdo é essencial para o desenvolvimento da teoria, além disso, memorandos e diagramas têm a função adicional de armazenar informações e de forçar o pesquisador a trabalhar com conceitos e não com dados brutos.

4.7 QUESTÕES ÉTICAS

O projeto de pesquisa foi inserido na Plataforma Brasil em 08/08/2014 e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina (CEP/SES/SC) em 30/09/2014, sob Parecer N° 807905 e CAAE N° 36042114.9.0000.0115 (ANEXO B).

Este estudo respeitou as diretrizes e normas da Resolução 466/2012, que incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado (BRASIL, 2012).

Segundo a resolução, as pesquisas envolvendo seres humanos devem atender aos fundamentos éticos e científicos pertinentes, como: a) respeito ao participante da pesquisa em sua dignidade e autonomia, reconhecendo sua vulnerabilidade, assegurando sua vontade de contribuir e permanecer, ou não, na pesquisa, por intermédio de manifestação expressa, livre e esclarecida; b) ponderação entre riscos e benefícios, tanto conhecidos como potenciais, individuais ou coletivos, comprometendo-se com o máximo de benefícios e o mínimo de danos e riscos; c) garantia de que danos previsíveis serão evitados; e d) relevância social da pesquisa, o que garante a igual consideração dos interesses envolvidos, não perdendo o sentido de sua destinação sócio-humanitária (BRASIL, 2012).

Além disso, as pesquisas, em qualquer área do conhecimento envolvendo seres humanos, deverão observar várias exigências, dentre as quais citamos: ser adequada aos princípios científicos que a justifiquem e com possibilidades concretas de responder a incertezas; estar fundamentada em fatos científicos, experimentação prévia e/ou pressupostos adequados à área específica da pesquisa; utilizar os métodos adequados para responder às questões estudadas, especificando-os, seja a pesquisa qualitativa, quantitativa ou quali-quantitativa; obter consentimento livre e esclarecido do participante da pesquisa e/ou seu representante legal, inclusive nos casos das pesquisas que, por sua natureza, impliquem justificadamente, em consentimento *a posteriori*; prever procedimentos que assegurem a confidencialidade e a privacidade, a proteção da imagem e a não estigmatização dos participantes da pesquisa, garantindo a não utilização das informações em prejuízo das pessoas e/ou das comunidades, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou de aspectos econômico-financeiros; respeitar sempre os valores culturais, sociais, morais, religiosos e éticos, como também os hábitos e costumes, quando as pesquisas envolverem comunidades; utilizar o material e os dados obtidos na pesquisa exclusivamente para a finalidade prevista no seu protocolo, ou conforme o consentimento do participante (BRASIL, 2012).

Os participantes desta pesquisa, as mulheres submetidas à mastectomia e reconstrução mamária por câncer da mama e os profissionais da saúde foram esclarecidos quanto aos benefícios que o presente estudo pode oferecer na compreensão da vivência do processo de reconstrução mamária após câncer da mama, através da interpretação e análise das falas dos participantes. Os mesmos foram tratados com dignidade, respeitando sua autonomia e garantindo que danos previsíveis fossem evitados. Porém, em virtude deste assunto ser de natureza delicada e íntima, podendo desencadear algum desconforto emocional, foram providenciados cuidados para apoiar e compreender a decisão da mulher em continuar ou não a entrevista. Foi assegurado às mulheres que, no caso de necessidade de apoio psicológico específico, a pesquisadora buscaria junto à equipe de saúde encaminhamentos para serviço especializado junto à rede pública, assegurando assim, um atendimento que contribuísse para a manutenção e/ou recuperação da integridade da saúde da mulher (SELL, 2013).

Além disso, foi garantido sigilo das informações e anonimato dos participantes, através do uso de letras e números na apresentação e socialização dos resultados. As mulheres e os profissionais da saúde participaram do estudo após terem dado seu consentimento livre e esclarecido, através de leitura e assinatura do TCLE para as mulheres (APÊNDICE D) e para os profissionais (APÊNDICE E). Cada participante recebeu uma cópia do TCLE.

Os resultados da pesquisa estiveram disponíveis para todos os participantes, sempre que solicitado, sendo que me coloquei à disposição para o esclarecimento de eventuais dúvidas dos participantes. Em todas as situações do desenvolvimento da TFD procurei reconhecer minhas limitações, aceitando críticas e sugestões, buscando aprimoramento científico, em benefício do grupo de participantes e do crescimento profissional.

Este estudo contou com financiamento da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES).

5 RESULTADOS E DISCUSSÕES

Neste capítulo, será apresentado o significado da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres submetidas à mastectomia por câncer da mama e para os profissionais da saúde, a partir da interação entre dados da pesquisa e das reflexões, interpretações e observações provenientes da análise comparativa, preconizada pela Teoria Fundamentada nos Dados, resultando na teoria substantiva: “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”.

Esta teoria substantiva é uma teoria fundamentada, pois foi construída mediante dados coletados e analisados sistematicamente, através do processo de pesquisa, sendo designada como substantiva por se referir a um âmbito específico de preocupações (STRAUSS; CORBIN, 2008).

De acordo com os princípios da TFD, a teoria “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher” foi sustentada por onze categorias: Retomando o período anterior ao câncer da mama; Experienciando o procedimento cirúrgico; Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório; Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo; Descrevendo o trabalho dos profissionais; Profissionais considerando as habilidades necessárias na assistência à mulher; A visão dos profissionais sobre as mulheres; Mulheres refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde; Adaptando as atividades de rotina à nova condição; Recebendo apoio de diversas formas e Encarando a feminilidade e a sexualidade.

A análise dos dados seguiu a proposta de Strauss e Corbin (2008), considerando o processo analítico como um Modelo Paradigmático, por reunir e ordenar os dados de maneira sistemática, relacionando condições estruturais (causais, contextuais e intervenientes) com o processo (condições estratégicas de ações/interações e condições consenquenciais).

Os resultados da pesquisa estão apresentados no formato de quatro manuscritos, que serão posteriormente submetidos à revistas científicas da área, conforme estabelece a Instrução Normativa n. 10, de 15 de junho de 2011, do PEN/UFSC, conforme exposto no Quadro 5.

Quadro 5 - Manuscritos científicos elaborados a partir dos resultados da Tese

MANUSCRITOS	TÍTULO	OBJETIVO
MANUSCRITO 2	O processo de reconstrução mamária da mulher com câncer da mama: construção de um modelo teórico	Construir um modelo teórico interpretativo a partir da experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama.
MANUSCRITO 3	Compreendendo os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama: antes, durante e após a cirurgia	Compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher diagnosticada com câncer da mama, considerando os momentos vivenciados no período anterior, no decurso e após a cirurgia.
MANUSCRITO 4	A mulher e a vivência do processo de reconstrução mamária: aspectos psicossociais	Compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher diagnosticada com câncer da mama, considerando os aspectos psicossociais dessa vivência.
MANUSCRITO 5	Assistência à mulher com reconstrução mamária após câncer da mama: visão dos profissionais da saúde e das mulheres	Compreender o modo de assistência prestada à mulher com câncer da mama que realizou reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres.

Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2016.

5.1 MANUSCRITO 2 - O PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA MULHER COM CÂNCER DA MAMA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO

O PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA DA MULHER COM CÂNCER DA MAMA: CONSTRUÇÃO DE UM MODELO TEÓRICO¹

THE PROCESS OF BREAST RECONSTRUCTION OF WOMEN WITH BREAST CANCER: CONSTRUCTION OF A THEORETICAL MODEL

EL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA DE LAS MUJERES COM CÁNCER DE MAMA: CONSTRUCCIÓN DE UN MODELO TEÓRICO

Cilene Volkmer²

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO

Esta pesquisa qualitativa objetivou construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama. Coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, de abril a outubro de 2015, por meio da amostragem teórica e saturação teórica das categorias. Os referenciais teórico-metodológicos foram Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo

¹Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama”, defendida no Programa de Pós-Graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2016. Pesquisada realizada com financiamento da CAPES.

²Fisioterapeuta Maternidade Carmela Dutra, Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), UFSC. cilenev@gmail.com +55 (48) 3251 7500 - Florianópolis – SC – Brasil.

³Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e do PEN/UFSC. Pesquisadora e Líder do GRUPESMUR, UFSC. gregos@matrix.com.br +55 (48) 3721 9480 - Florianópolis – SC - Brasil.

Simbólico. Amostra teórica com 31 participantes, sendo 21 mulheres e 10 profissionais da saúde, entrevistados no domicílio ou local de trabalho, em Florianópolis/SC, compondo 4 grupos amostrais. A teoria “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher” foi construída a partir de onze categorias. Conclui-se que o significado de vivenciar o processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama é enfrentar e transpassar dificuldades causadas pela doença e efeitos do tratamento, passando a valorizar a vida e a si mesma, colocando-se em primeiro lugar, cuidando de si e aprendendo a mudar, a ser mais tolerante, a dar menos valor às coisas materiais e a encarar a vida com coragem e fé.

Descritores: Saúde da Mulher. Neoplasias da Mama. Pesquisa Qualitativa. Teoria Fundamentada nos Dados

ABSTRACT

This qualitative research aimed to construct a theoretical model regarding the experience and significance of the breast reconstruction process for women with breast cancer. Data collection and analysis occurred simultaneously, from April to October 2015, through theoretical sampling and theoretical saturation of categories. The theoretic-methodological references were Grounded Theory and Symbolic Interactionism. The theoretical sample consisted of 31 participants, 21 women and 10 health professionals, with 4 sample groups, interviewed at home/in the workplace in Florianópolis/SC (Brazil). The theory "The woman facing challenges and overcoming difficulties: starting from the fear of death, passing by the mutilation and breast reconstruction, modifying the way of being a woman" was built up from eleven categories. We conclude that for those women who have gone through the breast reconstruction process, the meaning of that experience is to face and pierce difficulties caused by both the disease and effects of treatment. They begin to value life and herself, putting up first, caring for each other and learning to change, to be more tolerant, to give less value to material things and to face life with courage and faith.

Descriptors: Women's Health. Breast Neoplasms. Qualitative Research. Grounded Theory

RESUMEN

Esta investigación cualitativa busco la construcción de un modelo teórico sobre la experiencia y significación del proceso de reconstrucción de mama para las mujeres con cáncer de la mama. La colecta y análisis de datos ocurrieron simultáneamente, de abril a octubre de 2015, a través de un muestreo teórico y la saturación teórica de las categorías. Las referencias teóricas y metodológicas se basaban *Grounded Theory* e Interaccionismo Simbólico. La muestra teórica consistió de 31 participantes, 21 mujeres y 10 profesionales de la salud, entrevistados en su domicilio o lugar de trabajo, Florianópolis/SC. La teoría "La mujer enfrentando los desafíos y superando las dificultades: partiendo del miedo a la muerte, pasando por la mutilación y la reconstrucción de la mama, modificando la manera de ser mujer", fue construido a partir de las once categorías. Se concluye de que el significado de experimentar el proceso de reconstrucción mamaria para las mujeres con cáncer de la mama es hacer frente a las dificultades causada por la enfermedad y los efectos del tratamiento, empezando a valorar la vida y el la misma, colocandose en primer lugar, cuidando de sí y aprendiendo a cambiar, a ser más tolerante, dar menos valor a las cosas materiales, y a enfrentar la vida con coraje y fe.

Descriptor: Salud de la Mujer. Neoplasias de la Mama. Investigación Cualitativa. Teoría Fundamentada.

INTRODUÇÃO

Na área da fisioterapia na saúde da mulher, mais especificamente a assistência à mulheres portadoras de câncer da mama, os estudos realizados são quase em sua totalidade pesquisas quantitativas ou, quando se referem à estudos qualitativos, a maioria diz respeito à pesquisas voltadas à qualidade de vida, mas com análises e resultados estatísticos, enquanto o número de estudos qualitativos na referida área ainda é pouco representativo (FURLAN et al., 2013; SIMEÃO et al., 2013).

Os estudos qualitativos na área da saúde da mulher, ou ainda, estudos de metodologias mistas, realizados por profissionais da fisioterapia, surgiram apenas nos últimos 15 anos, com o ingresso de fisioterapeutas em Cursos de Pós Graduação da Enfermagem e da Saúde Pública e/ou Coletiva, ou ainda em outras áreas, como a Engenharia de Produção/Ergonomia, que estudam e incorporam as concepções filosóficas, antropológicas e sociológicas em suas diretrizes, procurando

compreender e adaptar várias teorias das Áreas Humanas na Área da Saúde, uma vez que profissionais da saúde lidam com seres humanos e não com as doenças em si (BRAZ, 2001; COSTA et al., 2013; HONÓRIO, 2014; TORIY et al., 2013).

Assim, ao ingressar em um Curso de Mestrado e, na sequência, no Curso de Doutorado em Enfermagem, me deparei com situações e lições nunca antes vividas em minha profissão. Em decorrência da fisioterapia não incluir em suas matrizes curriculares o aprendizado de concepções filosóficas/antropológicas/sociológicas, vislumbrei a possibilidade de preencher uma lacuna em minha experiência profissional, como fisioterapeuta da saúde da mulher, e também pessoal, que me inquietava desde o início de minha atuação profissional, a necessidade de compreender a mulher em toda sua complexidade biopsicossocial, levando em consideração suas subjetividades, experiências e sentimentos.

Assim, contrapondo o histórico da Fisioterapia e da Enfermagem, nesta última existem três marcos da profissão: o surgimento da enfermagem moderna, o desenvolvimento das teorias de enfermagem e a Sistematização da Assistência de Enfermagem, sendo que as Teorias representaram a necessidade de construir e promover a ciência da enfermagem. Assim, os conhecimentos específicos são organizados e sistematizados em teorias e modelos estruturais, que objetivam definir, caracterizar, explicar e descrever fenômenos desta área (BACKES et al., 2011). A respeito desse tema, a Fisioterapia poderia valer-se do conhecimento da área da Enfermagem e da área das Ciências Humanas, a fim de organizar e sistematizar a profissão, considerada muito recente em relação às outras profissões da área da saúde, em relação à construção de teorias e modelos estruturais.

Dentre as teorias utilizadas em abordagens qualitativas da área da saúde e enfermagem, a *Grounded Theory* (GT) ou Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) apresenta caráter interpretativo e se destaca por contribuir na compreensão de determinado fenômeno ou no debate teórico implicado na interpretação da realidade em foco. Além disso, a TFD também propõe a construção indutiva de uma teoria assentada nos dados coletados, com a elaboração de modelos teóricos, visando a melhoria de práticas profissionais através do surgimento de novos conhecimentos e trazendo à área do fenômeno estudado novas perspectivas para o seu entendimento (BACKES et al., 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O estudo bibliométrico de Costa et al. (2013) identificou que a primeira pesquisa envolvendo a área da saúde da mulher, a enfermagem e a TFD, no Brasil, ocorreu no ano de 1996 e que houve aumento do número de trabalhos somente a partir de 2004, quando aconteceu a expansão da pós graduação em enfermagem em nosso país e o desenvolvimento de políticas públicas direcionadas à saúde da mulher. O estudo ainda apontou que os temas mais pesquisados na área da saúde da mulher foram referentes à enfermagem oncológica, destacando-se os estudos envolvendo o câncer da mama.

À nível internacional, existem estudos em várias áreas do conhecimento, incluindo a enfermagem e a área da saúde, com abordagem teórico-metodológica da Grounded Theory. Inicialmente, a proposta da GT foi elaborada pelos sociólogos americanos Barney Glaser e Anselm Strauss, na década de 1960, mas após divergências, os mesmos se separaram e Strauss iniciou nova parceria com Juliet Corbin, prosseguindo com o refinamento metodológico da TFD, além de outros pesquisadores que passaram a estudar, aplicar e divulgar este referencial em várias partes do mundo (CEBALLOS-GARCIA, GIRALDO-MORA, 2011; CONLON et al., 2015; McKEAN; NEWMAN; ADAIR, 2013; NAGEL et al., 2015; SBARAINI et al., 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Considerando os estudos qualitativos que vêm sendo realizados na área da saúde ao longo da história, acredito que a continuidade na construção de um corpo de conhecimento sobre a saúde da mulher, especialmente em relação ao câncer da mama e o processo de reconstrução mamária, que dê suporte às práticas profissionais é uma necessidade e precisa estar articulada entre todas as áreas envolvidas na assistência à mulher, considerando a compreensão do ser humano, da ciência e do processo saúde-doença-cuidado (BACKES et al., 2011).

Desta forma, surgiu a questão: Como construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama? Assim, este estudo objetiva construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama.

Percurso Metodológico

Esta pesquisa qualitativa embasou-se no referencial teórico-metodológico da TFD. A escolha deste referencial ocorreu por

possibilitar a construção de teorias formais ou substantivas, baseadas em dados de pesquisa, que integram sistematicamente vários conceitos por meio de declarações, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a realidade pesquisada e apontar novas perspectivas para a ação (BACKES et al., 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Retornando às origens da TFD, encontramos o Interacionismo Simbólico (IS), idealizado nos anos 1930 por George Hebert Mead, privilegiando o processo pelo qual os comportamentos de alguns indivíduos respondem, positiva ou negativamente, às expectativas e entendendo que a sociedade humana fundamenta-se na base do consenso, de sentidos compartilhados, na forma de compreensões e expectativas comuns, afirmando que a interação é elemento constituinte do comportamento social e das atitudes humanas (BLUMER, 1980, 1977; SILVEIRA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Mas somente em 1937 a expressão Interacionismo Simbólico é proposta por Herbert Blumer, um dos seguidores de Mead e responsável pela definição dos pressupostos e premissas da abordagem interacionista, defendendo a visão de que, para compreender o mundo, é preciso analisar as ações e interações de seus participantes. Para tanto, o pesquisador precisa estar ativamente engajado no mundo em estudo e analisar suas partes fundamentais através da exploração e inspeção, com a finalidade de elucidar os significados que os próprios sujeitos põem em prática para construir seu mundo real (BLUMER, 1980, 1977; CARVALHO; BORGES; RÊGO, 2010). Assim, optou-se pela associação dos referenciais da TFD e do IS para a condução deste estudo.

O método da TFD preconiza a utilização do Modelo Condicional/Consequencial, que ajuda a contextualizar o fenômeno, posicionando o mesmo dentro de uma estrutura condicional e identificando os meios pelos quais uma categoria se manifesta. Isto permite relacionar estrutura com processo, considerando que a estrutura é composta por condições causais, contexto e condições intervenientes, enquanto o processo diz respeito às estratégias de ação/interação das mulheres em processo de reconstrução mamária e às consequências dessas ações. Desta forma, é necessário estudar estrutura e processo para capturar a dinâmica e a natureza evolutiva dos fatos (KLOCK; ERDMANN, 2012; OLIVEIRA et al., 2014; SANTOS et al., 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Coleta e análise de dados ocorreram simultaneamente, de abril a outubro de 2015, sendo conduzidas pelos princípios da amostragem

teórica e finalizando com a saturação teórica das categorias. A amostra teórica constou de 31 participantes, sendo 21 mulheres com diagnóstico de câncer da mama, que realizaram reconstrução mamária e 10 profissionais da área da saúde. As entrevistas foram realizadas no domicílio ou local de trabalho das mulheres, ou ainda, no local de trabalho da pesquisadora, em Florianópolis/SC. As questões norteadoras foram: “O que significa para você vivenciar ou ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, considerando o período anterior, o durante e o após a cirurgia?”, “O que significa para você vivenciar ou ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, em relação a sua vida pessoal, familiar e social?” e “Fale-me sobre a assistência que você recebeu dos profissionais da saúde durante seu tratamento de câncer da mama e processo de reconstrução mamária”.

A princípio apenas mulheres que haviam realizado o custeio particular do tratamento estavam sendo entrevistadas, quando percebeu-se a necessidade de ampliar abrangência do fenômeno, entrevistando também mulheres que haviam custeado o tratamento através dos Planos de Saúde do Sistema Suplementar e do Sistema Único de Saúde (SUS), gerando 3 grupos amostrais: 1º grupo – 10 mulheres que haviam realizado custeio particular do tratamento ou particular/planos de saúde; 2º grupo – 7 mulheres que haviam realizado custeio do tratamento pelo Sistema Suplementar de Saúde, somente através de Planos de Saúde; 3º grupo – 4 mulheres que haviam realizado custeio do tratamento através do SUS; 4º grupo amostral – 10 profissionais da saúde.

A TFD contempla o rigor metodológico necessário aos estudos qualitativos, transpassando pela organização de conceitos e chegando à formulação de um modelo teórico, através de três níveis de análise no processo de construção teórica: a descrição, o ordenamento conceitual e a teorização. A descrição se refere à elaboração informativa e cautelosa de um fenômeno da realidade e é a base para a organização dos conceitos, para a teorização e as possíveis hipóteses. O ordenamento conceitual é considerado o precursor da teorização, pois é nesse processo que os dados são organizados em categorias e essa análise é essencial para o desenvolvimento da teorização, pois uma teoria contém conceitos definidos de acordo com suas características e dimensões. Por sua vez, a teorização é o conjunto de categorias ou conceitos inter-relacionados de forma sistemática, através de enunciados de relação, formando um esquema ou diagrama que explica um fenômeno. A teoria surge no terceiro nível de análise, sendo denominada teorização,

ressaltando que se trata de um processo construtivo (COSTA et al., 2013; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A análise inicia-se pela microanálise, linha por linha, necessária para geração das categorias. Após foram realizadas as codificações, surgindo relações entre estas, sendo que a codificação é definida como um processo analítico que ocorre em três etapas: codificação aberta, codificação axial e codificação seletiva. Na codificação aberta realizou-se a decomposição, análise, comparação, conceitualização e categorização dos dados, enquanto na axial relacionamos categorias às subcategorias, ou seja, às suas propriedades e dimensões, considerando que a categoria representa o fenômeno que emerge, enquanto a subcategoria responde a questões sobre o fenômeno. E a seletiva representa a integração e refinamento das categorias, delimitando a categoria central e a relação desta com as categorias secundárias (COSTA et al., 2013; SANTOS et al., 2014; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Em relação à construção do Modelo Teórico na TFD, na forma de um esquema organizacional dos resultados, compondo a teoria em questão, a validação do mesmo é considerada uma estratégia metodológica, pois a teoria emerge dos dados pela integração de conceitos e categorias, representando uma construção abstrata da compreensão dos dados brutos. É importante determinar como a abstração se ajusta a esses dados e também determinar se algo importante foi omitido do esquema teórico. Uma das maneiras de validar a teoria é solicitar aos participantes da pesquisa que comentem o modelo construído, dizendo se são capazes de reconhecer a si mesmos e de perceber o modelo como uma explicação razoável do que está acontecendo em suas vidas, mesmo que nem todos os detalhes se ajustem, os conceitos mais amplos devem estar contemplados. Portanto, a validação consiste em comparar conceitos e determinar o quanto eles são apropriados para a investigação desenvolvida (SOUZA; SILVA, 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste estudo, após a construção da teoria, a mesma foi representada por meio de um esquema teórico explanatório, sendo enviado aos participantes através de correio eletrônico, com a solicitação que realizassem a leitura, buscando reconhecimento na teoria construída. Dos 31 participantes, apenas duas mulheres não enviaram resposta, mesmo após várias tentativas de contato. Os demais 29 participantes demonstraram enorme satisfação ao se reconhecer na teoria construída. Apenas 4 mulheres sugeriram pequenas alterações e

modificações no esquema, a fim de representar de forma mais fidedigna os significados de vivenciar o processo de receber o diagnóstico de câncer da mama e realizar reconstrução mamária.

Os critérios éticos foram respeitados mediante as recomendações da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), sobre pesquisas com seres humanos, obtendo-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o Parecer Nº 807905 e CAAE Nº 36042114.9.0000.0115, de 30 de setembro de 2014. O sigilo das informações e o anonimato das participantes foram garantidos, sendo que todas receberam e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, em duas cópias.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Os resultados aqui apresentados são referentes à Tese de Doutorado “O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama”. Mediante observações, interpretações, interações, reflexões, conexões e interconexões, a partir dos dados da pesquisa, seguindo o rigor metodológico da TFD, elaborou-se a Teoria “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”.

Esta teoria é considerada substantiva, de acordo com Strauss e Corbin (2008), pois se refere a uma esfera mais específica de preocupações, específica a um grupo de mulheres diagnosticadas com câncer da mama e busca compreender o significado da vivência do processo de reconstrução mamária para essas mulheres.

A teoria “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher” oferece uma explicação sobre o fenômeno e surgiu do interrelacionamento sistemático das onze categorias do estudo: Retomando o período anterior ao câncer da mama; Experienciando o procedimento cirúrgico; Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório; Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo; Descrevendo o trabalho dos profissionais; Profissionais considerando as habilidades necessárias na assistência à mulher; A visão dos profissionais sobre as mulheres; Mulheres refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde; Adaptando as atividades de

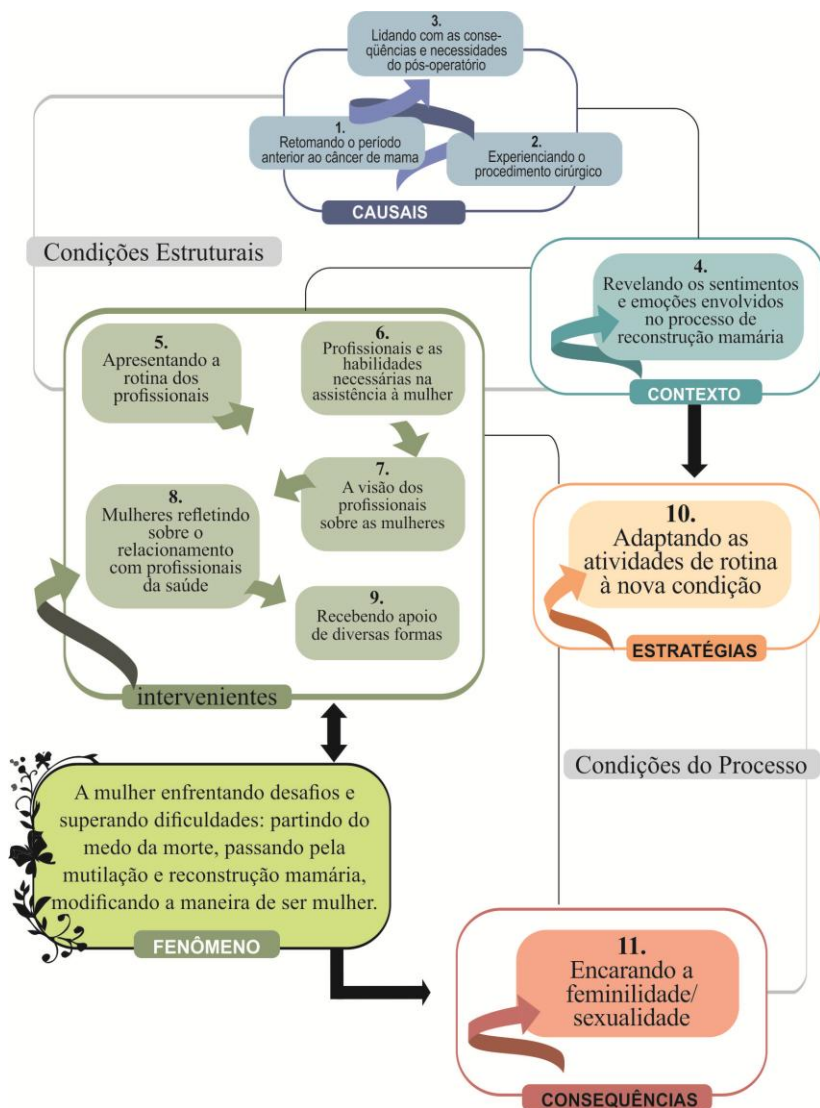
rotina à nova condição; Recebendo apoio de diversas formas e Encarando a feminilidade e a sexualidade.

Após a elaboração das categorias e subcategorias, segundo Strauss e Corbin (2008), é preciso utilizar um mecanismo de codificação para auxiliar o pesquisador a ter em mente vários pontos analíticos, sendo que os autores denominaram esse mecanismo de modelo condicional/consequencial, indicando que tanto condições e consequências micro, quanto macro, devem ser consideradas na análise; além disso, esse modelo também ajuda a capturar a interação entre as condições, a resposta dos participantes e as consequências resultantes. O modelo possibilita que o pesquisador acompanhe sistematicamente a cadeia de eventos do estudo, traçando uma linha condicional e tentando discernir que condições existiam em dado momento, que sequência de ação/interação se seguiu e que consequências resultaram. Assim, os autores denominaram *processo* esta série de sequências evolutivas de ação/interação entre as categorias, que ocorrem no tempo e no espaço, mudando ou às vezes permanecendo inalteradas em resposta à situação ou contexto, sendo que consideram importante que o pesquisador analise os dados em busca do processo, em qualquer nível da análise.

Os autores Backes et al. (2011) também apontam que esse mecanismo auxilia na reunião e ordenamento sistemático dos dados, possibilitando o relacionamento das condições estruturais, ou seja, as condições causais, o contexto e as condições intervenientes, com o processo, relacionada às estratégias de ação e interação das mulheres que vivenciaram o processo de reconstrução mamária e às consequências.

O processo de interconexão das categorias, que possibilitou a construção da teoria, está ilustrado através do esquema teórico explanatório, demonstrado no diagrama (Figura 5).

Figura 5 -Modelo teórico do fenômeno “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”.



Fonte: Elaborado pela própria autora, Florianópolis, SC, Brasil, 2016

De acordo com o interrelacionamento entre as categorias e do processo decorrido, tanto à nível macro, quanto micro, representando a natureza dinâmica e evolutiva da ação/interação, desenvolveu-se a teoria substancial, representada no esquema teórico explanatório como o “fenômeno”.

O fenômeno emergiu das três categorias causais, “Retomando o período anterior ao câncer da mama”, “Experienciando o procedimento cirúrgico” e “Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório”, que apontam as diversas situações e momentos vivenciados pelas mulheres. Além disso, o fenômeno também emergiu do contexto, representado pela categoria “Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo”, que revela os problemas decorrentes das situações enfrentadas. As condições intervenientes do fenômeno estiveram presentes nas categorias “Descrevendo o trabalho dos profissionais”, “Profissionais considerando as habilidades necessárias na assistência à mulher”, “A visão dos profissionais sobre as mulheres”, “Recebendo apoio de diversas formas” e “Refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde”. As estratégias estão representadas pela categoria “Adaptando as atividades de rotina à nova condição”, que indica uma ação/interação para resolver uma situação problemática e as consequências podem ser identificadas na categoria “Encarando a feminilidade e a sexualidade”.

O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, a princípio, esteve focado no medo, na angústia e dificuldades relacionadas ao recebimento do diagnóstico de câncer, do enfrentamento dos procedimentos cirúrgicos, suas sequelas e seus tratamentos, mas com apoio recebido de diversas formas, entre elas o recebimento ou não de apoio dos profissionais da saúde e com as estratégias de adaptação, mediante ao retorno às atividades diárias, laborais e de lazer, o medo se transforma em energia na busca de soluções para os desafios, e, como consequência, surge a aceitação da transformação da feminilidade e da vida sexual, embora, às vezes, essa aceitação não ocorra, permanecendo o medo e a impotência, principalmente face às possibilidades de recidivas ou metástases.

A categoria central ou fenômeno “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”, está relacionada com a vivência das dificuldades causadas pela doença, pelo tratamento, dificuldades com o custeio do tratamento, pelo medo da morte e pelas dificuldades com a nova imagem corporal,

representada pela mama reconstruída. Enfrentando e transpassando essas dificuldades, as mulheres passam a valorizar a vida e a si mesmas, colocando-se em primeiro lugar, cuidando de si e aprendendo que não podem mudar os outros, apenas a si mesmas, a ser mais tolerantes, a dar menos valor às coisas materiais e a encarar a vida com coragem e fé.

As mulheres também passaram a valorizar os novos e antigos relacionamentos, tanto os familiares, quanto os de amizades e com os profissionais da saúde, além da constatação que o processo de reconstrução é um processo inacabado, que não se encerra e exige disposição para a continuidade do tratamento. Dessa forma, vivenciar o processo de reconstrução mamária após o câncer da mama significa o ressurgimento de uma mulher mais forte, mais corajosa, tolerante e compassiva, apesar do corpo diferente, incompleto e retalhado, mas, também, uma mulher mais frágil e vulnerável, quando precisa enfrentar as recidivas e quando a cura ainda é uma incerteza.

As onze categorias e as vinte e sete subcategorias do estudo, que compõem a construção da teoria apresentada, estão descritas integralmente na referida Tese de Doutorado.

Validação da teoria construída e do esquema teórico explanatório

O desenvolvimento da teoria, um dos objetivos de uma TFD, acontece durante a codificação seletiva, através da integração e do refinamento das categorias, que surgiram na codificação axial, sendo que esta integração acontece continuamente, com o transcorrer do tempo, sendo considerada a interação entre o pesquisador e os dados. Desta interação, resulta a apresentação dos resultados como um conjunto de conceitos interrelacionados, com o pesquisador interpretando e reduzindo os dados, através de construção de abstrações. Assim, a categoria central do estudo é o tema principal do estudo, surgindo das interpretações dos dados e das abstrações, reunindo as outras categorias para formar um todo explanatório (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Depois de construída, a teoria precisa ser refinada, por meio da revisão do esquema em busca de consistência interna e de falhas, completando as categorias mal desenvolvidas e podando os excessos. Finalizado o refinamento da teoria, a mesma necessita ser validada (BACKES et al., 2011; SOUZA; SILVA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

A validação pode ser feita através do retorno aos dados, comparando o esquema aos dados brutos, fazendo uma espécie de análise comparativa de alto nível, onde o esquema deve ser capaz de explicar a maioria dos casos. Além disso, o esquema pode ser compartilhado com os participantes, sendo que os mesmos devem comentar se a teoria se ajusta ao caso deles. De uma maneira geral, os participantes devem ser capazes de reconhecer a si mesmos e perceber que a teoria contempla uma explicação razoável para suas histórias (BACKES et al., 2011; SOUZA; SILVA, 2010; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Portanto, a presente teoria foi validada a partir de duas formas descritas, mediante comparação com os dados brutos e opinião dos participantes, a fim de averiguar se o modelo englobava toda a experiência das mulheres, se as relações das categorias convergiam para o fenômeno, se o modelo abstrato representava o processo vivenciado pelas mesmas e se os conceitos utilizados pela pesquisadora contemplavam suas histórias. Os participantes receberam o modelo teórico explanatório, além dos objetivos do estudo, via endereço eletrônico e responderam pela mesma via ou através de contato telefônico. Dos 31 participantes, 29 ficaram muito satisfeitos e emocionados, demonstrando profunda identificação com a teoria e com o esquema teórico, sendo que apenas quatro mulheres sugeriram pequenas alterações.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa qualitativa possibilitou construir um modelo teórico sobre o significado de vivenciar o processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama, apoiado nos pilares da Teoria Fundamentada nos Dados, um referencial teórico-metodológico interpretativo.

O referencial teórico-metodológico da TFD, associado ao referencial sociológico do Interacionismo Simbólico, propiciam os dados coletados serem interpretados à luz dos mesmos, através do entendimento que o “significado” é produzido a partir do processo de interação humana e que os seres humanos estão empenhados em viver, em um contínuo processo de atividade, desenvolvendo linhas de ação nas inúmeras situações em que se deparam. Dessa forma, entendemos que as ações das mulheres que vivenciam o processo de reconstrução mamária estão embasadas nas interpretações que as mesmas realizam

dos fenômenos relacionados ao câncer da mama e da sua relação com o mundo.

A teoria “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher” é construída a partir do interrelacionamento e integração entre as onze categorias do estudo, sendo considerada uma teoria substantiva, além de ser a categoria central, ou fenômeno, porque também representa o tema central da pesquisa.

Acreditamos que a teoria construída permite reflexões sobre o significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher diagnosticada com câncer da mama e para os profissionais da saúde, possibilitando amplificar e aprofundar a compreensão do processo, considerado complexo, árduo, longo e em constante construção, pois parece não ter fim.

A utilização de um modelo teórico explanatório demonstra ser apropriado para a construção e validação da referida teoria, principalmente para pesquisadores inexperientes no desenvolvimento de um estudo embasado na Teoria Fundamentada nos Dados. Os autores do referido referencial preconizam que pesquisadores que desenvolvem pela primeira vez este tipo de estudo devem realizar todas as etapas de forma manual, a fim de obter melhor compreensão do processo de coleta, análise, codificação dos dados, elaboração das categorias e subcategorias e construção da teoria, ou seja, aconselham que pesquisadores inexperientes não utilizem programas de softwares desenvolvidos para organização e codificação dos dados, que acabam por realizar um trabalho que deveria acontecer a nível mental.

Portanto, realizar manualmente todo o processo analítico é uma atividade extremamente complexa e intrincada, mas torna-se um grande e enriquecedor aprendizado, possibilitando gerar explicações, entendimentos e fornecimento de diretrizes para a ação dos atores envolvidos no processo de reconstrução mamária.

Assim, considera-se a teoria construída relevante, útil e apropriada às mulheres que enfrentam o câncer da mama e a reconstrução mamária e, também, aos profissionais da saúde que atuam na área da saúde da mulher, na prestação de assistência a essas mulheres, pois representa de maneira simplificada e objetiva fatores relacionados ao significado da vivência do processo pelas mulheres, possibilitando que estes profissionais desenvolvam um modelo de cuidado que contemple todas as necessidades das mulheres assistidas.

Além disso, este estudo contribui no sentido de fomentar a construção de teorias explicativas, acerca de outros aspectos relacionados à saúde da mulher, ou mesmo, em qualquer área da saúde que pretenda compreender os significados do processo-saúde-doença para os seres humanos, pelos profissionais da saúde em geral e, especificamente, aos fisioterapeutas que atuam na assistência à saúde da mulher.

REFERÊNCIAS

BACKES, M.T.S. et al. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 769-75, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a16v15n4.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980. p.119-139.

BLUMER, H. A sociedade concebida como uma interação simbólica. In: BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: HUCITEC, 1977. p. 36-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

BRAZ, M.M. **Aprendendo com o câncer da mama**: percepções e emoções de pacientes e profissionais de fisioterapia. 2001. 112 p. (Mestrado em Engenharia de Produção) - Curso de Pós Graduação em Engenharia de Produção, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2001.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L. de O.; RÊGO, D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 146-

161, 2010. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

CEBALLOS-GARCIA, G.Y.; GIRALDO-MORA, C.V. “Autobarreras” de las mujeres al diagnóstico y tratamiento oportuno del cáncer de mama. **Aquichan**, Chía, v. 11, n. 2, p. 140-157, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v11n2/v11n2a03>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

CONLON, C. et al. “Emergent reconstruction” in grounded theory: Learning from team-based interview research. **Qualitative Health Research**, v.15, n. 12, p. 39-56, 2015.

COSTA, M.C.M.D.R, et al. Teoria fundamentada nos dados em pesquisas na saúde da mulher: estudo bibliométrico. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 7, n. 5(esp.) p. 4153-4160, 2013. Disponível em:

<http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4287/pdf_2603>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

FURLAN, V.L.A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista brasileira de cirurgia plástica**, São Paulo, v. 28, n. 2, p. 264-269, 2013. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/rbcp/v28n2/v28n2a16.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

HONÓRIO, G.J.S. **Intervenção fisioterapêutica em idosas submetidas à tratamento cirúrgico para câncer da mama**. 2014. 220 p. (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2014.

KLOCK, P.; ERDMANN, A.L. Cuidando do recém-nascido em UTIN: convivendo com a fragilidade do viver/sobreviver à luz da complexidade. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 1, p. 45-51, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n1/v46n1a06.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

McKEAN, L.N.; NEWMAN, E.F.; ADAIR, P. Feeling like me again: a grounded theory of the role of breast reconstruction surgery in self-image. **European journal of cancer care**, London, v. 22, n. 4, p. 493-502, 2013.

NAGEL, D.A. et al. When novice researchers adopt constructivist grounded theory: Navigating less travelled paradigmatic and methodological paths in PhD dissertation work. **International Journal of Doctoral Studies**, v. 10, p. 365-383, 2015. Disponível em: <<http://informingscience.com/ijds/Volume10/IJDSv10p365-383Nagel1901.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

OLIVEIRA, R.J.T. et al. Condições intervenientes à governança da prática de enfermagem no centro obstétrico. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 3, n. 1, p. 47-54, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/43125/28929>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

SANTOS, J.L.G. et al. Contexto organizacional e gerência do cuidado pelos enfermeiros em unidades de pronto atendimento. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 35, n. 4, p. 58-64, 2014. Disponível em: <<http://www.seer.ufrgs.br/RevistaGauchadeEnfermagem/article/viewFile/45221/32377>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

SBARAINI, A. et al. How to do a grounded theory study: a worked example of a study of dental practices. **BMC medical research methodology**, London, v. 11, n. 128, p. 1-10, 2011.

SIMEÃO, S.F.A.P. et al. Qualidade de vida em grupos de mulheres acometidas de câncer da mama. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 3, p. 779-788, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.org/pdf/csc/v18n3/24.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

SILVEIRA, E.J.S. Hoje não vai chover canivetes... desenvolvido por volta das décadas de 1930 e 1940, o interacionismo simbólico continua a ser uma alternativa para compreender a sociedade. **Revista Sociologia**, n. 32, 2010. Disponível em:

<<http://sociologiacienciaevida.uol.com.br/ESSO/Edicoes/32/artigo194190-1.asp>>. Acesso em: 10 outubro 2015.

SOUZA, S.S.; SILVA, D.M.G.V. Validação de modelo teórico: conhecendo os processos interativos na rede de apoio às pessoas com tuberculose. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 24, n.6, p. 778-783, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v24n6/a08v24n6.pdf>>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TORIY A.M, et al. Percepções, sentimentos e experiências físicoemocionais de mulheres após o câncer da mama. **Revista brasileira de crescimento e desenvolvimento humano**, São Paulo, v. 23, n. 3, p. 303-308, 2013. Disponível em: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rbcdh/v23n3/pt_08.pdf>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

5.2 MANUSCRITO 3 - COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS DA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PARA MULHERES COM CÂNCER DA MAMA: ANTES, DURANTE E APÓS A CIRURGIA.

COMPREENDENDO OS SIGNIFICADOS DA VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA PARA MULHERES COM CÂNCER DA MAMA: ANTES, DURANTE E APÓS A CIRURGIA¹

UNDERSTANDING THE MEANING OF LIEVING THE BREAST RECONSTRUCTION PROCESS WOMEN WITH BREAST CANCER: BEFORE, DURING AND AFTER SURGERY

COMPREENDENDO LOS SIGNIFICADOS DE LA EXPERIÊNCIA DEL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA PARA LAS MUJERES CON CÂNCER DE MAMA

Cilene Volkmer²

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO

Pesquisa qualitativa buscou compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando o período anterior, o decurso e após a cirurgia. Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo Simbólico como referenciais teórico-metodológicos, sendo entrevistadas 21 mulheres nos domicílios/local de trabalho, em Florianópolis/SC, com 3 grupos

¹Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama”, defendida no Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2016. Pesquisada realizada com financiamento da CAPES.

²Fisioterapeuta Maternidade Carmela Dutra, Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), UFSC. cilenev@gmail.com +55 (48) 3251 7500 - Florianópolis – SC – Brasil.

³Enfermeira Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e do PEN/UFSC. Pesquisadora e Líder do GRUPESMUR, UFSC. gregos@matrix.com.br +55 (48) 3721 9480 - Florianópolis – SC - Brasil.

amostrais, amostragem teórica e saturação dos dados, de abril a outubro de 2015. O processo analítico constou da codificação aberta e axial. Emergiram dos dados as categorias: Retomando o período anterior ao câncer da mama; Experienciando o procedimento cirúrgico e Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório. Conclui-se que as mulheres consideram o processo complexo e árduo, sendo a recuperação mais reconfortante com auxílio da equipe multiprofissional. Este estudo contribui para que profissionais da saúde compreendam a mulher que reconstrói a mama e elaborem modelos de assistência integralizada, auxiliando na reabilitação e na adaptação à nova condição de vida da mulher.

Descritores: Neoplasias da Mama. Procedimentos Cirúrgicos Reconstrutivos. Complicações. Reabilitação. Pesquisa Qualitativa.

ABSTRACT

This qualitative research aimed to understand the meanings of living the breast reconstruction process for women with breast cancer, considering the before, during and the after surgery periods. The Grounded Theory was the theoretical and methodological framework, being interviewed 21 women in households/workplace in Florianópolis/SC, 3 sample groups, based on theoretical sampling until data saturation, April to October 2015. The analytical process consisted of open and axial coding. The categories that emerged from data: Reviewing the period prior to breast cancer, Experiencing the surgical procedure and Dealing with the consequences and needs of postoperative. It is concluded that women consider this a complex and arduous process, being the recovery most comforting with multidisciplinary team monitoring. This study contributes to health professionals understanding the woman that reconstructs the breast and develop integrated health care models, assisting in rehabilitation and adaptation to the new living conditions of women.

Descriptors: Breast Neoplasms. Reconstructive Surgical Procedures. Complications. Rehabilitation. Qualitative Research.

RESUMEN

Estudio cualitativo tuvo como objetivo comprender los significados de la experiencia del proceso de reconstrucción de la mama para las mujeres con cáncer de mama, teniendo cuenta el período anterior, durante y después de la cirugía. La Teoría Fundamentada en los Datos y Interaccionismo Simbolico fue referenciales teórico-metodológicos,

siendo entrevistadas 21 mujeres en el hogar/lugar de trabajo, en Florianópolis/SC, con 3 grupos de la muestra, el muestreo teórico y saturación de datos, de abril a octubre de 2015. El proceso analítico consistió en la codificación abierta y axial. Surgieron de los datos las categorías: Retomando el período anterior al cáncer de mama, Experimentando el procedimiento cirúrgico y Tratando con las necesidades postoperatorias. Se concluye que las mujeres consideran el proceso complejo y arduo, siendo la recuperación más reconfortante con el acompañamiento del equipo multiprofesional. Este estudio contribuye para que profesionales de la salud comprendan a la mujer que reconstruye la mama y elaboren modelos integrados de atención, auxiliando en la rehabilitación y adaptación a las nuevas condiciones de vida de las mujeres.

Descriptor: Neoplasias de la Mama. Procedimientos Quirúrgicos Reconstructivos. Complicaciones. Rehabilitación. Investigación Cualitativa.

INTRODUÇÃO

O câncer é uma doença que desafia a sociedade há milênios e tentativas de compreendê-lo e erradicá-lo são descritos na história, com acertos e erros ao longo deste período, sendo obtidos grandes avanços no tratamento cirúrgico e adjuvante nas últimas décadas (MUKHERJEE, 2012).

Em relação ao câncer da mama, este é o tipo de câncer mais comum entre as mulheres no mundo e no Brasil, com estimativa de 57.120 novos casos no Brasil em 2015, sendo que a idade é o principal fator de risco e o número de casos aumenta após os 50 anos (BRASIL, 2014; WHO, 2015). O câncer da mama é considerado de bom prognóstico quando diagnosticado e tratado precocemente, mas apesar destas características, as taxas de mortalidade por câncer da mama continuam elevadas no Brasil, provavelmente porque a doença ainda é diagnosticada em estádios avançados (BRASIL, 2014; PORTO; TEIXEIRA; SILVA, 2013).

Considerando-se as condutas terapêuticas após o diagnóstico de câncer da mama, podemos apontar que o tratamento cirúrgico possibilita a preservação da mama ou a reconstrução mamária após a mastectomia, sendo a cirurgia reparadora parte fundamental da assistência à mulher submetida à mastectomia e um direito conquistado por todas as mulheres a partir da Lei 12.802/2013, que estabelece a obrigatoriedade do Sistema

Único de Saúde (SUS), incluindo o Sistema Complementar, a realizar a reconstrução da mama imediatamente após a mastectomia (BRASIL, 2013; PEREIRA, 2014).

Ainda que as primeiras tentativas de reconstruir uma mama remontem ao final do século XIX, apenas na década de 1970 se desenvolveram as diversas técnicas empregadas atualmente, sendo esta condição essencial na reabilitação física e emocional da mulher, uma vez que a experiência de ser submetida à ressecção da mama é emocionalmente estressante (CHAMPANERIA et al., 2012; ESCUDERO, 2005; HARCOURT; RUMSEY, 2001).

A literatura científica nacional e internacional, dos últimos cinco anos, envolvendo estudos qualitativos e quantitativos relacionados ao tema do câncer da mama e reconstrução mamária, aponta vários fatores envolvidos no processo de receber o diagnóstico e tomar decisões acerca do tratamento, tanto à curto, quanto à longo prazo e que esse cenário causa uma série de alterações biopsicossociais nas mulheres que vivenciam esse processo. Alguns aspectos relatados dizem respeito aos medos, tanto do tratamento, quanto da morte, às dificuldades em se adaptar a uma nova situação, incluindo relacionamentos amorosos e vida sexual, atividades habituais e profissionais, às limitações físicas em decorrência da cirurgia, aos sintomas algícos, à preocupação com os resultados do tratamento, com a falta de informações sobre a doença e suas consequências, enfim, aspectos que demonstram a complexidade da situação que envolve a mulher submetida à reconstrução mamária (HOLLAND; ARCHER; MONTAGUE, 2014; LOARING et al., 2015; MAHLER; FENLON, 2010; McCARTHY et al., 2014; McNEELY et al., 2012; MURRAY et al., 2015; NUNES et al., 2012; PEREIRA, 2014; ROSA; RADUNZ, 2012).

Desta forma, tanto as informações científicas, quanto a experiência profissional, atuando como fisioterapeuta na assistência à mulher diagnosticada com câncer da mama e submetida à reconstrução mamária, trouxeram inquietações, preocupações e dúvidas no acompanhamento destas mulheres, além do desejo de buscar compreender, de maneira aprofundada, o que sentem e necessitam, com o intuito de auxiliar na melhora da qualidade de vida das mesmas. Assim como Azevedo e Lopes (2005), percebi ao longo de minha trajetória profissional, que profissionais da saúde tendem a valorizar, ao invés da mulher, a doença em si, ou as sequelas físicas do tratamento do câncer da mama. Sabemos que esta doença abala a mulher não só nos aspectos físicos, mas também nos aspectos emocionais e sociais,

portanto, cabe a nós, profissionais, abarcar todos estes aspectos durante a assistência.

A partir do exposto, percebe-se a necessidade de ouvir estas mulheres quanto a sua experiência de vivenciar o processo de ter tido câncer da mama, realizando mastectomia e reconstrução mamária. Diante disso, o objetivo deste estudo foi compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando o período anterior, o decurso e após a cirurgia.

Percurso Metodológico

Este estudo foi caracterizado como pesquisa qualitativa, tendo em vista sua natureza subjetiva, por buscar entender o significado da experiência de pessoas em determinadas situações e por oferecer explicações sobre os fenômenos (STRAUSS; CORBIN, 2008).

O referencial teórico-metodológico que pautou o estudo foi a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*, de Strauss e Corbin (2008), conjuntamente com o Interacionismo Simbólico de Blumer (1980), teoria sociológica que deu origem e embasamento à TFD, afirmando que a ação individual é construída pelo indivíduo através das situações que ele interpreta e a partir das quais age e que a ação social reside na atuação dos indivíduos que ajustam suas linhas de ação umas relativamente às outras, por força do processo de interpretação. A escolha deste referencial ocorreu por possibilitar a integração sistemática de vários conceitos por meio de declarações, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a realidade pesquisada e apontar novas perspectivas para a ação (BACKES et al., 2011; STRAUSS; CORBIN, 2008).

O estudo foi realizado com 21 mulheres que tiveram diagnóstico de câncer da mama e realizaram mastectomia e reconstrução mamária (RM), em tratamento através do sistema de saúde público, suplementar e/ou privado, do município de Florianópolis/SC. Os critérios de exclusão foram: mulheres que realizaram mastectomia e RM sem diagnóstico de câncer da mama, como no caso das mastectomias preventivas ou profiláticas.

A seleção dos participantes da pesquisa foi realizada por meio da *amostragem teórica* (STRAUSS; CORBIN, 2008), em que a coleta de dados é conduzida mediante comparações, procurando pessoas, locais e fatos que possibilitem descobrir variações entre conceitos e tornem

densas as categorias do estudo. As mulheres que freqüentavam o consultório particular da pesquisadora foram convidadas a participar do estudo, assim como, também foi adotada a técnica da “bola de neve”, onde cada participante e profissionais da saúde que trabalham na área poderiam indicar outras mulheres a participar do estudo. As mulheres que participaram do estudo estavam vivenciando ou já haviam vivenciado o processo de RM, recebendo ou não, assistência médica, de enfermagem, fisioterapêutica, psicológica, nutricional e/ou espiritual. O primeiro grupo amostral constou de 10 mulheres que haviam realizado o tratamento mediante custeio particular, conjuntamente com utilização de plano de saúde suplementar. Com o transcorrer da coleta e análise de dados, sentiu-se necessidade de incluir mais dois grupos amostrais: o segundo grupo constou de 7 mulheres que realizaram o tratamento mediante custeio de planos de saúde suplementar e o terceiro grupo amostral constou de 4 mulheres que tiveram o custeio do tratamento pelo Sistema Único de Saúde.

A coleta de dados ocorreu através de entrevista semiestruturada, com utilização de gravador digital de voz (Sony ICD-BX140, 4GB de memória, gravações no formato .mp3) no domicílio, local de trabalho da mulher ou consultório da pesquisadora, de acordo com a disponibilidade para a realização da entrevista de cada participante, em dias e horários previamente agendados e mediante a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas foram conduzidas com base em uma questão norteadora: O que significa para você vivenciar/ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, considerando o período anterior, o durante e o após a cirurgia? As entrevistas tiveram duração aproximada entre 25 minutos e 2 horas e após o término, cada entrevista foi arquivada no computador pessoal da pesquisadora. A coleta foi encerrada com a saturação teórica dos dados, através da participação de 21 mulheres.

A coleta e análise dos dados ocorreram de forma concomitante, de abril a outubro de 2015. A análise se deu conforme Strauss e Corbin (2008), utilizando-se as ferramentas analíticas e comparações teóricas preconizadas na TFD, constando o processo analítico das seguintes etapas: codificação aberta e codificação axial, onde foram geradas as categorias e suas propriedades, determinando a variação dimensional das categorias. Em seguida, as categorias foram sistematicamente desenvolvidas e associadas às subcategorias. Tais etapas são interdependentes, sendo que o cumprimento de uma não

necessariamente implica impedimento de retornar à primeira, uma vez que o movimento é circular. Ainda foram utilizados os memorandos, registros escritos de análises, com os produtos dessas análises ou as direções para o pesquisador, na forma de: notas de código, notas teóricas ou notas operacionais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Neste estudo utilizou-se o referencial teórico-metodológico da TFD, mas não chegou-se à formulação de uma teoria substantiva; a etapa de codificação seletiva, onde ocorre a integração e refinamento da teoria, está descrita em detalhes na Tese de Doutorado que originou o estudo.

Em relação às questões éticas, este estudo respeitou as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que incorpora referenciais da bioética, visando assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Além disso, foi garantido sigilo das informações e anonimato das participantes, utilizando-se uma letra e um número correspondente à ordem de realização das entrevistas para identificação das mesmas (E1, E2, E3... E21). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o Parecer Nº 807905 e CAAE Nº 36042114.9.0000.0115, em 30 de setembro de 2014.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A idade das 21 mulheres entrevistadas, ao receber o diagnóstico de câncer da mama, variou de 25 a 79 anos, com o tempo transcorrido do diagnóstico até a data da entrevista variando entre 4 meses e 13 anos. Em relação ao estado civil, 12 mulheres eram casadas, 4 divorciadas, 3 solteiras e 2 viúvas. Quanto à ocupação, 14 exerciam atividade profissional, 5 eram aposentadas e 2 do lar.

Quanto ao número de intervenções cirúrgicas envolvendo a mastectomia e a reconstrução mamária, cinco mulheres realizaram apenas um procedimento, onze realizaram dois ou três procedimentos e cinco mulheres realizaram quatro ou cinco procedimentos cirúrgicos. E no que diz respeito ao momento em que foi realizada a reconstrução, dezessete mulheres realizaram reconstrução imediata (no momento da mastectomia) e quatro realizaram reconstrução tardia (após o término do tratamento adjuvante).

Os resultados foram analisados e discutidos a partir das três categorias que representam as condições causais da teoria substantiva

“A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modicando a maneira de ser mulher”, descrita detalhadamente na Tese de Doutorado que originou o estudo. Além das três categorias, treze subcategorias emergiram dos dados e, assim como as conexões teóricas alcançadas, resultaram em um processo analítico explicativo da significação do processo de vivenciar a reconstrução mamária após o câncer da mama, antes, durante e após a cirurgia.

Retomando o período anterior ao câncer da mama

Esta categoria compreende as subcategorias Desvelando o câncer na família, Convivendo com doenças prévias da mama, Recebendo o diagnóstico de câncer da mama, Ocultando o câncer, Preparando-se para o tratamento cirúrgico.

Desvelando o câncer na família

As mulheres participantes do estudo apontaram lembranças relacionadas à vivência de câncer na família, sendo que oito tinham história de câncer da mama da mãe, avó, irmã, tia ou sobrinha e seis relataram outros tipos de câncer na família (cérebro, próstata, pulmão, intestino). Também relataram ter acompanhado pessoas próximas em tratamento de câncer ou, também, que não havia nenhum caso de câncer na família ou amigos próximos. Demonstraram que essas vivências trouxeram tanto significados positivos, quanto negativos.

Vi minha avó morrer, deitada na cama, sem um seio... eu era criança e essa imagem ficou na memória [...] e meu irmão faleceu de câncer 5 meses antes do meu diagnóstico (E4). Meu irmão teve diagnóstico de câncer de próstata um ano antes do meu [...] faleceu logo depois de eu ter terminado minha quimioterapia (E3). [...] ela é uma grande amiga e passou por tudo de uma maneira tão tranquila (E9).

Considerando que ação individual é uma construção, sendo construída pelo indivíduo mediante situações que ele interpreta e a partir das quais ele age, o Interacionismo Simbólico coloca que cada indivíduo identifica elementos, que passa a levar em conta, como as boas situações, os obstáculos, os perigos, as obrigações, para avaliá-los e tomar decisões a partir desta avaliação (BLUMER, 1977). Desta forma, as mulheres que vivenciaram previamente o câncer na família ou em

pessoas próximas, ao se depararem com o próprio câncer, passaram a agir de acordo com os significados que essa vivência representou no passado, retomando-os.

Convivendo com doenças prévias da mama

A história da presença de doenças benignas prévias na mama esteve presente no relato de sete mulheres, na maior parte cistos, displasia mamária, fibroadenomas e papilomatose juvenil, mostrando que já existia familiaridade com exames frequentes e regulares, incluindo punções e biópsias, fato que gera preocupações e desconfortos.

[...] *sempre realizando várias punções na mama, a vida toda* (E11). [...] *já tive muitos problemas na mama* (E8).

De acordo com Carvalho e Kerr (2013), os procedimentos mais utilizados no contexto do rastreamento das doenças benignas e malignas da mama são a punção aspirativa por agulha fina (PAAF), as biópsias percutâneas com pistola automática (core biopsy) ou assistida a vácuo (mamotomia) e a biópsia cirúrgica, incisional ou excisional. A repetição destes exames ao longo da vida causa ansiedade e estresse nas mulheres que os realizam com certa frequência.

Recebendo o diagnóstico de câncer da mama

O momento de receber o diagnóstico foi bastante traumático para a maioria das mulheres, sendo que algumas abriram os resultados dos exames antes da consulta médica, outras receberam o diagnóstico do médico que realizou o exame de imagem, no momento do exame e poucas mantiveram os resultados dos exames lacrados até a consulta médica. Algumas se desesperaram e outras ficaram tranquilas, pareciam já intuir que estavam com o câncer ou não demonstraram medo do diagnóstico.

Foi a primeira bomba na cabeça [...] abriu um buraco debaixo dos meus pés (E14). *Eu não me desesperei, tinha aprendido meditação e na hora não me deu tristeza [...] apesar de nunca esperar por isso, achei que foi natural* (E10). [...] *eu já sabia que um dia ia ter câncer da mama* (E1). *Tinha certeza que tava com câncer, mesmo com as biópsias dando benigno [...]* (E12). [...] *cheguei a desmaiar* (E6). *Pensei em pesquisar na internet, mas [...] tem muita desinformação, então esperei pela consulta com a médica* (E5).

As mulheres também relataram a importância de não estar sozinha na hora de receber o diagnóstico e que, em um caso, foi apenas pela insistência da filha que a mulher procurou atendimento médico, depois de meses sentindo a presença de um caroço na mama. Após receber o diagnóstico, decidiram enfrentar o tratamento proposto.

Recebi o diagnóstico sozinha, foi horrível (E3). [...] vou fazer tudo que tiver que fazer (E13). [...] sabe o que pensei na hora? “bem feito, quem mandou ficar 5 anos sem fazer os exames?” [risos] mas eu sabia que tinha que enfrentar o tratamento (E7).

As mulheres tiveram reações variadas frente ao diagnóstico, algumas pensaram na cura, outras imediatamente pensaram em morte.

Encarei o câncer como outra doença qualquer, não fiz drama, pensei em ficar curada, como minha irmã (E6). O primeiro pensamento foi de que eu ia morrer [...] (E15). [...] perdi o chão, acabou tudo [...] não tem mais uma solução (E11).

Em relação ao recebimento do diagnóstico, este estudo reforça os achados de Rosa e Radünz (2012), demonstrando que as mulheres com câncer da mama passam por um processo de ambivalência, a fase de aceitação se intercalando com a fase de negação da doença, na tentativa de se proteger da dor, do sofrimento e do medo. Da mesma forma, as mulheres também relataram a tranquilidade em face do diagnóstico e a definição do câncer como uma doença como qualquer outra.

Ocultando o câncer

Para algumas mulheres, a conduta após receber o diagnóstico do câncer foi ocultar, ou tentar ocultar o fato da família, por não querer causar preocupação aos familiares, por achar que os mesmos não suportariam receber a notícia, principalmente os pais, quando os mesmos são idosos, moram longe ou quando passaram pelo sofrimento de perder um filho.

[...] ele viu minha mãe morrer, se contasse, ia pensar que eu também ia morrer (E1). Não contei para meus pais [...] são idosos e moram longe (E7). [...] só contei depois de tudo resolvido (E16). [...] se eu pudesse, teria escondido da família [...] não me ajudariam, são muito dramáticas (E5). [...] escondi por duas semanas, não queria estragar minha festa de 80 anos (E14). [...] estavam de férias e eu não queria estragar as férias de ninguém (E11).

A mulher, em face do diagnóstico, procura amenizar o sofrimento dos familiares e das pessoas mais próximas, na tentativa de poupá-los e

prepará-los para o período de turbulência que terão pela frente. Além disso, muitas mulheres buscam diminuir suas próprias dores, sabendo que assim estarão diminuindo as dores daqueles que amam (ROSA; RADÜNZ, 2012).

Preparando-se para o tratamento cirúrgico

Em relação ao período pré-operatório, algumas mulheres relataram ter que, muitas vezes, resolver os problemas sozinhas, principalmente com planos de saúde ou com o SUS, para conseguir agilizar os exames e a marcação da cirurgia, mas quando não conseguiram a rapidez e agilidade esperada, optaram em custear consultas, exames ou a cirurgia. Ainda demonstraram que o apoio da enfermeira neste período trouxe um pouco de tranquilidade.

Resolvi tudo sozinha, do convênio ao sutiã (E4). [...] entre aparecer o nódulo, fazer os exames e marcar a cirurgia, levou um ano (E12). Tive que pagar a consulta particular [...] para ter um atendimento rápido (E16). Foi a enfermeira que me explicou tudo, me deixou um pouco menos nervosa (E10).

A ansiedade em iniciar e concluir o tratamento o mais rapidamente possível está presente, além do medo de não estar recebendo nenhum tratamento enquanto aguarda os agendamentos e os resultados dos exames. A mulher acaba enfrentando um período conturbado, pois ainda existe o medo do desconhecido e da morte. O transcorrer deste período inicial gera muito estresse e morbidade psicológica, tanto para as mulheres, quanto para os familiares (ALVES et al., 2010; LOARING et al., 2015; MATOSO; MELO; OLIVEIRA, 2014; ROSA; RADÜNZ, 2012).

Estudos brasileiros apontam que o cuidado de enfermagem à mulher no período pré-operatório é crucial, devendo abranger, além das necessidades fisiológicas, a atenção aos sentimentos e preocupações apresentados por estas mulheres, pois quando não identificados, podem trazer consequências e complicações, tanto no trans, quanto no pós-operatório (ALVES et al., 2010; MATOSO; MELO; OLIVEIRA, 2014).

Experienciando o procedimento cirúrgico

Esta categoria compreende as subcategorias: Descobrendo as possibilidades cirúrgicas, Assimilando a mastectomia e a reconstrução mamária e Decidindo sobre a mastectomia contralateral profilática.

Descobrimo as possibilidades cirúrgicas

As mulheres foram informadas a respeito dos tipos de cirurgia, fato que causou um impacto intenso, sendo que algumas tiveram opção de escolha e outras não. A situação de ver fotos de outras mulheres para decidir sobre o tipo de cirurgia não agradou duas mulheres; além disso, cinco mulheres que optaram por realizar quadrantectomia, mais tarde necessitaram retirar a mama por recidiva local e duas mulheres que poderiam realizar retirada parcial da mama, optaram pela mastectomia. Também houve dois casos que as mulheres haviam realizado cirurgia plástica nas mamas há menos de um ano.

A cirurgia foi a segunda bomba [...] (E4). [...] quando o médico falou: vamos fazer a cirurgia, depois o tratamento, foi um impacto pra mim (E11). [...] não me deram opção (E2). Achei perverso ver fotos de cirurgias de outras mulheres (E18). [...] disse para fazer quadrante, mas eu quis mastectomia, sabia que tinha chance do câncer voltar (E6).

À respeito da decisão a ser tomada sobre o tratamento cirúrgico, mulheres jovens que participaram do estudo de Holland, Archer e Montague (2015), optaram em não realizar reconstrução mamária após a mastectomia e sugeriram que mulheres com indicação cirúrgica deveriam conversar com outras mulheres, tanto com aquelas que optaram em realizar apenas a mastectomia, quanto aquelas que realizaram a reconstrução mamária. Em relação ao fato de ver fotografias de outras cirurgias no pré-operatório, mulheres do estudo de Potter et al. (2015) consideraram bastante útil, enquanto aquelas que não receberam esta oportunidade, relataram que gostariam de ter visto fotos para ajudar na decisão sobre o tipo de reconstrução.

Assimilando a mastectomia e a reconstrução mamária

As mulheres relataram que a mutilação da mama abalou a identidade feminina, sendo que aquelas que ficaram mais tempo sem a mama, aceitaram melhor os resultados estéticos da reconstrução mamária, enquanto que aquelas que realizaram a reconstrução imediata apresentaram menor aceitação da nova mama. Além disso, permanecer um tempo sem reconstrução não foi um problema para algumas participantes, enquanto para outras foi algo muito impactante, principalmente quando esteve associado à infecções e perda de próteses.

[...] facada no coração da identidade feminina (E4). Foi impactante o período sem a prótese, foi aí que percebi que realmente tive um câncer [...] (E9). Fiquei três anos sem a mama, não foi tranquilo, mas também não foi um drama (E10). [...] não consegui me olhar no espelho, fiquei arrasada (E19). Não estava preparada para tirar a mama, precisava de um tempo para pensar (E15).

Estudos apontam que as mulheres podem se sentir incapazes de lidar com a perda da mama e que a reconstrução oferece a oportunidade de reduzir o impacto emocional de ter apenas uma mama (BEGUN et al., 2011; McNEELY et al., 2012; MURRAY et al., 2015).

A reconstrução mamária, em alguns casos, não supriu a perda da mama, além de ser um processo doloroso, resultando em algo artificial, “enganoso”, causando sensação de rigidez e tendo aparência feia. Mas para outras mulheres, ajudou na autoestima e na sensação de estar inteira novamente, tanto nas jovens, quanto nas idosas.

[...] é uma ‘pseudo-compensação’ (E4). É um engodo (E2). [...] ficou bem feio (E10). [...] continuo com a sensação de não ter a mama, mesmo com reconstrução (E13). [...] me sinto sempre toda amarrada, presa (E8). Eu senti muita dor, muita dor mesmo (E20). [...] foi um trabalho bonito que o médico fez, eu posso usar maiô, ir na praia, mesmo sabendo que sem roupa não é muito bonito (E11). [...] estranham que na minha idade avançada eu tenha feito a reconstrução (E7). [...] 10 anos depois da mastectomia eu estava com metástases e achava que não tinha que me preocupar com a estética [...] mas aí, resolvi fazer a reconstrução (E10). Fiquei muito feliz com a tatuagem, quando terminei e olhei no espelho, senti uma emoção tão grande, estava me sentindo inteira de novo (E12).

Mulheres relatam sofrer por um longo período problemas físicos e emocionais como resultado do tratamento do câncer da mama, que os resultados estéticos da reconstrução são pobres, insatisfatórios e causam muito desconforto (AZEVEDO, LOPES, 2005; BEGUM et al., 2011; FENLON et al., 2012; LOARING et al., 2015; MAHER; FENLON, 2010; McNEELY et al., 2012; MURRAY et al., 2015; POTTER et al., 2015).

Decidindo sobre a mastectomia contralateral profilática

A probabilidade de câncer na mama contralateral colocou as mulheres em face de uma decisão difícil, retirar ou não a outra mama de maneira profilática e preventiva. Algumas mulheres demonstraram o

desejo de retirar as duas mamas na mesma cirurgia, para ficarem livres desta probabilidade. Outras afirmaram que realizar esse procedimento não eliminaria totalmente a chance do câncer se manifestar, portanto, preferiam preservar a mama saudável.

Disseram que eu tinha que tirar a outra mama (E4). Enquanto a outra mama não tiver câncer, não tiro!! (E2). Eu sempre quis tirar a outra mama, mas o médico me convenceu que não precisava (E3). [...] foi na época que a Angelina Jolie retirou as mamas sem ter câncer, só se falava nisso [...] eu não suportava esse assunto, essa comparação (E20).

Num contexto global, três situações recomendam essa intervenção cirúrgica: mulheres com mutação genética identificada, com história familiar fortemente positiva e teste genético negativo e, por fim, com história familiar fortemente positiva e que não se submeteram ao teste genético. Mulheres portadoras de câncer da mama em uma das mamas, em que se considera a retirada da mama oposta, podem optar por este tratamento profilático (ARAÚJO; CUNHA; GARRAFA, 2005; LUCENA, 2012).

Se entre profissionais da área há uma grande divergência acerca desse tema, para as mulheres e seus familiares essa decisão é muito mais estressante. Uma intervenção reconstrutora da mama pode apresentar intercorrências, resultados indesejados, expectativas não atendidas e reintervenções, que profissionais e mulheres devem considerar no momento da decisão (ARAÚJO; CUNHA; GARRAFA, 2005; LUCENA, 2012).

Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório

Esta categoria compreende as subcategorias: Enfrentando o dia a dia após o procedimento cirúrgico, Olhando para as cicatrizes, Convivendo com as complicações da reconstrução mamária, Iniciando o tratamento adjuvante e Encontrando possibilidades terapêuticas.

Enfrentando o dia a dia após o procedimento cirúrgico

O momento que se inicia logo após a cirurgia é visto pelas mulheres como bastante estressante, por precisarem conviver com algo totalmente novo, como a presença do dreno de sucção e das complicações pós-cirúrgicas imediatas, como necrose, deiscência da

incisão e infecção, além da limitação dos movimentos do braço do lado operado, a presença de dor e desconforto, a necessidade de preencher a prótese com líquido, no caso dos expansores teciduais e de usar o sutiã pós-operatório. Poucas mulheres relataram se sentir bem e confortável após o procedimento.

Depois da cirurgia é uma nova “via crucis” (E14). Se soubesse tudo que ia passar, não teria feito a reconstrução (E11). [...] todo dia fazendo curativo, até fechar, levou 1 mês (E16). [...] não sabia como lidar com “aquilo” (dreno) (E5). [...] o sutiã pós-operatório, coisa horrorosa, apertada, desconfortável (E4). [...] não imaginava ter tanta dificuldade para movimentar os braços, tanto desconforto e dor [...] dor insuportável (E8). [...] estranhavam que estava bem, achavam que iam me encontrar com “cara de doente” (E3). A recuperação foi bem simples, na minha opinião (E9).

As mulheres que optam pela reconstrução mamária associada à mastectomia pensam em manter a feminilidade e se sentir atraentes, mas algumas encontram mais dificuldades do que imaginavam para alcançar estes objetivos, relatando ser muito árduo o processo e que não se sentiam preparadas para as dificuldades que tinham que enfrentar, tanto físicas, quanto emocionais (FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012; MURRAY et al., 2015).

Olhando para as cicatrizes

Olhar para as cicatrizes foi outra questão difícil no pós-operatório, pois no início do processo, parece que existem apenas cicatrizes, mais nada. Além disso, neste momento inicial, as cicatrizes tendem a ser escuras e ficam totalmente aparentes, com um aspecto bastante desagradável. Outro ponto a ser considerado é a localização, ao lado ou sobre a região do coração, apontado por uma das mulheres participantes.

No começo a gente só vê cicatriz (E1). [...] nunca quis ter cicatrizes, agora estou assim, toda retalhada (E13). Ter cicatriz do lado do coração é muito “visceral” (E4). [...] a cicatriz é uma coisa feia (E17). Mostrei minha cirurgia para meu chefe [...] “mas vai ficar assim?” (E3).

A presença de cicatrizes e um corpo contendo memórias dos procedimentos é uma narrativa de mulheres que realizaram reconstrução mamária, sendo que a maioria não estava preparada para a quantidade de cicatrizes e para o fato das mesmas deixarem a mama reconstruída com

aspecto artificial, mas mantinha a esperança de que a aparência melhorasse com o tempo (FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012).

Convivendo com as complicações da reconstrução mamária

Após a etapa inicial, quando já ocorreu todo processo cicatricial e retorno às atividades normais, começam a surgir complicações tardias do procedimento cirúrgico e/ou radioterapia, como o linfedema e/ou erisipela no membro superior do lado operado, ou ainda, infecções relacionadas à prótese de silicone utilizada para a reconstrução. Estes problemas causam muitas preocupações e limitações na vida diária das mulheres.

Sofro muito com infecção, erisipela no braço, já tive várias nestes sete anos (E1). [...] tive infecção na prótese e tive que retirar uns dias antes de uma viagem programada (E9). A falta dos linfonodos na axila causa o problema das infecções no braço (E14). O braço inchou depois que voltei a trabalhar (E3). O linfedema me faz lembrar que tive câncer [...] (E21). O linfedema causa dor no braço, uma dor cansada (E15). [...] limita minhas atividades de casa, do trabalho [...] foi o motivo de vários adiamentos da minha reconstrução (E12).

Os estudos de Nascimento et al. (2012), Rosa e Radünz (2012) e Teo et al. (2015) também apontaram mulheres relatando limitações dos movimentos do braço, que dificultavam as atividades diárias, além do linfedema no membro superior, uma experiência muito negativa, por ser um problema crônico e que exige cuidados constantes, da dor e desconforto/repuxamento, sensação de peso, distúrbios cicatriciais, presença de cordões fibrosos e alterações sensoriais.

Iniciando o tratamento adjuvante

Depois de receber o diagnóstico e de serem submetidas ao tratamento cirúrgico, o tratamento adjuvante foi considerado a “terceira bomba na cabeça” para a maioria das mulheres. Porém, relataram que nesse período estão mais preparadas para entender o processo e que o acolhimento recebido nos locais onde realizaram a quimioterapia/radioterapia foi de suma importância. Algumas mulheres relataram ter realizado mastectomia bilateral com o intuito de “escapar” do tratamento adjuvante.

[...] a terceira porrada (E4). Fui acolhida na clínica, explicaram tudo, deram uma cartilha (E3). Na época da quimio estamos mais preparadas para entender o processo, pois na época do diagnóstico estamos revoltadas (E2). [...] a sala da quimio é democrática: pobres e ricos tratados da mesma maneira (E13). [...] fiz mastectomia, mais a contralateral, para não ter que fazer quimio, eu não ia fazer quimio de jeito nenhum! (E8).

Outro ponto abordado foi a questão de não serem dadas todas as informações no início do tratamento, fato que gera uma expectativa muito grande. Enquanto algumas mulheres referiram efeitos colaterais intensos, outras relataram não sentir nenhum efeito, conseguindo realizar suas atividades normalmente nesse período. Algumas mulheres precisaram realizar quimioterapia e/ou radioterapia por mais de uma vez, devido à recidivas ou outros nódulos.

[...] não senti nada na quimio, o que incomodou mais foi a radio (E6). As informações são dadas em conta-gotas (E2). [...] efeitos do tratamento acentuam os problemas que já são comuns na minha idade (E12). Os efeitos da quimio foram piores na segunda quimio (E14). Não senti nenhum efeito, me senti super bem (E16).

Os efeitos mais comentados pelas mulheres foram enjôo, náuseas, anemia, imunidade baixa, insônia, queda de cabelo e unhas devido à quimioterapia, queimaduras causadas pela radioterapia e calorões, fogachos e perda da libido devido à hormonioterapia. Uma das mulheres relatou estar em tratamento quimioterápico há mais de sete anos, no momento utilizando quimioterapia oral e outra relatou que, apesar dos médicos aconselharem o tratamento hormonal, optou por não realizá-lo.

[...] um dos piores efeitos é nas unhas, ficam horríveis [...] quem me vê pensa: toda “emperequetada”, mas as unhas nesse estado [...] tenho vergonha (E10). Na radio, eu tive bolhas, reação alérgica, desconforto [...] muita dor (E6). A diminuição da libido é certa (E1). Decidi não fazer terapia hormonal [...] não garante eu não ter câncer da mama de novo (E8).

Em relação à quimioterapia, os sintomas mais mencionados por mulheres que participaram de um estudo brasileiro foram fadiga, insônia e perda de apetite (LÔBO et al., 2014). Outro estudo indicou ainda ocorrência de náuseas e vômito, constipação e/ou diarreia, dor e dispnéia, sudorese, fraqueza, mal-estar geral e tontura, além de alterações emocionais, como preocupação, depressão, tensão e/ou irritação (NICOLUSSI; SAWADA, 2011).

A radioterapia promoveu impacto negativo na função pulmonar, aumento significativo da fadiga e comprometimento do bem-estar físico e funcional (SANTOS et al., 2013). No estudo de Fenlon et al. (2012) as mulheres relataram como sequelas da radioterapia as queimaduras de pele, levando à diminuição da espessura e conseqüente fragilidade da mesma, à fibrose e aderência na pele irradiada, comprometendo os movimentos do braço e causando rigidez da prótese. Loaring et al. (2015) ainda apontam as sequelas decorrentes do tratamento hormonal, como dificuldades sexuais advindas da menopausa induzida, devido à diminuição da lubrificação vaginal e perda da libido.

Encontrando possibilidades terapêuticas

Em relação ao acompanhamento de profissionais da saúde, além de médicos, as mulheres tiveram o acompanhamento de enfermeiras e/ou técnicas de enfermagem e fisioterapeutas, com exceção de uma mulher que não recebeu nenhuma indicação para fisioterapia. As demais relataram terem tido contato com a enfermagem no pré-operatório e terem sido encaminhadas à fisioterapia ainda no pós-operatório imediato, considerando essa conduta extremamente importante para o processo de recuperação. Além disso, cinco mulheres relataram ter procurado acompanhamento psicológico por conta própria e sete mulheres foram acompanhadas por nutricionistas. A maioria das mulheres apresentou resistência em aceitar acompanhamento psicológico, quando indicado por outros profissionais.

Eu faço fisioterapia há muitos anos (E6). [...] me deu confiança e segurança para fazer minhas atividades (E9). [...] e me deu força, coragem (E11). Fiz toda fisioterapia pelo SUS, iniciei logo depois da cirurgia (E12). Foi maravilhoso começar no dia da cirurgia, nem imaginava o que uma fisio faria [...] aquele relaxamento é tudo de bom (E8). Nunca fiz fisio, nenhum médico falou que eu precisava, pesquisamos na internet e descobrimos exercícios para recuperar o movimento do braço (E10). Consegui enfrentar a perda da identidade com terapia (E4). A fisioterapia, o apoio da enfermeira, a nutricionista e a terapia com psicóloga foram bem importantes (E11). [...] médico disse para ir na psicóloga, mas eu não quis (E19).

As mulheres também apontaram para a importância da drenagem linfática manual e dos exercícios nos casos de linfedema do membro superior do lado operado.

A drenagem linfática faz parte da fisioterapia (E2). [...] os exercícios são importantes para o braço não inchar (E12). A drenagem linfática é um tratamento de saúde para o resto da vida (E3).

No estudo conduzido por Nascimento et al. (2012), as condutas fisioterapêuticas utilizadas na reabilitação de mulheres após tratamento cirúrgico de câncer da mama foram cinesioterapia, terapia manual, através de massagens e pompagens e complexo descongestivo fisioterapêutico, mediante a drenagem linfática manual, enfaixamento compressivo, exercícios ativos, cuidados com a pele e indicação de luva elástica compressiva, sendo que os autores observaram aumento na amplitude de movimento do ombro e diminuição da dor, da fibrose e aderência cicatricial, com tempo médio de tratamento de seis meses a um ano, mas nem sempre as mulheres recebendo alta, devido às sequelas crônicas do tratamento realizado.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca da compreensão dos significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando o período anterior, o decurso e após a cirurgia, identificou-se que as mulheres pesquisadas revelaram a intensidade e o desgaste de retomar o período anterior ao câncer da mama, desvelando o câncer na família e suas implicações no momento atual, convivendo com doenças prévias da mama e frequentes exames de rotina, recebendo o diagnóstico de câncer da mama como uma “bomba”, ocultando o câncer da família e preparando-se para o tratamento cirúrgico, enfrentando as dificuldades e buscando soluções práticas e rápidas, pois não havia tempo a perder para o início do tratamento.

Experienciar o procedimento cirúrgico é impactante para as mulheres do estudo, descobrindo todas as possibilidades cirúrgicas e precisando tomar decisões, assimilando a mastectomia e a reconstrução mamária, muitas vezes vendo frustradas suas expectativas e decidindo ou não pela mastectomia contralateral profilática, tendo que lidar com dúvidas e incertezas.

As mulheres ainda demonstraram ser estressante vivenciar as consequências e necessidades do pós-operatório, enfrentando o dia-a-dia após o procedimento cirúrgico com suas dores e desconfortos; olhando para as cicatrizes e vendo um corpo “retalhado”, convivendo com as complicações da cirurgia e enfrentando as limitações que surgem, iniciando o tratamento adjuvante, descobrindo seus efeitos

desagradáveis e que o apoio dos profissionais pode amenizar o sofrimento, encontrando as possibilidades terapêuticas e o conforto proporcionado pela assistência de enfermagem, fisioterapia, acompanhamento psicológico e nutricional, embora a maioria ainda seja muito resistente à terapia psicológica.

Assim, conclui-se que as mulheres consideraram o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama complexo, árduo, turbulento, impactante, mas que a recuperação se torna mais agradável e reconfortante com o acompanhamento da equipe multiprofissional. Além disso, esse estudo contribui para que profissionais da saúde compreendam a mulher mastectomizada que reconstrói a mama e possam elaborar modelos de assistência integralizada, auxiliando na reabilitação, no retorno às atividades normais e na adaptação à nova condição de vida da mulher.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/19.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2015.

ARAÚJO, S.S.; CUNHA, A.C.R.; GARRAFA, V. Mastectomia profilática: reflexões bioéticas. **Revista bioética**, Brasília, v. 13, n. 1, 2005. Disponível em: <http://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/90/96>. Acesso em: 05 junho 2015.

AZEVEDO, R.; LOPES, R. Merleau-Ponty e a compreensão da vivência de mulheres mastectomizadas em uso de prótese. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 2, p. 188-193, 2005.

BACKES, M.T.S. et al. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, v. 15, n. 4, p. 769-75, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a16v15n4.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2015.

BEGUM, S. et al. An exploration of patient decision-making for autologous breast reconstructive surgery following a mastectomy. *Patient. Patient education and counseling*, v. 84, n. 1, p. 105-110, 2011.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortensen, C.D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980. p.119-139.

BLUMER, H. A sociedade concebida como uma interação simbólica. In: Birnbaum, P.; Chazel, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: HUCITEC, 1977. p. 36-40.

BRASIL. Lei nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei no 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 25 abr. 2013a. Seção 1, p. 1.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013b. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2014**: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília, 2014. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014>. Acesso em : 05 novembro 2015.

CARVALHO, F.M.; KERR, L.M. Anatomia Patológica e Citologia no rastreamento e diagnóstico das alterações mamárias. **Revista brasileira de mastologia**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 2, p. 42-47, 2013. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS-v23n2_42-47.pdf>. Acesso em: 05 junho 2015.

CHAMPANERIA, M.C. et al. The evolution of breast reconstruction: a historical perspective. **World journal of surgery**, v. 36, n. 4, p. 730-742, 2012.

ESCUADERO, F.J. Evolución histórica de la reconstrucción mamaria. **Anales del sistema sanitario de navarra**, Pamplona, v.28. (Supl.2), p. 7-18. 2005 . Disponível em: <http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272005000400002&lng=es&nrm=iso>. Acesso em: 05 junio 2015.

FALLBJÖRK, U.; FREJEUS, E.; RASMUSSEN, B.H. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery after breast cancer. **European journal of oncology nursing**, v. 16, n. 3, p. 220-226, 2012.

FENLON, D. et al. Living into old age with the consequences of breast cancer. **European Journal of oncology nursing**, v. 17, n. 3, p. 311-316, 2012.

HARCOURT, D.; RUMSEY, N. Psychological aspects of breast reconstruction: a review of the literature. **Journal of advanced nursing**, v. 35, n. 4, p. 477-487, 2001.

HOLLAND, F.; ARCHER, S.; MONTAGUE, J. Younger women's experiences of deciding against delayed breast reconstruction post-mastectomy following breast cancer: An interpretative phenomenological analysis. **Journal of health psychology**, 16 dec. 2014.

LOARING, J.M. et al. Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. **Health Psychol. Health psychology**, v. 34, n. 4, p. 426, 2015.

LÔBO, A.S. et al. Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. **Acta paulista de enfermagem**, São Paulo, v. 27, n. 6, p. 554-9, 2014. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ape/v27n6/1982-0194-ape-027-006-0554.pdf>>. Acesso em: 05 junho 2015.

LUCENA, C.E.M. Mastectomia profilática: implicações éticas e legais. **Revista brasileira de mastologia**, Rio de Janeiro, v.22, n. 2, p. 39-41. 2012. Disponível em: <http://www.rbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2015/06/MAS_v22n2_39-41.pdf>. Acesso em: 05 junho 2015.

MAHER, E.J.; FENLON, D.R. The psychosocial issues of survivorship in breast cancer. **Advances breast cancer**, v. 7, n. 2, p. 17-22, 2010. Available in: <https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Fenlon/publication/246547953_The_psychosocial_issues_of_survivorship_in_breast_cancer/links/00b7d51da91dbf2831000000.pdf>. Access: 05 january 2015.

MATOSO, L.M.L.; MELO, J.A.L.; OLIVEIRA, K.K.D. As necessidades assistenciais do perioperatorio da mastectomia. **Rev Saúde Pública Santa Catarina**, Florianópolis, v. 7, n. 1, p. 8-23, 2014. Disponível em: <<http://esp.saude.sc.gov.br/sistemas/revista/index.php/inicio/article/view/218/243>>. Acesso em: 05 junho 2015.

McCARTHY, C.M. et al. Chest and upper body morbidity following immediate postmastectomy breast reconstruction. **Annals of surgical oncology**, v. 21, n. 1, p. 107-112, 2014.

MCNEELY, M.L., et al. A prospective model of care for breast cancer rehabilitation: postoperative and post reconstructive issues. **Cancer**. v.118(Suppl.8), p. 2226-2236, 2012. Available in: <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/cncr.27468/pdf>>. Access: 15 october 2015.

MUKHERJEE, S. **O imperador de todos os males**: uma biografia do câncer. São Paulo: Companhia das Letras, 2012. 640 p.

MURRAY, C.D. et al. Satisfaction following immediate breast reconstruction: experiences in the early post-operative stage. **British journal of health psychology**, v. 20, n. 3, p. 579-593, 2015.

NASCIMENTO, S.L. et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer da mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e pesquisa**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 248-55, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/fp/v19n3/a10v19n3.pdf>>. Acesso em: 15 outubro 2015.

NICOLUSSI, A.C.; SAWADA, N.O. Qualidade de vida de pacientes com câncer da mama em terapia adjuvante. **Revista gaúcha de enfermagem**, Porto Alegre, v. 32, n. 4, p. 759-66, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rngenf/v32n4/v32n4a17.pdf>>. Acesso em: 15 janeiro 2015.

NUNES, F.A. et al. Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. **Revista do Médico Residente**, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 157-164. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/262/250>>. Acesso em: 15 janeiro 2015.

PEREIRA, L.M. A reconstrução mamária: direito da mulher é parte do tratamento global do câncer da mama. 2014. 157 f. Dissertação. (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento local) - Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM. Vitória, 2014.

PORTO, M.A.T.; TEIXEIRA, L.A.; SILVA, R.C.F. Aspectos históricos do controle do câncer da mama no Brasil. **Revista brasileira de cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339, 2013. Disponível em: <http://www1.inca.gov.br/rbc/n_59/v03/pdf/03-artigo-aspectos-historicos-controle-cancer-mama-brasil.pdf>. Acesso em: 15 janeiro 2015.

POTTER, S. et al. Exploring information provision in reconstructive breast surgery: a qualitative study. **The Breast**, v. 24, n. 6, p. 732-738, 2015.

ROSA, L.M., RADÜNZ, V. Significado do câncer da mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 445-450, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a06.pdf>>. Acesso em: 08 outubro 2015.

SANTOS, D.E.S. et al. Efeito da radioterapia na função pulmonar e na fadiga de mulheres em tratamento para o câncer da mama. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 20, n. 1, p. 50-55, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/fp/v20n1/09.pdf>>. Acesso em: 08 outubro 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TEO, I. et al. Examining pain, body image, and depressive symptoms in patients with lymphedema secondary to breast cancer. **Psycho-Oncology**, v.24, n. 11, p. 1377–1383, 2015.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer country profiles**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/bra_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 novembro 2015.

5.3 MANUSCRITO 4 - A MULHER E A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS

A MULHER E A VIVÊNCIA DO PROCESSO DE RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA: ASPECTOS PSICOSSOCIAIS¹

WOMEN AND THE EXPERIENCE OF BREAST RECONSTRUCTION PROCESS: PSYCHOSOCIAL ASPECTS

LA MUJER Y LA EXPERIENCIA DEL PROCESO DE RECONSTRUCCIÓN DE LA MAMA: ASPECTOS PSICOSOCIALES

Cilene Volkmer²

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO

Objetivo: compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando aspectos psicossociais. Percurso metodológico: pesquisa qualitativa, com os referenciais teórico-metodológicos Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo Simbólico. Foram entrevistadas 21 mulheres nos domicílios/local de trabalho, em Florianópolis/SC, em 3 grupos amostrais, com amostragem teórica e

¹Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama”, defendida no Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2016. Pesquisada realizada com financiamento da CAPES.

²Fisioterapeuta Maternidade Carmela Dutra, Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), UFSC. cilenev@gmail.com +55 (48) 3251 7500 - Florianópolis – SC – Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e do PEN/UFSC. Pesquisadora e Líder do GRUPESMUR, UFSC. gregos@matrix.com.br +55 (48) 3721 9480 - Florianópolis – SC - Brasil.

saturação dos dados, de abril a outubro de 2015. O processo analítico constou da codificação aberta e axial. Resultados: emergiram dos dados as categorias: Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo; Adaptando as atividades de rotina à nova condição; Recebendo apoio de diversas formas; Encarando a feminilidade e sexualidade. Considerações Finais: as mulheres revelaram sentimentos/emoções negativos e positivos, alterações nas atividades diárias, laborais e de lazer, fé e crença espiritual importantes como apoio e dificuldades em aceitar a nova imagem e diminuição da libido. O estudo contribui para a compreensão da mulher que realiza reconstrução mamária e para uma assistência profissional humanizada, afetiva e acolhedora.

Palavras-chave: Neoplasias da Mama. Procedimentos Cirúrgicos Reconstitutivos. Efeitos Psicossociais da Doença.

ABSTRACT

Objective: To understand the meanings of living the breast reconstruction process for women with breast cancer, considering the psychosocial aspects. Methodological approach: qualitative research. Theoretical and methodological framework: Symbolic Interactionism and Grounded Theory with 21 women interviewed in the home/workplace, in Florianópolis/SC, in 3 sample groups, with theoretical sampling and data saturation, April to October 2015. The analytical process consisted of open and axial coding. Results: emerged from the data the following categories: Revealing the feelings and emotions involved in the process; Adapting routine activities to the new condition; Receiving support in various ways; Facing femininity and sexuality. Final Considerations: women revealed negative and positive feelings/emotions, changes in daily activities, labor and leisure, faith and spiritual belief as important support and difficulties in accepting the new image and decreased libido. The study contributes to the understanding of the woman who carries out reconstruction breast and to a humanized, affectionate and friendly professional assistance.

Key Words: Breast Neoplasms. Reconstructive Surgical Procedures. Cost of Illness.

RESUMEN

Objetivo: Comprender el significado de la experiencia del proceso de reconstrucción de la mama para las mujeres con cáncer de mama teniendo en cuenta los aspectos psicossociales. Enfoque metodológico: La

investigación cualitativa. Referenciales teóricos: Interaccionismo Simbólico y Teoría Fundamentada de los datos. Fueron entrevistadas 21 mujeres en sus domicilios/local de trabajo, en Florianópolis/SC, 3 grupos de la muestra, con el muestreo teórico y la saturación de datos, entre abril y octubre de 2015. El proceso de análisis consistió en la codificación abierta y axial. Resultados: surgido de los datos las siguientes categorías: Revelando los sentimientos y las emociones involucradas en el proceso; Adaptar las actividades de rutina a la nueva condición; Recibiendo apoyo de diversas maneras; Frente a la feminidad y la sexualidad. Consideraciones finales: las mujeres revelaron sentimientos/emociones negativas y positivas, cambios en las actividades diarias, el trabajo y ocio, la fe y la creencia espiritual como un apoyo importante y dificultades en la aceptación de la nueva imagen y disminución de la libido. El estudio contribuye para la comprensión de la mujer que lleva a cabo la reconstrucción de la mama y para una atención profesional humanizada, afectiva y acogedora.

Palabras-clave: Neoplasias de la Mama. Procedimientos Quirúrgicos Reconstructivos. Costo de Enfermedad.

INTRODUÇÃO

A capacidade científica moderna alterou de forma profunda o curso da vida humana, atualmente as pessoas vivem mais e melhor do que em qualquer outra época da história, porém, os avanços científicos transformaram os processos de adoecer e da morte em experiências médicas, procurando prolongar a vida ao máximo. Devido ao aumento crescente da expectativa de vida, maior a probabilidade das pessoas serem acometidas por doenças crônicas, como o câncer (GAWANDE, 2015).

O câncer tornou-se um problema de saúde pública mundial, sendo estimado para o ano 2030, 27 milhões de casos incidentes de câncer, 17 milhões de mortes por câncer e 75 milhões de pessoas vivas, anualmente, com câncer. No Brasil, para o biênio 2016/2017, a estimativa do câncer mais comum entre as mulheres continua sendo o de mama, com quase 58.000 novos casos e a região sul mantendo a maior incidência no país (BRASIL, 2016; WHO, 2015).

O tratamento do câncer da mama e sua repercussão são variados e complexos, envolvendo cirurgias, muitas vezes com retirada da mama e reconstrução subsequente, além do tratamento adjuvante, como a quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia. Todo esse processo pode

gerar consequências físicas e psicossociais às mulheres acometidas, sendo encontrados estudos na literatura científica nacional e internacional que demonstram a multidimensionalidade envolta na decisão de retirar a mama e reconstruí-la, pois questões como o medo da recorrência da doença e dos resultados da cirurgia reparadora permeiam o processo (FERREIRA et al., 2013; LEUNISSEN et al., 2015; LOARING et al., 2015; NUNES et al., 2012; MURRAY et al., 2015; RIBEIRO, 2014).

Em virtude das implicações emocionais e sociais na vida das mulheres diagnosticadas com câncer da mama e submetidas ao tratamento cirúrgico extirpador e reparador, vários estudos procuraram desvendar e compreender os sentimentos, emoções, percepções, atitudes e significados relacionados ao processo de receber o diagnóstico de câncer da mama, realizar a mastectomia e de reconstruir ou não a mama (CESNIK; SANTOS, 2012; DRAGESET; LINDSTRON; UNDERLID, 2015; MOURA et al., 2010; FERREIRA, 2011; LEUNISSEN et al., 2015; LOARING et al., 2015; NUNES et al., 2012; PIOT-ZIEGLER et al., 2010).

Assim, fundamentada em minha experiência profissional como fisioterapeuta na área da saúde da mulher e da fisioterapia oncofuncional, tenho deparado, ao longo de mais de 15 anos de assistência às mulheres em tratamento de câncer da mama, com desequilíbrios e disfunções físicas, mas, da mesma forma, ou ainda mais intensamente, desequilíbrios emocionais e sociais, que causam transtornos à vida pessoal, amorosa e profissional destas mulheres. Desta forma, considero de suma importância compreender o que sentem e necessitam as mulheres submetidas à reconstrução mamária, com o intuito de contribuir na melhora da qualidade de vida das mesmas. Acredito que cabe a nós, profissionais da saúde, abranger os aspectos biopsicossociais nesta assistência, principalmente de forma integralizada e interdisciplinar.

Deste modo, justifica-se o presente estudo, pautado pela pergunta: quais são os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando os aspectos psicossociais? O objetivo foi compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando os aspectos psicossociais.

Percurso Metodológico

Foi desenvolvida uma pesquisa qualitativa, tendo como referencial teórico-metodológico a Teoria Fundamentada nos Dados (TFD), também conhecida como *Grounded Theory*, por buscar obter detalhes intrincados sobre fenômenos como sentimentos, processos de pensamento e emoções, buscando a compreensão dos significados das experiências do ser humano e sendo um referencial consolidado nas pesquisas da área da saúde, principalmente da enfermagem, cujo objeto de estudo envolve interações humanas (COSTA et al., 2013; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Em virtude dos fenômenos estudados estarem associados à subjetividade e experiência das mulheres, também foi utilizado o referencial teórico de Herbert Blumer, o Interacionismo Simbólico (IS), pois este aponta que os indivíduos vivem suas experiências através do pensamento subjetivo e que o pensamento é particular e único de cada indivíduo, sendo que a estrutura simbólica que origina o pensamento organizado, deriva das relações humanas, portanto, é socialmente compartilhada. Além disso, o IS está nas origens da TFD e ambas teorias consideram que a ação individual é orientada por meio da relação com o mundo (ARAÚJO; OLIVEIRA; FERNANDES, 2005; BLUMER, 1980; ENNES, 2014).

As participantes da pesquisa foram 21 mulheres diagnosticadas com câncer da mama, submetidas à mastectomia e reconstrução mamária (RM), imediata ou tardia, mediante tratamento no sistema público, suplementar e/ou privado de saúde, em Florianópolis/SC. Utilizou-se como critério de exclusão mulheres que realizaram reconstrução mamária na sequência de mastectomia bilateral profilática de câncer da mama.

As participantes da pesquisa foram selecionadas por meio do conceito de *amostragem teórica*, preconizada por Strauss e Corbin (2008), onde a mesma se desenvolve durante o processo e não é predeterminada no início da pesquisa, sendo conduzida através de comparações que emergem dos dados. As mulheres que realizavam tratamento no consultório da pesquisadora foram convidadas a participar do estudo e a indicar outras mulheres, mediante a técnica “bola de neve”, assim como, profissionais da saúde que atuam na área também foram convidados a indicar mulheres que preenchiam os requisitos necessários. A amostra inicial constou de dez mulheres que realizavam tratamento do câncer da mama através de custeio particular e à medida

que a coleta e análise ocorriam de forma concomitante, percebeu-se a necessidade de ouvir mulheres que realizavam o tratamento através do custeio de planos de saúde do Sistema Suplementar de Saúde, com sete mulheres fazendo parte deste grupo e o último grupo com quatro mulheres em tratamento no Sistema Único de Saúde.

As mulheres que participaram do estudo poderiam estar no decurso do processo de RM ou poderiam ter finalizado o mesmo, com assistência médica e de enfermagem, recebendo ou não acompanhamento fisioterapêutico, psicológico, nutricional e/ou espiritual.

Para a coleta de dados foi utilizada a entrevista semiestruturada, com o uso de gravador digital de voz (Sony ICD-BX140, 4GB de memória, gravações no formato .mp3), mediante concordância das participantes. As entrevistas foram realizadas no domicílio, local de trabalho da mulher ou consultório da pesquisadora, de acordo com a disponibilidade de cada participante, em dias e horários previamente agendados e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. As entrevistas tiveram a seguinte questão norteadora: O que significa para você vivenciar/ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, em relação a sua vida pessoal, familiar e social? O tempo de duração das entrevistas ficou entre 25 minutos e 2 horas e após o término, as mesmas foram arquivadas no computador pessoal da pesquisadora. Foi utilizada a saturação teórica das categorias para finalizar a coleta de dados, com a participação de 21 mulheres.

Conforme os preceitos da TFD, coleta e análise dos dados ocorreram simultaneamente, de abril a outubro de 2015. Os procedimentos para organização e interpretação dos dados consistiram de conceituação e redução dos dados, elaboração de categorias e subcategorias, de acordo com suas propriedades e dimensões, sendo que esse processo analítico os autores definem como *codificação*: a codificação aberta objetiva descobrir, nomear e categorizar fenômenos e a codificação axial reagrupa os dados que foram divididos e esmiuçados na codificação aberta, relacionando as categorias às subcategorias, gerando explicações mais precisas e complexas sobre os fenômenos. Além disso, também foram utilizados memorandos, registros escritos de análises, contendo os produtos da análise ou as direções para o pesquisador, que podem ser: notas de código, notas teóricas e notas operacionais (COSTA et al., 2013; STRAUSS; CORBIN, 2008).

Na presente investigação foi utilizado o referencial teórico-metodológica da TFD, mas não formulou-se uma teoria substantiva. A etapa analítica de codificação seletiva, onde ocorre a integração e refinamento da teoria, com a construção do Modelo Paradigmático, encontra-se na Tese de Doutorado que originou o estudo.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o Parecer Nº 807905 e CAAE Nº 36042114.9.0000.0115, em 30 de setembro de 2014. Os aspectos éticos foram respeitados, seguindo as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, mediante referenciais da bioética. Também foi garantido sigilo das informações e anonimato das participantes, utilizando-se uma letra e um número correspondente à ordem de realização das entrevistas para identificação das mesmas (E1, E2, E3... E21).

RESULTADOS

Das vinte e uma mulheres do estudo, seis apresentavam idade entre 35 e 44 anos, sete com idade entre 45 e 54 anos, quatro entre 55 e 64 anos, três mais de 65 anos e uma menos de 34 anos, no momento do diagnóstico. O tempo transcorrido entre o diagnóstico e a data da entrevista variou de 4 meses e 13 anos. Em relação ao estado civil das mulheres, doze eram casadas, quatro divorciadas, três solteiras e duas viúvas. Quanto à ocupação, quatorze exerciam atividade profissional, cinco eram aposentadas e duas do lar. Em relação à câncer da mama prévio na família, oito mulheres apresentavam história de acometimento da mãe, avó, irmã, tia ou sobrinha e treze não apresentavam história de câncer da mama na família.

Considerando o tratamento adjuvante, onze mulheres realizaram o esquema triplo: quimioterapia/radioterapia/hormonioterapia, seis realizaram quimioterapia e hormonioterapia, três realizaram apenas hormonioterapia e apenas uma mulher não realizou nenhum tratamento adjuvante. Três mulheres necessitaram realizar de dois a três ciclos de quimioterapia, devido à recidivas locais, metástases ou surgimento de novos tumores malignos.

Os resultados são apresentados em quatro categorias que representam condições de contexto, intervenientes, de estratégia e de consequência, possibilitando a construção da teoria substantiva “A

mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”, descrita detalhadamente na Tese de Doutorado citada. A primeira categoria, “Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo de reconstrução mamária”, aponta os problemas decorrentes das situações enfrentadas, indicando o cenário do fenômeno em questão. As condições intervenientes do fenômeno estão presentes na categoria “Recebendo apoio de diversas formas”. As estratégias estão representadas pela categoria “Adaptando as atividades de rotina à nova condição”, que indica uma ação/interação para resolver uma situação problemática e as consequências do fenômeno em questão podem ser identificadas na categoria “Encarando a feminilidade e sexualidade”.

Além das quatro categorias, onze subcategorias emergiram dos dados e, assim como as conexões teóricas alcançadas, resultaram em um processo analítico compreensivo dos significados do processo de vivenciar a reconstrução mamária após o câncer da mama, considerando os aspectos psicossociais.

Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo de reconstrução mamária

Esta categoria compreende as subcategorias Sentimentos e emoções negativos e Sentimentos e emoções positivos, considerando emoção uma reação instintiva, que desencadeia sensações orgânicas espontâneas. Enquanto a emoção pode ser vista e identificada através de nossas expressões corporais, o sentimento é a experiência mental daquilo que estamos vivendo e está no nosso íntimo, não estando aparente nas expressões físicas (DAMÁSIO, 2013).

Sentimentos e emoções negativos – os sentimentos e emoções mais recorrentes foram medo, raiva, culpa, vergonha, fragilidade e vulnerabilidade. O medo foi citado em vários momentos, ao receberem o diagnóstico, ao realizarem a cirurgia, ao encararem a recuperação e o tratamento adjuvante, ao realizarem os exames de rotina após o término do tratamento, mas o medo demonstrado mais intensamente foi em relação à morte, à ideia de finitude e ao possível surgimento de metástases, significando a possibilidade de não ver filhos e/ou netos crescerem ou dos pais idosos perderem uma filha.

A raiva esteve presente, em um caso, não em relação ao diagnóstico de câncer, mas sim, por perder a mama. A raiva também surgiu pelo fato da doença não ter se manifestado em pessoas que haviam causado sofrimento a essa mulher e ainda, raiva de Deus, por já ter sofrido muito com o divórcio recente e ainda ter que enfrentar o câncer.

O sentimento de culpa esteve associado ao fato de uma mulher ter prosseguido com terapia de reposição hormonal na menopausa, não seguindo a orientação médica de interromper o uso dos hormônios e por ter demorado para realizar os exames preventivos de rotina. A vergonha foi relatada por outra mulher, que acreditava que a doença poderia ser fruto de mágoas reprimidas, sendo que ela auxiliava outras pessoas a superarem mágoas e não conseguiu superar a própria mágoa, sentindo-se envergonhada por não colocar em prática o que ensinava.

Ainda foram recorrentes o choque/susto/pânico/desespero, o sentimento de derrota, preocupação e tristeza. Sentir-se frágil e vulnerável esteve associado ao fato de mulheres terem sofrido perdas muito recentes na família ou por terem outros familiares em tratamento de câncer.

[...] medo da anestesia geral (E17). [...] de não ver meu filho crescer (E1). [...] todo meu medo, não era do câncer, nem da cirurgia, era da quimio, só de pensar [...] ficava apavorada (E8). [...] depois que acaba, fica aquele medo de fazer os exames [...] será que voltou? (E9). Depois do susto, veio uma sensação de derrota [...] (E11). [...] muita raiva, porque em mim e não no meu ex-marido? (E14). Perdi minha mãe um mês antes de receber o diagnóstico (E4). Foi avassalador [...] um turbilhão (E2). [...] muito forte, pesado (E16). [...] fiquei mais preocupada com minha mãe do que comigo mesma (E5). Fui a outro médico bem triste [...] bem desanimada, parecia que não tinha mais recurso pra mim (E13). Os efeitos da segunda quimio foram tão intensos, que pensava em deitar em um caixão e não levantar mais (E2). Levei um choque [...] “estou inteira bichada”, dizia no exame ‘metástase de carcinoma na axila’ [...] logo pensei: ‘tô’ com câncer no corpo inteiro [...] passei mal, desmaiei, tive que ser atendida [...] (E6).

Sentimentos e emoções positivos – estiveram menos frequentes no início do processo e, à medida que o tempo transcorria, começaram a surgir de maneira mais duradoura. As mulheres relataram esperança de que o tratamento mudasse nos próximos anos, causando menos sofrimento às pessoas, esperança na cura e na recuperação completa,

relataram alívio ao saber que havia tratamento para o caso delas e que a chance de cura era bastante satisfatória, alívio ao saber que suspeitas de metástases não haviam se confirmado e ao saber que não precisariam de todos os tipos de tratamento adjuvante.

Tranquilidade surgiu em momentos diferenciados, após o choque e desespero inicial ou ainda, algumas mulheres apresentando este sentimento desde o início, ao receberem o diagnóstico. Algumas mulheres também ficaram tranquilas, aceitando o destino e estando preparadas para tudo, inclusive metástases. Outros sentimentos positivos foram segurança e confiança, o controle do medo e ansiedade, com a escolha de não sofrer face ao desconhecido e continuar realizando sonhos.

Os sentimentos de raiva, culpa e vergonha, relatados por algumas mulheres logo no início, ao receberam o diagnóstico, aos poucos foram substituídos por sentimentos de aceitação, de perdoar a si mesma, de fazer as pazes com Deus e com a vida.

Eu tenho esperança que o tratamento mude antes de dez anos (E4). [...] sempre procurei pensar coisas boas, acreditar na cura (E3). Foi um alívio saber das possibilidades de tratamento (E5). [...] depois fiquei tranquila, sabia que ia dar certo, hoje o câncer não é uma sentença de morte (E16). Desde o início fiquei tranquila, não me apavorei (E21). Não posso dizer que não tenho medo, mas ele não me domina [...] ele não é maior que minha vontade de viver (E12). [...] meu sonho sempre foi conhecer a Europa, então, quando acabei a primeira quimio fui, fiquei 30 dias [...] daí eu disse: agora posso morrer em paz!!! [risos] Depois dessa vez, já viajei muito ao exterior! (E10). Não adianta sofrer antes da hora (E1). Nunca fiquei preocupada que pudesse voltar, depois que acabou a quimio, me senti segura (E19). Perdi as contas de quantas quimios tive que fazer [...] foram três ciclos dessa que é pela veia, mas como ainda tenho metástases, vou continuar fazendo quimio para sempre, a quimio oral, uns comprimidos que tomo em casa e vou continuar vivendo minha vida, sem drama (E13). No início fica aquele sentimento ruim [...] mas depois passa, com o tratamento, a gente vai entendendo melhor e aceitando (E9).

Adaptando as atividades de rotina à nova condição

Esta categoria compreende as subcategorias Desenvolvendo as atividades diárias, Desempenhando a atividade laboral e Desfrutando das atividades de lazer.

Desenvolvendo as atividades diárias – para a maioria das mulheres, retornar às atividades do dia a dia foi uma maneira de recuperar a independência, autonomia e autoestima, pois o primeiro mês após a cirurgia causava muitas limitações e impotência. Para uma das mulheres, a contraindicação médica de realizar grandes esforços serviu para delegar as atividades para outras pessoas, uma vez que não tinha desejo de realizar nenhuma tarefa, mesmo que exigisse um esforço mínimo. Outra mulher, que morava sozinha, optou por passar a primeira semana em um hotel, pois acreditava que assim não teria preocupações com tarefas domésticas. Uma das mulheres relatou ter aprendido com a fisioterapia à adaptar-se às tarefas do dia a dia.

As atividades diárias, além de tarefas domésticas como cozinhar e cuidar da casa, também foram relatadas como cuidar do pai idoso, realizar caminhadas e ir à academia.

No primeiro mês, a falta de independência, de autonomia [...] foi horrível (E15). Na primeira semana fiquei em um hotel, porque morava sozinha, não tinha empregada, lá eu tinha toda assistência [...] sem me preocupar com nada (E5). A gente fica impotente [...] as pessoas querendo fazer tudo por mim, mas eu queria fazer minhas coisas, queria comer sozinha, não estava inválida (E17). Conseguia me virar sozinha depois de um mês (E1). Quando voltei a dirigir, tudo voltou ao normal (E6). Dois meses depois da cirurgia voltei a cuidar do sítio, dos animais, colher frutas (E7). Não posso mais fazer nenhuma tarefa da casa, meu marido assumiu os cuidados com a casa (E3). [...] agora virei madame, tenho empregada, faxineira, não preciso fazer mais nada em casa (E6). Sempre gostei de cuidar da minha casa, de cozinhar e com a fisioterapia, aprendi a me adaptar e aprender como eu podia fazer as atividades diárias (E11).

Desempenhando a atividade laboral – uma das mulheres relatou ter que se afastar do trabalho ainda antes da cirurgia, pois alguns colegas de trabalho, ao invés de dar ânimo e coragem, citavam casos de pessoas conhecidas com câncer, que não haviam obtido a cura. A maioria retornou ao trabalho logo após o procedimento cirúrgico, antes mesmo de iniciar o tratamento adjuvante. Relataram que o retorno ao trabalho foi revitalizador, principalmente quando esse retorno pôde ser feito de forma gradual, proporcionando uma liberdade que não havia antes.

[...] colegas contavam histórias tristes de pessoas com câncer (E3). A doença e o tratamento trouxeram liberdade ao meu horário de

trabalho (E14). [...] quando precisava fazer alguma coisa, eu ia e resolvia, sem preocupação de cumprir horário (E5). Durante a quimio me sentia bem e poder trabalhar era muito bom (E16). Voltei ao trabalho 15 dias depois da cirurgia (E12). [...] 9 dias da cirurgia e fui trabalhar: significava que eu estava bem de saúde (E15). [...] saía da aplicação da quimio e ia direto trabalhar (E19).

Outra questão referente à atividade laboral foi quanto à instalação ou aparecimento de linfedema ou dor no membro superior do lado afetado, após o retorno às atividades laborais, causando muitos transtornos físicos e emocionais, tanto à curto, quanto à longo prazo. E retornar ao trabalho significava ser uma mulher ativa, produtiva e não uma inválida.

Logo que voltei, tive que me afastar de novo, porque o braço inchou dois dias depois de estar trabalhando. Acabei sendo reabilitada pela perícia médica e voltei a trabalhar como pessoa com necessidades especiais (E3). A junta médica queria me aposentar por invalidez, mas depois de 1 ano e 8 meses voltei a trabalhar em uma nova função [...] o trabalho me fazia esquecer a dor e eu não era uma inválida! (E11).

Desfrutando das atividades de lazer – as mulheres também mencionaram certa dificuldade no retorno às atividades de lazer, principalmente relacionado às sequelas do tratamento cirúrgico e radioterápico, como o linfedema do membro superior, que limitava a prática de atividades desportivas. Porém, a maioria referiu estar dedicando mais tempo às atividades de lazer do que antes do tratamento, ou ainda, que passaram a realizar as atividades que sempre tiveram vontade, mas referiam não ter tempo.

Para as mulheres, o tratamento adjuvante limitou por um período as atividades de lazer, mas logo após seu término, puderam retomá-las normalmente. Outras mantiveram seus hábitos de lazer durante o transcorrer do tratamento.

[...] desde que meu braço inchou, não posso mais jogar vôlei [...] mas comecei a fazer uma coisa que sempre quis: o trabalho voluntário em uma creche [...] com o tempo, descobri que podia tentar outros esportes, até encontrar um que eu me adaptasse (E1). Comecei a gostar de fazer trabalho manual, artesanato (E11). Voltei a cuidar das coisas do sítio, que é o que mais gosto (E7). Durante a quimio e a radio, não podia ir à praia, mas agora, recuperei todo tempo perdido! (E13). [...] assisti todos os filmes que queria e programas de TV preferidos (E3). Aproveitei para ler um livro [...] há muito tempo não sabia o que era

isso (E17). [...] *para dormir mais um pouco, ficar mais tempo na cama [...] não fazer nada* (E6). [...] *muitas viagens, por muitos lugares diferentes [...] não deixo de fazer o que mais gosto, que é viajar* (E10). [...] *gosto de sair, me divertir, dançar, passear e nunca deixei de fazer isso, nem durante o tratamento* (E12).

Recebendo apoio de diversas formas

Esta categoria compreende as subcategorias: Família; Amigos: a família escolhida; Cuidadores profissionais; Religião ou crença e Não recebendo o apoio esperado.

Família– a maioria das mulheres referiu ter recebido apoio da família, principalmente dos maridos e filhas, além dos filhos, mas também mencionando o apoio de pais, irmãs, tias, primas e sobrinhas, ou ainda, cunhadas, mediante um cuidado amoroso, protetor e acolhedor. Receberam esse apoio, porém, muitas vezes, elas próprias precisavam dar suporte aos familiares, pois estes pareciam sofrer mais do que elas próprias em relação à doença e ao tratamento.

Amigos: a família escolhida – algumas mulheres preferiram o apoio e cuidado dos amigos íntimos, pelo fato da família morar em locais distantes, ou ainda, por acreditar que os membros da família não tinham estrutura emocional para suportar o enfrentamento da doença e do tratamento. Uma das mulheres relatou que, ao receber o diagnóstico, convocou uma reunião com os familiares, dizendo ser um assunto extremamente importante, mas como a mãe alegou que não poderia comparecer, em decorrência, a mesma não permitiu que sua mãe a acompanhasse na recuperação do pós-operatório, escolhendo suas melhores amigas para compartilhar o momento mais difícil, do pós-operatório imediato.

Cuidadores profissionais– as mulheres, em alguns casos, mencionaram terem sido assistidas no período após a cirurgia por cuidadores profissionais, afirmando que sentiam mais confiança e segurança em ser cuidadas por um profissional com experiência na área, que não queriam causar transtornos na vida dos familiares ou ainda, que preferiam não solicitar à amigos que pernoitassem na casa das mesmas, quando estas moravam sozinhas.

Religião ou crença– das mulheres participantes, algumas se declararam católicas praticantes e outras não praticantes, outras se declararam sem religião, mas acreditando em um Ser Superior e uma se declarou atea. Todas, com exceção de uma, afirmaram que a fé e a crença em Deus ou em uma Energia Superior foram a maior força e apoio para enfrentar todo o processo.

A maioria das mulheres, mesmo algumas que se declararam católicas praticantes ou atea, relatou ter procurado e recebido apoio de um centro espírita, conhecido na cidade por oferecer tratamento complementar alternativo e espiritual, no Centro de Apoio ao Paciente com Câncer (CAPC). A maior parte das mulheres que recebeu cuidado neste local relatou ter ficado mais confiante, agradecida e passou a compreender e aceitar a situação em que se encontrava. Ainda relataram que o amor e carinho recebidos por voluntários que trabalham no local foram reconfortantes, sendo considerado essencial no processo de recuperação da reconstrução mamária.

Não recebendo o apoio esperado– em algumas situações, mulheres apontaram que nem sempre o apoio que a família oferece é o mais adequado, citando que, às vezes, os familiares acreditam que estão dando suporte, mas contam histórias tristes relacionadas ao câncer ou outras doenças, que causam ansiedade e apreensão, dificultando ainda mais o processo. Outra colocação é de que a família, quando tende a ser ‘dramática’, não ajuda e sim, atrapalha, ou então, uma das mulheres gostaria que a mãe estivesse presente nos cuidados pós-operatórios, mas a mesma preferiu voltar para casa, em outro estado, pois dizia que o marido não podia ficar sozinho em casa.

[...] entendi que família existe pra isso, pra dar apoio, mesmo estando longe (E3). O maior apoio veio do meu marido, sempre companheiro, pesquisando, buscando entender o que acontecia comigo e tentando me ajudar de todas as formas (E11). [...] apoio veio da minha cunhada, irmã do meu marido (E6). O maior apoio veio da minha filha (E9). Meu marido sofreu mais do que eu mesma: ele teve que fazer cirurgia do coração quando tive diagnóstico de recidiva do câncer, 5 anos depois (E2). Meu marido ficou nervoso, ele ficou mais caído e abalado do que eu, ainda tive que dar ânimo pra ele (E10). Eu preferi os cuidados da minha “família escolhida”: meus grandes amigos e amigas, de longa data (E8). Eu precisei de cuidadores contratados (E4). Marquei uma reunião para contar tudo pra minha família, simplesmente minha mãe disse que não podia, eu disse que era

muito importante, mas ela não veio [...] então decidi que, mesmo que ela quisesse, depois da cirurgia ela não entraria mais na minha casa (E18). Esperava apoio da mãe, mas ela não estava preparada para isso [...] eu só queria companhia, mas ela preferiu não ficar comigo (E16). Sem minha fé, eu não teria conseguido suportar (E13). Recorri muito a minha fé e isso me ajudou muito (E9). Eu sempre fui católica e não me desesperei (E15). [...] minha fé me ajudou a ficar tranqüila, a ter certeza que ia ficar bem (E21). A terapia no CPAC foi super importante, um lugar bonito [...] a beleza está na doação das pessoas, no carinho que a gente recebe, no cuidado [...] eles ensinam você olhar pra ti mesmo, olhar para dentro, a ficar bem contigo mesmo (E6).

Encarando a feminilidade e sexualidade

Esta categoria apresenta os resultados da vivência das mulheres quanto à feminilidade e sexualidade durante o processo de reconstrução mamária.

A maioria das mulheres mencionou alterações em suas experiências envolvendo a sexualidade e ao sentir-se feminina após o diagnóstico e tratamento do câncer da mama. Aquelas que não mantinham relacionamentos na época do diagnóstico, no caso de mulheres solteiras ou divorciadas, relataram dificuldade em pensar em um novo relacionamento e sentirem-se femininas, atraentes, mas, acima de tudo, revelaram tranquilidade e estar bem consigo mesmas em relação à sexualidade vivida, demonstrando a possibilidade de vivenciar esse processo sem a necessidade de um companheiro. Outras demonstraram interesse em tentar novos relacionamentos.

As mulheres que estavam em relacionamentos há longa data, relataram certa preocupação com a aceitação do companheiro da nova condição, de estarem sem a mama ou com uma mama reconstruída. Uma das mulheres afirmou ao marido, no dia que recebeu o diagnóstico, que o mesmo poderia deixá-la, mas que ela não aceitaria que ele ficasse apenas por sentimento de piedade. Além disso, a aparência da nova mama causava vergonha e constrangimento em algumas mulheres, que não conseguiam permanecer totalmente despidas, mantendo o uso do sutiã durante as relações sexuais e, muitas vezes, não permitindo que seus maridos tocassem nas mamas reconstruídas.

Grande parte das entrevistadas apresentou alterações fisiológicas, creditando essas mudanças ao tratamento hormonal realizado, que bloqueia a produção dos hormônios femininos, causando menopausa

precoce. Foram relatados efeitos como diminuição da libido, ressecamento vaginal e fogachos, que afetavam as relações sexuais, muitas vezes as mulheres referindo desconfortos e pequenas lesões na região vaginal. A maioria buscou resolver estes problemas, em conjunto com seus parceiros e com auxílio do médico responsável pelo tratamento, mas alguns casais, com mais idade e maior tempo de relacionamento, tiveram mais dificuldades em enfrentar estes problemas.

O marido de uma das entrevistadas faleceu logo após a mesma finalizar o tratamento adjuvante, sofrendo um infarto fulminante, mas ela conseguiu superar o sofrimento causado pela perda e continuou com a alegria de viver, estando feliz por ter iniciado um novo relacionamento recentemente, três anos após estar viúva.

[...] vergonha de mostrar meu peito (E1). [...] meu marido nunca me viu sem o sutiã [...] a fisio até pediu pra ele ajudar na massagem [...] imagina, ele nunca me viu sem o sutiã, quanto mais tocar a minha mama!! (E9). [...] foi difícil no início, eu via que ele não conseguia olhar muito para minha cirurgia, então eu ficava de sutiã (E11). A questão do prazer é efêmero para mim (E14). Eu não tenho tesão [...] meu marido fez queixas para minhas filhas que eu não queria mais relações sexuais (E2). Já tive um relacionamento, não penso em ter outro [...] estou bem, feliz, não preciso de ninguém (E4). [...] se eu fizer um vínculo amoroso com alguém, vai ser pela minha pessoa, pela minha alma, o que passei não me impede de tentar um novo relacionamento (E18). [...] inclusive comecei a namorar há pouco tempo, ele acha tudo lindo, maravilhoso e eu não tenho vergonha nenhuma (E8). Os efeitos do tamoxifeno, calorões e ressecamento, mudaram nossa vida sexual, mas passamos a procurar soluções com os médicos (E3). Pô, eu até digo pra ele: quando eu era mais jovem tu não dizia tanto que me amava, agora que eu to toda costurada, retalhada, fica dizendo o tempo todo que me ama!! [risos] Deve ser porque ele me ama mesmo! (E21). Fiquei viúva um ano e meio depois da cirurgia e agora, depois de 3 anos, fiz a reconstrução, completei tudo, mamilo e aréola [...] e por coincidência conheci uma pessoa e estamos namorando, contei tudo pra ele e ele disse que não tinha problema, gostou de mim pela pessoa que sou e não por ter uma mama ou não (E12).

DISCUSSÃO

Pesquisas envolvendo aspectos psicossociais relacionados ao tratamento do câncer da mama corroboram os resultados deste estudo, pois demonstram que sentimentos como tristeza, indignação e angústia geralmente são decorrentes do significado do câncer, uma doença que carrega estigma e traz à tona pensamentos de sofrimento, com o sentimento de medo da morte presente em diversas fases, desde o diagnóstico até mesmo após a finalização do tratamento, pois é sabido que o tratamento pode levar à cura ou não (GUERRERO et al., 2011; LOARING et al., 2015; MURRAY et al., 2015; NUNES et al., 2012; PIOT-ZIEGLER et al., 2010; ROSA, RADÜNZ, 2012).

As reações causadas pela experiência da possibilidade da morte foram descritas por Kübler-Ross (1996) em cinco estágios e também podem ser esperadas pela perda da mama: 1) negação e isolamento: mecanismos de defesa temporários que não persistem por muito tempo; 2) raiva: é projetada no ambiente externo, os relacionamentos tornam-se problemáticos e todo o ambiente é hostilizado, surgindo ainda a revolta, inveja e ressentimento; 3) barganha: acontece após a pessoa perceber que a negação, o isolamento e a raiva não resolveram a situação, começando uma tentativa desesperada de negociação com a emoção ou com quem achar ser o culpado de sua perda; 4) depressão: nessa fase ocorre um sofrimento profundo, onde tristeza, desolamento, culpa, desesperança e medo são emoções bastante comuns, tratando-se de uma atitude evolutiva, pois como negar, agredir, se revoltar e barganhar não resolveram, surge um sentimento de grande perda; 5) aceitação: nesse estágio a pessoa já não experimenta o desespero, não nega sua realidade e se prontifica a enfrentar a situação com consciência das suas possibilidades e limitações. A autora alega que estes estágios nem sempre ocorrem nesta ordem, nem todos são experimentados pelas pessoas, mas afirmou que uma pessoa sempre apresentará pelo menos dois.

De acordo com o Interacionismo Simbólico, as ações individuais são causadas por um processo ativo de tomada de decisão, que envolve a definição da situação e, por sua vez, a interação consigo mesmo e com os outros. Dessa forma, é a definição da situação feita pelo indivíduo que é central para direcionar a ação (BLUMER, 1980). Assim, compreendemos que as ações das mulheres que vivenciam o processo de reconstrução estão pautadas nas interpretações que as mesmas realizam

dos fenômenos relacionados ao câncer da mama e da sua relação com o mundo.

O estudo de Moura et al. (2010) também apontou sentimentos negativos de mulheres submetidas ao tratamento do câncer da mama, como choque, medo, desolamento, frustração e vergonha. Os sentimentos positivos estiveram associados ao conforto espiritual, com as mulheres relatando alívio devido à confiança e fé em Deus. Segundo os autores, a devoção auxilia no enfrentamento de situações de angústia, depressão e medo, proporcionando apoio e proteção.

Incerteza e ansiedade sobre uma futura reincidência do câncer foram recorrentes, ainda um ano após a cirurgia e, para algumas mulheres, isto implicava em viver o dia a dia, não importando em quanto tempo teriam de vida, demonstrando uma crescente positividade em relação à vida. Além disso, os resultados reforçaram a riqueza de estratégias das mulheres no enfrentamento desse processo, revelaram ainda vários perfis de enfrentamento e diferentes necessidades, sendo que nem todas conseguiram lidar igualmente bem com a situação (DRAGESET; LINDSTROM; UNDERLID, 2015). Observamos que as mulheres do presente estudo compartilharam dos sentimentos e perfis das mulheres deste estudo realizado na Noruega.

Mudanças no viver, relacionadas à necessidade de alteração e/ou adaptação à atividade profissional ou aposentadoria precoce, às alterações físicas e estéticas foram apontadas pelas participantes do estudo de Maher e Fenlon (2010) e Rosa e Radünz (2012), da mesma forma que as mulheres deste estudo.

A pesquisa de Fernandes et al. (2012) revela que os participantes, familiares cuidadores de mulheres mastectomizadas, valorizaram o cuidado e a relação familiar verdadeira como ferramenta fundamental na reabilitação da mulher, embora alguns se sentiram despreparados para assumi-lo efetivamente, ou por esbarrarem em suas limitações pessoais ou pelo distante da mulher à interação. Acreditando que o cuidado em família requer envolvimento sincero e afetuoso, envolver-se neste processo é acreditar que a presença do familiar é tão importante quanto a realização dos procedimentos técnicos, pois nem sempre estes funcionam satisfatoriamente diante de situações de estresse da mesma forma que conhecimentos revelados na dinâmica familiar.

Enquanto o estudo de Alves et al. (2010) aponta que mulheres que não realizaram reconstrução mamária, tendo sofrido mastectomia, poderiam ter uma fragilidade emocional menor se fossem submetidas à reconstrução, outros estudos revelaram que realizar a reconstrução

mamária não significava ausência de morbidade emocional ou psicológica. Como as mamas desempenham um papel importante na vida e na saúde psicológica da mulher, por representar a feminilidade, por ser uma área erógena e fazer parte da excitação sexual, as mulheres que valorizavam o toque nas mamas como forma de excitação demonstraram uma mudança maior na experiência sexual após a reconstrução da mama, mas a maioria das mulheres relatou que o início precoce da menopausa, causado pela quimioterapia e terapia hormonal, afetou a vida sexual muito mais do que a amputação e reconstrução da mama (FERREIRA, 2011; FERREIRA et al., 2013; LEUNISSEN et al., 2015; LOARING et al., 2015).

O papel do parceiro também foi reconhecido, pois foi através da aceitação explícita do mesmo que as mulheres voltaram a ser sexualmente ativas e puderam desfrutar do contato físico. Algumas mulheres relataram menos encontros sexuais porque não aceitavam o diagnóstico de câncer e a amputação/reconstrução da mama, muitas vezes não se sentindo confortáveis e não sendo capazes de se olhar no espelho. Por isso, algumas enfatizaram que ainda não tinham aceitado a mama reconstruída, embora outras, com o transcorrer do tempo, recuperaram a sensação de estar seguras em seu próprio corpo, permitindo restabelecer a vida sexual (LEUNISSEN et al., 2015; LOARING et al., 2015). Da mesma forma que as mulheres dos estudos realizados no Reino Unido e Holanda, as mulheres deste estudo também experimentaram grandes transformações na maneira de vivenciar a feminilidade e a sexualidade, na maioria das vezes, procurando superar os problemas enfrentados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca da compreensão dos significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama, considerando aspectos psicossociais, identificou-se que as mulheres pesquisadas revelam a complexidade dos sentimentos e emoções envolvidos no processo de reconstrução mamária, presentes de forma mais intensa, desde o início do processo até mesmo depois de seu término, os sentimentos e emoções negativos, enquanto os sentimentos e emoções positivas aparecem, geralmente, apenas com o transcorrer do processo, estando relacionados com os cinco estágios da dor da morte ou da perda/luto.

O retorno às atividades diárias, laborais e de lazer foi considerado revitalizador e libertador, pois significou a reconquista da autonomia e independência, sendo que para conseguir superar as dificuldades encontradas, as mulheres precisaram descobrir formas e estratégias de readaptação à nova condição, principalmente na presença de sequelas físicas decorrentes do tratamento cirúrgico e radioterápico, como o linfedema de membro superior.

Receber o apoio de diversas formas significou para as mulheres, serem cuidadas com amor, afeto e proteção pela família, amigos ou “família escolhida”, cuidadores profissionais, religião ou crença, embora, algumas vezes, não tenham recebido o apoio da forma esperada.

Encarar as alterações da feminilidade e sexualidade foi difícil, principalmente em relação à aceitação da nova imagem corporal, com a mama reconstruída e aos efeitos do tratamento hormonal, induzindo a menopausa precoce e causando desconforto e diminuição da libido, que acabaram por comprometer a vida amorosa e sexual das mulheres. Em face destas dificuldades, procuraram enfrentá-las, sozinhas ou com apoio de seus companheiros.

Em síntese, os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para mulheres com câncer da mama sob aspectos psicossociais, estão relacionados aos sentimentos e emoções negativos e positivos envolvidos, à adaptação das atividades de rotina à nova condição, ao apoio recebido de diversas formas, ou ainda, não recebendo o apoio esperado e à necessidade de encarar as alterações na feminilidade e sexualidade. Por último, acreditamos que esse estudo contribui para a compreensão da mulher que realiza reconstrução mamária e para uma assistência profissional mais humanizada, afetiva e acolhedora.

REFERÊNCIAS

ALVES, P.C. et al. Conhecimento e expectativas de mulheres no pré-operatório da mastectomia. **Revista da escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 989-995, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v44n4/19.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

ARAÚJO, I.M.A.; OLIVEIRA, M.V.; FERNANDES, A.F.C.
Compreensão do Modelo de King sobre o Paradigma do Interacionismo

Simbólico. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília v. 58, n. 6, p. 715-8, 2005. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/reben/v58n6/a16v58n6.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa 2016**: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília, 2016. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/wcm/dncc/2015/estimativa-2016.asp>>. Acesso em: 20 dezembro 2015.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: Mortensen, C.D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980. p.119-139.

CESNIK, V.M.; SANTOS, M.A. Desconfortos físicos decorrentes dos tratamentos do câncer da mama influenciam a sexualidade da mulher mastectomizada? **Revista da Escola de enfermagem da USP**, São Paulo, v. 46, n. 4, p. 1001-1008, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v46n4/en_31.pdf>. Acesso em: 18 outubro 2015.

COSTA, M.C.M.D.R. et al. Teoria fundamentada nos dados em pesquisas na saúde da mulher: estudo bibliométrico. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.7(esp), p. 4153-4160, 2013.

DAMÁSIO, A. **O Sentimento de si**: corpo, emoção e consciência. Lisboa: Temas & Debates, 2013. p. 444.

DRAGESSET, S.; LINDSTRON, T.C.; UNDERLID, K. "I just have to move on": women's coping experiences and reflections following their first year after primary breast cancer surgery. **European journal of oncology nursing**. In Press. 2015. Disponível em: <[http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889\(15\)30036-3/pdf](http://www.ejoncologynursing.com/article/S1462-3889(15)30036-3/pdf)>. Acesso em: 05 dezembro 2015.

ENNES, M. A. Interacionismo Simbólico: contribuições para se pensar os processos identitários. **Perspectivas: revista de ciências sociais**, São Paulo, v. 43, 2014. Disponível em:

<<http://seer.fclar.unesp.br/perspectivas/article/view/5956/4859>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

FERNANDES, A.F.C. et al. Significado do cuidado familiar à mulher mastectomizada. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p. 27-33, 2012. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/ean/v16n1/v16n1a04.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

FERREIRA, S.M.A. et al. A sexualidade da mulher com câncer da mama: análise da produção científica de enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 22, n. 3, p. 835-842, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/tce/v22n3/v22n3a33.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

FERREIRA, D.B. Nossa vida após o câncer da mama: percepções e repercussões sob o olhar do casal. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v.64, n.3, p. 536-544. 2011. Disponível em:

<<http://www.scielo.br/pdf/reben/v64n3/v64n3a18.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

GAWANDE, A. **Mortais**: nós, a medicina e o que realmente importa no final. Rio de Janeiro: Objetiva, 2015. 264 p.

GUERRERO, G.P. et al. Relação entre espiritualidade e câncer: perspectiva do paciente. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília v. 64, n. 1, p. 53-59, 2011. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672011000100008>. Acesso em: 18 outubro 2015.

KÜBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes têm para ensinar aos médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. São Paulo: Martins Fontes, 1996. p. 296.

LEUNISSEN, T. et al. Exploring novel dimensions of body experience after breast reconstruction. **Journal of plastic, reconstructive**

&aesthetic surgery. Open xxx, p. 1-10. 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jptra.2015.10.001>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

LOARING, J.M. et al. Renegotiating sexual intimacy in the context of altered embodiment: the experiences of women with breast cancer and their male partners following mastectomy and reconstruction. *Health Psychol. Health psychology*, v. 34, n. 4, p. 426, 2015.

MAHER, E.J.; FENLON, D.R. The psychosocial issues of survivorship in breast cancer. *Advances breast cancer*, v. 7, n. 2, p. 17-22, 2010. Available in: <https://www.researchgate.net/profile/Deborah_Fenlon/publication/246547953_The_psychosocial_issues_of_survivorship_in_breast_cancer/links/00b7d51da91dbf2831000000.pdf>. Access: 05 january 2015.

MOURA, F.M.J.S.P. Os sentimentos das mulheres pós-mastectomizadas. *Escola Anna Nery revista de enfermagem*, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-84, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

MURRAY, C.D. et al. Satisfaction following immediate breast reconstruction: experiences in the early post-operative stage. *British journal of health psychology*, v. 20, n. 3, p. 579-593, 2015.

NUNES, F.A. et al. Espiritualidade, depressão e sexualidade em pacientes portadoras de neoplasia mamária. *Revista do Médico Residente*, Curitiba, v. 14, n. 3, p. 157-164. 2012. Disponível em: <<http://www.crmpr.org.br/publicacoes/cientificas/index.php/revista-do-medico-residente/article/view/262/250>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

PIOT-ZIEGLER, C. et al. Mastectomy, body deconstruction, and impact on identity: a qualitative study. *British journal of health psychology*, v. 15, n. 3, p. 479-510, 2010.

RIBEIRO, J.I. Carcinoma da mama: estado-da-arte. 2014. 39 f. Dissertação. (Mestrado em Ciências Farmacêuticas) - Faculdade de

Ciências e Tecnologias da Saúde, Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia. Lisboa, 2014.

ROSA, L.M., RADÜNZ, V. Significado do câncer da mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 445-450, 2012. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a06.pdf>>. Acesso em: 18 outubro 2015.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Cancer country profiles**. 2015. Disponível em: <http://www.who.int/cancer/country-profiles/bra_en.pdf?ua=1>. Acesso em: 05 novembro 2015.

5.4 MANUSCRITO 5 - ASSISTÊNCIA À MULHER COM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA APÓS CÂNCER DA MAMA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DAS MULHERES

ASSISTÊNCIA À MULHER COM RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA APÓS CÂNCER DA MAMA: VISÃO DOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE E DAS MULHERES¹

ASSISTANCE TO WOMAN WITH BREAST RECONSTRUCTION AFTER BREAST CANCER: THE VIEW OF HEALTH PROFESSIONALS AND WOMEN

ASISTENCIA A LA MUJER CON RECONSTRUCCIÓN MAMARIA DESPUÉS DE CÁNCER DE LA MAMA: VISIÓN DE LOS PROFESIONALES DE SALUD Y DE LAS MUJERES

Cilene Volkmer²

Evanguelia Kotzias Atherino dos Santos³

RESUMO

O impacto do diagnóstico de câncer da mama e da reconstrução mamária na vida das mulheres é notório, gerando estresse emocional e tornando a abordagem profissional uma tarefa peculiar e difícil. Esta pesquisa qualitativa objetivou compreender o modo de assistência prestada à mulher com câncer da mama que realizou reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres. Foram

¹Manuscrito, produto da Tese de Doutorado intitulada “O significado da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama”, defendida no Programa de Pós-graduação de Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina (PEN/UFSC) em fevereiro de 2016. Pesquisada realizada com financiamento da CAPES.

²Fisioterapeuta Maternidade Carmela Dutra, Secretária de Estado da Saúde de Santa Catarina. Doutoranda em Enfermagem do Programa de Pós Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina – PEN/UFSC. Membro do Grupo de Pesquisa em Saúde da Mulher e do Recém-nascido (GRUPESMUR), UFSC. cilenev@gmail.com +55 (48) 3251 7500 - Florianópolis – SC – Brasil.

³Enfermeira. Doutora em Enfermagem. Professora Titular do Curso de Graduação e do PEN/UFSC. Pesquisadora e Líder do GRUPESMUR, UFSC. gregos@matrix.com.br +55 (48) 3721 9480 - Florianópolis – SC - Brasil.

utilizados os referenciais teórico-metodológicos Teoria Fundamentada nos Dados e Interacionismo Simbólico, sendo entrevistados 31 participantes, 21 mulheres e 10 profissionais da saúde, nos domicílios/local de trabalho, em Florianópolis/SC, compondo 4 grupos amostrais, com amostragem teórica e saturação dos dados, de abril a dezembro de 2015. O processo analítico constou da codificação aberta e axial. Os resultados que emergiram dos dados foram: Descrevendo o trabalho dos profissionais; Profissionais e as habilidades necessárias na assistência; A visão dos profissionais sobre as mulheres e Mulheres refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde. Profissionais concordam sobre importância de acompanhamento integral das mulheres, porém apontam como principal dificuldade a inexistência de trabalho em equipe. Concluem que as mulheres não compreendem a diferença entre cirurgia estética e reparadora da mama, enquanto as mulheres ficam divididas entre referir assistência ideal e ficar completamente insatisfeitas com a assistência recebida.

Palavras-chave: Neoplasias da mama; Procedimentos cirúrgicos reconstrutivos; Profissional da saúde; Relações médico-paciente; Pesquisa qualitativa.

ABSTRACT

The impact of the diagnosis of breast cancer and breast reconstruction in women's lives is notorious, creating emotional stress and making professional approach a peculiar and difficult task. This qualitative research aimed to understand the assistance so given to women with breast cancer who performed breast reconstruction, through the view of health professionals and women. It was used the theoretical-methodological reference Grounded Theory and Symbolic Interacionism, 31 participants, 10 health professionals and 21 women were interviewed at home or workplace in Florianópolis/SC, composing 4 sample groups, with theoretical sampling and data saturation, from April to December 2015. The analytical process consisted of open and axial coding. The results coming from data analysis were: presenting the professional routines; professionals and the skills needed to the assistance; the views of professionals on women; women reflecting on their relationship with health professionals. Professionals agree about the importance of comprehensive care for women, but point out as major difficulty the lack of team work. They conclude that women do not understand the difference between cosmetic and reconstructive

breast surgery, while women are divided between demanding the ideal assistance and be dissatisfied with the care they received.

Key-words: Breast neoplasms. Reconstructive surgical procedures. Health personnel. Physician-patient relations. Qualitative research

RESUMEN

El impacto del diagnóstico de cáncer de mama y la reconstrucción mamaria en la vida de las mujeres es notoria, causando estrés emocional y haciendo el enfoque profesional una tarea peculiar y difícil. Esta investigación cualitativa tuvo como objetivo comprender el modo de la asistencia prestada a la mujer con cáncer de mama que realizo la reconstrucción mamaria, en visión de los profesionales de salud y las mujeres. Se utilizo referencial teórico-metodológico *Grounded Theory* y Interaccionismo Simbólico, siendo entrevistados 31 participantes, 10 profesionales de la salud y 21 mujeres en sus domicilios/lugar de trabajo, en Florianópolis/SC, componer 4 grupos de la muestra, con el muestreo teórico y la saturación de datos, de Abril a Diciembre de 2015. El proceso de análisis consistió codificación abierta y axial. Los resultados que surgieron de los datos fueron: Presentación de las rutinas de los profesionales; Teniendo en cuenta las competencias profesionales necesarias en la asistencia; Los puntos de vista de los profesionales sobre las mujeres; Las mujeres que reflejan en la relación con los profesionales de la salud. Los profesionales están de acuerdo en la importancia de la atención integral a las mujeres, pero señalan como principal dificultad la falta de trabajo en equipo. Llegan a la conclusión de que las mujeres no entienden la diferencia entre la cirugía estética y reparación de las mamas, mientras que las mujeres se dividen entre referir atención óptimo o estar completamente insatisfechos con la atención recibida.

Palabras-clave: Neoplasias de la mama. Procedimientos quirúrgicos reconstructivos. Personal de salud. Relaciones médico-paciente. Investigación Cualitativa

INTRODUÇÃO

O impacto do diagnóstico de câncer da mama na vida das mulheres é notório, representando um alto estresse emocional, relacionado ao recebimento da má notícia e ao enfrentamento do tratamento desta doença. Por ser uma doença traumatizante e assustadora, a abordagem destas mulheres apresenta certas

peculiaridades, tornando-se uma tarefa difícil. O medo e o sofrimento estão presentes desde o surgimento das primeiras suspeitas e permanecem mesmo depois do término do tratamento (FENLON et al., 2012; SILVA et al., 2011; WACHTER et al., 2014).

A oncologia clínica refere-se à especialidade da medicina envolvida no processo de diagnóstico e tratamento do câncer, prevenção da doença e reabilitação do paciente e, ao longo dos últimos anos, outras profissões da área da saúde também tem direcionado seu processo ensino-aprendizagem e formação de profissionais para esta especialidade, como a Enfermagem Oncológica, a Fisioterapia Oncológica e a Nutrição Oncológica (COFFITO, 2011; COSTA et al. 2012; MAASS et al., 2015; RODRIGUES et al., 2015).

As dificuldades relatadas por profissionais da saúde na assistência de mulheres que realizam reconstrução mamária por câncer da mama são apontadas em vários estudos, principalmente da área médica ou de enfermagem, tanto quantitativos, quanto qualitativos, sendo raros na área da fisioterapia. Além disso, as mulheres também relatam dificuldades no relacionamento e/ou comunicação com profissionais e quanto aos resultados do procedimento reparador (BEESLEY et al., 2012; COHEN et al., 2012; COSTA, AZEVEDO, 2010; COSTA et al., 2012; FALLBJÖRK, FREJEUS, RASMUSSEN, 2012; MURRAY et al., 2015; POTTER et al., 2015; SUBTIL et al., 2011; WACHTER et al., 2014).

Dificuldades no relacionamento entre profissionais da saúde e pacientes podem estar associadas ao Modelo de Atenção Biomédico ou Mecanicista, vigente durante séculos e que considera o papel do médico, ou de qualquer profissional, exclusivamente na eliminação de doenças e lhe confere grande autoridade e poder, que se manifestam na relação estabelecida entre ele e o paciente. O encontro que ocorre durante a consulta é centrado no médico ou na doença e a perspectiva do paciente é considerada pouco relevante (BALLESTER et al., 2010).

A partir de meados da década de 1970, paralelamente ao avanço do modelo biomédico associado à crescente tecnologia, surgiram correntes de contraposição a esse modo de prática profissional, percebendo-se a necessidade do cuidado deixar de ser centrado no médico/profissional para ser centrado no paciente, pois surgiu a demanda das pessoas por um atendimento que contemplasse de maneira integral suas necessidades, preocupações e vivências relacionadas à saúde ou à doença (BALLESTER et al., 2010; BRASIL, 2014; SUBTIL et al., 2011).

Atualmente, percebe-se que a quantidade de mulheres diagnosticadas com câncer da mama, indicadas à mastectomia e que realizam a cirurgia reparadora da mama vêm aumentando consideravelmente à nível mundial, incluindo o Brasil, sendo primordial que estas mulheres recebam uma abordagem humanizada, acolhedora e integral. A reconstrução mamária visa a restauração da imagem corporal e manutenção da feminilidade e senso de plenitude, auxiliando na autoestima, no bem-estar biopsicossocial e na diminuição do estresse psicológico da mulher, causado pela necessidade da mutilação da mama (COSTA et al., 2012; MENDICK et al., 2015; RODRIGUES et al., 2015).

Assim, considerar todos os aspectos envolvidos, inclusive os subjetivos, no processo de vivenciar a reconstrução mamária após o câncer da mama é fundamental para a efetiva promoção da saúde. A mulher precisa ser ouvida e é necessária a criação de um espaço em que a mesma possa expressar-se; dessa forma, ambos, profissional da saúde e mulher, têm a possibilidade de participar efetivamente do processo de cura (SUBTIL et al., 2011).

Ao refletir sobre esta temática, pode-se nortear a questão do estudo: qual o modo de assistência prestada à mulher com câncer da mama que realizou reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres?

Desta forma, este estudo buscou compreender o modo de assistência prestada à mulher com câncer da mama que realizou reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres.

Percurso Metodológico

Esta pesquisa qualitativa, caracterizada desta forma por se referir a uma investigação sobre a vida das pessoas, experiências vividas, comportamentos, emoções e sentimentos, foi embasada pela Teoria Fundamentada nos Dados (TFD) ou *Grounded Theory*. A investigação qualitativa pressupõe um pensamento crítico e criativo do investigador, e na TFD, o pesquisador não parte da teoria para a coleta de dados, pelo contrário, parte de um problema de pesquisa e permite que os dados coletados, reunidos e analisados expliquem o fenômeno estudado (STRAUSS; CORBIN, 2008).

Juntamente com o referencial teórico-metodológico de Strauss e Corbin (2008), este estudo também se norteará pelo referencial sociológico de Herbert Blumer (1977; 1980; 1986), o Interacionismo

Simbólico (IS), que está nas origens da TFD. O IS considera que os seres humanos agem de acordo com os significados de cada acontecimento do dia a dia, que estes significados derivam da interação social estabelecida entre as pessoas e que são lidados/modificados através de um processo interpretativo utilizado pela pessoa que está em ação no mundo, vivendo determinada realidade. Além disso, o IS compreende o ser humano como um ser agindo no presente, influenciado pelo que aconteceu no passado e pelo que está acontecendo neste momento e, assim, o resultado desse processo é a interação. Interação que não acontece apenas entre pessoas, mas acontece também dentro de cada indivíduo, em um constante processo interpretativo de cada situação vivida. Além disso, indivíduos interagem individualmente e coletivamente, interação esta que constitui a nossa sociedade.

A escolha destes referenciais ocorreu por possibilitar a integração sistemática de vários conceitos por meio de declarações, com a finalidade de ampliar o conhecimento sobre a realidade pesquisada e apontar novas perspectivas para a compreensão da assistência prestada à mulher que vivencia o processo de reconstrução mamária após o câncer da mama.

O presente estudo foi realizado com 31 participantes, sendo 21 mulheres que tiveram diagnóstico de câncer da mama e realizaram mastectomia e reconstrução mamária (RM) e 10 profissionais da saúde que prestavam assistência à mulheres portadoras de câncer da mama há pelo menos dois anos, no sistema de saúde público, suplementar e/ou privado do município de Florianópolis/SC. Os critérios de exclusão foram: mulheres que realizaram mastectomia e RM sem diagnóstico de câncer da mama, como no caso das mastectomias preventivas ou profiláticas e profissionais da saúde que prestavam assistência à mulheres portadoras de câncer da mama que não haviam realizado RM.

O processo de coleta e análise de dados ocorreu simultaneamente, de abril a dezembro de 2015, sendo conduzido pelos princípios da amostragem teórica e saturação teórica das categorias, conforme a TFD. A técnica de coleta de dados utilizada foi entrevista semiestruturada, com o uso de gravador digital de voz (Sony ICD-BX140, 4GB de memória, gravações no formato .mp3), mediante concordância dos participantes.

A amostra teórica constou de 4 grupos amostrais, sendo o 1º grupo composto de 10 mulheres com diagnóstico de câncer da mama, que realizaram mastectomia e reconstrução mamária por meio de custeio particular ou particular/plano de saúde, o 2º grupo amostral composto de

7 mulheres que tiveram o tratamento custeado por planos de saúde, o 3º grupo amostral composto de 4 mulheres que tiveram o custeio do SUS para o tratamento e o 4º grupo amostral composto por 10 profissionais da saúde (medicina, enfermagem, fisioterapia, nutrição e psicologia). Os grupos amostrais foram sendo vislumbrados à medida que transcorria a coleta e análise de dados, partindo-se da hipótese que a diferença no modo de custeio do tratamento poderia influenciar a visão das mulheres e dos profissionais sobre o processo de reconstrução mamária, havendo necessidade de contemplar essas diferentes visões para a compreensão do fenômeno.

As entrevistas foram realizadas no domicílio, local de trabalho da pesquisadora ou local de trabalho das mulheres/profissionais da saúde, em Florianópolis/SC. A princípio apenas mulheres que haviam realizado tratamento através de custeio particular e médicos que prestavam assistência às mulheres estavam sendo entrevistadas, quando percebeu-se a necessidade de ampliar abrangência e explicação do fenômeno, sendo entrevistadas também mulheres que haviam custeado o tratamento através dos Planos de Saúde do Sistema Suplementar e do Sistema Único de Saúde (SUS) e outros profissionais da saúde além dos médicos.

As entrevistas foram realizadas de acordo com a disponibilidade de cada participante, em dias e horários previamente agendados e com assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. A entrevista com as mulheres teve a seguinte questão norteadora: Fale-me sobre a assistência que você recebeu dos profissionais da saúde durante seu tratamento de câncer da mama e processo de reconstrução mamária. A entrevista com os profissionais da saúde teve a seguinte questão norteadora: Fale-me sobre sua abordagem às mulheres diagnosticadas com câncer da mama, com indicação de realizar ou tendo realizado reconstrução mamária. O tempo de duração das entrevistas variou de 25 minutos e 2 horas e após o término, as mesmas foram arquivadas no computador pessoal da pesquisadora e transcritas integralmente.

A fim de organizar e interpretar os dados, foi realizada a conceituação e redução dos dados, a elaboração de categorias e subcategorias, mediante a definição de suas propriedades e dimensões. Este processo analítico, segundo a TFD, é definido como *codificação*: a codificação aberta tem a intenção de descobrir, nomear e categorizar fenômenos, enquanto a codificação axial busca reagrupar dados, anteriormente divididos e esmiuçados na codificação aberta, relacionando as categorias às subcategorias, gerando explicações

aprofundadas e complexas sobre os fenômenos. Também foram utilizados memorandos, registros escritos de análises, contendo os produtos da análise ou as direções para o pesquisador, na forma de notas de código, notas teóricas ou notas operacionais (STRAUSS; CORBIN, 2008).

A etapa analítica de codificação seletiva, responsável pelo processo de integrar e refinar a teoria fundamentada nos dados, com a construção do Modelo Paradigmático, encontra-se descrita na Tese de Doutorado que originou o estudo. Portanto, nesta pesquisa foi utilizado o referencial teórico-metodológico da TFD sem a etapa de formulação de uma teoria substantiva.

As questões éticas relacionadas às pesquisas com seres humanos foram respeitadas, seguindo as diretrizes e normas da Resolução 466/2012 (BRASIL, 2012), que visa assegurar os direitos e deveres dos participantes da pesquisa, da comunidade científica e do Estado, mediante referenciais da bioética. Também foi garantido sigilo das informações e anonimato dos participantes, utilizando-se uma letra e um número correspondente à ordem de realização das entrevistas para identificação dos mesmos (E1, E2, E3... E21; P1, P2,P3...P10). O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de Santa Catarina, sob o Parecer N° 807905 e CAAE N° 36042114.9.0000.0115, em 30 de setembro de 2014.

RESULTADOS

Dos dez profissionais da saúde que participaram da pesquisa, a amostra teórica constou de quatro médicos (dois mastologistas, um cirurgião plástico e um oncologista), duas enfermeiras, uma técnica de enfermagem, uma fisioterapeuta, uma nutricionista e uma psicóloga. A idade dos profissionais variou de 32 a 56 anos, o tempo de atuação na área da saúde da mulher variou de 2 a 23 anos e quanto ao sistema de saúde em que atuavam, seis profissionais no Sistema Suplementar (Privado e/ou Planos de Saúde), três em ambos Sistema (Público e Suplementar) e um profissional no Sistema Público.

A idade das vinte e uma mulheres participantes do estudo, no momento do diagnóstico de câncer da mama, variou de 25 a 79 anos, sendo que o tempo transcorrido do diagnóstico até a data da entrevista das mulheres variou de 4 meses a 13 anos. Quanto à escolaridade, quinze mulheres tinham ensino superior, quatro tinham ensino médio ou técnico profissionalizante e duas tinham ensino fundamental. Em

relação ao estado civil, doze eram casadas, quatro divorciadas, três solteiras e duas viúvas. Quanto à ocupação, quatorze exerciam atividade profissional, cinco eram aposentadas e duas do lar.

Os resultados foram analisados e discutidos a partir das quatro categorias que representam as condições intervenientes da teoria substantiva “A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”, descrita detalhadamente na Tese de Doutorado que originou o estudo. Os resultados emergiram dos dados e são apresentados nas quatro categorias: Descrevendo o trabalho dos profissionais; Profissionais e as habilidades necessárias na assistência à mulher; A visão dos profissionais sobre as mulheres e Mulheres refletindo sobre o relacionamento com os profissionais da saúde. Mediante interpretações, reflexões e conexões teóricas, resultou um processo analítico compreensivo do modo de assistência prestada à mulher com câncer da mama que realizou reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres.

Descrevendo o trabalho dos profissionais

Esta categoria apresenta as subcategorias Informando o diagnóstico e discutindo as possibilidades cirúrgicas; Assistindo a mulher no pré e pós-operatório e na quimioterapia; Encaminhando as mulheres a outros profissionais e Lidando com as dificuldades na assistência à mulher com reconstrução mamária.

A) Informando o diagnóstico e discutindo as possibilidades cirúrgicas

A maior parte das mulheres chega ao mastologista com o diagnóstico concluído, cabendo ao médico explicar o que cada exame está mostrando e o que representa o tipo histológico e agressividade do tumor, além de esclarecer sobre o futuro tratamento. O próximo passo é discutir a cirurgia mais segura para cada caso, sendo que atualmente as mulheres demonstram preferência pelas cirurgias mais radicais, ou seja, mesmo quando não há indicação de mastectomia, elas preferem retirar a mama toda, para evitar possíveis recidivas locais. No caso da mulher optar pela reconstrução mamária imediata, a mesma é encaminhada ao cirurgião plástico e a decisão sobre o tipo de reconstrução será tomada em conjunto entre mulher, mastologista e cirurgião plástico.

De acordo com os mastologistas, dar a notícia do câncer da mama é muito ruim, principalmente quando a mulher vai apenas realizar exames de rotina, sem nenhuma suspeita e quando as mulheres são muito jovens, porém, ao mesmo tempo, o médico não pode minimizar os resultados e deve procurar enfatizar os aspectos bons de cada resultado. Nesse caso, os mastologistas participantes do estudo procuraram dar a notícia devagar, dando tempo para a mulher assimilar e fazer as perguntas que desejava.

Para o cirurgião plástico, a mulher já vem enfrentando muitas notícias ruins quando chega para discutir sobre a reconstrução mamária e acertar os detalhes da cirurgia é mais um momento ruim e difícil para a mulher, pois é complicado ouvir o que os médicos têm a dizer sobre o procedimento cirúrgico. Na maioria das vezes, as mulheres têm esperança que a cirurgia plástica seja a notícia boa no meio de tantas coisas ruins, mas a verdade é que a cirurgia reparadora não pode devolver a mama que foi retirada.

É muito ruim, mas eu não consigo omitir, minimizar o resultado, eu vou falando devagar, esperando ela perguntar e eu vou dando as respostas [...] (P1). Mas sempre é um diagnóstico ruim de dar, ninguém quer dar uma notícia dessas [...] eu sempre falo assim: “vamos olhar aqui no resultado o que tem de bom”, sempre procuro as características boas, ou menos ruins, naquele resultado (P7). [...] espera que a reconstrução devolva a mama que ela vai perder [...] isso é uma ‘luta inglória’, impossível, nós oferecemos uma coisa que fica muito aquém daquela mama que ela tinha, por melhor técnica, melhor habilidade, não podemos devolver a mama normal (P4).

B) Assistindo a mulher no pré e pós-operatório e na quimioterapia

A assistência no pré-operatório fica sob responsabilidade da enfermagem, os cuidados iniciam com orientações e explicações sobre o procedimento cirúrgico e entrega do termo de consentimento livre e esclarecido, esclarecimentos sobre o pós-operatório imediato, sobre as possíveis complicações e cuidados com o dreno de sucção. Os cuidados no pós-operatório são realizados pela enfermagem e/ou mastologista e incluem os curativos, orientações sobre higiene pessoal e atividades que podem ser realizadas, em conjunto com o fisioterapeuta, que inicia sua abordagem ainda no pós-operatório imediato, durante a internação hospitalar e segue acompanhando a mulher à nível domiciliar ou ambulatorial, na maiorias dos casos com uma sessão semanal.

Geralmente a alta hospitalar ocorre em até 24 horas após o procedimento cirúrgico, com a mulher retornando ao consultório médico para a realização dos curativos, diários ou semanais, dependendo de cada caso, para a retirada do dreno, em torno de 5 a 7 dias e dos pontos em torno de 15 dias de pós-operatório. As mulheres são orientadas pelos profissionais sobre as limitações causadas pela cirurgia, que podem durar dois meses ou mais, dependendo de cada mulher, mas os médicos cirurgiões enfatizam que os procedimentos cirúrgicos vêm sendo modificados e atualizados constantemente, com a intenção que as mulheres sintam o mínimo de dor e desconforto no período pós-operatório, além de enfatizar a importância da família nos cuidados durante o primeiro mês de recuperação.

[...] assustadas com as explicações e com assinatura do termo de consentimento da cirurgia, é preciso falar com antecedência e com calma todas as complicações que podem acontecer, a necrose, a deiscência, a reconstrução tardia do mamilo, deixamos claro que a reconstrução é feita em etapas (P9). Ela faz a cirurgia, o fisioterapeuta vai na unidade, avalia, orienta e já encaminha para o ambulatório (P3). O primeiro curativo é demorado, elas têm muita dor, tenho que ir com muita calma (P9). Uma técnica de enfermagem realiza os cuidados do pré e pós-operatório comigo, há muitos anos [...] eu dou as primeiras orientações, ainda no quarto, antes da alta e entrego um material impresso (P7). No PO, tudo que a gente fala para a mulher, ela esquece, então gosto de conversar com a família (P1).

A assistência durante a quimioterapia é realizada por médicos oncologistas e enfermeiras, enfatizando explicações sobre os possíveis efeitos deletérios da quimioterapia, mas orientando que, em alguns casos, as mulheres podem passar por todo tratamento sem sentir efeitos colaterais. São fornecidas orientações em uma consulta inicial com o médico e outra com a enfermagem, mediante uma conversa informal e entrega de material impresso, sendo abordados principalmente assuntos que dizem respeito à feminilidade, como a queda dos cabelos e das unhas. As enfermeiras procuram estimular as mulheres quanto aos cuidados com a beleza, maquiagem, uso de acessórios, como perucas, lenços e chapéus, de roupas e decotes adequados à mama reconstruída, com o intuito de manter a autoestima da mulher. O acompanhamento de enfermagem após as aplicações é realizado por contato telefônico, sendo raro a mulher retornar devido às complicações do tratamento.

[...] existe uma preocupação com a questão da feminilidade (P5). Orientamos sobre os acessórios, que nem todas se adaptam à peruca,

por causa do calor, então falamos dos lenços, chapéus [...] incentivamos a maquiagem, isso tudo ajuda a melhorar o astral e não cair em depressão (P2). A primeira consulta com oncologista é demorada, pois são muitas informações, muitos exames. [...] O contato com as mulheres é bastante frequente, enquanto ela fica horas aqui, recebendo quimio ou depois, quando ligamos para saber como ela está, passar orientações sobre os medicamentos, para aliviar os efeitos colaterais (P10).

C) Encaminhando as mulheres a outros profissionais

O encaminhamento para outros profissionais, por parte dos médicos, nem sempre é uma rotina, com exceção da enfermagem e fisioterapia. A enfermagem historicamente apresenta uma atuação conjunta com a equipe médica, enquanto os outros profissionais da saúde vêm sendo, aos poucos, valorizados na assistência integral à mulher que realiza reconstrução mamária. O encaminhamento para a fisioterapia foi unânime para os médicos cirurgiões que participaram do estudo, sendo considerado um acompanhamento imprescindível para a recuperação da mulher e preconizado como uma rotina no pós-operatório.

Em relação aos outros profissionais da saúde, o acompanhamento nutricional da mulher foi considerado de suma importância por todos os profissionais entrevistados, mas não foi estabelecida uma rotina para este encaminhamento, ficando sob responsabilidade das mulheres procurarem ou não o profissional nutricionista. E quanto ao acompanhamento psicológico, houve divergências entre os profissionais, sendo que alguns acreditam que, atualmente, as mulheres reagem muito bem ao diagnóstico e tratamento do câncer da mama, comparado com períodos anteriores recentes e que as mulheres conseguem resolver sozinhas, com apoio da família e/ou da equipe profissional, suas questões emocionais relacionadas à doença. Em contrapartida, outros profissionais consideram extremamente importante a terapia psicológica e que a mesma deveria ser uma rotina, mas relatam que, algumas vezes, enfrentam resistência das próprias mulheres em aceitar este acompanhamento.

Além dos encaminhamentos citados, também foram apontados encaminhamentos à profissionais psiquiatras, acupunturistas e profissionais da educação física, incentivando a atividade física regular, após estarem aptas a realizar exercícios e práticas esportivas. Também

foram estimuladas atividades de lazer, como aulas de artesanato e/ou trabalhos manuais.

Indicação para fisioterapia no PO imediato é em até 24 horas depois da cirurgia, para receber orientações sobre os movimentos do braço, como se levantar [...] (P1). O suporte da enfermagem e fisioterapia no PO é fundamental (P4). A fisioterapia [...] é sistemático, de rotina [...] a psicóloga e a nutricionista, não existe um protocolo de encaminhamento [...] às vezes um psiquiatra, vai depender da paciente (P7). As mulheres procuram psicólogo por conta própria, aquelas encaminhadas pelos médicos, não procuram [...] não existe uma rotina de encaminhar para psicólogo (P6). Um(a)s resistem porque são tímidas, outras são arrogantes e acham que não precisam de ajuda, outras é uma questão de defesa e também de negação [...] (P10). Geralmente as mulheres precisam de um apoio psicológico, pois em casa elas precisam ser fortes, estar bem, para marido e filhos ficarem bem. [...] parte da rotina é a fisioterapia, elas já recebem orientação no pré-operatório, para iniciar no PO imediato (P9). Encaminhamento para psicólogo, nutricionista, para acupunturista [...] (P3). Indicação para nutricionista é importante para as mulheres com sobrepeso ou que irão iniciar quimioterapia. [...] acho super importante alguma atividade de lazer, trabalhos manuais, voltar para a atividade física, que seja academia, ou pilates, mas precisa voltar assim que estiver em condições (P5).

D) Lidando com as dificuldades na assistência à mulher com reconstrução mamária

Um(a)s das maiores dificuldades relatadas pelos profissionais entrevistados está relacionada ao trabalho em equipe, tanto os profissionais que atuam no sistema suplementar, quanto no público. Apontam que cada profissional atua em sua área, em seu consultório, encaminham a outros profissionais, mas que não existe um trabalho integrado e, pior, não vislumbram uma maneira de viabilizar esse processo, pois cada um tem seus compromissos, seus horários e não há estrutura para a integração desta atuação. Uma pequena exceção seria o trabalho do mastologista e cirurgião plástico, que atuam conjuntamente, sendo necessária sintonia e harmonia na condução do tratamento cirúrgico.

Um dos profissionais entrevistados apontou que os próprios médicos podem ter visões equivocadas dos colegas, pois acredita que oncologistas deveriam ter a visão mais complexa e global da mulher,

porém tem a impressão que os mesmos estão mais preocupados com os protocolos técnicos, com a doença, do que com a mulher portadora da doença. Da mesma forma, imagina acreditarem que a área da cirurgia plástica está mais preocupada com a estética do que com a doença e assim, cada um segue seu trabalho sem saber o que o colega pensa e prioriza no cuidado à mulher.

Outras dificuldades apontadas dizem respeito à inadequação da formação profissional, em todas as áreas, quanto ao processo de lidar com o câncer e com a morte, ao fato de terem que lidar com a perda de mulheres jovens, lidar com as próprias frustrações e expectativas de resultados e às diferenças existentes entre o sistema público e suplementar para a condução adequada do tratamento.

Aqui, no serviço público, não trabalhamos em equipe multidisciplinar [...] quando participamos de alguma reunião, que seria da equipe toda, somos vistos como “intrusos”(P3). Com o oncologista e radioterapeuta, não tem o que falar, eles vão seguir os protocolos e pronto! (P4). No PO, a assistência entre o público e privado tem muitas diferenças, no público demora mais [...] o processo burocrático para conseguir as coisas (P7). No início eu sofri muito, chorava muito, vendo mulheres da minha idade morrendo de câncer da mama (P3).

Profissionais e as habilidades necessárias na assistência à mulher

Nesta categoria os profissionais da saúde entrevistados relatam que prestar assistência às mulheres diagnosticadas com câncer da mama que realizam reconstrução mamária exige muitas habilidades, que estão intrinsecamente ligadas ao modelo de assistência centrado no paciente, em consonância com o novo paradigma da área da saúde.

As habilidades mais citadas foram: ser acolhedor, ser amoroso, saber lidar com questões emocionais, ter sensibilidade, dar apoio, dar atenção e conforto, transmitir tranquilidade, ser positivo e otimista, ser sincero, envolver a família no processo, saber valorizar a subjetividade, saber se colocar no lugar da mulher, estabelecer mudanças de rotinas em prol da mulher e disponibilizar tempo para conversar, explicar, sanar dúvidas e, principalmente, respeitar a mulher.

[...] quando elas perguntam “vou me curar?”, eu tenho que ser sincera: “não sei, não depende de mim... a minha parte vou tentar fazer o melhor, mas o que vai acontecer depois, ninguém sabe” (P1). Tem mulheres que já querem retirar a outra mama, enquanto outras não

aditem isso de jeito nenhum, então temos que ter sensibilidade para compreender a mulher e identificar cada situação (P2). [...] temos que estar sempre prontos para ajudar, dar apoio (P5). As mulheres com reconstrução merecem uma atenção especial, elas não podem ficar esperando na sala de espera, elas estão com dor, cansadas, fragilizadas [...] eu me coloco no lugar delas (P9). Fisioterapeuta não pode fugir das questões emocionais, isso também compete a nós [...] fisioterapeuta já é acolhedor [...] às vezes, preciso parar o que estou fazendo e conversar, tranqüilizar (P3). É preciso respeitar a mulher, porque nesse processo ela já sofreu muitas invasões, muitos procedimentos invasivos [...] (P6).

A visão dos profissionais sobre as mulheres

Esta categoria apresenta os resultados em relação à compreensão dos profissionais da saúde sobre o modo como as mulheres vivenciam o processo de receber o diagnóstico de câncer da mama e realizar a reconstrução mamária.

O entendimento dos profissionais é que as mulheres parecem demonstrar maior preocupação com questões estéticas do que com a doença ao receberem o diagnóstico e a indicação de mastectomia, sendo que a maioria das mulheres opta pela reconstrução imediata, não demonstrando nenhuma preocupação em realizar quimioterapia ou radioterapia antes do tratamento reparador da mama, que visa manter a feminilidade da mulher. Os mastologistas referem que não há risco ou prejuízo para a mulher que realiza o tratamento quimioterápico após a cirurgia reconstrutora e que, emocionalmente, a reconstrução imediata é bastante benéfica.

Além disso, os profissionais entendem que as mulheres criam expectativas em relação à reconstrução mamária embasadas em cirurgias estéticas realizadas por mulheres conhecidas, que colocam próteses de silicone e este fato acaba gerando uma grande frustração com o resultado da cirurgia, pois a reparação da mama serve muito mais “para vestir e não para despir”. Outra questão muito forte percebida pelos profissionais é que as mulheres que realizam a reconstrução imediata são extremamente críticas e exigentes em relação aos resultados, enquanto aquelas que realizam a reconstrução tardia, geralmente pelo sistema público, ficam muito satisfeitas com os resultados, por terem permanecido por um bom tempo sem a mama e valorizarem a nova mama, independente da aparência.

Ela imagina que a reconstrução vai dar o mesmo volume, a mesma textura de antes [...] a imagem da mama da prótese, da cirurgia estética e o que a gente procura é mostrar que não, que a mama reconstruída serve mais para vestir, para deixar ela com segurança em relação à roupa que usa, do que para ficar despida (P1). No meio de tantas notícias ruins: câncer, cirurgia, quimio, a mulher espera da cirurgia plástica uma notícia boa [...] e eu procuro amenizar, não digo que a reconstrução não é o que elas esperam [...] “tem certas verdades que não podem ser contadas, tem que ser descobertas”, como diz um ditado (P4).

Outras percepções dos profissionais se relacionam ao fato das mulheres terem dificuldade em aceitar terapia psicológica, ao fato de precisarem lidar com muitas dificuldades, inclusive metástases e recidivas, do pessimismo normalmente estar atrelado ao câncer, além de relatarem que as mulheres ficam muito carentes e inseguras. Mas também entendem que as mulheres passam a se ouvir e a se perceber enquanto mulher, que não se consideravam prioridade e que aprendem a mudar e se valorizar, passam a ver o sofrimento como um aprendizado. Os profissionais ainda revelam que a religião e a crença dão forças às mulheres e que as mesmas se preocupam em não ganhar peso durante o tratamento de quimioterapia, geralmente procurando nutricionista por conta própria.

[...] não adianta a mulher vir por obrigatoriedade, porque o médico pediu, a mulher tem que desejar este acompanhamento [...] a terapia com psicólogo não fica nem em segundo plano, nem terceiro (P6). Mulheres procuram nutricionista assim que recebem diagnóstico, por medo de engordar durante a quimioterapia, bem diferente de antigamente, quando o medo era perder peso (P8). Acredito que a dor, o sofrimento que as mulheres precisam enfrentar pode servir de aprendizado [...] ninguém pode impor uma mudança para a mulher: é ela que tem que sentir um desejo de mudança (P1).

Mulheres refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde

Esta categoria representa os significados que as mulheres atribuíram à assistência que receberam dos profissionais da saúde em virtude do tratamento do câncer da mama e da reconstrução mamária.

Algumas mulheres relataram que o cuidado auferido foi extremamente cuidadoso, atencioso, sensível, humanizado e gentil,

recebendo apoio de profissionais que já conheciam há bastante tempo ou daqueles que conheceram em razão do tratamento e, ainda, de profissionais que eram amigos pessoais e não estavam envolvidos no processo, sentindo conforto e tranquilidade, além de citar profissionais com olhar qualificado para cuidar delas da maneira que merecem.

Por outro lado, muitas mulheres apontaram decepção com a assistência recebida, referindo que alguns profissionais não têm percepção real da situação que as mulheres vivem, que são frios, distantes, impositivos, rudes, que tratam com grosseria, que não têm tato e sensibilidade, que fazem comparações estúpidas e imbecis, que banalizam o câncer por lidar com essa doença todos os dias. Esses sentimentos resultaram, muitas vezes, em situações de enfrentamento entre mulheres e profissionais, em perda de confiança, falta de acolhimento e em mais sofrimento e desgaste emocional.

O segundo médico que fui é que me deu conforto e tranquilidade (E15). [...] me explicou todas as opções, deu todos os prós e contras e deixou eu decidir o que preferia (E7). Recebi muito afeto dos médicos, por causa de vínculos anteriores de amizade (E8). Recebi apoio da radiologista, ainda na clínica de imagem, ao ler o diagnóstico sozinha (E5). Um grande apoio para mim veio da minha fisioterapeuta (E11).

Falou de um jeito gélido comigo (E4). [...] poderia ter usado outras palavras ao dar o diagnóstico, foi curta e grossa (E3). [...] deveriam ter mais calma ao falar sobre o câncer, chamar um parente para estar junto, não deveriam ir direto (E5). As palavras que ele usou [...] não me senti acolhida (E11). [...] fui ouvir uma segunda opinião, me deixou apavorada (E6). Foi uma imbecilidade, ficou comparando com o caso da Angelina Jolie (E14). Precisei ter paciência “ilimitada” (E18). Os profissionais da saúde infantilizam as mulheres, usando palavras no diminutivo (E2). Tive que ficar “peitando” os médicos, estava na mão deles (E9). Eu estava desconfiando daquele carocinho na mama, tive uma consulta com uma enfermeira, ela disse que não era nada, depois de um tempo, fui noutro posto, também tinha uma enfermeira e também disse que não era pra me preocupar e ainda depois o médico e a biópsia, tudo dizendo que não era maligno [...] mas na verdade era maligno e só descobri porque eu insisti, fui atrás, corri atrás, fui na policlínica pedir autorização para exame de alto custo (E20).

DISCUSSÃO

Pesquisas envolvendo a relação profissional-paciente são numerosas, indicando o quanto este tema é importante para a área da saúde e o quanto ainda precisa ser feito para chegarmos a um bom entendimento desta questão, crucial para a verdadeira implementação da humanização na assistência em saúde. Estudos corroboram os resultados desta pesquisa, pois demonstram a importância da equipe multiprofissional no cuidado da mulher com câncer da mama submetida à reconstrução mamária (BEGUM et al., 2011; FENLON et al., 2012; MOURA et al., 2010).

O papel dos profissionais da saúde, principalmente médicos e enfermeiros, é descrito como portadores das más e boas notícias, primeiro informando sobre o diagnóstico do câncer, mas em seguida apresentando todas as possibilidades de tratamento, demonstrando as várias opções disponíveis e os resultados esperados, através de conversas, material impresso e fotografias, da mesma forma que no presente estudo (COSTA et al., 2012; MURRAY et al., 2015; POTTER et al., 2015).

Em relação às dificuldades relatadas pelos profissionais da saúde do estudo, profissionais investigados nos estudos de RODRIGUES et al. (2015) e SILVA et al. (2011) também apontaram a existência de nuances na relação médico-paciente oncológico que diferem das demais especialidades, devido ao estresse emocional dos pacientes e familiares, pela necessidade de uma abordagem diferenciada para transmitir o diagnóstico e possibilidades terapêuticas, que às vezes são mais difíceis de enfrentar do que a própria doença, que acabam dificultando a construção do vínculo e gerando insatisfação dos usuários.

Mas a grande maioria dos estudos que investigaram a satisfação das mulheres e dos profissionais da saúde em relação aos resultados da reconstrução mamária após câncer da mama estão em consonância com o presente estudo, apontando que existe uma enorme divergência entre as opiniões de mulheres e profissionais, muitas vezes os profissionais insatisfeitos com os resultados, mas as mulheres extremamente felizes com o aspecto final e, em outros casos, os profissionais vibrando com a aparência final da cirurgia, enquanto as mulheres demonstram total insatisfação com o resultado. Com certeza, muitos fatores precisam ser levados em consideração nestes aspectos e a gama de resultados possíveis são infinitas, permanecendo apenas uma sutil linha de interconexão positiva entre expectativas de profissionais e de mulheres

(COHEN et al., 2012; FALLBJÖRK; FREJEUS; RASMUSSEN, 2012; MURRAY et al., 2015; POTTER et al., 2015; SNELL et al., 2012, WACHTER et al., 2014).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em busca da compreensão do modo de assistência prestada à mulher com câncer da mama que realizou reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres, identificou-se que os profissionais da saúde e mulheres entrevistados revelam a essência dos significados envolvidos na assistência prestada às mulheres que vivenciam o processo de receber o diagnóstico de câncer da mama e realizar a reconstrução mamária. Os profissionais demonstram que informar o diagnóstico e discutir as possibilidades cirúrgicas são tarefas difíceis, mas que precisam ser realizadas de maneira esclarecedora e tranquilizante.

Além disso, assistir a mulher no pré e pós-operatório e na quimioterapia implica em transmitir orientações e informações à respeito dos procedimentos cirúrgicos e do tratamento adjuvante, além de realizar os cuidados inerentes a essa etapa, que exigem calma e disposição para elucidar e resolver todos os problemas que possam surgir, transmitindo confiança e positividade para a mulher.

Encaminhar as mulheres a outros profissionais nem sempre é uma questão de rotina ou protocolo, com exceção da fisioterapia, que deve ser iniciada em até 24 horas após o procedimento cirúrgico, conforme estes profissionais. Os outros encaminhamentos são sugestões da equipe médica e de enfermagem, cabendo à mulher decidir se deseja ou não acompanhamento psicológico, nutricional, psiquiátrico, de profissional da educação física e de acupunturista.

Os profissionais revelam lidar com as dificuldades, sendo a mais inquietante a falta de trabalho em equipe dos profissionais envolvidos, mas também sendo referido o desconhecimento sobre ações e visões dos colegas à respeito do tema. Inadequação da formação profissional, lidar com perdas, com as próprias frustrações e com as diferenças existentes entre o sistema público e suplementar de saúde também foram citadas.

Quanto às habilidades necessárias à assistência, os profissionais demonstraram que as mesmas estão relacionadas ao modelo de atenção centrado no paciente, pois dizem respeito ao respeito, acolhimento, amorosidade, sensibilidade, tranquilidade, otimismo, sinceridade,

subjetividade e disponibilização de tempo para conversar e sanar dúvidas.

Em relação à visão dos profissionais sobre as mulheres, os mesmos acreditam que existe dificuldade de entendimento à respeito da diferença entre cirurgias reparadoras e cirurgias estéticas, pois as mesmas tendem a criar expectativas embasadas em resultados de cirurgias plásticas estéticas. Desta forma, a maioria das mulheres apresenta certa insatisfação com a assistência recebida e com os resultados da cirurgia reconstrutora, pois suas expectativas estão fundamentadas no momento de estar “despida”, quando o objetivo da cirurgia reconstrutora é proporcionar adequação no momento de estar “vestida”.

Em síntese, percebemos que o modo de assistência à mulher com reconstrução mamária após câncer da mama, na visão dos profissionais, está em conformidade com o modelo de atenção centrado no paciente, de forma humanizada e integral, enquanto na visão das mulheres, a assistência recebida não atinge suas expectativas e ainda tende a aumentar o estresse e desgaste emocional, já presentes devido à natureza da doença, dependendo das habilidades relacionais e interativas dos profissionais da saúde que as assistem.

REFERÊNCIAS

BALLESTER, D. et al. A inclusão da perspectiva do paciente na consulta médica: um desafio na formação do médico. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.34, n.4, p. 598-606, 2010.

BEESLEY, H. et al. How patients evaluate breast reconstruction after mastectomy, and why their evaluation often differs from that of their clinicians. **Journal of plastic, reconstructive & aesthetic surgery: JPRAS**, Netherlands, v.65, n.8, p.1064-71, 2012.

BEGUM, S. et al. An exploration of patient decision-making for autologous breast reconstructive surgery following a mastectomy. **Patient education and counseling**, Ireland, v. 84, n. 1, p. 105-110, 2011.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980. p.119-139.

BLUMER, H. A sociedade concebida como uma interação simbólica. In: BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: HUCITEC, 1977. p. 36-40.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Documento de referência para o Programa Nacional de Segurança do Paciente**. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília : Ministério da Saúde, 2014. 40 p.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

COHEN, M. et al. Communication between breast cancer patients and their physicians about breast-related body image issues. **Plastic surgical nursing**, Waterloo, v. 32, n. 3, p. 101-105, 2012.

CONSELHO FEDERAL DE FISIOTERAPIA E TERAPIA OCUPACIONAL - COFFITO. Resolução nº 397/2011 de 03 de agosto de 2011. Disciplina a Especialidade Profissional de Fisioterapia Oncológica e dá outras providências. Disponível em: <<http://www.coffito.org.br/site/index.php/home/resolucoes-coffito/476-resolucao-n-397-2011-disciplina-a-especialidade-profissional-de-fisioterapia-oncologica-e-da-outras-providencias.html>> . Acesso em: 10 janeiro 2016.

COSTA, F.D.; AZEVEDO, R.C.S. Empatia, relação médico-paciente e formação em medicina: um olhar qualitativo. **Revista brasileira de educação médica**, Rio de Janeiro, v.34, n.2, p.261-269, 2010.

COSTA, W.B. et al. Mulheres com câncer da mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. **REME: revista mineira de enfermagem**, Belo Horizonte, v.16, n.1, p.31-37, jan./mar., 2012.

FALLBJÖRK, U.; FREJEUS, E.; RASMUSSEN, B.H. A preliminary study into women's experiences of undergoing reconstructive surgery

after breast cancer. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, Edinburg, v. 16, n. 3, p. 220-226, 2012.

FENLON, D. et al. Living into old age with the consequences of breast cancer. **European journal of oncology nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society**, Edinburg, v. 17, n. 3, p. 311-6, 2012.

MAASS, S. W. M. C. et al. Systematic review: aesthetic assessment of breast reconstruction outcomes by healthcare professionals. **Annals of surgical oncology**, New York, v.22, p.4305–4316, 2015.

MENDICK, N. et al. How do surgeons think they learn about communication? A qualitative study. **Medical Education** v. 49, p. 408–416, 2015.

MOURA, F.M. de J.S. de P. et al. Os sentimentos das mulheres pós - mastectomizadas. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 477-484, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v14n3/v14n3a07.pdf>> . Acesso em: 11 janeiro 2016.

MURRAY, C.D. et al. Satisfaction following immediate breast reconstruction: experiences in the early post-operative stage. **British journal of health psychology**, v. 20, n. 3, p. 579-593, 2015.

POTTER, S. et al. Reporting clinical outcomes of breast reconstruction: a systematic review. **Journal of the National Cancer Institute**, Bethesda, v. 103, n. 1, p. 31-46, 2015.

RODRIGUES, L.A. et al. Como a dor e o sofrimento do paciente oncológico afetam o médico no processo de tratamento. **CuidArte Enfermagem**. v.9, n.1, p.58-70, 2015.

SILVA, C.M.G.C.H. et al. Relação médico-paciente em oncologia: medos, angústias e habilidades comunicacionais de médicos na cidade de Fortaleza (CE). **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v.16 (suppl.1), p. 1457-1465, 2011.

SNELL, L. et al. Clarifying the expectations of patients undergoing implant breast reconstruction: a qualitative study. **Plastic and reconstructive surgery**, Baltimore, v. 126, n. 6, p. 1825-1830, 2010.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

SUBTIL, M.M.L. et al. O relacionamento interpessoal e a adesão na fisioterapia. **Fisioterapia em movimento**, Curitiba, v.24, n.4, p. 745-753, 2011.

WACHTER, T. et al. Differences between patients and medical professionals in the evaluation of aesthetic outcome following breast reconstruction with implants. **Journal of Plastic, Reconstructive & Aesthetic Surgery**. v.67, p.1111-1117, 2014.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo, retornamos ao ponto de partida da pesquisa, resgatando o problema que suscitou o interesse pela investigação, apontando os principais achados, refletindo sobre as possíveis limitações e contribuindo para a descoberta de novos caminhos dentro da problemática pesquisada.

A investigação na área da saúde da mulher, mais especificamente, da mulher com câncer da mama, tem sido um desejo pessoal presente há quase duas décadas, em decorrência de dificuldades e inquietações na assistência à mulher diagnosticada com câncer da mama e que realiza reconstrução mamária. Mesmo após a realização de Especialização e Mestrado, é neste Doutorado que concretizou-se a possibilidade de desvelar um assunto tão intrigante, que permeia minha experiência profissional.

Para possibilitar essa compreensão, uma pergunta de pesquisa norteou o estudo: como a mulher com câncer da mama experiencia e significa o processo de reconstrução mamária? Assim, partimos para a ação em busca de dois objetivos: 1) compreender os significados atribuídos pela mulher com câncer da mama ao processo de reconstrução mamária; 2) construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama.

Refletindo sobre os referenciais teóricos e metodológicos utilizados na área da saúde para embasar pesquisas qualitativas, a Teoria Fundamentada nos Dados demonstrou ser um percurso metodológico adequado, por permitir a compreensão de um fenômeno complexo, aliada à possibilidade de construir uma teoria explicativa sobre o problema. Além disso, a associação da Teoria Fundamentada nos Dados ao Interacionismo Simbólico fornece subsídios importantes para o alcance dos objetivos, uma vez que são teorias originadas de pensadores e pesquisadores da área sociológica, que investigam os seres humanos e suas relações com o mundo, as interações humanas, suas causas e consequências, componentes presentes em nosso dia a dia e, principalmente, que estão no cerne da assistência prestada por profissionais da saúde.

Para o Interacionismo Simbólico, os indivíduos estão sempre enfrentando novas situações e as regras preexistentes, muitas vezes, não são apropriadas. Se existe uma ação coletiva repetitiva, é porque há significados recorrentes e constantes, mas estes significados podem ser

totalmente mutáveis. Outro ponto a ser enfatizado, conforme as concepções do IS, é que um novo comportamento coletivo não é gerado de forma espontânea, ou seja, nasce necessariamente de experiências passadas, estando vinculado a um encadeamento histórico. Assim, percebe-se que as mulheres submetidas à mastectomia e reconstrução mamária por câncer da mama passam a fazer parte de um novo grupo social, interagindo direta ou indiretamente, sendo que dessa interação surge um processo interpretativo, onde cada mulher escolhe, compara, reagrupa e transforma o significado à luz da situação que vivencia. Assim, o processo interpretativo proporciona uma re-significação do vivido, em que os valores individuais interferem no significado que os fenômenos têm para cada mulher.

Esta investigação qualitativa contou com a participação de 31 participantes, sendo 21 mulheres diagnosticadas com câncer da mama, submetidas à mastectomia e reconstrução mamária e 10 profissionais da saúde, constituindo quatro grupos amostrais. Os grupos amostrais foram sendo vislumbrados à medida que a coleta e análise dos dados transcorriam, surgindo hipóteses que levaram à necessidade de ouvir diferentes experiências e vivências acerca do fenômeno estudado.

Esta pesquisa resultou em cinco manuscritos. O primeiro, relacionado a uma revisão sistemática de literatura, do tipo metaetnografia e os demais, resultantes da pesquisa de campo.

O primeiro manuscrito objetiva analisar estudos qualitativos publicados na literatura nacional e internacional sobre reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, sob a ótica das mulheres, sem data limite inicial para as publicações, até 31 de dezembro de 2015. Dos 13 estudos analisados e classificados segundo o *Critical Appraisal Skills Programme*, a síntese dos dados realizada através da abordagem metaetnográfica revela as categorias: decisão das mulheres sobre realizar reconstrução mamária ou não; escolhendo o tipo de reconstrução mamária; lidando com a experiência da reconstrução mamária; as mulheres e sua relação com os profissionais da saúde. A metacategoria “dando a volta por cima” aponta para o enfrentamento do processo longo e doloroso de reconstrução mamária. Conclui-se que há necessidade dos profissionais da saúde compreenderem mais a fundo as mulheres portadoras de câncer da mama, com o intuito de melhorar o entendimento das consequências pessoais e sociais para a mulher que realiza reconstrução mamária e melhorar a qualidade da assistência prestada.

O segundo manuscrito busca compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher diagnosticada com câncer da mama, considerando os momentos vivenciados no período anterior, no decurso e após a cirurgia. As mulheres revelam que Retomando o período anterior ao câncer da mama, Experienciando o procedimento cirúrgico e Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório exigiram ânimo e disposição para enfrentar todas as dificuldades, desde a vivência de situações familiares difíceis no passado, recentes ou não, até o momento de receber o diagnóstico, realizar a cirurgia e suportar as complicações e rotinas do pós-operatório.

O terceiro manuscrito teve a intenção de compreender os significados da vivência do processo de reconstrução mamária para a mulher diagnosticada com câncer da mama, considerando os aspectos psicossociais dessa vivência. Nesse sentido, as mulheres acabam Revelando que os sentimentos e emoções envolvidos no processo são muitos, sendo os negativos muito mais presentes e intensos do que os positivos. Também demonstraram estar Adaptando as atividades de rotina à nova condição, tanto em casa, quanto no trabalho e nas horas de lazer, buscando retomar a vida normal. Estiveram Recebendo apoio de diversas formas, da família, dos amigos, de cuidadores profissionais, da religião ou da crença, mas também, apontaram que algumas vezes não receberam o apoio esperado. E uma das situações mais complexas e difíceis foi encarar a feminilidade e a sexualidade, após mudanças físicas complexas e de uma nova imagem corporal, que estava muito aquém da esperada e que não ajudava a mulher a se sentir feminina e atraente.

O quarto manuscrito retrata a busca da compreensão do modo de abordagem de mulheres com câncer da mama que realizaram reconstrução mamária, na visão dos profissionais da saúde e das mulheres. Os profissionais apresentam suas rotinas, demonstrando o quão difícil é dar o diagnóstico e discutir as possibilidades cirúrgicas, que existem protocolos e/ou rotinas para assistir a mulher no pré e pós-operatório e na quimioterapia, que encaminham as mulheres a outros profissionais, mas que existem grandes dificuldades para lidar no dia a dia, como a falta de trabalho em equipe, o desconhecimento das visões dos colegas e as diferenças entre o sistema público e privado, que retardam o processo de recuperação da mulher. Além disso, os profissionais consideram que possuem habilidades necessárias à assistência humanizada e acolhedora da mulher e entendem que as

mulheres criam expectativas da reconstrução mamária com base na cirurgia estética. As mulheres são divergentes na sua compreensão do relacionamento com os profissionais, enquanto algumas relatam receber a assistência ideal, outras demonstram total sentimento de frustração.

O quinto manuscrito aborda a construção de um modelo teórico interpretativo a partir da experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama. A partir da interconexão e interrelação das categorias e subcategorias apontadas no segundo, terceiro e quarto manuscritos, surge a teoria substantiva “Enfrentando desafios e superando dificuldades, surgindo uma nova mulher: partindo do medo da morte, passando pela mutilação e reconstrução, modificando a maneira de ser mulher”. A utilização do esquema teórico explanatório demonstra ser apropriado para a construção e validação da referida teoria, principalmente para pesquisadores inexperientes no desenvolvimento de um estudo embasado na Teoria Fundamentada nos Dados.

A teoria construída é considerada relevante, útil e apropriada às mulheres que enfrentam o câncer da mama e a reconstrução mamária e, também, aos profissionais da saúde que prestam assistência a essas mulheres, pois representa de maneira simplificada e objetiva fatores relacionados ao significado da vivência do processo pelas mulheres, possibilitando que estes profissionais desenvolvam um modelo de cuidado que contemple todas as necessidades das mulheres assistidas, de maneira complexa, integral e humanizada.

Quanto às limitações do estudo, cita-se o fato dos participantes não terem aceitado a proposta de escrever registros diários, ou mesmo ocasionais, em um “diário ou memorando pessoal”, como uma segunda técnica de coleta de dados.

Recomendações

Aos profissionais da saúde

- Abrir espaços de conversa durante as consultas, ampliar a escuta qualificada.
- Não julgar as mulheres através de suas próprias concepções, mas sim, procurar colocar-se no lugar das mesmas.
- Investir na busca de um trabalho de equipe conjunto, integralizado, que tenha a mulher como centro da atenção e do cuidado.

- Estabelecer uma rotina de encaminhamento das mulheres aos demais profissionais da saúde, mesmo que, a princípio, seja apenas para realizar uma avaliação e conhecer as possibilidades terapêuticas disponíveis. Este procedimento pode auxiliar a mulher neste recomeço, nesta nova caminhada em busca da aceitação de um novo corpo e uma nova vida.

Às mulheres

- Solicitar dos profissionais o tempo que for necessário para sanar suas dúvidas e acalmar suas emoções.
- Não julgar os profissionais a partir de suas próprias concepções, mas sim, procurar se colocar no lugar dos mesmos.
- “Abrir a cabeça”, ir em busca de novos caminhos e buscar apoio de lugares e/ou pessoas que, a princípio não fazem parte do seu dia a dia ou de suas crenças.

Aos pesquisadores da área da saúde

- Utilizar a TFD em pesquisas que envolvam compreensão de significados, de sentimentos e experiências de vida, em busca de teorias explicativas sobre questões que atormentam nossas práticas profissionais.

Pressuposto: Vivenciar o processo de reconstrução mamária significa, para a mulher submetida à mastectomia por câncer da mama, enfrentar desafios e superar dificuldades, partindo do medo da morte, passando pela mutilação da mama e reconstrução mamária e modificando a maneira de ser mulher. Essa experiência única revela-se um processo prolongado, árduo, doloroso, complexo, mesclado por várias intervenções cirúrgicas de ‘retoques’, intercalado com momentos de alegrias e tristezas, avanços e retrocessos, ganhos e perdas, que pode gerar insatisfações em relação à assistência, tanto para as mulheres que vivenciam o processo, quanto para os profissionais que prestam assistência a essas mulheres. Cada mulher necessita vencer um mar de adversidades e desafios que surgem com o diagnóstico de câncer da mama e tudo que a ele se refere, precisando de um tempo considerável para adaptar-se à nova mama e à nova condição de mulher. Esse pressuposto refere-se à própria Tese do presente estudo. **Assim, confirma-se o Pressuposto e a Tese em questão.**

REFERÊNCIAS

ABBAGNANO, N. **Dicionário de filosofia**. Tradução da 1. ed. brasileira coordenada e revista por Alfredo Bossi; revisão da tradução e tradução dos novos textos Ivone Castilho Benedetti. 5. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2007.

ALDERMAN, A.K. et al. Racial and ethnic disparities in the use of postmastectomy breast reconstruction: results from a population-based study. **Journal of clinical oncology**, New York, v. 27, n. 32, p. 5325–5330, 2009.

ALMEIDA, T.R. de; GUERRA, M.R.; FILGUEIRAS, M.S.T. Repercussões do câncer da mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, p. 1003-1029, 2012.

ARANTES, S.L.; MAMEDE M.V. A participação das mulheres com câncer da mama na escolha do tratamento: um direito a ser conquistado. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 1, p. 49-58, 2003.

ARAÚJO, I.M.de A. **O significado da comunicação na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada**: o olhar de quem cuida. 2006. 113 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

AZEVEDO, R.F.; LOPES, R.L.M. Concepção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1067-70, 2010a.

AZEVEDO, R.F.; LOPES, R.L.M. Revisando as contribuições da reconstrução mamária para as mulheres após a mastectomia por câncer. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 2, p. 298-303, 2010b. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v18n2/v18n2a22.pdf>>. Acesso em: 10 janeiro 2016.

BACKES, M.T.S. **A sustentação da vida no ambiente complexo de cuidados em Unidade de Terapia Intensiva**. 2011. 390 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011.

BACKES, M.T.S. et al. Desenvolvimento e validação de teoria fundamentada em dados sobre o ambiente de unidade de terapia intensiva. **Escola Anna Nery revista de enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 4, p. 769-75, 2011. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ean/v15n4/a16v15n4.pdf>>. Acesso em: 05 janeiro 2016.

BARACHO, E. **Fisioterapia Aplicada à Saúde da Mulher**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2012.

BIFFI, R.G. **O suporte social do parceiro sexual na reabilitação da mulher com câncer da mama - a perspectiva do casal**. 1997. 129 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1997.

BLANCO-SÁNCHEZ, R. Imagen corporal femenina y sexualidad en mujeres com câncer de mama. **Index de Enfermería**, Granada, v. 19, n. 1, p. 24-8, 2010.

BLUMER, H. A natureza do interacionismo simbólico. In: MORTENSEN, C.D. **Teoria da comunicação**: textos básicos. São Paulo: Mosaico, 1980. p.119-139.

BLUMER, H. A sociedade concebida como uma interação simbólica. In: BIRNBAUM, P.; CHAZEL, F. **Teoria sociológica**. São Paulo: HUCITEC, 1977. p. 36-40.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism**: perspective and method. Los Angeles: University of California Press, 1986.

BRAGA, M.A. **Proposta terapêutica associada para o atendimento do paciente oncológico de mama**. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Fisioterapia) - Universidade Estadual da Paraíba, Campina Grande, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional do Câncer.

Estimativa 2016/2017: Incidência de Câncer no Brasil. Brasília, 2016.

Disponível em:

<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/agencianoticias/site+/home+/noticias/2013/inca_ministerio_saude_apresentam_estimativas_cancer_2014>. Acesso em: 18 dezembro 2015.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Informática do SUS – DATASUS. TabWin. 2013. Disponível em:

<<http://www2.datasus.gov.br/DATASUS/index.php?area=060805>>. Acesso em: 06 março de 2014.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.394, de 30 de dezembro de 2013. Institui o Sistema de Informação de Câncer (SISCAN) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 253, 31 dez. 2013. Seção 1, p.57-58.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Estabelece as Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, nº 12, 13 jun. 2013. Seção 1, p. 59.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **A situação do câncer no Brasil.** 2014. Disponível em: http://www.inca.gov.br/situacao/arquivos/historico_cancerbrasil.pdf . Acesso em 10 março de 2016.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Políticas públicas de saúde.** In: Brasil. Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço. 3. ed. rev. atual. ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. p. 112-123.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 2.439/GM de 8 de dezembro de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Oncológica: Promoção, Prevenção, Diagnóstico, Tratamento, Reabilitação e Cuidados Paliativos, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão. **Diário Oficial [da**

República Federativa do Brasil], Brasília, DF, 9 dez. 2005. Seção 1, p.80-81.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher: princípios e diretrizes**. Brasília, 2004a. Disponível em: <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nac_atencao_mulher.pdf>. Acesso em: 25 setembro 2013.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Controle do câncer da mama: documento de consenso**. Brasília, 2004b. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>>. Acesso em: 25 novembro 2014.

_____. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer – INCA. **Estimativas da incidência e mortalidade por câncer**. Rio de Janeiro: INCA, 2003. Disponível em:<http://www.inca.gov.br/releases/press_release_view_arq.asp?ID=34>. Acesso em: 20 novembro 2015.

_____. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. **Diário Oficial [da República Federativa do Brasil]**, Brasília, DF, 07 mai. 1999.

CALDEIRA, E.G.; RUAS, J.C.P; BARBOSA, H.A. “Como uma mulher, me senti um nada”: desvelando os sentimentos de mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Pesquisa em Ciências da Saúde**, Brasília, v. 1, n. 1, p. 04-08, 2014.

CAMARGO, M.C. **Como se aplica o Método Colliri em fisioterapia oncológica?** 2008. Disponível em:<[http://www.marciaolliri.com.br/fisioterapia7.html](http://www.marciacolliri.com.br/fisioterapia7.html)>. Acesso em 02 outubro 2013.

CAMARGO, M.C.; MARX, A.G. **Reabilitação física no câncer da mama**. São Paulo: Editora Roca, 2000.

CARNEIRO, V.T. **De estudante de psicologia a psicólogo**: da cultura estudantil à cultura profissional na perspectiva do interacionismo simbólico. 2013. 190 p. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade Federal da Bahia, Salvador, 2013.

CARVALHO, V.D.; BORGES, L. de O.; RÊGO, D.P. Interacionismo simbólico: origens, pressupostos e contribuições aos estudos em psicologia social. **Psicologia, Ciência e Profissão**, v. 30, n. 1, p. 146-161, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/pcp/v30n1/v30n1a11.pdf>>. Acesso em: 13 janeiro 2016.

CARVALHO, L.S. et al. O interacionismo simbólico como fundamentação para pesquisas de enfermagem pediátrica. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.15. n. 1, p. 119-24, 2007. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v15n1/v15n1a19.pdf>>. Acesso em: 03 fevereiro 2014.

CORBIN, J.M.; STRAUSS, A.L. **Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory**. 3. ed. Thousand Oaks: Sage Publications, 2007.

COSTA, M.C.M.D.R. et al. Teoria fundamentada nos dados em pesquisas na saúde da mulher: estudo bibliométrico. **Revista de enfermagem UFPE on line**, Recife, v.7(esp), p. 4153-4160, 2013.

CUNHA, N.F. da. **Políticas públicas no Brasil com ênfase na prevenção do câncer da mama**. Artigo apresentado como requisito para aquisição do título de Especialista, do Curso de Especialização em Vigilância Sanitária. Universidade Católica de Goiânia – IFAR/UCG. Goiânia, 2009.

DANTAS, C. de C. et al. Teoria fundamentada nos dados - aspectos conceituais e operacionais: metodologia possível de ser aplicada na pesquisa em enfermagem. **Revista latino-americana de enfermagem**, Ribeirão Preto, v.17, n.4, p.573-579, 2009. Disponível

em:<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v17n4/pt_21>. Acesso em: 10 outubro 2012.

DUARTE, T.P.; ANDRADE, A.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, 2003. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017> . Acesso em: 10 outubro 2013.

FERREIRA, C.H.J. **Fisioterapia na saúde da mulher: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2011.

FITOUSSI, A. et al. **Oncoplastic and reconstructive surgery for breast cancer: the Institut Curie experience**. Springer-Verlag: Berlin, 2009.

FLICK, U. **Introdução à pesquisa qualitativa**. 3. ed. Porto Alegre: Bookman, 2009.

FURLAN, V.L.A. et al. Qualidade de vida e autoestima de pacientes mastectomizadas submetidas ou não a reconstrução de mama. **Revista Brasileira de Cirurgia plástica**, Rio de Janeiro, v. 28, n.2, p. 264-9, 2013.

GERALDI, G.S. et al. **Relatório de pesquisa: a experiência de ser dependente de tecnologia na percepção da criança e do adolescente: contribuições para o cuidado de enfermagem**. 2010. 48 p. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, 2010.

GOULART, I.B.; BREGUNCI, M.G.de C. Interacionismo simbólico: uma perspectiva psicossociológica. **Em Aberto**, Brasília, Ano 9, n. 48, p. 51-60, 1990.

GRADIM, C.V.C. **Sexualidade de casais que vivenciaram o câncer da mama**. 2005. 182 p. Tese (Doutorado de Enfermagem) – Programa Interunidades de Doutorado em Enfermagem. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

JUNQUEIRA, L.C.U. et al. Análise da comunicação acerca da sexualidade, estabelecida pelas enfermeiras, com pacientes no contexto assistencial do câncer da mama. **Interface: comunicação, saúde, educação**, Botucatu, v.17, n.44, p.89-101, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832013000100008&lng=pt>. Acesso em: 20 novembro 2015.

KRUPER, L. et al. Disparities in reconstruction rates after mastectomy for ductal carcinoma in situ (DCIS): patterns of care and factors associated with the use of breast reconstruction for DCIS compared with invasive cancer. **Society of Surgical Oncology**, New York, v. 18, n. 11, p. 3210-9, 2011.

LOPES, C.H.A.de F.; JORGE, M.S.B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-8, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0080-62342005000100014&script=sci_abstract&tlng=eses>. Acesso em: 13 outubro 2014.

MARTINS, C.B.C. O legado do Departamento de Sociologia de Chicago (1920-1930) na constituição do interacionismo simbólico. **Sociedade e Estado**, Brasília, v. 28, n. 2, p. 217-239, 2013. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/se/v28n2/v28n2a03.pdf>>. Acesso em 20 março 2016.

MARQUES, A. de A. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. São Paulo: Editora Roca, 2011.

MILANELLO, H.N. **A metateoria social de Herbert Blumer**: esboço de uma reconstrução metodológica do Interacionismo Simbólico. 2015. 456 p. Dissertação (Mestrado) - Programa de Pós-Graduação em Sociologia, Faculdade de Filosofia, Letras e Ciências Humanas, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2015.

MOREIRA, H.; CANAVARRO, M.C. A longitudinal study about the body image and psychosocial adjustment of breast cancer patients

during the course of the disease. **European Journal of Oncology Nursing**, Edinburgh, v. 14, n. 4, p. 263-70, 2010.

MUKHERJEE, S. **O imperador de todos os males: uma biografia do câncer**. São Paulo: Companhia das Letras, 2012.

MUNHOZ, A.M. **Reconstrução mamária: é um procedimento para todas as mulheres com câncer da mama?** 2011. Disponível em: <<http://cirurgiaoncoplastica.blogspot.com/2011/03/reconstrucao-mamaria-e-um-procedimento.html>>. Acesso em: 01 outubro 2011.

NASCIMENTO, S.L. et al. Complicações e condutas fisioterapêuticas após cirurgia por câncer da mama: estudo retrospectivo. **Fisioterapia e Pesquisa**, São Paulo, v. 19, n.13, p. 248-55, 2012.

NEVES, E. P.; GONÇALVES, L. H. T. As questões do marco teórico nas pesquisas de enfermagem. In: SEMINÁRIO NACIONAL DE PESQUISA EM ENFERMAGEM, 3., 1984, Florianópolis. **Anais...** Florianópolis: UFSC, 1984, p. 210-229.

NICO, L.S. et al. A grounded theory como abordagem metodológica para pesquisas qualitativas em odontologia. **Ciência & saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 12, n.3, p. 789-797, 2007. Disponível em: <<http://repositorio.unesp.br/bitstream/handle/11449/11921/S1413-81232007000300029.pdf?sequence=1&isAllowed=y>> . Acesso em: 20 outubro 2014.

NOGUEIRA, V.L.S.das C. **O diagnóstico de câncer da mama e a interação social da mulher**. 2004. 81p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2004.

OLIVEIRA, A.L. **Vivenciando uma proposta interdisciplinar no tratamento /cuidado de mulheres com síndrome de fibromialgia**. 2006. 237p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

OLIVEIRA, R.F. A percepção feminina acerca da cirurgia plástica de reconstrução mamária. **Revista Urutáguá**, Maringá, n. 19, p. 188-197, 2009.

OLIVEIRA, R.R. de; MORAIS, S.S.; SARIAN, L.O. Efeitos da reconstrução mamária imediata sobre a qualidade de vida de mulheres mastectomizadas. **Revista brasileira de ginecologia & obstetrícia**, Rio de Janeiro, v.32, n.12, p. 602-608, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032010001200007>. Acesso em: 24 outubro 2015.

PANOBIANCO, M.S. **Significado do linfedema na vida de mulheres com câncer da mama**. 2002. 150 p. Tese (Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2002.

PARKER, P.A. et al. Short-term and long-term psychosocial adjustment and quality of life in women undergoing different surgical procedures for breast cancer. **Society of Surgical Oncology**, New York, v.14, n. 11, p. 3078-89, 2007.

PEDUZZI, M. Equipe multiprofissional de saúde: conceito e tipologia. **Revista de Saúde Pública**, São Paulo, v. 35, n. 1, p. 103-9, 2001. Disponível em: <http://jararaca.ufsm.br/websites/ephusm/download/peduzzi_cobem_07.pdf>. Acesso em: 20 março 2016.

PEREIRA L.M. **A reconstrução mamária: direito da mulher é parte do tratamento global do câncer da mama**. 2014. 156p. Dissertação (Mestrado em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local) – Programa de Pós-Graduação em Políticas Públicas e Desenvolvimento Local, Escola Superior de Ciências da Santa Casa de Misericórdia de Vitória – EMESCAM, Vitória, 2014.

POMAHAC, B. et al. Newtrends in breast cancer management. Is the era of immediate breast reconstruction changing? **Annals of surgery**, Philadelphia, v. 244, n. 2, p. 282-8, 2006.

POLIT, D.F.; BECK, C.T.; HUNGLER, B.P. Compreensão do delineamento da pesquisa qualitativa. In: POLIT, D.F.; BECK, C.T.;

HUNGLER, B.P.(Org.). **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: métodos, avaliação, utilização.** Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 199-221.

PORTO, M.A.T.; TEIXEIRA, L.A.; SILVA, R.C.F. Aspectos históricos do controle do câncer da mama no Brasil. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 331-339. 2013.

POTTER, S. et al. Health-related quality of life assessment after breast reconstruction. **The British journal of surgery**, London, v. 96, n. 6, p. 613-20, 2008.

PRADO, M.L.do et al. El diseño en la investigación cualitativa. In: PRADO, M.L.do; SOUZA, M. de L. de; CARRARO, T.E. **Investigación cualitativa en enfermería: contexto e bases conceptuales.** Serie PALTEX Salud y Sociedad 2000 n° 9. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 2008.

REZENDE, L.F. et al. Exercícios livres versus direcionados nas complicações pós-operatórias de câncer da mama. **Revista Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 52, n. 1, p. 37-42, 2006.

RIBEIRO, R.D. **Reconstrução da mama: seis anos de experiência do núcleo de cirurgia plástica do Hospital Universitário Prof. Polydoro Ernani de São Thiago.** 2005. 40p. Monografia (Trabalho de Conclusão de Curso) – Curso de Graduação em Medicina, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2005.

ROSA, L.M., RADÜNZ, V. Significado do câncer da mama na percepção da mulher: do sintoma ao tratamento. **Revista enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p. 445-450, 2012. Disponível em: < <http://www.facenf.uerj.br/v20n4/v20n4a06.pdf>>. Acesso em: 05 janeiro 2016.

SABISTON, C.M. et al. Invariance test of the multidimensional body self-relations questionnaire: do women with breast cancer interpret this measure differently? **Quality of Life Research**, Oxford, v. 19, n. 8, p. 1171-80, 2010.

SANTOS, F.A.P.S. dos. **Vivência de mulheres no puerpério:** significado atribuído à revisão pós-parto. 2010. 89 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2010.

SCALABRIN, A.C. Grounded theory: uma alternativa metodológica para a estruturação de teorias concebidas a partir de dados empíricos. In: IX SemeAD - SEMINÁRIO DE ADMINISTRAÇÃO NO CONTEXTO INTERNACIONAL, 2006, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2006, código 149. Disponível em: <http://www.ead.fea.usp.br/Semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/149.pdf> Acesso em: 20 janeiro 2015.

SCHILDER, P. **A Imagem do corpo:** as energias construtivas da psique. São Paulo: Martins Fontes, 1994.

SCLOWITZ, M.L. et al. Condutas na prevenção secundária do câncer da mama e fatores associados. **Revista de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.39, n.3, p. 340-349, 2005. Disponível em: <<https://sistema.planalto.gov.br/spmulheres/textos/SCIELO/cancer1.pdf>>. Acesso em: 20 outubro 2013.

SELL, S.E. **O mundo da vida de mulheres que induziram o aborto:** um estudo fenomenológico social. 2013. 196 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2013.

SIQUEIRA, F.P.C. O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho: um estudo interacionista simbólico. 2012. 147 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) -Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

SILVA, G.; SANTOS, M.A. "Será que não vai acabar nunca?": perscrutando o universo do pós-tratamento do câncer da mama. **Texto & contexto-enfermagem**, Florianópolis v. 17, n. 3, p. 561-8, 2008. Disponível em: < <http://www.scielo.br/pdf/tce/v17n3/a18v17n3.pdf>>. Acesso em: 20 novembro 2014.

SOUZA, A.M.F. **Informações, sentimentos e sentidos relacionados à reconstrução mamária.** 2007. 105 p. Dissertação (Mestrado) –

Programa de Pós-Graduação em Saúde da Criança e da Mulher, Instituto Fernandes Figueira, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2007.

STRAUSS, A.; CORBIN, J. **Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada**. 2 ed. Porto Alegre: Artmed, 2008. 288 p.

TERRA, M.G. et al. O dito e o não-dito do ser-docente-enfermeiro/a na compreensão da sensibilidade. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília, v. 61, n. 5, p. 558-564, 2008. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000500005>. Acesso em: 10 fevereiro 2015.

TRIVIÑO, Z; SANHUEZA, O.A. Paradigmas de investigación en enfermería. **Ciencia y enfermería**, Concepcion, v. 11, n. 1, p. 17-24, 2005. Disponível em: <http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532005000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 12 janeiro 2015.

URBAN, C. Cirurgia oncoplástica e reconstrutiva da mama: reunião de consenso da Sociedade Brasileira de Mastologia. **Rev Bras Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 4, p.118-24, 2015.

VOLKMER, C. **Fisioterapia uroginecológica: um olhar dos acadêmicos ao processo de formação profissional**. 2010. 276 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2010.

WEISZFLOG, W. (Ed.). **Michaelis moderno dicionário da língua portuguesa: nova ortografia, conforme o acordo ortográfico da língua portuguesa**. 1ed. São Paulo: Editora Melhoramentos, 2012.

APÊNDICES

APÊNDICE A – Questões norteadoras

QUESTÕES NORTEADORAS DO ESTUDO DIRECIONADAS ÀS MULHERES

- O que significa para você vivenciar ou ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama?
- O que significa para você vivenciar ou ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, considerando o período anterior, o durante e o após a cirurgia?
- O que significa para você vivenciar ou ter vivenciado o processo de reconstrução mamária após mastectomia por câncer da mama, em relação a sua vida pessoal, familiar e social?
- Fale-me sobre a assistência que você recebeu dos profissionais da saúde durante seu tratamento de câncer da mama e processo de reconstrução mamária.

QUESTÃO NORTEADORA DO ESTUDO DIRECIONADA AOS PROFISSIONAIS DA SAÚDE

- Fale-me sobre sua abordagem às mulheres diagnosticadas com câncer da mama, com indicação de realizar ou tendo realizado reconstrução mamária.

APÊNDICE B – Modelo de Memorando

Nota Teórica
(partir da nota de codificação
“Mudanças no modo de ser”)
Entrevistada 6 Data: 29/05/15

A ambiguidade das informações sobre a possibilidade de mudanças internas

Ao me deparar com informações sobre possíveis mudanças ou alterações na forma de ser e agir após o processo de reconstrução mamária por câncer da mama, percebi que deveria haver uma reflexão mais aprofundada sobre o tema. O que poderia significar o relato da mulher: “quando comecei o tratamento, li vários livros escritos por mulheres que tiveram câncer e muitas falaram que mudaram depois deste processo... mas eu não, eu pensei logo no início: eu não quero mudar, eu não preciso mudar.”? No transcorrer da fala da mesma, o que mais acontece são relatos sobre mudanças e alterações que aconteceram consigo mesma, na maneira que age frente à determinadas situações. O que me faz refletir que a mulher pode não perceber suas mudanças ou que não quer admitir que precisava mudar sua vida, mas que houveram mudanças significativas e a mesma não aceita, ou não compreende que essas mudanças eram necessárias e que melhoraram sua qualidade de vida.

APÊNDICE C – Codificação aberta: conceituação e descoberta de categorias

<p>Entrevista 4 – Data: 23.05.2015 Local: domicílio entrevistada Horário: 11:30 Legenda: P = pesquisadora E = entrevistada</p>	<p>Códigos introdutórios</p>	<p>CÓDIGOS</p>
<p>P: então, o que significou ou significa para você ter vivenciado o processo de receber um diagnóstico de câncer da mama, realizar uma mastectomia e uma reconstrução mamária com expansor imediatamente?</p> <p>E: Ah, eu não sei, eu vou te dizer assim, por partes ... [pausa] a primeira coisa que me aparece... que receber o diagnóstico foi uma bomba, literalmente uma bomba na cabeça ... eu li o resultado da mamografia tomando um cafezinho antes de ir ao médico, e aí, eu logo vi, não estava dito isso, mas eu já interpretei, então quando eu cheguei no médico para a consulta, ele perguntou: “tudo bem contigo?” Eu falei assim: não. Já começou assim, então, mas, na verdade como toda... como todo choque, eu, no primeiro momento, senti que a bomba estava lá na cabeça e que eu estava tentando segurar ... para ela não entrar inteiro, mas o que foi, na verdade, foi uma coisa avassaladora, assim... uma coisa muito forte!</p> <p>P: E sobre ter lido o resultado antes da consulta, o que você pode me dizer?</p> <p>E: Porque quando eu fui fazer o exame, era apenas de rotina e eu não tinha nenhuma queixa, nem na palpação, não aparecia nada, então não existia...nenhuma suspeita.</p> <p>P: Então era um exame de rotina. E o que vc sentiu ao ler o resultado e receber a confirmação na consulta? Você estava sozinha?</p> <p>E: eu estava desarmada, né? Estava sozinha, fazia um mês que a minha mãe</p>	<p>O diagnóstico: primeira bomba na cabeça</p> <p>Choque</p> <p>Avassalador</p> <p>Ler resultado do exame ante de ir ao médico</p> <p>Falecimento da mãe 1 mês antes do diagnóstico e do irmão 5 meses antes do diagnóstico</p>	<p>O diagnóstico</p> <p>Sentimentos envolvidos</p> <p>Exames diagnósticos</p> <p>Perdas de membros da família na mesma época</p>

<p>tinha morrido e cinco meses que tinha morrido meu irmão ... [bastante emocionada]</p> <p>P: você pode falar sobre a morte de seu irmão?</p> <p>E: sim, ele faleceu por causa de um câncer... [silêncio]. Então, eu tava extremamente vulnerável, né? E fiquei muito assustada, imediatamente o médico foi extremamente atencioso e foi me reexaminar, pediu novos exames. Foi engraçado, porque num primeiro momento eu disse: tá bom, amanhã eu marco. E ele disse: e se eu remarcar para hoje alguma coisa? Talvez você não consiga marcar... já era umas seis, sete da tarde, daí eu entendi que a coisa não era simples, era um câncer da mama e que talvez não fosse nada simples. Aí consegui fazer dois exames, mas quando eu estava indo fazer os exames, liguei para um dos donos da clínica que faz isso, que é a Clínica X, que tinha sido meu paciente e disse: consigo fazer mais exames ainda hoje? Uma radiologista que já estava saindo voltou e fez os exames. Então eu fui muito bem amparada, do ponto de vista de pessoas em volta ... para não vir com um fantasma tão monstruoso... além do diagnostico, foi isso, o primeiro momento do diagnóstico. Mas eu estava em choque na verdade... quando eu falei com o médico da clínica, que era meu paciente no consultório, assim, esse médico... consegui que eu fizesse novos exames, ele me disse: quer vir aqui para minha casa? Vamos tomar um vinho, aqui comigo, com as crianças e a mulher, que eu conhecia. Como que me dando um amparo, ele ficou também muito chocado ...</p> <p>P: Porque ele te conhece há muito tempo? Ele queria te dar um amparo?</p> <p>E: É... é, eu estava dirigindo ainda (quando ele ligou), eram quinze minutos de lá da clínica até aqui em casa, e eu</p>	<p>Vulnerável Assustada</p> <p>Médico atencioso</p> <p>Não era simples...</p> <p>Médicos amigos deram amparo</p>	<p>Sentimentos envolvidos</p> <p>Acolhimento do médico</p> <p>Dificuldades a enfrentar</p> <p>Apoio de amigos médicos</p>
--	--	---

<p>disse: não, não... E eu já tinha combinado de jantar, comer uma salada e tomar um vinho com uma amiga. Aí eu fui...</p> <p>P: Foi?</p> <p>E: Fui, fui e conversei direto sobre o que estava acontecendo. E aí já no dia seguinte, as seis e meia da manhã, eu tinha que estar lá de novo (na clínica)</p> <p>P: como foi dormir aquela noite?</p> <p>E: consegui dormir... sobressaltada, mas dormi, as seis e meia da manhã tinha que ir pra lá e a minha amiga disse que ia comigo</p> <p>P: Para fazer esses outros exames?</p> <p>E: isso, para fazer outros exames, para fazer uma... acho que ressonância magnética da mama e alguma outra coisa. Foi aí que comecei a ouvir a imbecilidade... de que se a Angelina Jolie tinha se curado, porque eu não iria me curar? E se eu tivesse que fazer mastectomia, não tinha problema, pois a Angelina Jolie também fez, aí eu comecei a ouvir isso dentro da clínica</p> <p>P: dos profissionais que trabalham na clínica?</p> <p>E: é, foi dentro da clínica ... coisas que eu ouvi e não era às vezes, eram várias vezes... assim</p> <p>P: pode me explicar melhor essa imbecilidade a que você se refere?</p> <p>E: Por um lado eu posso explicar que ... é zero de percepção real da pessoa que está ali. Por outro lado, é uma reação de defesa imediata de qualquer situação fora do controle, eu imagino que cada paciente que chega está em choque e isso leva essas pessoas a pensar na própria vida, assim... que as coisas podem virar de um momento para outro. E, acho que tem várias coisas ... é uma defesa, né? Mas só que é uma defesa com um ataque e é isso que fica violento...</p> <p>P: os profissionais se defendem atacando? Como assim?</p>	<p>Imbecilidade</p> <p>Comparação com o caso da Angelina Jolie</p> <p>Profissionais da saúde sem percepção real</p> <p>Profissionais se defendem atacando</p>	<p>Falta de compreensão dos profissionais da saúde pela situação vivida e comparação com casos da mídia, generalizando</p>
---	---	--

<p>E: se defendem da possibilidade de pensar que talvez isso também pudesse estar acontecendo com eles e se defendem das impotências que acontecem vida, né? Acho que quem está trabalhando com isso... então fica já se defendendo, <i>a priori</i>.</p>	<p>Imbecibilidade</p>	<p>Falta de compreensão dos profissionais da saúde pela situação e atitudes inapropriadas</p>
<p>P: os profissionais da saúde se defendem atacando?</p> <p>E: É, aí no começo eu ouvi isso também do imbecil... que era patologista, também me falou isso e aí eu disse para ele: pô, que bom para ela que ela fez, que ela fez o que queria, mas eu não sou ela e nem tenho um Brad Pitt, nem você deve conhecer nenhum, né? Eu disse para ele, como quem diz assim, nem você é, né meu filho, um Brad Pitt...</p>	<p>Médico banaliza a situação</p>	<p>Médico compara com situação da mídia e não sabe lidar com o ser humano</p>
<p>P: Acho que não entendi direito o que ele quis dizer...</p> <p>E: Ele quis banalizar a situação, ele: ah, a Angelina Jolie já teve isso também!</p> <p>P: Que não era para você ficar preocupada? Que não era para você ficar triste?</p> <p>E: É, mais ou menos isso assim, afinal era uma coisa que estava aí, na mídia, estava em tudo. Mas eu não tenho um Brad Pitt, eu disse, nem você conhece nenhum... como quem diz ... eu fiquei muito horrorizada de um patologista atacar assim. Depois eu cheguei à conclusão que por isso mesmo que ele era um patologista, ele só lida com lâminas, na verdade, não com pessoas...</p>	<p>Falou de maneira gélida</p>	<p>Frieza na assistência</p>
<p>P: vc já conhecia este médico?</p> <p>E: Não, ele não era meu conhecido não, na verdade ele conhecia meu irmão médico, porque ele falou sobre isso, mas também falou de um jeito muito gélido sobre isso...</p> <p>P: E depois desses exames?</p> <p>E: Depois desses exames, eu levei ao médico e ele disse que eu teria que fazer mesmo uma cirurgia. Bom, daí eu já fui para fazer esse retorno médico, eu já fui acompanhada de uma amiga médica</p>	<p>Intervenções cirúrgicas: a segunda bomba</p>	<p>Enfrentando as cirurgias</p>

<p>também... e que eu teria que fazer uma cirurgia para tirar esse nódulo, era um nódulo num quadrante (da mama), era muito pequeno</p>		
<p>P: Que seria uma cirurgia simples?</p>		
<p>E: Bem simples, mas que para mim era avassaladora do mesmo jeito, não era nada simples... pelo diagnóstico e tudo o que se criou em volta e mais pela minha fragilidade também, né? Daí, com isso na mão e a pressa que eu já comecei a perceber, de todo mundo do ponto de vista médico... assim, das pessoas, eu fui também em outro mastologista aqui, que por ela (a mastologista) eu tinha que fazer no dia seguinte a cirurgia...</p>	<p>Fragilidade</p>	<p>Sentimentos envolvidos</p>
<p>P: Então consultou outro médico para ouvir uma segunda opinião?</p>		
<p>E: Eu consultei mais três médicos... eu fui nessa mastologista, procurei ela imediatamente e além disso eu já sabia que ela tinha um histórico de perdas familiares com câncer, então eu também sabia, por causa da minha profissão, que isso é o gatilho para a pessoa querer uma emergência maior ainda nos pacientes que atendem, que é aquela coisa mesmo do câncer, que é avassalador e quando se instala a pessoa está imediatamente condenada. Daí eu fui também a São Paulo, levei os exames e consultei um médico da equipe do Sírio Libanês, que olhou os meus exames e também identificou aquele nódulo e que eu tinha que tirar e que era aquilo mesmo. Eu não quis ficar lá porque a maneira como ele descreveu como seria a coisa não me agradou, era assim, parecia uma corte da Espanha, ele era o grande rei e tinha uma hierarquia de súditos que iam... um que ia abrir, outro que ia fechar e não sei o que e iam... aonde os médicos, enfermagem, sei lá ... não gostei daquilo, era muita palhaçada [risos], era muita vaidade [risos]</p>	<p>Ouvindo opinião de outros médicos</p>	<p>Buscando apoio de outros profissionais</p>
<p>P: E ele não disse nada diferente do que tua médica tinha dito?</p>	<p>A equipe médica parecia uma “corte da Espanha”: muita vaidade, muita palhaçada</p>	<p>Profissionais médicos arrogantes</p>

<p>E: Não, não. E depois eu fui a Porto Alegre, consultei outro mastologista da PUC, que já falou comigo de uma maneira muito diferente. Primeiro ele me olhou, com os meus sessenta e poucos anos e totalmente machucada, porque eu já tinha feito a primeira cirurgia e já tinha a hipótese, já tinha a identificação do segundo nódulo...</p> <p>P: Que não tinha aparecido nos outros exames e apareceu só depois da cirurgia?</p> <p>E: Não, na verdade tinha uma sombra já na axila, que teria que ter sido investigada em outros exames, era para ter sido olhada aquela sombra e nem o médico daqui, nem o médico de São Paulo olharam para essa sombra e a mastologista que me atendeu para fazer a cirurgia, ao trabalhar na cirurgia ela quis ir adiante naquela sombra e aí ela encontrou o nódulo, retirou e foi para o patologista</p> <p>P: Na hora da cirurgia?</p> <p>E: Na hora da cirurgia. Um parênteses aí ... é que eu fiz a cirurgia de tarde (de retirada do quadrante, quadrantectomia, que preserva a mama) e assim, já estava emocionalmente bem mais estável, internamente, porque externamente eu fui tocando todas as coisas... mas foi muito avassalador de novo quando, no mesmo dia da cirurgia, eu, no quarto, à noite, às dez da noite, chega a mastologista, senta na minha cama e me dá o diagnóstico no mesmo dia ... e diz que eu vou ter que fazer uma mastectomia radical. Então não pude nem dormir uma noite sem... em paz, né? [bastante emocionada]</p> <p>P: Logo depois de ter feito a cirurgia do quadrante?</p> <p>E: É, uma habilidade fantástica, né? (tom de ironia) ... eu precisava só repousar depois daquele primeiro estresse ... Além do que eu aprendi lá, com o medico mastologista em Porto</p>	<p>Quantidade de intervenções cirúrgicas</p> <p>Descobrimo outro nódulo depois da primeira cirurgia - quadrante</p> <p>Recebendo a notícia sobre nova cirurgia – mastectomia</p>	<p>Lidando com a quantidade de cirurgias</p> <p>Enfrentando complicações no pós-operatório</p> <p>Enfrentando mais notícias ruins</p>
--	--	---

<p>Alegre, que o nódulo de câncer em uma pessoa de sessenta anos em diante leva muito tempo para evoluir e que que é isso?</p> <p>P: Que ele não é agressivo?</p> <p>E: Que nessa idade não é agressivo... Nenhum dos três anteriores, o primeiro, a mastologista que fez a cirurgia, nem o de São Paulo, ninguém me disse uma coisa dessas, que eu não estava correndo para pegar o trem da vida, entende? Ninguém tinha me dito isso. Então foi isso, ele me falou isso e eu disse que eu não quero tirar a outra mama, porque a mastologista também disse que eu tinha que tirar a outra mama. Eu disse: eu não quero tirar a outra mama, eu tenho mais de sessenta anos, eu não estou com nenhuma ansiedade estética, eu quero minha vida</p> <p>P: E porque eles queriam tirar a outra mama?</p> <p>E: Preventivamente</p> <p>P: Não havia nada na outra mama?</p> <p>E: Não, absolutamente nada. Mas que um dia, bom... quem sabe também um dia eu posso atravessar a rua e ter um ataque cardíaco, né? Essa foi a primeira pessoa que me deu efetivamente força para entender isso como um direito meu, porque eu estava muito na mão dos médicos, na atmosfera toda de luto que eu estava também...</p> <p>P: As decisões em relação ao tratamento cirúrgico foram suas?</p> <p>E: Sim, todas as decisões foram minhas</p> <p>P: Eles deram opções e você tomou a decisão?</p> <p>E: Tanto que eu fui em São Paulo, fui ver outro mastologista, não acatei a primeira, né? Então fui elaborando....</p> <p>P: E esse processo levou quanto tempo? De fazer a primeira cirurgia, de consultar esses outros médicos, de elaborar e decidir o que realmente ia ser feito</p> <p>E: Ah, esse processo, bom... demorou</p>	<p>O diagnóstico: erro?</p> <p>Mastectomia contralateral profilática</p> <p>Estava na mão dos médicos</p>	<p>O diagnóstico</p> <p>Decidindo sobre retirar a outra mama ou não</p> <p>Impotência perante a situação</p>
---	---	--

<p>um mês e meio, mais ou menos. Em face de que eu tinha já tirado um nódulo e que eu tinha que fazer a cirurgia da mama esquerda ... fui conversar com o oncologista, antes da cirurgia</p> <p>P: Por sua iniciativa ou por indicação?</p> <p>E: Não, por indicação da médica mastologista, que era da equipe desse oncologista, ela me deu algumas alternativas de médicos, de equipes de estudos, de grupos de estudo, ela me deu algumas alternativas de médicos e eu escolhi esse porque eu já o conhecia, de outras décadas da vida, familiarmente. E ... bom, ele de imediato, quanto a história de tirar a outra mama, ele me protegeu disso, disse que eu tinha razão, todo o direito. Também fui fazer essa consulta acompanhada de uma outra amiga médica.</p> <p>P: E nesse meio tempo, você falou com seus filhos?</p> <p>E: Sim, foi por telefone (os 2 filhos moram distante)</p> <p>P: Ou em algum momento você pensou em não compartilhar com eles? Por eles não morarem perto de você?</p> <p>E: Não, não, compartilhei com eles e com todo mundo que eu me dava bem, que tinha um bom vínculo. Imediatamente, quando eu fiz a primeira cirurgia, cheguei no quarto e parecia que eu tinha ganhado um bebê, de tanta gente que tinha no quarto... e eu não estava a fim de nenhuma daquelas pessoas</p> <p>P: Eram visitas?</p> <p>E: É, estava cheio, tinha uma roda de pessoas ... de amigos</p> <p>P: E os filhos reagiram como?</p> <p>E: Ah, ficaram muito preocupados, cada um dentro do seu temperamento, minha filha querendo vir logo e meu filho veio, como homem... eu não sei exatamente... Daí, foi muito trabalhoso, muito trabalhoso o trâmite com o convênio do plano de saúde, eu tive que fazer tudo isso, também tive em alguns momentos</p>	<p>Ouvindo a opinião do oncologista para a cirurgia</p> <p>Visitas depois da cirurgia: não queria nenhuma daquelas pessoas</p> <p>Problemas com o plano de saúde</p>	<p>Buscando apoio de outros profissionais</p> <p>As dificuldades do pós-operatório imediato</p> <p>Enfrentando dificuldades no pré-operatório</p>
---	--	---

<p>ajuda de família e de amigos médicos, porque é uma burocracia.. uma imensa burocracia, que dificulta tanto quanto possível agilizar as coisas, foi muito difícil...</p> <p>P: vc pode especificar essas dificuldades com o plano de saúde?</p> <p>E: por exemplo, eu vou te dizer, até a véspera da cirurgia no SOS Córdio, a cirurgia não estava autorizada</p> <p>P: No dia anterior da cirurgia, estava tudo marcado, mas sem autorização do plano?</p> <p>E: É. Então, é horrível isso, né?</p> <p>P: E quanto ao procedimento cirúrgico, a mastectomia foi unanimidade entre todos os médicos que você consultou depois de ter tirado o nódulo?</p> <p>E: Inicialmente o médico de Porto Alegre, que foi o último que eu consultei, se colocou com reservas em relação a isso...</p> <p>P: Ele apontou outra opção?</p> <p>E: Sugeriu o acompanhamento... mas o oncologista com quem ele trabalhava, que fazia parte da equipe, ligou para um oncologista daqui, de Florianópolis, eles se falaram e eu pus também ele em contato com a mastologista que me atendeu aqui, porque eu vi que as coisas seriam complicadas do ponto de vista de recuperação se eu fizesse a cirurgia em Porto Alegre, porque naturalmente se fizesse mastectomia radical a minha recuperação era muito lenta para logo pegar avião e voltar ou ficar na casa de amigo ou ficar num hotel, por tudo isso era muito importante eu estar no meu canto. Mesmo quando eu fui pra São Paulo, que eu tinha a casa do filho, eu preferia estar na minha casa...</p> <p>P: então achou melhor fazer o tratamento em aqui, em Florianópolis?</p> <p>E: É, na minha casa... coisa maior era assim... fazer, podendo ter o meu canto. Então essas pessoas conversaram entre si, o oncologista de lá apoiou a decisão</p>	<p>Cirurgia na mesma cidade: importante estar no meu canto</p>	<p>Optando por realizar a cirurgia no local onde tem mais apoio e poder voltar para casa</p>
--	--	--

<p>do oncologista daqui e o mastologista de Porto Alegre no mínimo respeitou a mastologista daqui e me disse: é isso mesmo, já conversei com o meu colega de equipe, tudo ficou de acordo</p> <p>P: E em que momento surgiu a opção, ou a ideia, de que a mastectomia teria uma reconstrução?</p> <p>E: Surgiu de imediato... já me apresentaram de imediato</p> <p>P: Em nenhum momento foi falado só fazer a mastectomia?</p> <p>E: Se eu quisesse... se eu quisesse!! Bom, se eu quisesse... mas eu estava querendo decidir tudo, eu sou filha de médico, sei como as coisas são... por exemplo, o diretor de cena de uma peça de teatro, se ele fica sozinho e nenhum ator diz nada, o diretor faz só o que ele quer. Não, a vida é minha, o corpo é meu... quero ver se eu gosto, embora eu já tivesse acompanhado umas quatro ou cinco mulheres no consultório que fizeram cirurgia com esse profissional, então eu já sabia dele, já sabia do jeito dele...</p> <p>P: Então não seria a tua mastologista sozinha que faria essa cirurgia?</p> <p>E: Não</p> <p>P: Teria que ter outra pessoa, que outro médico é esse?</p> <p>E: É o cirurgião plástico</p> <p>P: Ela apresentou essa possibilidade de fazer essa cirurgia em conjunto?</p> <p>E: Sim, já de início... ela apresentou como procedimento dela, mas não impôs isso, eu não senti como uma imposição. Eu disse: eu quero conhecê-lo (o cirurgião plástico). Ela disse: sim e ele também precisa conhecer você. E me disse que teriam outras pessoas também, que ela sugeria aquele nome e era um nome que eu tinha boas referências de pacientes do consultório</p> <p>P: E em relação ao tipo de reconstrução, quando você foi conversar com ele, teve várias possibilidades?</p>	<p>Opção de reconstrução</p>	<p>Conhecendo as possibilidades cirúrgicas</p>
--	------------------------------	--

<p>E: Eu fui conversar com ele junto com a minha filha, que já estava aqui, e ..., sabe que eu não me lembro direito? Ele me mostrou muita coisa no computador...</p> <p>P: Fotos?</p> <p>E: Fotos, sim. E algumas eu vi e outras eu empurrei o computador para minha filha e disse: não preciso, não preciso imagens demais, já tenho uma boa fantasia ... [risos]. Então, acho que a gente tem que balizar sabe, nesse processo ... a gente tem que se dar conta e o que já é uma coisa 'over'... é meio perverso ficar vendo (as imagens de outras mulheres submetidas ao procedimento) e tal. Se a gente fica na mão de quem explica tudo, a pessoa que está explicando não se dá conta de que a gente tem limite, né?</p> <p>P: Do quanto você quer saber em relação aquele procedimento?</p> <p>E: É, isso... e o quanto aquilo vai fazer bem ou mal. Aí a gente combinou tudo direitinho, como fazia sentido para mim, como fazia sentido para ela (filha), eu fiz uma porção de perguntas que não me recordo agora...</p> <p>P: seria sobre fazer a reconstrução com prótese ou com expansor?</p> <p>E: É, eu retirei a mama toda e foi colocado um expansor, um tipo de prótese "vazia", que vai preenchendo aos poucos, através de uma válvula. E, para mim, é uma coisa ... não sei se é uma dor, um apêndice, um ganho tentando uma "compensação"... para mim o ponto visceral era a cicatriz, a retirada da mama, o que tudo isso representa, que é ... do meu ponto de vista, eu como pessoa e como psicóloga, é uma facada no coração da identidade feminina. Eu curti muito quando começaram a crescer os meus seios, no uniforme do colégio aqui, em Florianópolis, a gente tinha duas listras em cima dos seios e quando começavam</p>	<p>Não precisava de mais imagens/fotos</p> <p>Perverso ver fotos de outras mulheres</p> <p>Cicatrizes</p> <p>Facada no coração da identidade feminina</p>	<p>Discutindo o tipo de reconstrução a ser realizada</p> <p>Insatisfação com o fato de ver fotos de outras mulheres</p> <p>Lidando com as cicatrizes</p> <p>Perdendo a feminilidade</p>
--	---	---

<p>a crescer os seios, as listras começavam a abrir para os lados e aí a gente “abria os peitos”... era uma coisa maravilhosa, ter seios!! E então, de repente, isso ia ser amputado, né? Então isso aí é muito difícil!</p> <p>E: Eu nunca fiz nenhuma cirurgia plástica, nunca quis fazer e nunca gostei da hipótese de escolher ter cicatrizes, além da minha de apêndice, de apendicite, meus partos foram normais, então ter justamente do lado do coração, é muito visceral... para mim foi...</p>	Mama amputada	Sofrendo com a mutilação da mama
<p>P: A cicatriz?</p> <p>E: A cicatriz e a amputação, tirar a glândula mamária...</p> <p>P: foi retirado toda a pele, junto com mamilo e a auréola?</p> <p>E: Tudo</p> <p>P: Então realmente ficou só uma cicatriz?</p>	Cicatrizes	Lidando com as cicatrizes
<p>E: Um vazio...</p> <p>P: Que foi preenchido com a reconstrução?</p> <p>E: ... que eu acolhi como alguma coisa que era uma pseudo-compensação!</p> <p>P: Uma pseudo-compensação?</p> <p>E: É, mais do que isso, nunca quis essas compensações... Então, ficou combinado que eu faria uma “prega” no outro seio... que era levantar e tal (realizar a simetriação, diminuindo e elevando a outra mama), que também não estou nem um pouco preocupada...</p>	Reconstrução é uma ‘pseudo-compensação’	Sensação de estar sendo enganada
<p>P: Mas então, a cirurgia foi realizada, a mastectomia com reconstrução?</p> <p>E: A cirurgia foi feita, durou nove horas, eu fiquei nove horas no centro cirúrgico ... foi horrivelmente longo, mas que foi tudo muito bem, que foi tudo muito trabalhoso, que tinham algumas coisas fibrosadas já, algumas coisas na minha linguagem... em função da cirurgia anterior (quadrantectomia)</p> <p>P: Causou fibrose e isso dificultou a segunda cirurgia?</p> <p>E: É isso!</p>	Lidando com a sequela da cirurgia anterior	Complicações devido à cirurgias anteriores

<p>P: E os teus filhos estavam aqui, os dois, nessa segunda cirurgia?</p> <p>E: Estava meu filho, a minha filha tinha ficado um mês e meio comigo (após a primeira cirurgia) e aí ela teve que ir embora, porque ela tem duas crianças e tinha que trabalhar. [...] E o que mais eu ia te dizer? Ah, eu ia te contar uma passagem engraçada, é que quando eu acordei da primeira cirurgia, o médico anestesista, quando eu estava acordando, o médico anestesista e a enfermeira da UTI, da recuperação, chegaram e perguntaram se eu já estava bem e eu assim... meio “sonada”, eu disse: ainda estou meio obnubilada! E aí o médico explodiu numa gargalhada, que efetivamente foi o que me acordou e depois eu vim a saber pela enfermeira, que se tornou minha cuidadora em casa, que ela escreveu na porta do armário dela, obnubilada, porque ela não sabia o que era! Como que uma paciente acorda e ainda diz uma palavra que ela nunca ouviu na vida? E ainda na recuperação? [risos]</p> <p>P: Ela foi pesquisar o que era obnubilada!</p> <p>E: Foi... “quem é essa, que diz um negócio desses?”, eu achei muito divertido! [risos]. E essa era uma palavra que eu usava muito, porque eu trabalhei com pacientes psicóticos em hospital psiquiátrico, que usava medicação.</p> <p>P: Para ti era uma coisa bem familiar</p> <p>E: É, eu acho que tão familiar, que quase inconscientemente eu me diagnostiquei como obnubilada! Então foi isso, da cirurgia foi isso...</p> <p>P: Aí você estava... além do expansor, acompanhado de uma válvula, você também estava com um dreno?</p> <p>E: Tinha, tinha, tinha um dreno ... do lado esquerdo, né? E vim para casa, no dia seguinte da cirurgia, à noite [silêncio]. E bom, aí começou uma nova via crucis, porque ... bom, por causa</p>	<p>Acordei obnubilada</p> <p>Iniciou outra ‘via crucis’</p>	<p>Efeitos da anestesia</p> <p>Dificuldades do</p>
--	---	--

<p>dessa cicatriz, principalmente!</p> <p>P: Você veio para casa com a cicatriz, ou curativo, exposto ou precisava usar algum um sutiã especial?</p> <p>E: Tinha sim, tinha uma coisa horrrosa, apertada... o sutiã pós cirúrgico</p> <p>P: Então, na verdade, você não enxergava aquela cicatriz?</p> <p>E: Gente, é mesmo, eu tive que sair para comprar esse sutiã antes...</p> <p>P: Antes da cirurgia?</p> <p>E: É, poucos lugares... as indicações, a própria mastologista deu a indicação, mas era uma indicação vaga, o sutiã era comprado num lugar patético, porque tinha sutiãs de sex shop e sutiãs pós cirúrgicos</p> <p>P: E você que teve que ir atrás de isso tudo?</p> <p>E: Sim, sim, eu fui atrás de tudo, de convênio à sutiã! Foi horrível mesmo essa história do sutiã, depois que eu me lembrei dele, né? Na verdade, a história do sutiã é uma história que é muito incompleta aqui no Brasil, porque a gente não tem, é, é... minha cunhada procurou através do Google... e em marcas e não sei o que, de sutiãs de pós mastectomia radical e outras coisas assim, são coisas muito precárias...</p> <p>P: Mas você tinha lugares, aqui em Florianópolis, para procurar esse sutiã?</p> <p>E: Não ... eu fui depois da cirurgia... na verdade, uma amiga minha, cirurgiã plástica, quando a cicatriz no final fechou, que demorou um tempo, porque ficou um pedacinho aberto no meio... essa amiga me sugeriu e foi o que me ajudou. Os sutiãs que ela indicava após cirurgia plástica, que é uma coisa bem mais leve, acolhedora para um peito, vou dizer assim ... no todo do peito, não só no seio... não aquelas coisas, do tipo espartilho, né?</p> <p>P: O sutiã que seu cirurgião plástico indicou era do tipo espartilho?</p> <p>E: Espartilho no sentido que tinha uma</p>	<p>Sutiã pós-operatório: coisa horrrosa, apertada</p> <p>Resolvendo tudo sozinha: do convênio ao sutiã</p> <p>Complicações pós cirúrgicas</p> <p>Sutiã pós-operatório: coisa horrrosa, apertada</p>	<p>pós-operatório</p> <p>Enfrentando dificuldades sem apoio</p> <p>Dificuldades do pós-operatório</p> <p>Dificuldades do pós-operatório</p>
--	--	--

<p>compressã ... era compressivo, feio, de mau gosto, de cor feia, tudo!</p> <p>P: Era desagradável olhar para o próprio sutiã?</p> <p>E: Eu achava broxante [risos]. Não estimulava vida, não estimulava nada, a atmosfera interna diz: estou num aperto muito grande!</p> <p>P: Então você veio pra casa com esse sutiã, bem apertado, com o dreno e uma cuidadora?</p> <p>E: Na verdade, duas cuidadoras contratadas para se revezarem à noite, que era só de noite que eu precisava de ajuda</p> <p>P: Nesse período inicial pós-operatório teve algum acompanhamento de alguém da família?</p>	Precisando contratar cuidadoras	Apoio de profissionais contratados
<p>E: Sim, minha cunhada, meu irmão e meus amigos muito próximos, vamos falar da “família escolhida”, os amigos próximos. Sempre tinha alguém comigo ... ou era a cuidadora, ou é a pessoa que trabalha aqui comigo sempre tinha gente em casa, nunca fiquei... não fui deixada sozinha.</p> <p>P: Você precisava de apoio para fazer as suas atividades do dia a dia ou conseguia fazer sozinha?</p> <p>E: A maioria das coisas eu conseguia fazer sozinha, mas sempre tinha uma retaguarda! Eu estava fraca também, principalmente o braço do lado da cirurgia. Cada vez sinto mais alívio de não ter feito a outra mama também e de não ter perdido a minha autonomia! Assim, era só um braço que estava comprometido e o outro estava tranquilo</p>	Apoio da “família escolhida”	Apoio dos amigos
<p>P: E teve algum tratamento que vc fez nesse período logo depois da cirurgia?</p> <p>E: O cirurgião plástico me recomendou uma fisioterapeuta, que vinha para cá, ela era muito jovem e eu comecei a descobrir que ela não era especialista nisso e também começou a contar impressões dela a respeito da minha cicatriz e comecei a achar aquilo não</p>	Fisioterapia	Possibilidades terapêuticas no pós-operatório

<p>adequado</p> <p>P: Ela não tinha uma impressão boa porque a tua cicatriz ainda estava aberta?</p> <p>E: Sim, ela não dizia isso, que ela não tinha uma impressão boa, mas ela dizia muito que a minha cicatriz estava com aspecto necrosado e não sei mais o que... e também, principalmente ela... no que ela descobriu que eu era psicoterapeuta e psicóloga, começou a me contar os problemas dela, sem parar, de familiares e tal... mas eu sei que isso é uma coisa bastante comum</p>	<p>Profissionais com atitudes inadequadas</p>	<p>Profissionais não correspondem às expectativas de cuidado</p>
<p>P: Na sua profissão isso é comum?</p> <p>E: É bastante comum e as pessoas hoje em dia têm pouca gente para falar, né? Para trocar experiências ... e então, quando tem uma sede de fazer isso, e ... comecei achar que tudo aquilo era muito inadequado, tentava fechar isso, mas ela estava mais forte que eu!</p> <p>P: No momento que vc estava mais frágil...</p>	<p>Profissional com olhar qualificado para lidar comigo</p>	<p>Profissional qualificado, que compreende a situação</p>
<p>E: É, ela me chamava para esse papel, aí eu disse para a enfermeira do medico plástico que precisava trocar (de fisioterapeuta)! ... aí veio a Ci [risos], tu vieste aqui, daí a gente conversou num fim de tarde e bom ... aí eu vi que era aquilo que eu estava precisando, uma pessoa que me olhasse naquele lugar, naquele jeito, naquela circunstância e com olhar qualificado para lidar comigo...</p> <p>P: Quais eram as maiores dificuldades naquele momento?</p>	<p>Complicações pós-operatórias</p>	<p>Lidando com as dificuldades do pós-operatório</p>
<p>E: o braço ... eu estava com bastante dificuldade em movimentar o braço e ele ... já estava inchado, né?</p> <p>P: isso após quanto tempo da segunda cirurgia?</p> <p>E: mais um menos um mês ... e eu sentia muita, muita dor, muita limitação e tudo meio que passava pelo conceito de que tudo era normal ... e eu sabia que não era</p> <p>E: O médico e a enfermeira colocavam</p>	<p>Precisando ter paciência</p>	<p>Perdendo a paciência com os</p>

<p>que era assim mesmo, que era assim mesmo... diziam: tenha paciência! A paciência tinha que ser ilimitada, né? P: Paciência ilimitada... E: É [risos], ilimitada, como se algum ser humano tivesse, né? [risos]. Então foi assim, eu acho, que me ocorre. Que mais que está faltando para falarmos? P: Do resto do tratamento que você fez depois da cirurgia, depois que cicatrizou, que a cicatriz fechou ... porque ela ficou um bom tempo aberta... E: Foi. Daí eu comecei a fisio e a fisio foi muito importante P: A fisioterapia? E: É, com a fisioterapeuta da mama, que é você, e aí... bom, acho que fiz uma ou duas e imediatamente quis ir para o consultório, né? P: Fez uma ou duas em casa? E: É, depois já me senti em condições ... de ir para o teu consultório e devagarzinho fui adquirindo a potência de novo de vida, enfim... P: Você sabe dizer depois de quanto tempo voltou a trabalhar? E: Eu voltei, dessa cirurgia, dessa última cirurgia ... eu voltei a trabalhar esporadicamente, acho que um mês e meio, dois meses, esporadicamente porque eu fui atender alguns pacientes que eu queria e precisava atender. As duas coisas junto, para mim seria uma preocupação se eu não atendesse e me fazia muito bem! P: O que vc sentiu ao voltar a trabalhar? E: Muito prazer ... eu escolhi, escolhi quais os pacientes voltaria atender. Os meus pacientes também souberam, eu disse... P: sobre o câncer? E: É, só não disse para quem eu vi que não queria saber P: Então você voltou a trabalhar... E: Muito no meu ritmo, bem lento, mas voltei e isso foi bom, foi ótimo, foi vitalizador!</p>	<p>“ilimitada”</p> <p>Fisioterapia</p> <p>Retornando à atividade laboral</p>	<p>profissionais</p> <p>Possibilidades terapêuticas no pós-operatório: importância da fisioterapia</p> <p>Trabalho auxiliando no retorno à vida normal</p>
--	--	--

<p>P: você já tinha terminado todo o tratamento?</p> <p>E: Não... tinha a quimioterapia, né? Propriamente dita...</p> <p>P: Quando você começou a quimio, estava nesse retorno gradual ao trabalho?</p> <p>E: Já, já estava ... claro que uma semana depois da quimioterapia eu não trabalhava, eu mesma decidi isso, depois da primeira quimio, que eu vi o que era...</p> <p>P: E o que era?</p> <p>E: Vi que era, de novo, outra porrada! Outra bomba dentro do corpo, da cabeça aos pés!</p> <p>P: Então, essa é a terceira bomba. A primeira foi o diagnóstico, a segunda foi a cirurgia, aí quando vc estava se recuperando, vem outra bomba... você pode falar mais sobre isso?</p> <p>E: A quimio vermelho ... que na hora de fazer foi tudo bem, fui muitíssimo bem tratada e não dimensionava o que era principalmente a coisa do enjoo, nunca tinha tido aquilo...</p> <p>P: como era?</p> <p>E: Aquele tipo de enjoo, é ... nem em gravidez, nem em nada ... nada se compara, porque é um enjoo que atinge todos os sentidos, assim ... mas o olfato principalmente, para mim, então eu fiquei uma parabólica de olfato, se eu ia, por exemplo, lá fazer uma sessão com você ... eu sabia se, na esquina, na rua, se alguém tinha fumado um charuto, um cigarro ... não tinha pessoa lá, mas eu sabia. Uma criança, se tinha usado sabonete Johnson [risos], uma coisa louca!</p> <p>P: E isso causava enjoo ou vômito também?</p> <p>E: Eu tive uma única vez um vômito e esse vômito foi desencadeado por um remédio para náusea que tinha que ser posto em baixo da língua e que o gosto dele foi avassalador ...</p>	<p>Tratamento adjuvante: a terceira bomba, outra porrada</p>	<p>Iniciando o tratamento adjuvante</p>
--	--	---

<p>P: E esses efeitos da quimio, alteraram sua rotina?</p> <p>E: bom... o enjoo me impediu de me alimentar porque eu fiquei, assim ... muito restrita a alguns alimentos, eu gostava muito de comer maçã seca, algumas coisas eram mais toleráveis, cocada, algumas coisas muito neutras assim</p>	<p>Convivendo com as Complicações do tratamento adjuvante</p>	<p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p>
<p>P: E quanto tempo durou a quimioterapia?</p> <p>E: Foram cinco vermelhas, a cada vinte e um dias ... aí teve um intervalo e então começaram as outras doze (aplicações de quimio), uma vez por semana. Eu tive bastante anemia, eu comi muita coisa que dava a chance de não perder nenhuma quimio ... acho que isso foi uma das coisas que todos confirmaram ... melhor palavra, me elogiaram! Que eu fui uma guerreira, que não queria perder nenhuma (aplicação de quimio) porque eu tinha um prazo para chegar no fim ..</p>	<p>Anemia</p>	<p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p>
<p>P: tinha uma data para o final e vc olhava para aquela data...</p> <p>E: Eu olhava para aquela data ... doze de novembro [risos], isso eu não esqueci!! A data da cirurgia eu me lembro, sete de abril, porque dia onze eu fazia aniversário, e da última quimio, essa também lembro...</p>	<p>Imunidade</p>	<p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p>
<p>P: E você atingiu a sua meta?</p> <p>E: Sim, tive que ir para o HEMOSC, tomei sangue, fiz várias coisas assim, preventivas... tomei umas injeções na barriga, que eram dadas um dia depois da quimio, isso na segunda etapa</p> <p>P: E essa segunda etapa tinha os mesmos efeitos da primeira etapa?</p> <p>E: não ... eram outros efeitos. A primeira é insônia, passei a ler livros bem monótonos e idiotas, que não tinham grande elaboração mental . Ah, eu li muito em toda primeira quimio também, li bastante</p> <p>P: Conseguia ler?</p>	<p>Insônia</p>	<p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p>

<p>E: Conseguia ler, ficava ligada, em boa literatura assim, mas quando chegou nessa, como ela atinge muito o sono, no sentido de impedir, eu tive que começar a ler livros muito chatos, para poder ficar aquilo repetitivo... eu lembro de um livro que chamava Josefina, que é um relato da época na França, da Josefina, mal escritíssimo, assim [risos]</p> <p>P: E atingiu o objetivo de ficar com sono?</p> <p>E: Atingiu ... de pelo menos ficar entediada, né? E a pálpebra pesar, e fui, aos pouquinhos ... eu fui me acostumando com aquilo e integrando que o primeiro e o segundo dia eram assim, com muito pouco sono. Depois, os outros dias começavam a melhorar e quando eu estava bem, já tinha outra quimioterapia...</p> <p>P: Ou seja, você tinha mais ou menos uma semana para se recuperar, quando estava se sentindo ótima...</p> <p>E: Já tinha outra...</p> <p>P: E mesmo assim, seguiu trabalhando?</p> <p>E: Pouco, pouco, por causa da insônia, né? Então, como era na quinta, quando chegava na outra terça e quarta eram dois bons dias...</p> <p>P: Para ir para o consultório?</p> <p>E: Isso, para trabalhar...</p> <p>P: E depois desses meses, o seu braço e o local da reconstrução, como estavam?</p> <p>E: tinham melhorado, sim, a cirurgia sim, eu fiz algumas vezes... com chama isso? Coloquei líquido...</p> <p>P: No expansor? Vc ia ao cirurgião plástico, preencher o expansor?</p> <p>E: Isso mesmo! Lá no cirurgião plástico ... nunca doeu, nunca foi uma coisa penosa</p> <p>P: Aí terminou a expansão, terminou a quimio, o que aconteceu depois?</p> <p>E: Só quero fazer um parênteses, sobre uma coisa que foi meio difícil e que eu esqueci de contar ... foi a experiência de colocar o cateter antes da cirurgia, não...</p>	<p>Preenchendo o expansor com líquido</p> <p>Colocação do cateter</p>	<p>Dificuldades do pós-operatório</p> <p>Iniciando o tratamento adjuvante</p>
--	---	---

<p>antes da quimio! P: O cateter para fazer a aplicação da quimio? E: É. Não tinha muita idéia, mas foi um procedimento cirúrgico e fiz no Hospital de Caridade e a impressão que eu tive ... eu nunca esqueço dessa imagem, porque eu acordei numa enfermaria, que parecia o centro de recuperação, sei lá ... quantos leitos, vinte e cinco ... todo mundo com cobertor xadrez, parecia mais uma coisa pré campo de concentração, sabe? Deprimente, horrível, muito ... E com a enfermagem conversando, dando muita gargalhada e não tinha nenhum médico circulando nesse lugar e a enfermagem... muito ... batendo papo!</p>	<p>Parecia estar no “pré campo de concentração”</p>	<p>Dificuldades no relacionamento com profissionais da saúde</p>
<p>P: Como vc se sentiu? E.: Eu nem achava que era uma cirurgia! Quando eu acordei ... todas aquelas pessoas totalmente fragilizadas, gemendo e quietinhas ... enfim... e um grupo de auxiliares de enfermagem dando risada, uma cena, assim, de “filme felliniano”</p>	<p>Falta de respeito ao ser humano</p>	<p>Dificuldades no relacionamento com profissionais da saúde: falta de respeito</p>
<p>P: poderia explicar? E: Felliniano, de Fellini (filme com personagens caricatos e grotescos). Para acontecer hoje, assim ... com tudo o que se fala, tudo que se trabalha a respeito de respeito ao ser humano...</p>		
<p>P: sobre humanização no atendimento? E: É. Não, não, não, não a menos que você se levante da cama e “olho no olho” da pessoa, aí parece que vc se torna uma pessoa real. Aí, nessa hora, eu fui bem tratada...</p>		
<p>P: Depois que você se levantou sozinha? E: É ... aí me botaram numa cadeira de rodas e me levaram até a porta, daí na porta disseram para levantar [risos]. Eu estava com uma amiga, que estava me esperando, muito querida, foi ela que me trouxe para casa. Foi mais uma cena patética, bem patética! Tá, daí depois disso, terminando a quimio, foi tudo</p>	<p>Tratamento adjuvante: a sombra</p>	<p>Enfrentando novo tratamento</p>

<p>bem ... e antes de terminar a quimio começou a clareza, do que até então estava na sombra, que era fazer ou não fazer a radioterapia.</p> <p>P: Antes de passarmos para a radio, podemos falar um pouco sobre um dos efeitos da quimio, a queda do cabelo? Foi tranquilo?</p> <p>E: Foi tranquila a decisão de raspar a cabeça antes da quimio, porque eu achei que seria muito melancólico e depressivo o fato de ir caindo aos tufos, assim, meu cabelo... Mas para mim era claro, assim, mas muito difícil a história de perder o cabelo, muito difícil ... depois que eu perdi o cabelo eu cheguei a conclusão que muito mais difícil de perder o cabelo, é perder cílios e sobrancelhas, porque daí você fica com a cara ... a gente não diz da quimioterapia, fica com a cara do câncer!</p> <p>P: A falta da sobrancelha e dos cílios...</p> <p>E: É a cara do câncer, de olhar no espelho na hora de escovar os dentes, o cabelo foi muito difícil. Mas eu não me adaptei com peruca, mandei fazer uma e não gostei, porque o atrito na pele eu não achei bom, depois eu ganhei uma dessas “super”, de uma amiga de São Paulo que veio, me viu e ficou muito sensibilizada ... e mandou fazer uma dessas especial. Hoje tem uma tecnologia, super bem feita, mas eu não quis.... era linda, mas eu não quis usar, aprendi a fazer umas toquinhas de tricô que seguravam o lenço e depois eu botava o chapéu, sempre gostei muito de chapéu, tinha um monte de chapéu!</p> <p>P: Fez várias combinações?</p> <p>E: Sim [risos]. Todo mundo curtia a história, mas eu estava muito cansada daquilo no final</p> <p>P: Daqueles lenços e chapéus?</p> <p>E: É. Ah, daí descobri também que tinha um negocinho que pintava a sobrancelha, porque eu nunca pintei a</p>	<p>da radioterapia</p> <p>Complicações do tratamento adjuvante: lidando com a queda do cabelo</p>	<p>adjuvante</p> <p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p>
---	---	--

<p>sobrancelha, aprendi, aquilo lá ajudou um pouco!</p> <p>P: Amenizou?</p> <p>E: Amenizou sim. Aí fui pra radio (radioterapia), quando recebi a noticia da radio, [incompreensível]. E a radio foi muitíssimo melhor do que eu imaginava, eu fui extremamente bem acolhida lá, e todas as pessoas, lá no Hospital Z, e fui muito bem tratada pelas meninas, que tinham muito bom humor</p> <p>P: E isso ajudou?</p> <p>E: Muito, sempre ajuda muito... Não, e o lugar da quimio, por mais que as pessoas sejam afetivas, é muito melancólico!</p> <p>P: Várias pessoas fazendo quimioterapia ao mesmo tempo?</p> <p>E: Várias, várias pessoas, todo mundo querendo se animar e animar os outros, mas o olhar é o opaco e parado, não tem jeito</p> <p>P: O olhar é opaco e parado. De quem está fazendo a quimio, mesmo os outros tentando animar, incentivar?</p> <p>E: Mesmo assim...</p> <p>P: E na radio também tinham outras pessoas fazendo ao mesmo tempo?</p> <p>E: Sim, sim, na sala de espera havia muitas pessoas e aí não eram pessoas que estavam..., porque os dias que eu ia fazer a quimio eram pessoas que estavam fazendo na grande maioria por causa do câncer da mama, que é um dia “x” na semana, excepcionalmente um ou outro que era por outra razão e na radio não... daí você vê todas as tragédias! Mas era [pausa]... isso também nos fez muita diferença, varias cadeiras em volta de uma mesa central e uma televisão numa parede, então todas as pessoas se olham enquanto esperam a sua vez, e aí se cumprimentam, são solidários, tem um acolhimento lá. Na quimioterapia é como um banco de aula, todo mundo fica um do lado do outro e ninguém se vê, sabe, e todo mundo fica olhando para a recepção. Não é legal isso, as</p>	<p>Expectativas em relação à radioterapia</p> <p>Olhar das pessoas fazendo quimio: opaco e parado</p>	<p>Enfrentando novo tratamento adjuvante</p> <p>Enfrentando efeitos do tratamento: precisa lidar com pessoas muito doentes</p>
--	---	--

<p>peças não trocam nada, da sua energia, ou não se aconchegam..</p> <p>P: Então na radioterapia tinha um outro clima?</p> <p>E: É, é, um outro clima, as pessoas conversavam, de vez em quando passava a enfermeira que era responsável por aquele horário, brincava com alguém ou fazia um toque em algum paciente que estava mais fragilizado, todo mundo olhava, ficava solidário!</p> <p>P: E esse tratamento da radioterapia, ela trouxe alguma complicação, alguma sequela?</p> <p>E: No final, só no final, na última semana e meia começou a aparecer um vermelho e uma grande queimadura, eu estava avisada que isso podia acontecer e que isso não era mal, que fazia parte...</p> <p>P: Essa queimadura?</p>	<p>Distribuição das cadeiras na recepção: podem facilitar ou dificultar o convívio</p>	<p>Mudanças na rotina da clínica pensando no bem-estar dos pacientes</p>
<p>E: É, mas foi bem penoso, porque fazia calor, né? E parecia um monte de pontinhos de brasa, assim... queimando</p> <p>P: E houve algum comprometimento da radioterapia em relação aos movimentos do teu braço? Ou em relação à prótese?</p> <p>E: Não, nenhum</p>	<p>Complicações do tratamento adjuvante: queimaduras da radio</p>	<p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p>
<p>P: E levou quanto tempo? Você lembra quantas aplicações foram?</p> <p>E: Aí entra de novo a coisa de eu poder decidir ... não sei se eu “peitei” o oncologista ou eu “desviei” o oncologista de que eu deveria começar a radio imediatamente. Eu terminei a quimio em novembro e tinha que esperar um tanto de tempo e depois fazer a consulta para fazer a radio e aí marcar um exame desses, acho que era uma ressonância magnética, fazer uma marcação e depois ia para estudo o meu caso e depois começava o processo. E aí eu descobri que eu teria que atravessar as festas de natal e ano novo, tudo fazendo radioterapia ...essa tinha sido a orientação do oncologista, sem falar que pegaria o natal e o ano novo, claro! Ninguém fala no calendário de festas</p>	<p>“peitando” os médicos</p>	<p>Divergências com médicos e necessidade de enfrentamento</p>

<p>nessa hora para não assustar o paciente, que já vai para a radioterapia. E aí eu consegui a compaixão do radioterapeuta, que disse: não é o melhor, mas se você quiser pode começar depois do ano novo. Então comecei no dia cinco de janeiro de dois mil e quinze... no início do ano</p> <p>P: Então ele deixou você ficar com um intervalo maior sem a radioterapia?</p> <p>E: Eu queria uma trégua mesmo, eu queria respirar, eu estava desde fevereiro sem respirar, na mão de um e de outro sem parar, e ele deixou ... isso foi muito legal, achei muito sensível da parte dele. Daí eu comecei em janeiro e fui até o final de fevereiro</p> <p>P: E depois da finalização da radio, o que aconteceu?</p> <p>E: iniciei o tratamento daquela queimadura leve e ... viajei, daí em seguida viajei, acabou.. fui!!</p> <p>P: Como foi essa viagem pós término de tratamento?</p> <p>E: Fui para bem longe... Minha filha iria me buscar no Chile. Peguei um avião e fui até o Chile e lá encontrei com ela, ficamos uns dias no Chile para sentar lá, eu por uma razão, ela porque tinha atravessado metade do globo e depois fomos para a Nova Zelândia, para a casa dela.</p> <p>P: Então você foi para essa viagem com a queimadura da radioterapia ainda ativa?</p> <p>E: Fui, passando remédios que também me foram dados, o médico me deu lá, o médico R, porque o médico que tinha me acompanhado estava viajando, mas minha amiga cirurgiã, outra amiga minha, não a cirurgiã, dermato, que trabalha com laser, tinha remédios mais indicados para regeneração. Então acho que pelos vínculos tecidos eu fui muito ... colhi o que eu plantei, fui muito bem acompanhada pelo afeto, recebi coisas que a maioria das pessoas não recebem</p>	<p>Precisava de uma trégua</p> <p>Sensibilidade do médico</p>	<p>Processo cansativo, extenuante</p> <p>Profissional sensível</p>
---	---	--

<p>assim, por causa de vínculos...</p> <p>P: Por causa de vínculos anteriores na área médica?</p> <p>E: Isso.</p> <p>P: E como foi a recuperação dessa queimadura? Ela deixou uma cicatriz além das que já tinha?</p> <p>E: Não</p> <p>P: A pele se recuperou bem?</p> <p>E: Diz você que sim [risos]. Não, eu olho no espelho e vejo isso, que ela recuperou bem</p> <p>P: Então você retornou da viagem...</p> <p>E: “Caindo de boca”, no dia seguinte, no primeiro dia útil já no radioterapeuta, para fazer a avaliação</p> <p>P: Um retorno?</p> <p>E: Um retorno! Ele pediu exames e já corri atrás dos exames, a primeira semana foi isso. Na segunda semana para o oncologista e os exames... e agora estou numa trégua de três meses... para o oncologista e de seis meses para o radioterapeuta. E continuo fazendo a minha fisio ...</p> <p>P: Continua com a fisioterapia? Depois da viagem você continuou com a fisioterapia?</p> <p>E: Continuei sim e vou continuar, não sei por quanto tempo porque eu já vi que todo mundo lá leva bastante tempo... para eu estar muito confortável [risos]</p> <p>P: O que significa fazer fisioterapia por tempo indeterminado?</p> <p>E: Posso dizer que ... é um grande prazer [risos]</p> <p>P: Então, podemos considerar que o teu processo, em relação ao tratamento cirúrgico de reconstrução mamária ... ele finalizou? Está encerrado?</p> <p>E: Não [pausa] ... eu tenho que voltar no cirurgião, estou esperando um pouco, dar um tempo, para ouvir a opinião dele no estado atual</p> <p>P: o que ele disse na época do procedimento?</p> <p>E: Que eu não tivesse pressa...</p>	<p>Viajando com queimadura da radio</p> <p>Recebendo afeto dos médicos por causa de vínculos anteriores</p> <p>Fisioterapia</p> <p>Continuidade do tratamento: Processo de reconstrução ainda não encerrou</p>	<p>Enfrentando efeitos do tratamento</p> <p>Afeto de médicos amigos</p> <p>Possibilidades terapêuticas no pós-operatório: importância da fisioterapia</p> <p>Processo inacabado</p>
---	--	---

<p>P: Mas que teria que fazer mais algum procedimento?</p> <p>E: Eu tenho uma válvula aqui, né? (aponta para a região lateral do tórax, abaixo da axila), tenho que tirar essa válvula também. Ele queria ver como que ficaria o tamanho e tal, para depois fazer isso, mas eu quero esperar um pouco, quero esperar porque eu não estou mal com a válvula...</p> <p>P: Ela não causa dor, desconforto?</p> <p>E: Um eventual desconforto para virar de lado na cama, no sono, mas nada que me impeça... assim, então eu estou sem pressa agora</p> <p>P: Então, recapitulando... são três meses para o retorno no oncologista, seis meses para o radioterapeuta e para o cirurgião plástico talvez mais algum tempo ainda?</p> <p>E: É, isso mesmo...</p> <p>P: Então você já passou por um processo que durou um ano e pouco...</p> <p>E: É... é um ano e dois meses, quatorze meses</p> <p>P: E com mais seis meses, no mínimo, pela frente...</p> <p>E: Sim! E também estou tomando Femara</p> <p>P: E o que é esse Femara?</p> <p>E: É hormônio, não, é um anti-hormônio, né?</p> <p>P: É um hormônio... um anti-hormônio, que bloqueia a síntese dos estrógenos</p> <p>E: Isso!</p> <p>P: Por quanto tempo?</p> <p>E: Segundo o oncologista, por dez anos e, segundo a minha intuição, antes disso vai se descobrir alguma coisa que mude, que não me deixe dez anos dependente disso!</p> <p>P: Uma nova pesquisa...</p> <p>E: É, claro, claro</p> <p>P: Acredita que alguma coisa possa mudar?</p> <p>E: Ah, eu tenho fé nisso!</p> <p>P: E em relação a cirurgia de finalização</p>	<p>Tratamento adjuvante: hormonioterapia</p> <p>Esperança que o tratamento mude antes de 10 anos</p>	<p>Enfrentando os efeitos do tratamento</p> <p>Esperança de novos tratamentos menos agressivos</p>
--	--	--

<p>da reconstrução, nós vamos ter que esperar mais uns seis meses para ver o que você vai decidir?</p> <p>E: Isso mesmo. E também daqui a seis meses eu posso adiar e dizer: daqui a dois anos eu quero fazer isso, se é que eu quero...</p> <p>P: Em relação a sua imagem no início e hoje, sua imagem refletida no espelho, como você se sente?</p> <p>E: Bom, no início doía muito e não regenerava bem... ficou aquela área de necrose, feia</p> <p>P: E agora?</p> <p>E: Humm, agora tem o contraste com a outra mama também, né? Eu já sabia que ia ter...</p> <p>P: O que quer dizer com contraste?</p> <p>E: Porque uma é uma mama que eu sempre tive e a outra é uma coisa artificial... de formas diferentes , de volumes diferentes e sem aréola ... [pausa] bom, eu estou aprendendo a conviver com isso ainda, eu acho que isso é um processo mesmo, mas eu digo que estou aprendendo a conviver com isso quando estou nua. Mas quando eu fui para a Nova Zelândia eu encontrei lá, minha filha me levou, em loja de sutiãs, só de sutiãs e calcinhas, langerie enfim, sutiãs que aqui no Brasil não tem ... que não tem ferro embaixo, porque lá as pessoas não estão tão preocupadas com esse culto aos seios</p> <p>P: Estão preocupados mais com o conforto do que com a estética?</p> <p>E: É, exatamente... e que são lindas lojas, essa que eu comprei o sutiã é da Helen Macpherson, que é uma manequim aí do mundo, daí eu achei um sutiã que eu posso botar, não ponho enchimento nenhum, o sutiã em si já faz o volume e pronto. O que outras pessoas usam por comodidade, eu uso porque não tenho seio...</p> <p>P: Em relação as tuas roupas ... faz muita diferença a mama reconstruída?</p>	<p>Autoimagem</p> <p>Mama artificial</p> <p>Continuando com a sensação de não ter a mama, mesmo com reconstrução</p> <p>“eu sou mais do que</p>	<p>Lidando com a mudança da imagem corporal</p> <p>A reconstrução não alivia a sensação de perda da mama</p> <p>Valorizando a si</p>
---	---	--

<p>E: Agora com esses sutiãs, não. Fez diferença, em princípio porque eu emagreci e eu então, de quarenta e quatro passei pra quarenta e dois, então as blusas ficaram muito abertas, muito caídas e tal e fez a diferença porque eu tinha um volume num seio e no outro não, né? Mas eu estava pouco me lixando para isso, essa história de chegar em Auckland e em seguida ir comprar um sutiã era muito mais uma preocupação da minha filha, pela simetria, do que minha, porque... ah ... eu já estava integrando que “dane-se” ... eu sou mais do que isso que tem no meu peito!!</p> <p>P: E essa tua situação, hoje te impediria de tentar um outro relacionamento ou não tem relação com isso?</p>	<p>isso que tem no meu peito”</p>	<p>mesma enquanto mulher, mesmo sem uma mama</p>
<p>E: Ah, talvez assim, tentar um outro relacionamento fosse uma coisa em que eu sentisse necessidade de contar logo para a pessoa, o que tinha me acontecido. Então... mas não me impediria de tentar, não. O que me impede de tentar são outras críticas que eu tenho a ter uma outra parceria conjugal!</p> <p>P: Porque você é separada, divorciada há quanto tempo?</p> <p>E: Há dezenove anos. Passei trinta anos casada, é bastante tempo de casada</p> <p>P: Então, ter ou não um outro relacionamento não é relacionado com o teu...</p> <p>E: Com meu corpo?</p> <p>P: É</p> <p>E: Não, não... não, porque eu acho que se eu fizer um vínculo amoroso com alguém vai ser muito mais pela minha pessoa, pela minha alma, pela minha identidade total do que a falta de um seio</p>	<p>Relacionamento amoroso</p>	<p>Enfrentando a sexualidade</p>
<p>P: Só tem uma coisinha que a gente não falou ainda... Em relação a religião, no início você disse que tinha uma religião: isso, de certa maneira, foi um apoio, um</p>	<p>Religião e crenças</p>	<p>Refletindo sobre a crença em Deus</p>

<p>da minha identidade, foi para trabalhar isso. Fiz essa sessão de terapia e depois de um tempo já estava na quimio e tal e eu fiz umas sessões que foram muito gostosas, se eu posso dizer que é essa a palavra, mas assim, muito como bálsamo ... eu acho, de uma, não sei como chama, porque eu acho discutível esse nome terapeuta para uma pessoa que não tem uma forma... Eu falo psicoterapia, né? O que não é psicoterapia, eu acho que é muito discutível em termos de qualificar, mas é uma pessoa que trabalha com terapia pós traumática, conheci uma pessoa que trabalha com isso, terapia pós traumática, que não tem uma formação acadêmica nem ligada à saúde, nem à área de humanas, é uma arquiteta que abriu mão da arquitetura...</p> <p>P: Aqueles conhecidos terapeutas holísticos?</p> <p>E: Eu não sei por que eu não quis nem saber, para não entrar em algum preconceito, eu quis fazer uma primeira sessão com ela aqui em casa, ela vinha aqui, para ver o que era. Como eu tenho toda uma formação psicodramática, eu acho que ela aproveitou a minha predisposição, eu tive um terapeuta que disse [falando da entrevistada]: “ela é muito facilitadora, é fácil trabalhar com ela, as coisas dela”... eu sou mesmo facilitadora, não sou uma pessoa difícil para o terapeuta e eu também queria ser fácil para ela, porque isso iria resultar em fácil para mim. E então ela me acompanhou em um período onde eu podia entrar dentro de mim, com essa terapia pós traumática, não sei quais são os recursos dela exatamente, porque eu também não quis saber, porque eu também não queria nada de teoria, eu queria me sentar na frente dela e eu deliberadamente fechar os olhos e começar a ouvir as coisas que ... alguma direção que ela me dava e eu ia para o</p>	<p>métodos alternativos</p>	<p>uma nova mulher</p>
---	-----------------------------	------------------------

<p>meu mundo e aí que eu te digo que eu acho que eu facilitava a vida dela, mas enfim, foi uma pessoa que esteve aqui em Florianópolis, não sei se está ou não e trabalhou com eventos traumáticos, trabalha com eventos traumáticos em vários lugares, enfim... que estava por aqui um tempo e foi bem legal, no sentido de dar um suporte para olhar de outro lugar, que não do lugar que eu falava coloquialmente com meus amigos, isso foi bom!</p> <p>P: Isso te ajudou bastante?</p> <p>E: Eu acho que assim ... contribuí, contribuí, eu ainda tenho uma certa amnésia, por causa da quimio, de lembrar eventos que eu trabalhei, sabe?</p> <p>P: Entendo</p> <p>E: Acho que devagarzinho eles virão assim, foi isso. Mais alguma pergunta?</p> <p>P: O que significa para ti, hoje, estar com uma mama reconstruída?</p> <p>E: É muito complexo, né? é uma história...</p> <p>P: Ah, e você voltou a trabalhar normalmente agora, depois dessa viagem... terminou a quimio, a radio, a viagem, retornou?</p> <p>E: É, retornei e eu acho que comecei, assim, voltei a trabalhar normalmente, mas com uma mudança fundamental, não trabalho mais de manhã, por maior que seja a história, a urgência e a necessidade</p> <p>P: Então, o que isso representou na tua vida?</p> <p>E: Aff, você quer mais uma hora? [risos]</p> <p>P: Não... [risos]</p> <p>E: [silêncio] Acho que liberdade, ao fim das contas</p> <p>P: A Suzana antes desse diagnóstico e a Suzana agora de hoje...</p> <p>E: Estou mais livre</p> <p>P: Então eu posso entender que o câncer da mama te trouxe liberdade?</p> <p>E: Pode entender que o câncer da mama me trouxe maior realidade, maior</p>	<p>Recebendo auxílio de uma terapia não convencional</p> <p>Mama reconstruída</p> <p>Retornando à atividade laboral: a doença/tto trouxe liberdade</p>	<p>Possibilidades terapêuticas no enfrentamento das dificuldades</p> <p>Complexidade</p> <p>O trabalho durante o processo de tratamento: proporcionando liberdade</p>
--	--	---

<p>minha infância inteira vendo ela com enchimento, um negócio de espuma no seio</p> <p>P: Não tinha reconstrução naquela época?</p> <p>E: Não, não</p> <p>P: E você se lembra disso tudo?</p> <p>E: Me lembro ... e sempre pairou uma certa dúvida se era para ter sido tirado, se era mesmo um câncer, isso foi nos anos cinquenta, eu tinha dez, onze anos ... (mil novecentos e) cinquenta e seis, o que se sabia disso? Muito pouco, né? Não, eu vi ela morrer do coração. Porque eu falei disso?</p> <p>P: Por causa da perda da mama...</p> <p>E: Ah é, é irreparável mesmo, né? Eu vou para essa cena, ela morrendo e a camisola aqui encurtada e aqui elevada, no peito e assim, com aquele aspecto da morte ... então, é irreparável mesmo. Mas, especialmente depois que cicatrizou aqui, o peito, que eu posso chamar de mama, mas não de seio [risos], é, eu já não estou mais debruçada numa coisa de uma tristeza profunda, estava debruçada enquanto não tinha cicatrizado... [pausa] Chega né? Chega, agora sim</p> <p>P: A não ser que você agora lembre de mais alguma coisa [risos]</p> <p>E: Não quero lembrar de mais nada! Eu adorei à medida que você foi ... e eu fui fluindo, mesmo, eu acho que quando você fala em me dar isso como uma cópia eu acho ótimo</p> <p>P: Sabe-se lá se daqui a alguns anos você vai lembrar de tudo isso, né?</p> <p>E: Eu acho que não ... e eu acho que algumas coisas a gente quer esquecer também, né? eu acho...</p> <p>P: Então eu agradeço a sua participação e a sua disponibilidade nesse momento. Deixa eu te dizer então o tempo, uma hora e cinquenta e três minutos.</p>	<p>Convivendo com o CA de mama anterior na família: vi minha vó morrer sem um seio</p> <p>Perda irreparável do seio</p> <p>Algumas coisas a gente quer esquecer...</p>	<p>modo de enfrentar a própria doença</p> <p>Luto pela mama perdida</p> <p>Algumas coisas é bom não relembrar</p>
--	--	---

APÊNDICE D – Esquema do processo de categorização

PROCESSO DE CATEGORIZAÇÃO

(Categorias e subcategorias, na construção da teoria substantiva, representando estrutura: condições causais, contexto e condições intervenientes; e processo: estratégias e consequências)

1 Retomando o período anterior ao câncer da mama (causal)

- 1.1 Desvelando o câncer na família
- 1.2 Convivendo com doenças prévias da mama
- 1.3 Recebendo o diagnóstico de câncer da mama
- 1.4 Ocultando o câncer
- 1.5 Preparando-se para o tratamento cirúrgico

2 Experienciando o procedimento cirúrgico (causal)

- 2.1 Descobrimo as possibilidades cirúrgicas
- 2.2 Assimilando a mastectomia e a reconstrução mamária
- 2.3 Decidindo sobre a mastectomia contralateral profilática

3 Lidando com as consequências e necessidades do pós-operatório (causal)

- 3.1 Enfrentando o dia a dia após o procedimento cirúrgico
- 3.2 Olhando para as cicatrizes
- 3.2 Convivendo com as complicações da reconstrução mamária
- 3.4 Iniciando o tratamento adjuvante
- 3.5 Encontrando possibilidades terapêuticas

4. Revelando os sentimentos e emoções envolvidos no processo de reconstrução mamária (contexto)

- 4.1 Negativos
- 4.2 Positivos

5 Descrevendo o trabalho dos profissionais (interveniente)

- 5.1 Informando o diagnóstico e discutindo as possibilidades cirúrgicas
- 5.2 Assistindo a mulher no pré e pós-operatório e na quimioterapia
- 5.3 Encaminhando as mulheres a outros profissionais
- 5.4 Lidando com as dificuldades

6. Profissionais e as habilidades necessárias na assistência à mulher (interveniente)

7. A visão dos profissionais sobre as mulheres (interveniente)

8. Mulheres refletindo sobre o relacionamento com profissionais da saúde (interveniente)

9. Adaptando as atividades de rotina à nova condição (estratégias)

9.1 Desenvolvendo as atividades diárias

9.2 Desempenhando a atividade laboral

9.3 Desfrutando das atividades de lazer

10. Recebendo apoio de diversas formas (interveniente)

10.1 Família

10.2 Amigos: a família escolhida

10.3 Cuidadores profissionais

10.4 Religião ou crença

10.5 Não recebendo o apoio esperado

11. Encarando a feminilidade e sexualidade (consequência)

CATEGORIA CENTRAL / FENÔMENO / TEORIA
SUBSTANTIVA:

“A mulher enfrentando desafios e superando dificuldades: partindo do medo da morte, passando pela mutilação e reconstrução mamária, modificando a maneira de ser mulher”

- vivenciando dificuldades pela doença / pelo tratamento / dificuldades com custeio do tratamento / medo da morte / dificuldades com a nova imagem

- valorizando a vida e a si mesma / renascendo uma mulher mais forte, mais corajosa, decidida, agradecida e compassiva, apesar do corpo alterado, incompleto e retalhado (dilacerado/degenerado/'falsificado”), mas mais frágil quando precisa enfrentar as recidivas e a cura não é certa.

APÊNDICE E – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

A senhora está sendo convidada a participar, como voluntária, da pesquisa intitulada: **“A mulher mastectomizada por câncer da mama e o significado da vivência do processo de reconstrução mamária”**. A pesquisa será desenvolvida como Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como pesquisadora principal a Doutoranda Cilene Volkmer e como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

Após ser esclarecida sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, disponível em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora principal. Em caso de recusa a senhora não será penalizada de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: O presente estudo tem como objetivos “compreender os significados atribuídos pela mulher com câncer da mama ao processo de reconstrução mamária” e “construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama.”

O estudo acontecerá durante ou após seu tratamento de câncer da mama e a senhora está sendo convidada a participar do mesmo, através de uma entrevista individual com a pesquisadora principal, em um local reservado, com data e horário a ser escolhido da maneira mais conveniente. O registro da entrevista será feito através de gravações, caso concorde. No caso de não concordar com a gravação, o registro será feito pela pesquisadora principal, mediante anotações das informações em um caderno. Outra forma de participação será através de anotações em um diário pessoal, onde a senhora irá registrar seus sentimentos, emoções e sensações relacionados ao processo de reconstrução mamária.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa, pois a mesma irá auxiliar na compreensão do significado do

processo de reconstrução mamária para a mulher mastectomizada e poderá contribuir no planejamento da assistência à mulher portadora de câncer da mama. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito às participantes e Instituições envolvidas no estudo.

Sua participação não envolve riscos, mas a senhora poderá se recusar a participar ou deixar de responder a questionamentos que, por qualquer motivo, lhe causem algum constrangimento. Isto não causará nenhum prejuízo ao seu tratamento do câncer da mama.

Para algumas mulheres, falar deste assunto, considerado de natureza delicada e íntima, pode envolver alguns desconfortos emocionais. Por isso, a senhora será apoiada em sua decisão de prosseguir ou não com a entrevista, bem como, terá apoio ao restabelecimento de seu equilíbrio emocional. Nos casos em que houver necessidade, coloco-me à disposição para encaminhamentos à serviço especializado, de acordo com as rotinas e disponibilidades do serviço na rede pública de saúde.

Além disso, a senhora terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e que seu nome não será identificado em nenhum momento. Está documento está apresentado em duas vias, uma do participante e outra da pesquisadora.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações em jornais ou revistas da área da saúde ou em divulgações em congressos.

Em caso de necessidade, contate com: Doutoranda Cilene Volkmer - Telefone para contato: (48) 9965 4492; Endereço eletrônico: cilenev@gmail.com ou Orientadora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos - Telefone para contato: (48) 3721 9480.

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Assinatura do Pesquisador Principal - Cilene Volkmer

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIA

Eu.....
RG _____, fui informada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como as garantias dadas pela pesquisadora, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.

_____ Telefone para contato:

Assinatura do participante

_____, ____ de _____ de 2014.

CEPSES-SC

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de
Santa Catarina

E-mail: cepses@saude.sc.gov.br

Fone: (48) 3212-1644 / 3212-1660

APÊNDICE F– Termo de Consentimento Livre e Esclarecido**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE DOUTORADO EM ENFERMAGEM**

O(A) senhor(a) está sendo convidada a participar, como voluntário(a), da pesquisa intitulada: **“A mulher mastectomizada por câncer da mama e o significado da vivência do processo de reconstrução mamária”**. A pesquisa será desenvolvida como Tese de Doutorado junto ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Catarina e tem como pesquisadora principal a Doutoranda Cilene Volkmer e como orientadora/pesquisadora responsável a Profa. Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos.

Após ser esclarecido(a) sobre as informações a seguir, no caso de aceitar fazer parte do estudo, assine ao final deste documento, disponível em duas vias. Uma delas é sua e a outra é da pesquisadora principal. Em caso de recusa o(a) senhor(a) não será penalizado(a) de forma alguma.

INFORMAÇÕES SOBRE A PESQUISA: O presente estudo tem como objetivos “compreender os significados atribuídos pela mulher com câncer da mama ao processo de reconstrução mamária” e “construir um modelo teórico sobre a experiência e significado do processo de reconstrução mamária para a mulher com câncer da mama.”

O(A) senhor(a) está sendo convidada a participar do mesmo, a fim de contribuir na compreensão dos significados atribuídos pela mulher com câncer da mama ao processo de reconstrução mamária, através da ótica do profissional de saúde envolvido neste processo, que presta assistência a essa mulher. A pesquisa será realizada mediante uma entrevista individual com a pesquisadora principal, em um local reservado, com data e horário a ser escolhido da maneira mais conveniente. O registro da entrevista será feito através de gravações, caso concorde. No caso de não concordar com a gravação, o registro será feito pela pesquisadora principal, mediante anotações das informações em um caderno.

A sua colaboração é fundamental para a realização desta pesquisa, pois a mesma irá auxiliar na compreensão/planejamento da assistência à mulher portadora de câncer da mama com reconstrução mamária. A pesquisa se orientará e obedecerá aos cuidados éticos expressos na Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, considerado o respeito aos participantes e Instituições envolvidas no estudo.

Sua participação não envolve riscos, mas o(a) senhor(a) poderá se recusar a participar ou deixar de responder a questionamentos que, por qualquer motivo, lhe causem algum constrangimento. Além disso, o(a) senhor(a) terá a garantia de que os dados fornecidos serão confidenciais e que seu nome não será identificado em nenhum momento.

Se tiver alguma dúvida em relação ao estudo antes ou durante seu desenvolvimento, ou desistir de fazer parte dele, poderá entrar em contato comigo pessoalmente (formas de contato abaixo informadas). Os registros, anotações e documentos coletados ficarão sob a guarda da pesquisadora principal, em seu setor de trabalho. Só terão acesso aos mesmos os pesquisadores envolvidos. Os dados serão utilizados em publicações em jornais ou revistas da área da saúde ou em divulgações em congressos.

Em caso de necessidade, contate com: Doutoranda Cilene Volkmer - Telefone para contato: (48) 9965 4492; Endereço eletrônico: cilenev@gmail.com ou Orientadora Dra. Evangelia Kotzias Atherino dos Santos - Telefone para contato: (48) 3721 9480.
--

Gostaria de contar com a sua participação na pesquisa. No caso de aceitar tal convite, peço que preencha o campo abaixo:

Assinatura do Pesquisador Principal - Cilene Volkmer

CONSENTIMENTO DE PARTICIPAÇÃO DA VOLUNTÁRIA

Eu.....
RG _____, fui informada dos objetivos, procedimentos, riscos e benefícios desta pesquisa, bem como as garantias dadas pela pesquisadora, conforme descritos acima. Compreendendo tudo o que foi esclarecido sobre o estudo a que se refere este documento, concordo com a participação no mesmo.
_____ Telefone para contato: _____
Assinatura do participante
_____, ____ de _____ de 2015.

CEPSES-SC

Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Estado da Saúde de
Santa CatarinaE-mail: cepses@saude.sc.gov.br

Fone: (48) 3212-1644 / 3212-1660

ANEXOS

ANEXO A - Checklist - Critical Appraisal Skills Programme – CASP



10 questions to help you make sense of qualitative research

How to use this appraisal tool

Three broad issues need to be considered when appraising the report of a qualitative research:

- Are the results of the review valid?
- What are the results?
- Will the results help locally?

The 10 questions on the following pages are designed to help you think about these issues systematically. The first two questions are screening questions and can be answered quickly. If the answer to both is “yes”, it is worth proceeding with the remaining questions.

There is some degree of overlap between the questions, you are asked to record a “yes”, “no” or “can’t tell” to most of the questions. A number of prompts are given after each question. These are designed to remind you why the question is important. Record your reasons for your answers in the spaces provided.

There will not be time in the small groups to answer them all in detail!

©CASP This work is licensed under the Creative Commons Attribution - NonCommercial-ShareAlike 3.0 Unported License. To view a copy of this license, visit <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/>, www.casp-uk.net

Screening Questions

1. Was there a clear statement of the aims of the research?

 Yes

 Can't tell

 No

HINT: Consider

- What was the goal of the research?
- Why it was thought important?
- Its relevance

2. Is a qualitative methodology appropriate?

 Yes

 Can't tell

 No

HINT: Consider

- If the research seeks to interpret or illuminate the actions and/or subjective experiences of research participants
- Is qualitative research the right methodology for addressing the research goal?

Is it worth continuing?



Detailed questions

3. Was the research design appropriate to address the aims of the research?

 Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the researcher has justified the research design (e.g. have they discussed how they decided which method to use)?
-

4. Was the recruitment strategy appropriate to the aims of the research?

 Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the researcher has explained how the participants were selected
- If they explained why the participants they selected were the most appropriate to provide access to the type of knowledge sought by the study
- If there are any discussions around recruitment (e.g. why some people chose not to take part)

5. Was the data collected in a way that addressed the research issue?

 Yes

 Can't tell

 No

HINT: Consider

- If the setting for data collection was justified
 - If it is clear how data were collected (e.g. focus group, semi-structured interview etc.)
 - If the researcher has justified the methods chosen
 - If the researcher has made the methods explicit (e.g. for interview method, is there an indication of how interviews were conducted, or did they use a topic guide)?
 - If methods were modified during the study. If so, has the researcher explained how and why?
 - If the form of data is clear (e.g. tape recordings, video material, notes etc)
 - If the researcher has discussed saturation of data
-

6. Has the relationship between researcher and participants been adequately considered?

 Yes

 Can't tell

 No

HINT: Consider

- If the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during
 - (a) Formulation of the research questions
 - (b) Data collection, including sample recruitment and choice of location
- How the researcher responded to events during the study and whether they considered the implications of any changes in the research design

7. Have ethical issues been taken into consideration? Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If there are sufficient details of how the research was explained to participants for the reader to assess whether ethical standards were maintained
 - If the researcher has discussed issues raised by the study (e.g. issues around informed consent or confidentiality or how they have handled the effects of the study on the participants during and after the study)
 - If approval has been sought from the ethics committee
-

8. Was the data analysis sufficiently rigorous? Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If there is an in-depth description of the analysis process
- If thematic analysis is used. If so, is it clear how the categories/themes were derived from the data?
- Whether the researcher explains how the data presented were selected from the original sample to demonstrate the analysis process
- If sufficient data are presented to support the findings
- To what extent contradictory data are taken into account
- Whether the researcher critically examined their own role, potential bias and influence during analysis and selection of data for presentation

9. Is there a clear statement of findings? Yes Can't tell No

HINT: Consider

- If the findings are explicit
 - If there is adequate discussion of the evidence both for and against the researchers arguments
 - If the researcher has discussed the credibility of their findings (e.g. triangulation, respondent validation, more than one analyst)
 - If the findings are discussed in relation to the original research question
-

10. How valuable is the research?

HINT: Consider

- If the researcher discusses the contribution the study makes to existing knowledge or understanding e.g. do they consider the findings in relation to current practice or policy?, or relevant research-based literature?
- If they identify new areas where research is necessary
- If the researchers have discussed whether or how the findings can be transferred to other populations or considered other ways the research may be used

ANEXO B – Parecer do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) e Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE)

24/11/2015 Plataforma Brasil

<http://aplicacao.saude.gov.br/plataformabrasil/visao/publico/indexPublico.jsf 1/1>
principal sair

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos - |V3.0

Você está em: Público > Confirmar Aprovação pelo CAAE ou Parecer

CONFIRMAR APROVAÇÃO PELO CAAE OU PARECER

Informe o número do CAAE ou do Parecer:

Número do CAAE:

36042114.9.0000.0115

Número do Parecer:

Pesquisar

Esta consulta retorna somente pareceres aprovados. Caso não apresente nenhum resultado, o número do parecer informado não é válido ou não corresponde a um parecer aprovado.

DETALHAMENTO

Título do Projeto de Pesquisa:

A mulher mastectomizada por câncer de mama e os significados da vivência do processo de reconstrução mamária

Número do CAAE:

36042114.9.0000.0115

Número do Parecer:

807905

Quem Assinou o Parecer:

ELIANE MARIA STUART GARCEZ

Pesquisador Responsável:

Evangelia Kotzias Atherino dos Santos

Data Início do Cronograma:

08/09/2014

Data Fim do Cronograma:

30/09/2014

Contato Público:
Cilene Volkmer

Voltar

Este sistema foi desenvolvido para os navegadores Internet Explorer (versão 7 ou superior),



aprovação projeto
no comitê de ética.pdf