



Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica

VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem

O enfermeiro como facilitador do processo de transição para a mastectomia

Monografia de Final de Licenciatura em Enfermagem

Autoras:

Maria Isilda Antunes São Pedro Bento n.º 200891825

Marina Sofia Rocha Pedro n.º 200791643

Professor Orientador: Mestre Luís Sousa

Barcarena, Fevereiro de 2013



Universidade Atlântica - Escola Superior de Saúde Atlântica

VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem

O enfermeiro como facilitador do processo de transição para a mastectomia

Monografia Final de Licenciatura em Enfermagem

Autoras:

Maria Isilda Antunes São Pedro Bento n.º 200891825

Marina Sofia Rocha Pedro n.º 200791643

Monografia Apresentada para obtenção do Grau de Licenciatura

Professor Orientador: Mestre Luís Sousa

Barcarena, Fevereiro de 2013

As autoras são as únicas responsáveis pelas ideias expressas neste trabalho.

“A mulher mastectomizada é uma pessoa que sofre tanto pela percepção da incurabilidade do cancro como pelo tratamento terapêutico em razão do medo, dos anseios, da adaptação à nova imagem corporal, das alterações dos planos de vida e outros efeitos psicossociais individuais que a acometem”.

Duarte, Jeneral e Silva (2008)

Agradecimentos

Manifestamos os nossos sinceros agradecimentos a todas as pessoas que participaram neste trabalho, cuja experiência e conhecimentos constituem sempre uma importante fonte de saber e de motivação. Os nossos agradecimentos dirigem-se de um modo muito especial.

Ao Mestre Luís Sousa, pelo modo como nos orientou, pela ajuda, disponibilidade, apoio e incentivo, sem o qual este trabalho não teria sido possível.

A todos os enfermeiros, que participaram no nosso estudo.

A todos os professores, que ao longo deste nosso percurso sempre nos apoiaram.

Às nossas famílias, por nos apoiarem incondicionalmente e estarem sempre presentes em todas as circunstâncias.

Resumo

O cancro da mama é, atualmente, uma doença muito prevalente na população portuguesa, que conduz frequentemente à necessidade de realizar mastectomia. Para as mulheres, esta realidade constitui um fator de grandes mudanças e, neste contexto, o apoio do enfermeiro é fundamental durante este processo de transição. Com este estudo, pretendemos compreender as estratégias que os enfermeiros utilizam para apoiar a mulher durante o processo de transição para a mastectomia. Realizámos um estudo descritivo enquadrado no paradigma qualitativo, e a amostra foi selecionada através do processo de amostragem não probabilística por redes, sendo constituída por seis enfermeiras que prestam cuidados a mulheres mastectomizadas diariamente. Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada e analisados pelo método de análise de conteúdo de Bardin. Constatou-se que as estratégias dos enfermeiros baseiam-se essencialmente no apoio à mulher, através da sua disponibilidade e compreensão, contribuindo para a sua recuperação. Existe também uma colaboração entre profissionais de saúde, de forma a promover um acompanhamento contínuo à mulher. Contudo, esta continuidade de cuidados é colocada em causa quando são encaminhadas para grupos de autoajuda, visto que nem todos contam com a colaboração de enfermeiros. Neste sentido, seria importante reforçar este aspeto, uma vez que constatámos que o apoio da enfermagem é essencial para uma rápida recuperação da mulher mastectomizada.

Palavras-chave: Processo de transição, cancro da mama, mastectomia, cuidados de enfermagem.

Abstract

Breast cancer is currently a prevailing disease amongst the Portuguese population, leading to the necessity of performing mastectomy. This fact represents a huge change period for women and nurse's support is essential along this transition process. This study intends to comprehend the strategies nurses use to assist women throughout the mastectomy transition process. A qualitative, descriptive study was conducted using a non-probabilistic sample, which consisted of six female nurses who daily work with mastectomized women. The data was collected using semi-opened interviews and the content analyzed using Bardin's method. It was concluded that the strategies used by nurses are essentially based on supporting women through their availability and comprehension, contributing to their recovery. There also exists teamwork on behalf of all health professionals to provide continuous follow up for the women. Therefore, this follow up is questionable because not every self-help group include nurse collaboration. In this respect, it would be significant to demark this point, once it has been concluded that nursing support is essential for a fast recovery of the mastectomized woman.

Keywords: Transition process, breast cancer, mastectomy, nursing care.

Índice

AGRADECIMENTOS	VI
RESUMO	VII
ABSTRACT.....	VIII
ÍNDICE	IX
INTRODUÇÃO.....	1
1-ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	8
1.1- ETIOLOGIA DO CANCRO DA MAMA	8
1.2- FISIOPATOLOGIA DO CANCRO DA MAMA	10
1.3- TRATAMENTO	16
1.4- COMPLICAÇÕES DA MASTECTOMIA	18
1.4.1- <i>Complicações Precoces</i>	19
1.4.2- <i>Complicações Tardias</i>	21
1.5-IMPACTO DA MASTECTOMIA NA VIDA DA MULHER.....	22
1.5.1- <i>Relacionamento Familiar</i>	22
1.5.2- <i>Funcionamento Social</i>	24
1.5.3- <i>Imagem corporal e sexualidade</i>	25
1.5.4- <i>Qualidade de vida</i>	27
1.5.4- <i>A reconstrução da mama</i>	29
1.6- CUIDADOS DE ENFERMAGEM	30
2-DECISÕES METODOLÓGICAS	44
2.1- O MEIO	45
2.2- PARADIGMA E TIPO DE ESTUDO	45
2.3- POPULAÇÃO, PROCESSO DE AMOSTRAGEM E AMOSTRA	46
2.4- INSTRUMENTO DE COLHEITA DE DADOS	48
2.5- PRÉ TESTE	50
2.6- COLHEITA DE DADOS	51
2.7-ANÁLISE E TRATAMENTO DOS DADOS	51
2.8 – CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	53
3- ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	56
3.1. – CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA	56
3.2. – APRESENTAÇÃO, ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS	57
3.2.1. – <i>Categoria: Vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia</i>	59
3.2.1.1. – Subcategoria: Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia	60
3.2.1.2. – Subcategoria: Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada	63
3.2.1.3. – Subcategoria: Reações da mulher face à mastectomia	76
3.2.2. – <i>Categoria: Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia</i>	80
3.2.2.1. – Subcategoria: Necessidade de apoio	80
3.2.2.2. – Subcategoria: Necessidade de informação	84

3.2.3. – Categoria: Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia	85
3.2.3.1. – Subcategoria: Suporte do enfermeiro	86
3.2.3.2. – Subcategoria: Pilares da relação terapêutica	93
3.2.3.3. – Subcategoria: Suporte dos grupos coletivos de ajuda	98
3.2.3.4. – Subcategoria: Reeducação funcional e readaptação.....	101
4- CONCLUSÃO	107
5- IMPLICAÇÕES DO ESTUDO PARA A ENFERMAGEM.....	111
6- LIMITAÇÕES DO ESTUDO	113
7-SUGESTÕES.....	115
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	117
APÊNDICES.....	129
APÊNDICE 1 – ENTREVISTA	130
APÊNDICE 2 – CARTA EXPLICATIVA DO ESTUDO E DO CONSENTIMENTO	132
APÊNDICE 3 – DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO	135
APÊNDICE 4 – ENTREVISTAS E ANÁLISE DE CONTEÚDO.....	137
APÊNDICE 5 – CRONOGRAMA	213

Índice de figuras

Figura 1- Estádios do cancro da mama	15
--	----

Índice de Quadros

Quadro 1 - Agrupamento dos Estádios	14
Quadro 2 - Caracterização da amostra do estudo	57
Quadro 3 - Categorias encontradas através da análise de conteúdo das entrevistas	57
Quadro 4 - Categoria “Vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia”	59
Quadro 5 - Unidade de contexto "Mama como símbolo da feminilidade"	60
Quadro 6 - Unidade de contexto "Mastectomia como causa de processo de transição" ..	61
Quadro 7 - Unidade de contexto "A imagem corporal e o peso da sua alteração"	62
Quadro 8 - Unidade de contexto "Negação"	64
Quadro 9 - Unidade de contexto "Revolta"	65
Quadro 10 - Unidade de contexto "Choque"	65
Quadro 11 - Unidade de contexto "Raiva"	66
Quadro 12 - Unidade de contexto "Choro"	66
Quadro 13 - Unidade de contexto "Angústia"	67
Quadro 14 - Unidade de contexto "Impotência"	67
Quadro 15 - Unidade de contexto "Tristeza"	68
Quadro 16 - Unidade de contexto "Aceitação"	69
Quadro 17 - Unidade de contexto "Isolamento"	70
Quadro 18 - Unidade de contexto "Pessimismo"	71
Quadro 19 - Unidade de contexto "Desperança"	71
Quadro 20 - Unidade de contexto "Ansiedade"	72
Quadro 21 - Unidade de contexto "Vulnerabilidade"	72

Quadro 22 - Unidade de contexto "Medo inespecífico"	73
Quadro 23 - Unidade de contexto "Medo da rejeição e da opinião dos outros"	74
Quadro 24 - Unidade de contexto "Medo da morte"	75
Quadro 25 - Unidade de contexto "Medo de abandonar a família por morte"	76
Quadro 26 - Unidade de contexto "Quando a neoplasia da mama é hereditária"	76
Quadro 27 - Unidade de contexto "Quando tem companheiro e/ou é mãe"	77
Quadro 28 - Unidade de contexto "Quando é solteira"	78
Quadro 29 - Unidade de contexto "Reações menos frequentes"	79
Quadro 30 - Categoria "Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia"	80
Quadro 31 - Unidade de contexto "Emocional"	81
Quadro 32 - Unidade de contexto "Familiar"	82
Quadro 33 - Unidade de contexto "Religioso"	83
Quadro 34 - Unidade de contexto "Situação e a doença"	84
Quadro 35 - Categoria "Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia"	86
Quadro 36 - Unidade de contexto "Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia"	87
Quadro 37 - Unidade de contexto "Acompanhamento do enfermeiro"	88
Quadro 38 - Unidade de contexto "Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada" ...	90
Quadro 39 - Unidade de contexto "Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada"	92
Quadro 40 - Unidade de contexto "Disponibilidade"	94
Quadro 41 - Unidade de contexto "Compreensão"	95
Quadro 42 - Unidade de contexto "Reintegração na sociedade e no quotidiano"	97

Quadro 43 - Unidade de contexto "O encaminhamento para os grupos coletivos"	98
Quadro 44 - Unidade de contexto "Atividades realizadas pelos grupos coletivos"	99
Quadro 45 - Unidade de contexto "Dispositivos de compensação"	101
Quadro 46 - Unidade de contexto "Exercício físico e relaxamento"	103

Introdução

No âmbito do VIII Curso de Licenciatura em Enfermagem da Universidade Atlântica, foi-nos proposta a elaboração de um estudo de Investigação em Enfermagem sob a forma de monografia de final de curso.

A investigação é uma disciplina que permite a aquisição de conhecimentos numa área de preferência e interesse daqueles que a realizam, pois mais do que um método de enriquecimento pessoal, é um instrumento crucial para o desenvolvimento e maturação de qualquer profissão, afirmando Fortin (2009) que refere:

“ A investigação científica é um método de aquisição de conhecimentos que permite encontrar respostas para questões precisas (...) as disciplinas vêm na investigação um meio privilegiado de aquisição de conhecimentos”. (p.4)

Neste contexto, surgiu a oportunidade de aprofundarmos o tema sobre as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição. Foi no âmbito do ensino clínico de cirurgia geral, que esta problemática nos suscitou curiosidade e interesse, na medida em que se constata que o cancro da mama é uma patologia que atinge frequentemente as mulheres na idade adulta, causando alterações nas três esferas do Ser Humano. Isto é, o corpo, a mente e o espírito (Watson, 2002). Deste modo, percecionámos a extensão desta incidência e o modo como atinge a mulher e a sua família.

Após uma extensa pesquisa bibliográfica, constatámos a existência de um número reduzido de estudos relacionados com as estratégias de cuidados às mulheres mastectomizadas, pelo que considerámos ser fundamental e imprescindível estudar esta temática junto dos enfermeiros que trabalham diariamente com estas mulheres.

Face ao exposto, a motivação para aprofundar esta problemática surgiu dos aspetos anteriormente referidos e teve como finalidade contribuir para que compreendamos, enquanto futuras enfermeiras, como prestar cuidados a mulheres submetidas a mastectomia, de modo a que a prestação de cuidados de enfermagem tenha por base

uma visão holística da pessoa e responda às suas reais necessidades de cuidados nesta fase de transição.

Os indicadores em como a transição está a acontecer incluem o sentimento individual de que se está relacionando, e interagindo, com a sua situação e com outras pessoas. Neste contexto, a pessoa sente-se situada para que possa refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente em lidar com a mudança e dominar novas capacidades e novas formas de viver, enquanto desenvolve um sentido de identidade mais flexível no meio destas mudanças (Meleis *et al*, 2000).

A transição pode ser definida como uma passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direção e alterações em padrões fundamentais da vida. Refere-se ao processo e ao resultado de complexas interações entre pessoa e ambiente, que pode envolver mais do que uma pessoa e que está inserido num contexto e numa situação (Meleis *et al*, 1994).

Os mesmos autores, (Meleis *et al*, 1994) propõem a transição como um dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem, porque:

Os encontros entre os clientes e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos transacionais de instabilidade precipitadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. Estas alterações podem produzir profundas alterações na vida dos indivíduos e daqueles que lhes são significativos e têm implicações importantes no seu bem-estar e saúde (p. 119).

Constata-se então, que a mastectomia implica obrigatoriamente uma fase de transição e que cabe ao enfermeiro promover a adaptação da mulher mastectomizada à sua nova condição, acompanhando-a e direcionando-a no caminho rumo à aceitação pessoal da sua autoimagem e autoestima. Neste âmbito, a enfermagem deve possuir competências que lhe permitam identificar a natureza da ameaça, o significado que a situação tem para a pessoa e as bases familiares que a sustentam, no sentido de promover a utilização das estratégias de coping para si e para a sua família (Neves, 2000).

Ao longo de toda a pesquisa bibliográfica que efetuámos, constatámos que existiam alguns trabalhos de investigação potencialmente enriquecedores no que diz respeito às necessidades da mulher mastectomizada, nomeadamente o estudo realizado por Negrini e Rodrigues em 2000 e o estudo de Pereira elaborado em 2006. No entanto, encontrámos poucos estudos relacionados com trabalho realizado pela enfermagem nesta área de estudo.

Um estudo realizado por Spencer *et al* (1999), revela que a experiência do cancro da mama é vista como uma crise que surge durante um período aproximado de um ano após a cirurgia, na maioria das mulheres.

Os investigadores, Spencer *et al* (1999) relatam que o medo da recorrência, da morte, da dor e agressões das terapias adjuvantes são as preocupações mais referidas. Neste mesmo estudo, os itens relacionados com a imagem corporal, como a feminilidade, a sexualidade e a atratividade, foram referidos de forma moderada como fonte de preocupação, pois não eram tão importantes para as mulheres como as questões que se prendiam com a sua existência. Ainda neste estudo, constataram que, de uma forma geral, as mulheres mais jovens tinham mais preocupações a nível sexual e a nível conjugal, do que as menos jovens.

O estudo referiu ainda um reconhecimento crescente da necessidade das equipas médicas e de enfermagem terem treino em competências de comunicação, para melhorar a sua capacidade para suscitar e responder às preocupações dos doentes. Promover tais formas de comunicação pode contribuir para a prevenção de problemas psíquicos e melhoria da capacidade dos serviços para detetar doentes com perturbação emocional.

Para Negrini e Rodrigues (2000), citados por Pinto (2009):

... a mulher mastectomizada é uma mulher duramente atingida fisicamente, psicologicamente e socialmente, tanto pela doença, como pela terapia, o lidar com as limitações, com a nova imagem corporal, com a alteração dos planos de vida e outros efeitos decorrentes da dupla carga

que recebeu, exige grande esforço para a qual, em geral, não está preparada e nem tem condições de realizar sozinha, surgindo dessa necessidade os grupos de mútua ajuda... (p. 791).

Ao ser diagnosticado o cancro da mama e a necessidade de uma mastectomia, o trabalho da enfermagem é muito mais de incentivo e de suporte emocional para a mulher e sua família do que propriamente curativo. Entretanto, percebe-se que pouco tem sido produzido a respeito das estratégias de cuidado adotadas pelos enfermeiros à mulher mastectomizada, as quais, sem dúvida alguma, contribuem para o sucesso do tratamento (Pereira, 2006).

No estudo realizado por Pereira (2006), concluiu-se que ao enfrentar uma mastectomia, a mulher apresenta uma diversidade de sentimentos e emoções, tais como: o medo, a rejeição, a culpa e a perda, os quais, muitas vezes, podem não ser percebidos e valorizados pela equipa de enfermagem que trabalha com essas mulheres, ou pelos seus familiares, dificultando a realização do tratamento e o enfrentamento das vivências presentes.

O mesmo autor identificou inúmeras dificuldades enfrentadas pela mulher após a mastectomia, tais como o comprometimento da sua autoimagem; os efeitos colaterais da quimioterapia adjuvante, destacando-se a alopecia; o preconceito; a dor e as dificuldades físicas, mostrando que o trabalho dos enfermeiros é de extrema importância para que essas vivências sejam amenizadas e enfrentadas da maneira menos traumática possível.

Pereira (2006) revela ainda que pouco tem sido feito a respeito das estratégias de cuidado adotadas pela enfermagem para o trabalho com a mulher mastectomizada, destacando-se as atividades grupais como a principal estratégia identificada.

Diante do vivido pela mulher mastectomizada, a qual tem de enfrentar, além do mal-estar físico, o drama psicológico e emocional, a enfermagem tem uma importante missão: Minimizar o sofrimento da mulher, através dos cuidados prestados. O seu

trabalho requer valorizá-la e estimulá-la a transformar o seu medo em força de sobrevivência, favorecendo a sua adesão e participação no decorrer do tratamento, para obter maior sucesso (Pereira, 2006).

O autor refere ainda que o cuidado à mulher mastectomizada é um desafio para a equipa de enfermagem, uma vez que todas as necessidades da mulher devem ser identificadas, consideradas e valorizadas, pelos profissionais, durante todo o tratamento.

Nesta linha de pensamento, Pereira (2006) refere que:

A enfermagem necessita traçar um plano de cuidados à mulher, que ofereça suporte informativo com relação ao cancro, aos tratamentos recomendados e cuidados com o membro correspondente à mama afetada e que proporcione maior tranquilidade e conforto; estimule a expressão de sentimentos e pensamentos aos outros; a ajude na construção de alternativas viáveis para minimizar a alteração na imagem corporal; a incentive na execução de atividades ocupacionais que reduzam a tensão emocional e encorajem a sua participação em grupos de auto-ajuda (p. 795).

Face ao exposto e no seguimento da pesquisa bibliográfica que efetuámos, e mediante as problemáticas que identificámos em ensino clínico, surgiu-nos o interesse por estudar o problema de investigação, baseado na questão de investigação “Quais são as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição?”, afirmando Fortin (2009), que o problema consiste numa “ ... situação que necessita de uma elucidação ou de uma modificação “ (p.66)

Após a identificação do problema, debruçámo-nos na elaboração da questão de investigação, a qual consiste numa “... pergunta explícita respeitante a um tema de estudo que se deseja examinar...” (Fortin, 2009, p. 72).

Nesta sequência, definimos os objetivos que considerámos serem adequados para dar resposta ao problema levantado. Como tal, o objetivo geral incide em compreender as

estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição. Como objetivos específicos, definimos:

- ☞ Caracterizar a reação das mulheres ao longo do processo de transição;
- ☞ Identificar as necessidades das mulheres mastectomizadas;
- ☞ Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros durante este processo.

Deste modo, com base nos objetivos e na questão de investigação a que se pretendeu responder, realizou-se um estudo de paradigma qualitativo, o qual, segundo Fortin (2009, p. 29), “... interpreta os fenómenos baseando-se nos significados que os participantes dão a estes mesmos fenómenos”.

Dentro do paradigma, anteriormente referido, optámos por uma abordagem descritiva, uma vez que da bibliografia consultada chegámos à conclusão que existem poucos estudos nesta área, e a orientação foi desenvolvida no sentido de identificar e compreender as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição.

“O estudo descritivo fornece informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos” (Fortin, 2009, p. 237).

Posto isto, a amostra incluiu seis enfermeiras que, no seu dia-a-dia, prestem cuidados a mulheres mastectomizadas, tendo sido a colheita de dados realizada através da utilização de uma entrevista semi-estruturada áudio-gravada e a análise de dados efetuada de acordo com a análise de conteúdo de Bardin.

A estruturação do estudo foi feita com o intuito de proporcionar ao leitor uma fácil leitura e compreensão do mesmo.

Assim sendo, começamos por apresentar a nossa visão pessoal do fenómeno em estudo, que teve como finalidade abordar todas as vertentes implícitas numa situação em que a mulher foi submetida a mastectomia, não desprimorando os cuidados de enfermagem, a fisiopatologia do cancro e as possíveis experiências e sentimentos inerentes a esta

problemática. Seguem-se as decisões de ordem metodológica, bem como o tratamento, a análise e a interpretação dos dados. O estudo culmina na conclusão, onde se efetua uma reflexão dos resultados mais relevantes, as limitações com que nos confrontámos na realização do estudo, as implicações para a prática e sugestões para futuros estudos.

No que respeita à estruturação e formatação do estudo, seguiram-se as orientações preconizadas pela Universidade Atlântica e nas situações de omissão adotaram-se as orientações preconizadas por Mário Azevedo.

1-Enquadramento Teórico

Neste capítulo, efetuámos uma reflexão sobre o fenómeno em estudo, a qual teve por base uma revisão literária, que incluiu documentos e estudos pertinentes, o que permitiu perceber a informação já conhecida e fundamentada, de modo a “... enriquecer o campo de conhecimento do assunto em questão” (Fortin, 2009, p. 68) e assim, delimitar o domínio da presente investigação.

Como resultado desta revisão, descrevem-se e esquematizam-se alguns aspetos considerados mais relevantes que envolvem estudos realizados nesta temática.

1.1- Etiologia do Cancro da Mama

A etiologia da neoplasia mamária permanece em parte desconhecida. Variáveis como a idade e o sexo influenciam a sua incidência. À medida que a idade avança, aumenta a probabilidade de ocorrência de mutações genéticas, sendo o sexo feminino mais predisposto a esta situação, nomeadamente nos genes BRCA1, (*breast cancer 1, early onset*) no cromossoma 17 e BRCA 2, (*breast cancer 2, early onset*) no cromossoma 13 (Pereira, 1999).

O facto de estas mutações genéticas estarem intimamente ligadas à transformação maligna, permite inferir que nem todos os tumores malignos são hereditários, porém há em alguns, uma certa predisposição genética, sendo há muito reconhecida a ocorrência de carcinoma mamário entre membros da mesma família (Pereira, 1999).

Henderson e Lynch (s.d.), citados por Ferreira (1999) definiram três tipos de carcinoma mamário, consoante a inter-relação verificada entre cada mulher portadora desta patologia e os outros elementos da família. O primeiro, definido como cancro esporádico da mama, não apresenta história clínica de neoplasia mamária ao longo de duas gerações, sendo o mais frequente; no segundo tipo de cancro familiar da mama, podem existir casos de cancro da mama em um ou mais familiares em primeiro ou segundo grau, não podendo, contudo, ser considerado hereditário. Já o cancro hereditário da mama, pela sua distribuição familiar, permite afirmar que há um fator autossómico dominante, com alta suscetibilidade para o cancro da mama, na grande

maioria das vezes associado a tumores do ovário, cólon ou outros, trata-se frequentemente de carcinomas mamários bilaterais ocorrendo em mulheres jovens, sendo os mais raros, uma frequência entre os 3% a 10%.

Outro fator etiológico está relacionado com a exposição a radiações ionizantes, principalmente antes dos trinta e cinco anos de idade. “Deste modo, mulheres expostas a radiações de grande intensidade ou prolongadamente podem apresentar maior incidência de cancro da mama” (Yeatman, 1994, p. 372). Segundo o mesmo autor, quando expostas a radiações, as mulheres jovens apresentam maior taxa de ocorrência de neoplasia mamária do que as mulheres mais velhas.

Os estudos relacionados com os anticoncepcionais e terapêutica hormonal de substituição, referenciados pela *American Joint Committee on Câncer* em 2000, são por vezes contraditórios no que diz respeito ao cancro da mama, daí que nada se possa afirmar como definitivo relativamente a esta etiologia (Pinto, 2009).

No que se refere ao ciclo menstrual e menstruação, uma menarca precoce e uma menopausa tardia podem potenciar o risco de desenvolvimento de carcinoma mamário, isto é, o risco aumenta quando a primeira menstruação surge cerca dos 11, 12 anos e se prolonga com uma menopausa tardia, até cerca dos 55 anos; a probabilidade de surgimento de alterações malignas eleva-se quando o ciclo menstrual se prolonga por mais do que trinta anos. A nuliparidade ou maternidade tardia também constituem fatores de risco (Pinto, 2009).

A história natural da neoplasia mamária caracteriza-se por ser uma doença heterogénea, com padrões de diferenciação e de crescimento diversificados de pessoa para pessoa e, ainda, na mesma pessoa, de área para área, generalizando-se frequentemente a outros órgãos ou sistemas, aquando do diagnóstico inicial não atempado. Facto comprovado através de tumores pequenos com metastização precoce e evolução rápida, que levam à morte da mulher, bem como o surgimento de massas tumorais de grandes dimensões que raramente metastizam.

Esta doença apresenta, em regra, um longo tempo de sobrevivência, considerado pelos peritos nesta matéria como um bom preditor em termos de prognóstico e de longa duração, sendo o carcinoma geralmente, uma neoplasia com crescimento lento.

Geralmente, o carcinoma inicia-se nos ductos, na unidade terminal ductolobular e invade o parênquima. Se começa numa única célula, expande-se lentamente, duplicando o seu volume de dois em dois, a nove em nove meses, em cerca de 70% das mulheres; porém, são necessários cerca de trinta tempos de duplicação para o tumor atingir um centímetro de diâmetro e daí conter 109 células tumorais. Esta fase é conhecida como pré-clínica e pode expandir-se ao longo de dois a dezassete anos, sendo que a média se centra nos oito anos (Menke *et al*, 2000).

O carcinoma mamário é considerado multicêntrico em 15 a 40% dos casos, isto é, aparecem focos de tumor em quadrantes diferentes, daí ser importante distingui-los da multifocalidade, que não é mais do que focos tumorais no mesmo quadrante. No entanto, prevalece a tese que cada tumor se reproduz por uma única célula (Menke *et al*, 2000).

1.2- Fisiopatologia do cancro da mama

A mama pode apresentar variadas patologias associadas, tais como, as relacionadas com o mamilo, as infeções, tumores benignos e os tumores malignos. O cancro da mama maligno denomina-se carcinoma, uma vez que tem origem nos tecidos epiteliais. As situações em que o tumor permanece limitado a um ducto ou lóbulo, denominam-se por carcinoma localizado ou *in situ*. Se se verificar uma disseminação deste para os tecidos circundantes, pode-se fazer acompanhar de metástases e caso haja penetração dos gânglios mamários internos ou axilares, ou ainda da circulação sistémica, denomina-se carcinoma invasivo ou infiltrativo (Taber, 2000).

Segundo o mesmo autor, verifica-se que o carcinoma *in situ*, é o mais comum, subdividindo-se histologicamente em dois tipos, o carcinoma ductal *in situ* e o carcinoma lobular *in situ*. O primeiro ocorre quando se dá um crescimento das células tumorais e consequente distensão dos ductos de médias e pequenas dimensões. No que

respeita ao segundo, verifica-se que se caracteriza pela acomodação das células tumorais nos lóbulos mamários, e o seu diagnóstico é acidentalmente descoberto através do exame físico ou de uma mamografia de rotina.

Neste contexto, Stevens *et al* (2002, p. 426) afirmam que “... a importância desta doença reside no alto risco de subseqüente desenvolvimento de carcinoma invasivo”, risco que se encontra patente em ambas as mamas, mesmo que apenas uma seja a portadora do carcinoma *in situ*.

Face à situação exposta, defende-se atualmente que a quimioterapia deve ser utilizada como modo preventivo, em mulheres que apresentem patologia cancerígena com elevado risco de progredir para um cancro invasivo. Porém, considera-se que o tratamento de excelência, passa pela mastectomia profilática bilateral, a qual tem como intuito a redução do risco de complicações (Stevens *et al*, 2002).

A quimioterapia trata todo o corpo e diz-se um tratamento sistémico porque atravessa todo o organismo. A necessidade de quimioterapia depende de vários fatores, nomeadamente o tamanho do tumor, o tipo de cancro e a existência de células cancerosas nos gânglios linfáticos. A quimioterapia traduz-se na utilização de medicamentos citotóxicos para eliminar quaisquer células que se possam ter espalhado para outras partes do corpo (Moreira, 2009).

O carcinoma invasivo apresenta, deste modo, variadas denominações, mediante a sua localização. O carcinoma ductal invasivo é de todos, o mais comum e pode ser facilmente detetado através da palpação, uma vez que é constituído por um tecido fibroso denso, de consistência rígida, apresentando, no entanto, o pior prognóstico, uma vez que é comum metastizar (Stevens *et al*, 2002).

A observação da mama é uma prática importante e tem como objetivo conhecer as suas características e detetar, o mais cedo possível, qualquer alteração. Raramente as mamas são iguais e poucas são perfeitamente lisas. O tecido mamário é composto por um conjunto de glândulas, que da porção mais interna do órgão convergem para a periferia, exteriorizando-se através do mamilo. Esta estrutura altera-se em função da intensidade e

qualidade do estímulo hormonal que recebe a cada momento, o que justifica a realização do autoexame da mama (Phipps *et al*, 2003).

Por outro lado, o carcinoma lobular invasivo é raro, mas assume com frequência a bilateralidade e metastiza facilmente para regiões incomuns, como o líquido cefalorraquidiano ou superfícies meníngeas. Contrariamente, o carcinoma medular é, comparativamente ao anterior, ainda mais raro, apresentando-se como uma massa perfeitamente circunscrita, tendo um prognóstico favorável. O carcinoma colóide ou mucinoso é igualmente incomum, tendo uma evolução lenta e uma maior prevalência em mulheres de idade mais avançada, o que proporciona um prognóstico mais favorável (Stevens *et al*, 2002).

Assim, o carcinoma tubular, embora seja raro, tem uma taxa de sucesso superior aos carcinomas anteriormente referidos, e adota como característica particular, o facto de possuir uma diminuída formação de metástases ao nível axilar, sendo relativamente fácil o seu diagnóstico, através da mamografia, uma vez que se apresenta como um aglomerado de massas irregulares (Stevens *et al*, 2002).

Por fim, a doença de Paget é, de todas as anteriores, a patologia que é menos comum, apresentando um comportamento similar a um carcinoma ductal *in situ* ou invasivo, e consiste numa lesão descamativa, acompanhada por ruborização, espessamento da pele do mamilo e aréola, bem como, ulceração (Stevens *et al*, 2002).

Sobre a doença de Paget, Phipps *et al* (2003), referem ser uma situação maligna que se apresenta com eritema e descamação do mamilo, podendo chegar, na ausência de tratamento, ao aparecimento de úlceras. Por vezes, associa-se a prurido e dor. Estas alterações são unilaterais.

Nesta sequência, verifica-se que a par com a classificação anteriormente descrita, o cancro da mama apresenta quatro estadios de desenvolvimento, classificados de acordo com o sistema TNM (tumor, nódulo e metástase), que avalia o tamanho do tumor, o número de gânglios linfáticos regionais envolvidos e a evidência de metástases à

distância. Esta classificação, é fundamental para determinar o tratamento mais adequado, bem como o estadio de desenvolvimento do cancro.

Classificação do Cancro da Mama (TNM)

T – Tumor Primário

Tis ⇒ carcinoma *in situ*: carcinoma ductal *in situ*, ou carcinoma lobular;

T1 ⇒ tumor com 2cm ou menos na sua maior dimensão;

T1a ⇒ 0.5cm ou menos;

T1b ⇒ mais de 0.5cm a 1cm;

T1c ⇒ mais de 1cm a 2cm ;

T2 ⇒ tumor com mais de 2cm, até 5cm de dimensão;

T3 ⇒ tumor com mais de 5cm de dimensão;

T4 ⇒ tumor de qualquer tamanho com extensão direta para a parede, ou pele, da caixa torácica;

T4a ⇒ extensão para a parede da caixa torácica;

T4b ⇒ edema, ulceração da pele da mama, ou nódulos satélites confinados à mesma mama;

T4c ⇒ tanto o 4 a como o 4b;

T4d ⇒ carcinoma inflamatório;

N – Gânglios Linfáticos Regionais

N0 ⇒ nenhuma metástase do nódulo linfático na área;

N1 ⇒ metástase para nódulo(s) axilar(es) ipsilateral(ais) movente;

N2 ⇒ metástase para nódulos axilares fixos;

N3 ⇒ metástase para nódulos mamários internos ipsilaterais;

M – Metástases à Distância

M0 ⇒ metástase relativamente próxima;

M1 ⇒ metástase distante presente (incluindo metástases para nódulos linfáticos supraclaviculares).

Fonte: Adaptado de Phipps *et al* (2003, p. 1796)

Quadro 1 - Agrupamento dos Estádios

Estadio	Tamanho do Tumor	Envolvimento de Nódulos	Metástases
0	Tis	N0	M0
I	T1	N0	M0
IIa	T0	N0	M0
	T1	N1	M0
	T2	N0	M0
IIb	T2	N1	M0
	T3	N0	M0
IIIa	T0	N2	M0
	T1	N2	M0
	T2	N2	M0
	T3	N1	M0
	T3	N2	M0
IIIb	T4	Qualquer N	M0
	Qualquer T	N3	M0
IV	Qualquer T	Qualquer N	M1

Fonte: Phipps *et al* (2003, p. 1796)

Neste sentido, Brunner *et al* (2002), defendem que o cancro da mama se subdivide em estádios:

Estadio I, o tumor apresenta dimensões inferiores a 2 cm de diâmetro e encontra-se confinado à mama;

Estadio II, o tumor compreende um diâmetro inferior a 5 cm ou apresenta envolvimento dos gânglios linfáticos axilares móveis;

Nos estadios referidos anteriormente, uma vez que existe uma natureza heterogénea das células tumorais do cancro da mama e de tumores localizados sem envolvimento ganglionar, verifica-se frequentemente a possibilidade de ocorrência de recidivas.

Estadio III, contém o estadio IIIa, o qual é caracterizado por tumores com diâmetro superior a 5 cm, com comprometimento ganglionar axilar fixo ou qualquer outro cancro da mama com comprometimento dos gânglios mamários internos ipsilaterais. Por outro lado, o estadio IIIb manifesta-se por lesões mais avançadas nos gânglios, fixação na pele ou parede torácica, ulceração, edema ou comprometimento ganglionar supra ou intraclavicular.

Estadio IV, inclui todos os tumores com metástases à distância.

Neste âmbito, pode observar-se os estadios anteriormente referidos na Figura 1.

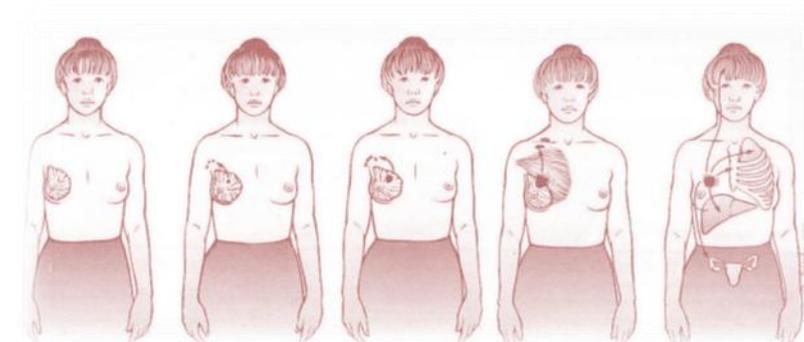


Figura 1- Estadios do cancro da mama

Fonte: Brunner e Suddart (2002, p. 1215)

Conclui-se então, que a identificação da tipologia do cancro da mama é imprescindível para a escolha do tratamento mais adequado e eficaz para cada situação peculiar. Esta associação, quando corretamente efetuada, aumenta exponencialmente a probabilidade de cura, a qual passa pela adoção dos inúmeros tratamentos que poderão ser utilizados no cancro da mama, aspeto que passamos a referir.

1.3- Tratamento

A erradicação e/ou cessação do desenvolvimento da patologia micrometástica, pode efetuar-se através de tratamentos farmacológicos, como a quimioterapia e a terapia hormonal, e ainda com tratamentos radioterapêuticos. No entanto, a abordagem do tratamento está condicionada pelo estadió do tumor (Brunner *et al*, 2002).

Deste modo, a atuação da quimioterapia incide na divisão rápida das células, e consiste “... na aplicação de reagentes químicos possuidores de um efeito específico e tóxico sobre o microrganismo causador da doença” (Taber, 2000, p. 1490), e a sua utilização no processo de cura é restringida mediante a idade, o estado físico e patológico.

Assim, verifica-se que a quimioterapia pode ser usada como tratamento único ou associado com outras estratégias terapêuticas, e tem como objetivo primordial a erradicação do tumor, o controlo do desenvolvimento tumoral, uma abordagem paliativa e profilática de recidivas (Brunner *et al*, 2002).

Nos estadios I e II, ou seja, em estadios mais precoces da patologia, em que pode não existir um envolvimento ganglionar, a quimioterapia assume um papel crucial no processo de cura. A menor carga tumoral existente nestes estadios faz com que sejam mais suscetíveis à ação dos fármacos citostáticos. No entanto, esta predisposição não implica uma obrigatoriedade de cura. Quando, no momento do diagnóstico inicial, o cancro apresenta micrometástases não identificadas, podem ocorrer mutações nas células tumorais, as quais podem adquirir resistência à ação dos agentes quimioterapêuticos (Brunner *et al*, 2002).

Consequentemente, a aplicação da quimioterapia, pode ser feita aquando do diagnóstico ou antes da cirurgia, o que permite uma intervenção cirúrgica menos complexa e invasiva, como uma lumpectomia ao invés de uma mastectomia radical (Brunner *et al*, 2002).

Por seu lado, nos estadios mais avançados da patologia, III e IV, a quimioterapia é utilizada como terapia adjuvante de outras, que consiste numa associação de múltiplos fármacos e apresenta comumente resultados positivos (Brunner *et al*, 2002).

No que respeita às terapias hormonais, verifica-se que se “... baseiam no resultado de um ensaio do recetor de estrogénio e progesterona do tecido tumoral obtido durante a biópsia inicial” (Brunner *et al*, 2002, p. 1221).

Ao contrário da quimioterapia, que atua na rápida divisão das células, a terapia hormonal dirige-se às células cujo desenvolvimento depende do estrogénio. A eficácia deste método deve-se à presença de recetores de estrogénio na superfície das células tumorais, e verifica-se que uma diminuição dos níveis de estrogénio em circulação promove um desenvolvimento mais lento do cancro (Taber, 2000).

Quanto à radioterapia, constata-se que se resume “... à utilização de radiação ionizante no tratamento de neoplasias malignas (...) mediante a aplicação de raios X, rádio, radiação ultravioleta e outras radiações” (Taber, 2000, p. 1500). Assim, de acordo com o estadió de desenvolvimento do cancro, a radioterapia da mama, assume um protagonismo diferente. Nos estadios I e II, encontra-se vulgarmente associada à cirurgia de prevenção, na medida em que “... as radiações erradicam as células tumorais que ficam depois da manipulação do tumor durante a cirurgia” (Phipps *et al*, 2003, p. 1802). Nesta linha de pensamento, os autores referem que, embora esta técnica seja vulgarmente utilizada como terapia adjuvante pós-cirúrgica, a sua utilização numa fase prévia à cirurgia conservadora, acarreta benefícios quando a carga tumoral é maior.

Nos estadios III e IV, o cancro apresenta uma predisposição para a metastização, tendo como consequência um foco de dor de elevada intensidade e, como tal, a radioterapia assume um papel paliativo, revelando-se fundamental na diminuição da dor.

Neste âmbito, a literatura refere que a cirurgia é o método de tratamento de eleição, sendo que numa localização restrita do tumor (estadio I ou II), as intervenções cirúrgicas propostas são a mastectomia radical modificada, com ou sem reconstrução da mama, ou procedimentos preservadores da mama (lumpectomia), intervenções que têm como objetivo assegurar um controlo loco-regional da patologia, com intuito de se reconhecer a probabilidade de eventuais recidivas e proporcionar uma maior longevidade e qualidade de vida, bem como garantir o menor comprometimento estético possível (Phipps *et al*, 2003).

Compreende-se então que, num estadio III ou IV de evolução do cancro da mama, é utilizada a associação de uma técnica cirúrgica (radical ou parcial), juntamente com a quimioterapia sistémica ou terapia hormonal (Phipps *et al*, 2003).

Neste sentido, atualmente defende-se como intervenção de eleição, a realização da mastectomia radical modificada, a qual consiste na extração total da mama, bem como do tecido adiposo e gânglios linfáticos axilares circundantes. Os músculos peitorais e os nervos subjacentes não são removidos, o que beneficia a mulher ao nível estético, não compromete os movimentos do braço e do ombro, minimiza as deformidades torácicas e não exige a utilização de um excerto cutâneo (Serrano *et al*, 2004).

Porém, numa fase pós-mastectomia, a fim de diminuir os constrangimentos psicológicos da mutilação, a mulher pode decidir por uma cirurgia reconstrutiva, a qual tem como finalidade contribuir para um aumento da autoestima, da autoconfiança e do bem-estar geral da mulher, nesta perspetiva Serrano *et al* (2004), afirmam que a possibilidade de efetuar uma mamoplastia de reconstrução está dependente da escolha e expectativa da mulher, sendo uma opinião benéfica especialmente a nível psicológico e emocional. Deste modo, a reconstrução da mama pode ser imediata (no momento da mastectomia) ou tardia (seis meses a um ano após a mastectomia) (Brunner *et al*, 2002), verificando-se que muitas mulheres, consideram que a reconstrução imediata diminui significativamente as sensações de perda, mutilação e desfiguração.

Além disto, compreende-se que a reconstrução cirúrgica da mama, não interfere com o tratamento sistémico, nem influencia o risco de recidivas e pode ser efetuada mediante dois tipos de procedimentos: os implantes e os retalhos de tecido autólogo. Os implantes são bolsas de silicone, que se inserem "... numa cavidade, por baixo do grande peitoral sendo sustentadas pelos músculos grande peitoral, dentado anterior e abdominal recto superior" (Phipps *et al*, 2003, p. 1804). Os mesmos autores referem ainda que o retalho autólogo baseia-se na utilização de tecido músculo cutâneo do grande dorsal ou tecido miocutâneo do reto abdominal oblíquo, da parte inferior do abdómen.

1.4- Complicações da Mastectomia

Wall (2002) afirma que:

... só há duas coisas boas que se podem dizer acerca do cancro: alguns podem ser curados e alguns não são dolorosos (...) porém todos têm como principal desvantagem a ausência de sinais de dor na fase inicial, o que significa que o diagnóstico é adiado... (p. 137).

1.4.1- Complicações Precoces

A preparação pré-operatória da mulher é função de uma equipa que inclui o enfermeiro, contribuindo grandemente para a recuperação pós-operatória. Esta preparação deve ser realizada não só a nível físico, mas também a nível psicológico e de forma direcionada especificamente para o tipo de cirurgia à qual a mulher vai ser submetida (Almeida, 2010).

Na grande maioria dos casos, o período pré-operatório é caracterizado como um período crítico, onde pairam sobre a mulher muitas incertezas, confusões e angústias, sentidas não só pela mulher, como respetiva família. Porém, estes sentimentos são revelados aos profissionais de saúde, podendo influenciar não só a reação da mulher à terapêutica mas também o prognóstico da doença (Almeida, 2010).

O enfermeiro e a restante equipa devem consciencializar-se do estado emocional da mulher e família, procurando estabelecer um clima de confiança, esclarecendo a mulher acerca das suas dúvidas e promovendo desta forma adequada, cuidados antecipatórios (Almeida, 2010). Estes esclarecimentos/informações devem ser realizados de uma forma individualizada, pois são de extrema importância.

Relativamente à educação para a saúde no pós-operatório, cabe ao profissional de saúde em geral, e ao enfermeiro em particular, orientar a mulher para a importância do levantar precoce e da mobilização no leito, da forma de tossir corretamente e de como deve posicionar adequadamente o membro superior que sofreu esvaziamento axilar. Estes procedimentos devem ser perfeitamente justificados, para que sejam compreendidos pela mulher, para assim se obter uma maior e melhor adesão à terapêutica (Almeida, 2010).

As complicações pós-operatórias, geralmente resultam dos efeitos residuais dos fármacos anestésicos e/ou do procedimento cirúrgico, podendo ocorrer de imediato ou tardiamente. No pós-operatório imediato, as complicações mais frequentes estão associadas a dor e a hemorragia.

Bervian (2006) refere que a dor “... não é mais do que uma experiência sensorial e emocional desagradável, associada a uma real ou potencial lesão do tecido ou descrita em termos desta lesão...” e acrescenta que “... a dor é sempre subjetiva...” (p. 46).

A dor peri-operatória está presente numa pessoa submetida a cirurgia, independentemente da sua idade, quer permaneça em regime de internamento ou ambulatorio, podendo ser causada por uma doença pré-existente, resultar do ato cirúrgico ou da conjugação de ambas. É considerada aguda quando tenha sido iniciada recentemente, de uma forma abrupta ou com uma provável duração limitada, havendo normalmente uma definição temporal e/ou causal (Bervian, 2006).

A dor na atualidade é considerada como o 5º sinal vital. Deste modo, a Direção Geral de Saúde (2003), recomendou o controlo eficaz da dor como sendo um dever dos profissionais de saúde, um direito dos doentes que dela sofrem e um passo fundamental para a efetiva humanização dos cuidados.

Cabe aos enfermeiros proceder à avaliação e ao registo da intensidade da dor, efetuada de forma contínua e regular, tal como se age para outros parâmetros vitais, de modo a otimizar a terapêutica, proporcionar maior segurança à equipa prestadora de cuidados de saúde e melhorar a qualidade de vida da pessoa.

Para Bervian (2006):

A dor do cancro é pior do que inútil. Não oferece absolutamente nenhum sinal protector, porque a doença está num estadio bastante avançado antes dela começar (...) caso se ficar sem tratamento, acrescenta-se simplesmente à angústia da morte iminente. Pior, a dor não tratada acelera a morte... (p. 130).

O controlo da dor é da responsabilidade do enfermeiro, não devendo nunca ser menosprezada, devendo ser encarada como um problema resolúvel a curto prazo. Para Neves (2000, p. 94) “... reconhecer o direito de controlo da dor é reconhecer a autonomia e dignidade humana, é elucidar doentes e família de que a dor pode ser aliviada de modo seguro e eficaz...”.

Outra das complicações imediatas no pós-operatório é a presença de hemorragias ou mesmo choque hipovolémico. A primeira poderá ser interna ou externa, e dever-se à incisão operatória nas primeiras quarenta e oito horas, ou mais tarde, entre o sexto e sétimo dia do pós-operatório (Phipps *et al*, 2003).

O enfermeiro deve estar desperto para estas situações para atuar em consonância e atempadamente, valorizando os sinais, sintomas e manifestações referidos pela pessoa, a fim de prevenir desconfortos, ansiedades e preocupações. Para evitar o choque hipovolémico, o profissional de saúde deverá estar atento ao risco de hemorragia. Outras complicações inespecíficas do pós-operatório poderão ser: hipotensão, disritmias, desequilíbrios hidro-electrolíticos, alterações da ventilação pulmonar, retenção urinária e tromboembolismo, que também podem surgir em qualquer outra intervenção cirúrgica (Phipps *et al*, 2003).

1.4.2- Complicações Tardias

As complicações tardias, específicas desta patologia, prendem-se com o aparecimento de hematomas no local da incisão, acompanhados ou não de dor, infeção da ferida operatória e linfedema, que se caracteriza pelo aparecimento de edema do membro superior do lado operado, devido à obstrução das vias linfáticas, ao nível da axila, estendendo-se pelo braço e antebraço. Este deverá ser prevenido desde cedo através da observação e deteção de sinais inflamatórios, adotando posicionamentos corretos, preferencialmente com elevação do membro afetado, com o intuito de facilitar o retorno da linfa, e pela promoção de exercícios de drenagem linfática (Phipps *et al*, 2003).

O ombro congelado, ocasionado pela ausência de movimentos, origina uma certa atrofia muscular e articular, exigindo de igual modo o recurso a exercícios específicos realizados com o membro do lado operado (Phipps *et al*, 2003).

A alteração da autoimagem resultante da mastectomia exige uma preparação e apoio psicológico, efetuado antes do ato cirúrgico, com elucidação da pessoa para a necessidade de recurso a próteses e vestuário adaptado à nova imagem corporal.

Nesta sequência, conclui-se que a mastectomia se encontra diretamente correlacionada com a alteração do autoconceito da mulher, aspeto que se irá abordar seguidamente.

1.5-Impacto da Mastectomia na Vida da Mulher

A sociedade valoriza o corpo perfeito como essencial na atração sexual, e isso pode ser observado nos meios de comunicação, no qual são utilizados corpos esculturais para vender os mais variados produtos, além do aumento significativo do número de cirurgias plásticas para implantes de silicone (Almeida, 2010).

Nesse aspeto, a mastectomia pode provocar consequências importantes na vida da mulher em razão das modificações estéticas decorrentes, e assim, desencadear novas reações relacionadas ao próprio corpo e às demais pessoas (Prado, 2002).

1.5.1-Relacionamento Familiar

A mastectomia causa um impacto que afeta não apenas a mulher, mas estende-se ao seu âmbito familiar, contexto social e grupo de amigos. Esse impacto é potencializado pelos tratamentos indicados associados à cirurgia. A situação da doença e da mastectomia afeta os relacionamentos interpessoais na família, visto que diante de todo o processo, as alterações de ordem física, emocional e social na vida da mulher se estendem aos familiares (Melo *et al*, 2005).

O impacto na família não se resume à reorganização necessária para atender as necessidades quotidianas, e de cuidado à saúde da mulher, mas afeta também os relacionamentos. Diante do diagnóstico de uma doença crónica, a família enfrenta uma série de tensões excessivas que interferem nas relações dentro da unidade familiar (Melo *et al*, 2005).

Uma situação de crise familiar, como é o caso de uma doença como o cancro, pode alterar os modos de relação de interdependência dos sujeitos envolvidos, podendo tornar os conflitos maiores e de resolução mais difícil. As mudanças no quotidiano das pessoas podem promover um estado de equilíbrio ou desequilíbrio, dependendo da compreensão ou entendimento das pessoas acerca da situação, além dos meios ou artifícios de ajuda e auxílio disponíveis, utilizados pelos envolvidos. Dessa forma, o processo de descoberta e tratamento da doença, embora cause um impacto inicial, pode representar ou não conflito na família (Bergamasco *et al*, 2001).

Na pesquisa de Melo *et al* (2005), foi verificado que esse processo representou um elo de união para a família, proporcionando uma melhor adaptação à situação. Os autores relataram ainda que a família, ponto de apoio fundamental para o crescimento interior da pessoa, é uma força positiva para as tomadas de decisões e transformação de conceitos e comportamentos. Outro dado importante observado na pesquisa, é a contribuição do oferecimento de cuidados e atenção à mulher para uma recuperação mais rápida e menos traumática.

O afeto familiar permite à mulher manter uma certa estabilidade para lutar contra a doença, conseguindo suprir as suas carências emocionais e alcançando uma melhor aceitação e orientação comportamental (Bervian, 2006).

O mesmo autor constatou ainda que o cancro de mama e a subsequente mastectomia muitas vezes representam um fator articulador na dinâmica familiar, integrando os membros entre si e mobilizando toda a família em torno do problema, embora não descartem a hipótese de uma degradação familiar. O relacionamento, segundo eles, seria facilitado apenas quando há uma comunicação aberta e flexível, capacidade de articulação de expressões e sensibilidade para perceber comportamentos verbais e não-verbais. Dessa forma, a reação das pessoas estaria associada ao nível de relação da família anteriormente à doença, ou seja, esta vai constituir um fator contribuinte para as relações interpessoais existentes no contexto familiar, tornando-as mais fortes ou mais frágeis.

O relacionamento marital, quando existente, é considerado por muitos autores como fundamental para a reestruturação da integridade da mulher, já que por consequência da mutilação proveniente da mastectomia, a mulher tem a sua autoimagem alterada, interferindo na sua autoconfiança e autoestima. Dessa forma, nesse momento em que ela se sente diminuída na sua feminilidade, atratividade e sexualidade, a presença do companheiro torna-se imprescindível para esta reestruturação (Arán *et al*, 1996).

Paula (s.d.) observa que os casais que tentam vencer a dor e o sofrimento sozinhos, isolados um do outro e não compartilham a tristeza, tendem a considerar o processo da doença e do tratamento mais difícil. Cunha (2004), considera que a falta de apoio do marido nesses momentos de doença é considerada como forte agressão à mulher, afetando a sua autoestima, num momento em que necessita de ser aceite, de compreensão e de carinho.

1.5.2-Funcionamento Social

Sabe-se que o cancro da mama e a consequente mutilação causada pela cirurgia não afetam apenas as relações familiares: as relações sociais são profundamente afetadas, já que o cancro ainda possui uma conotação de terminalidade, causando preconceito por parte das pessoas. Aliado a esse aspeto, o constrangimento associado à doença estigmatizante leva a mulher a afastar-se do seu convívio social (Melo *et al*, 2005).

Esta inadequação dos relacionamentos sociais da mulher mastectomizada no período de readaptação, poderá dificultar o seu ajustamento social, dificultando assim a sua reabilitação (Melo *et al*, 2005). A morte dos papéis sociais, que se dá pela mudança da rotina vivida anteriormente, gera uma necessidade constante de adaptação ao tratamento e ao novo estilo de vida, limitado em decorrência da cirurgia.

Melo *et al* (2005) utiliza a ideia de autoconceito associado ao cancro da mama, no sentido de que, o valor que a mulher atribui a si mesma influencia o significado de sentir-se com cancro, que influencia por conseguinte, a forma de dar e receber afeto das

outras pessoas. Através do processo de autoconceito, a pessoa desenvolve a capacidade para o enfrentamento de problemas.

Duarte e Andrade (2002) observaram que as dificuldades encontradas na retoma da vida social após a mastectomia são caracterizadas por uma série de fantasias e medos, despertados pelo contato com o mundo externo, implicando uma mudança de comportamento, em que as mulheres mais sociáveis se tornaram mais reservadas. Pode-se observar, na pesquisa dos autores, que nem sempre o mundo externo ou as pessoas do convívio social reagem ou dão alguma impressão que leve as mulheres mastectomizadas a se afastarem. Muitas vezes, estas mulheres fantasiam acerca do comportamento das pessoas, crendo que a sua percepção é verídica.

1.5.3-Imagem corporal e sexualidade

A imagem corporal pode ser compreendida como a representação mental que a pessoa tem do próprio corpo, estando diretamente vinculada à percepção, compondo-se de aspetos fisiológicos, psicoafectivos, socioculturais, cognitivos e relacionais. Essa imagem é construída ao longo de toda a vivência, a partir de experiências com o mundo exterior (Duarte e Andrade, 2002). Segundo Messa (s.d.), trata-se de um processo de constante dinamismo e mutação, e influência as relações da pessoa consigo própria, com o ambiente e os seus semelhantes.

A perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal. A retirada deste órgão representa uma limitação estética e funcional, que provoca uma imediata repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático para a maioria das mulheres, trazendo prejuízo na sua qualidade de vida, na satisfação sexual e recreativa. Além da cirurgia, o tratamento de quimioterapia produz efeitos colaterais que são indicadores visíveis da doença, como alopecia e ganho de peso. A mulher pode então sentir-se estranha, manifestar sentimentos de vergonha, ter dificuldade em se relacionar com o marido, sentindo-se sexualmente repulsiva, passando a evitar contatos sexuais. Um medo muito frequente entre as mulheres mastectomizadas é o de não ser mais sexualmente atraente. Estes conflitos são resolvidos quando a mulher é capaz de reconhecer e aceitar a sua nova

imagem. Para isso, é fundamental viver um processo de luto para elaborar essa perda (Arán *et al*, 1996).

Lim (s.d.), citado por (Duarte e Andrade, 2002) observou num estudo realizado com vinte mulheres mastectomizadas que, da totalidade das participantes, nove apresentaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na frequência de relações sexuais. Houve também mudanças no comportamento sexual, em que as mulheres evitavam despir-se diante dos parceiros e serem tocadas pelos mesmos. Algumas mulheres relataram ainda, que ao retomar a sua vida sexual, sentiram muita diferença e tinham medo do marido não as aceitar.

Contudo, Duarte e Andrade (2002) afirmam que a mastectomia não é a única causa dessa sensação de desconforto relatada pelas mulheres. Além disso, existem outros fatores, antecedentes ao diagnóstico, que podem influenciar e intensificar o quadro de desconforto para a mulher acometida, como problemas financeiros, sociais, conjugais, idade da mulher, a sua forma de lidar com situações adversas e também a falta de informação sobre a doença e as suas consequências.

Duarte e Andrade (2002) verificaram que a reciprocidade da relação sexual depende da mulher, ou seja, se ela for mais recetiva, o companheiro tende a aproximar-se mais dela e o relacionamento torna-se melhor. Para Rossi e Santos (s.d.) (citados por Sampaio, 2006), o relacionamento sexual depende muito de como era antes da doença. Aquelas mulheres com bom relacionamento com o parceiro, tendem a continuar da mesma forma, mas aquelas que o relacionamento não era bom, relatam que piora. Assim, relacionamentos considerados frágeis antes da doença dificilmente sobrevivem após um evento traumático.

A qualidade do relacionamento existente entre o casal será responsável não só pelo alcance e a manutenção da estabilidade emocional da mulher, mas também pelo retorno do interesse sexual numa fase mais tranquila da doença. Assim, após a cirurgia e com a estabilidade da doença, o casal volta a interessar-se pela vida sexual e começa a preocupar-se com o relacionamento sexual de ambos. Procuram maior intimidade, e

novas formas de adaptação às condições atuais da mulher, a fim de tornar o relacionamento sexual mais agradável, confortável e prazeroso (Pádua, 2006).

1.5.4-Qualidade de vida

A Organização Mundial de Saúde define qualidade de vida como a “... percepção do indivíduo da sua posição na vida no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objectivos, expectativas, padrões e preocupações” (Sales *et al*, 2001, p. 264). A qualidade de vida pode ser avaliada do ponto de vista da pessoa, referindo-se à satisfação com o seu nível funcional, comparado com o que ele percebe como sendo possível ou ideal (Sales *et al*, 2001). Desta forma, a avaliação da qualidade de vida global inclui o funcionamento físico, psicológico, social, sexual e espiritual, incluindo ainda nível de independência, ambiente e crenças pessoais (Sales *et al*, 2001).

Vários estudos têm avaliado a qualidade de vida de mulheres tratadas de cancro da mama, e observa-se que este teve um grande impacto no papel social das mulheres na família, manifestando-se como o medo da ocorrência do cancro nas filhas. No trabalho, a manutenção do mesmo e o impacto financeiro foram os principais aspetos referidos, e na sexualidade, foram citados a perda da mama, sintomas da menopausa ou outros do aparelho reprodutivo (Almeida, 2010).

Miceli (2006) afirma que a qualidade de vida relacionada à saúde é um conceito centrado na avaliação subjetiva do doente, porém ligado ao impacto da saúde sobre a capacidade de o indivíduo viver plenamente. Dessa forma, depende de percepções, crenças, sentimentos e expectativas individuais, variando ao longo do tempo, de acordo com as mudanças ocorridas com a pessoa e com o que está à sua volta, envolvendo as dimensões física, social e psicológica, interligadas entre si.

A OMS (Organização Mundial de Saúde), cita ainda dois outros domínios: o nível de independência, avaliada por meio de mobilidade, atividades rotineiras, dependência de medicamentos ou tratamentos e capacidade de trabalho; e o nível do ambiente, caracterizado pela segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais. Em suma, a qualidade de vida seria o grau de satisfação do

indivíduo com a sua vida familiar, amorosa, social e ambiental, além da sua própria estética existencial (Miceli, 2006).

Num estudo realizado por Sales *et al* (2001), com cinquenta mulheres com cancro da mama que passaram por cirurgia, pode-se observar alguns aspetos da qualidade de vida destas mulheres. A avaliação da atividade de lazer indicou que o tratamento não a modificou para mais da metade das mulheres (52%), enquanto 18% deixaram de realizar qualquer atividade. Os motivos pelos quais as mulheres reduziram ou deixaram as suas atividades de lazer foram a dor, os exames frequentes, a preocupação e não se sentir bem ou mesmo a idade. Em relação ao trabalho, 98% das mulheres realizavam atividades domésticas antes do tratamento, sendo que 50% destas reduziram ou adaptaram estas atividades após o tratamento, as razões apontadas para a diminuição ou término das atividades foram a dor, as orientações para não carregar pesos, a menor agilidade, a discriminação, o edema no braço, o maior cuidado consigo mesma e a idade.

Ainda no estudo realizado pelos autores, 22% das mulheres revelaram influência dos problemas físicos decorrentes da doença e do tratamento na vida pessoal, social e familiar. As consequências relatadas foram introversão, dependência dos outros, nervosismo, choque das pessoas, medo, vergonha de se despir, distanciamento das pessoas e problemas com alimentação e sono. Na avaliação da própria qualidade de vida após o tratamento, 82% dessas mulheres consideraram boa ou ótima, atribuindo principalmente à saúde pessoal bom relacionamento familiar e social. As demais (18%) avaliaram a sua qualidade de vida como má ou regular, atribuindo a isso o medo da recidiva, a limitação das atividades, a idade e os problemas financeiros (Sales *et al*, 2001).

Os dados da pesquisa de Sales *et al* (2001) mostram que algumas mulheres perceberam mudanças tanto positivas quanto negativas nos relacionamentos sociais e familiares, lazer e trabalho, especialmente no doméstico, de natureza eminentemente braçal. O apoio social e familiar é procurado e obtido pela maioria das mulheres através de familiares e amigos, mas nem sempre de todos. A maioria avalia a qualidade de vida

positivamente. Os autores observaram ainda que o apoio social e familiar, assim como de todos os profissionais de saúde, parece contribuir para um bom funcionamento social e, conseqüentemente, uma melhor qualidade de vida.

Segundo Prado (2002), a possibilidade de voltar ao mercado de trabalho faz parte dos planos das mulheres que trabalhavam antes da cirurgia. Este retorno simboliza uma tentativa de retomar o cotidiano e a autonomia, sentindo-se produtiva e independente. Além disso, para viver com qualidade, a mulher precisa aprender a viver e a conviver com as limitações e sequelas que a mastectomia promove.

Netto (1997) refere os tratamentos de quimioterapia, radioterapia e hormonal como responsáveis por efeitos colaterais que podem marcar definitivamente a vida das mulheres, interferindo diretamente na sua qualidade de vida. Esses efeitos são responsáveis por náuseas, vômitos, alopecia, alterações sexuais e reprodutivas, podendo ocasionar menopausa prematura. Associados a estes efeitos, há ainda a vergonha do aspecto físico, perda da privacidade, alterações na libido, criando obstáculos para a efetivação da vida afetiva e sexual ativa.

1.5.4-A reconstrução da mama

Reconstruir a mama pode representar a preservação da autoimagem da mulher, melhor qualidade de vida, e portanto, um processo de reabilitação menos traumático. Inúmeros recursos de cirurgia plástica estão à disposição para amenizar os sentimentos pela alteração física, provocada pela mastectomia (Prado, 2002).

Na perspectiva de Melo (2002), é incerta a percentagem de mulheres mastectomizadas que têm a intenção de procurar a reconstrução, mas este método na pós-mastectomia continua a ser uma importante opção estética e de reabilitação. A maioria das mulheres que procurou a reconstrução sentiu-se feliz com os resultados estéticos, superando as suas expectativas. Estudos realizados com mulheres submetidas à reconstrução imediata têm demonstrado que, além da satisfação estética devido aos resultados cirúrgicos, o índice de morbidade psicológica é significativamente inferior em relação à mastectomia. As mulheres então submetidas à reconstrução imediata demonstraram-se menos

deprimidas e sofreram menor impacto quanto à sua feminilidade, autoestima e atratividade sexual, em relação às outras não submetidas à reconstrução e às que optaram por reconstrução tardia (Melo, 2002).

Num estudo realizado por Maluf *et al* (2005), constatou-se que 68% das mulheres submetidas à reconstrução imediata sentiram-se muito satisfeitas com o resultado estético da cirurgia, e quando comparadas com o grupo de reconstrução tardia, notou-se no segundo grupo, um grande nível de sofrimento psíquico e diminuição das funções psíquicas, aliados a uma baixa autoestima. Os estudos mostram que a intervenção imediata possui vantagens relacionadas a um melhor resultado estético e custo/benefício para as mulheres que a realizaram imediatamente após a cirurgia.

Desta forma, parece que a reconstrução mamária melhora a autoimagem, o senso de feminilidade e o relacionamento sexual. As mulheres que passaram pela cirurgia reparadora tendem a expressar atitudes positivas e satisfação com a aparência, além de menor temor de recidiva e com a remoção da cicatriz (Vianna, 2004).

1.6- Cuidados de Enfermagem

Neste momento, e após efetuada a pesquisa, pretendemos identificar linhas orientadoras para a prática dos cuidados de enfermagem, concretamente no âmbito do cuidado à mulher mastectomizada.

Os dados disponíveis sobre a doença oncológica, neste século, dão-nos conta que, apesar dos avanços no controlo desta entidade clínica e de um aumento na taxa de cura e de sobrevida, em 2020 serão ainda diagnosticados dezasseis milhões de novos casos (Pinto, 2009).

Neste contexto, a autora refere que a incidência do cancro vai aumentar, o controlo da doença será mais eficaz e, em consequência, registar-se-á uma maior taxa de prevalência da doença oncológica e, como tal, um maior número de sobreviventes.

Ainda nesta linha de pensamento, a autora refere que os tratamentos e outras estratégias de controlo da doença oncológica, estão em evolução, o que vai permitir ao doente ser menos dependente das instituições de saúde. Parece consensual, que esta mudança, acompanhada de estratégias, vai permitir devolver a pessoa à comunidade, estando esta capaz de controlar a sua doença. Facto este que desafia o enfermeiro a uma maior atenção da dimensão psicossocial da doença, e potencia nas pessoas e familiares a necessidade de desenvolverem competências enquanto agentes promotores do seu nível de saúde.

O Plano Nacional de Saúde 2004-2010 esquematizava alguns princípios que permitiam servir de alicerce para a integração desta viragem no controlo da doença oncológica. De entre as estratégias para obter mais saúde, o mesmo documento aponta para a necessidade de uma abordagem centrada na família e no ciclo de vida, na gestão integrada da doença e nas estratégias para a gestão da mudança.

Enquanto facilitadores do processo de transição saúde/doença, os enfermeiros promovem na pessoa a aquisição de competências que os ajudam a incorporar novos conhecimentos e alterar comportamentos para lidar com a nova situação de saúde (Cainé, 2008).

Os novos estilos de vida têm aumentado de forma sustentada a incidência das doenças oncológicas. Estima-se que é diagnosticado a treze mulheres por dia o cancro da mama no nosso país, para a qual a oferta de cuidados de enfermagem especializados é na maioria das vezes escassa.

A complexidade das dimensões que envolvem a condição de saúde da mulher mastectomizada, não se resolve com uma simples abordagem dos tratamentos a que vai ser submetida, prática comum em alguns contextos hospitalares. Os cuidados de enfermagem nesta área implicam mais investigação e formação, que garantam o desenvolvimento de competências aos profissionais (Pinto, 2009).

O processo de mudança, de integração e aceitação da nova condição é demorado e requer uma atenção particular, promotora na mulher de sentimentos, conhecimentos e capacidades para lidar com a sua condição (Pinto, 2009).

A palavra transição deriva do latim, *transitióne*, e significa ato ou efeito de passar de um lugar, de um estado ou de um assunto para outro; trajeto. A literatura utiliza frequentemente a palavra transição para descrever um processo de mudança nos estados de desenvolvimento de vida ou alterações de saúde, e em circunstâncias sociais em vez da resposta das pessoas à mudança (Meleis *et al*, 2000).

A transição não é apenas uma outra palavra para designar mudança, mas conota processos psicológicos envolvidos na adaptação para o acontecimento da mudança ou rutura. Neste sentido, transição não é um acontecimento, mas antes uma reorientação interior e auto redefinição, pelo que as pessoas passam a incorporar alterações na sua vida. Os indicadores de que a transição está a acontecer incluem o sentimento individual relacionado, e interagindo com a sua situação e com outras pessoas (Bridges, 2004).

Neste contexto, a pessoa sente-se situada para que possa refletir, interagir e desenvolver uma confiança crescente em lidar com a mudança e dominar novas capacidades e novas formas de viver, enquanto desenvolve um sentido de identidade mais flexível no meio destas mudanças (Meleis *et al*, 2000).

De acordo com Selder (1989), transição ocorre quando a realidade atual de uma pessoa é interrompida, obrigando a mudar por opção ou forçosamente, o que resulta na necessidade de constituir uma nova realidade. Pode acontecer apenas se a pessoa está consciente das alterações que estão a decorrer (Chick e Meleis, 1986).

Esta consciência é seguida pelo compromisso, em que a pessoa está imersa num processo de transição e empreende atividades como a procura de informação e apoio, identificando novas formas de viver e de estar, modificando as atividades anteriores e fazendo sentido às circunstâncias (Chick e Meleis, 1986).

Bridges (2004) e Selder (1989) destacam a importância da necessidade da pessoa em tomar conhecimento de que a forma anterior de viver e de estar terminou, ou que a

realidade atual está sob ameaça, e que a mudança precisa de acontecer antes que o processo de transição possa começar. Quando esta tomada de conhecimento ocorre, é possível fazer sentido do que está a acontecer e reorganizar uma nova forma de viver, responder e estar no mundo. O processo de consciência superficial pressupõe notar o que tem mudado e como as situações estão diferentes (Kralik, 2002; Meleis *et al*, 2000).

A transição precisa de ser vista em todos estes níveis, se o enfermeiro pretender considerar uma perspetiva holística do cuidado da pessoa. Ajudar as pessoas à transição em direção ao sentido de domínio envolve aquisição de informação (Hilton, 2002), sistemas de apoio social (Glacken *et al*, 2002), manter ou desenvolver ligações fortes com os outros (Arman e Rehnsfeldt, 2003) e aprender formas de se adaptar à mudança através da consciência elevada do eu (Kralik *et al*, 2003; Hilton, 2002; Kralik, 2002; Martin, McDonald e Biernoff, 2002; Fraser, 1999; Shaul, 1997).

É evidente nestas pesquisas que a transição não é simplesmente uma mudança, mas também um processo que as pessoas vivem para incorporar a mudança ou a rutura nas suas vidas. Em alguns estudos, os próprios participantes identificaram a transição como uma parte importante do processo de cura ou recuperação (Kralik 2002; Glacken *et al*, 2001). Eles descrevem o processo de mudança, de reconstrução e incorporação como essencial para a transição, quer seja num contexto das suas relações, nos seus papéis ou novas estratégias de coping (Skarsater *et al*, 2003; Hilton, 2002).

Arman e Rehnsfeldt (2003) referem-se ao curso da mudança associado ao cancro da mama como um tipo de “transição”, “transformação” ou “transcendência” em torno da procura do “significado”, enquanto a pessoa segue um caminho cujo objetivo é voltar a ganhar “integridade” e “equilíbrio”. Os autores sugerem que as mulheres podem estar em diferentes fases deste processo de transição e movimentar-se entre elas simultaneamente enquanto incorporam vários aspetos de transição.

É através da compreensão do processo de transição que os profissionais de saúde estão melhor dotados para ajudar as mulheres no processo de adaptação. Schumacher e Meleis (1994), propõem a transição como um dos conceitos centrais da disciplina de enfermagem, porque:

Os encontros entre os clientes e os enfermeiros ocorrem frequentemente durante períodos transacionais de instabilidade precipitadas por mudanças desenvolvimentais, situacionais ou de saúde/doença. Estas alterações podem produzir profundas alterações na vida dos indivíduos e daqueles que lhes são significativos e têm implicações importantes no seu bem-estar e saúde... (p. 119).

Os mesmos autores definiram transição, no domínio da área de enfermagem, referindo-a ao processo e às experiências dos seres humanos, vivenciando transições e funcionando como facilitadora das transições para promover o sentido de bem-estar. Esta definição apresenta-nos o conceito de transição, que para os autores é central, e que pensamos importante aprofundar porque o entendemos como referência no desenrolar deste estudo.

A transição pode ser definida como uma passagem, ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro, que implica um processo, uma direção e alterações em padrões fundamentais da vida. Refere-se ao processo e ao resultado de complexas interações entre pessoa e ambiente, que pode envolver mais do que uma pessoa e que está inserido num contexto e numa situação (Chik e Meleis, 1986; Schumacher e Meleis, 1994; Meleis e Trangenstein, 1994).

Meleis e Trangenstein (1994) referem que, embora a transição não seja um conceito central inerente a muitas das teorias de enfermagem, pode considerar-se congruente ou estar relacionado com os conceitos de adaptação, autocuidado, desenvolvimento humano unitário, expansão da consciência e tornar-se humano.

O enfermeiro interage com o ser humano, que faz parte de um contexto sociocultural, numa condição de saúde/doença e que vive, de alguma maneira, uma transição real ou por antecipação; e a interação enfermeiro/cliente organiza-se em torno de uma intenção que conduz a ação para promover, restaurar ou facilitar a saúde (Meleis, 2007).

Na realidade, os enfermeiros lidam com pessoas que estão a experimentar transições, a antecipar transições ou a completar o ato de transição, e a missão da enfermagem deve

consistir em facilitar os diferentes processos de transição que os indivíduos experienciam. Foram identificados quatro tipos de transição centrais para a prática de enfermagem, com os clientes individualmente ou com famílias: desenvolvimental; saúde/doença; situacional e organizacional (Meleis *et al*, 2000).

A categoria da transição saúde/doença inclui transições referentes a mudanças abruptas de papel, que resultam da passagem de um estado de bem-estar para um estado agudo de doença, de um estado de bem-estar para outro de doença crónica, ou da cronicidade para um novo bem-estar que envolve a cronicidade (Meleis *et al*, 2000).

Para Meleis *et al* (2000), apesar de existir uma tipologia das transições, os resultados obtidos por vários estudos demonstraram que as experiências das transições não são unidimensionais e que não são discretas ou mutuamente exclusivas, mas pelo contrário, cada transição caracteriza-se por ser única, pelas suas complexidades e múltiplas dimensões. O que implica a necessidade dos enfermeiros considerarem os padrões de todas as transições significativas na vida individual ou familiar, em vez de se focalizarem apenas num tipo específico de transição.

Indicadores de transições bem sucedidas são o bem-estar subjetivo, mestria no desempenho de um papel e o bem-estar nas relações (Meleis e Schumacher, 1994). E dado o interesse da enfermagem na saúde, podem identificar-se indicadores adicionais como: qualidade de vida; adaptação; capacidade funcional; auto atualização e transformação pessoal (Meleis *et al*, 2000).

De acordo com Meleis e Trangenstein (1994), tomar a transição como central na condição humana tem implicações para a prática de enfermagem, já que pode fornecer aos enfermeiros uma estrutura para descrever as necessidades críticas da pessoa durante a transição da admissão no hospital, a transição do regresso a casa, a transição da recuperação ou da transferência e conhecer as condições que as caracterizam, percebendo qual destas e nestas o que pode provocar diferentes respostas e consequências.

Outras disciplinas focalizam-se na transição mas o contributo único da enfermagem é dirigir-se para que o resultado seja o sentido de bem-estar. Definir enfermagem “como facilitadora das transições para desenvolver o senso de bem-estar” fornece à enfermagem uma perspetiva única. Só a enfermagem pretende ajudar os clientes facilitando as transições dirigidas para a saúde e a perceção de bem-estar; mestria; e nível de funcionamento e conhecimento através dos quais a energia dos clientes pode ser mobilizada (Meleis e Trangenstein, 1994).

Segundo Meleis e Trangenstein (1994), a teoria da transição oferece à enfermagem uma estrutura que enfatiza processos longitudinais e multidimensionais, que estão sempre relacionados com a natureza e com os padrões de resposta dos indivíduos e uma linguagem comum que abrange todas as áreas específicas, papéis profissionais e campos teóricos e metodológicos.

Para Meleis *et al* (2000), a teoria de médio alcance da transição pode conduzir a necessária pesquisa para descobrir os níveis e a natureza das vulnerabilidades nos diferentes pontos durante a transição. As intervenções de enfermagem que sejam o reflexo das diversidades e das complexidades das experiências de transição precisam de ser identificadas, clarificadas, desenvolvidas, testadas e avaliadas.

De acordo com Hesbeen (2003), a alteração resultante de um procedimento cirúrgico mutilador é um peso que tem de se carregar, mas isso não significa que não se possa atuar sobre as incapacidades que daí resultem e que permitam resolver ou minimizar os *handicaps* que possam surgir no exercício de viver a vida todos os dias. É sobre as referidas incapacidades que os enfermeiros podem oferecer respostas concretas para uma integração e adaptação absoluta da sua nova condição de saúde.

A nova condição da mulher submetida a mastectomia e os seus esforços na gestão do processo saúde/doença é, neste âmbito, uma área de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem. A compreensão sobre o modo como estas mulheres percecionam e vivenciam a sua nova condição foi fundamental para o desenvolvimento de estratégias de intervenção profissional, facilitadoras da transição e na garantia da sua adaptação, de acordo com os seus projetos de saúde (Pinto, 2009).

Os cuidados de enfermagem tomam por foco de atenção a promoção dos projetos de saúde que cada pessoa vive e persegue. Assim, os enfermeiros procuram, ao longo do ciclo vital, prevenir a doença e promover os processos de readaptação, a satisfação das necessidades humanas fundamentais e a máxima independência na realização das atividades da vida (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Consideramos que o enfermeiro se encontra numa situação privilegiada, pois é dos profissionais de saúde que mais contacto tem com o doente. São várias as oportunidades que o enfermeiro estabelece com a mulher mastectomizada, nomeadamente na altura do diagnóstico, no internamento, no pré e pós-operatório, durante a realização de terapias adjuvantes, como a quimioterapia e a radioterapia, e durante o *follow-up*.

O enfermeiro jamais pode esquecer que se encontra numa situação única e delicada, pois lida com aspetos do foro íntimo das pessoas. No caso da mulher mastectomizada, que se encontra mais frágil e vulnerável, o diagnóstico por si só é assustador, para além das alterações relacionadas com a imagem corporal e com a identidade sexual, que são aspetos que, na verdade, pertencem àquilo que a mulher tem de mais íntimo.

Torna-se importante que o enfermeiro, desde o primeiro contacto com a mulher, vá fazendo uma avaliação progressiva, não só do tipo de pessoa que tem pela frente, mas acima de tudo, do que essa pessoa sente, dos seus principais medos, das suas principais necessidades e do significado que a doença e a remoção da mama têm para ela. É necessário, desde logo, equacionar os problemas encontrados, para que possa ser estabelecido um plano de cuidados que tenha em conta, a idade, o estilo de *coping*, as estruturas e os problemas de suporte existentes a nível familiar, quais as pessoas consideradas significativas para a mulher e que podem ajudar, e ainda o estadió de adaptação em que a mesma se encontra (Pinto, 2009).

Por outro lado, seria desejável e importante que o enfermeiro pudesse trabalhar em equipa com outros profissionais de saúde e que os seus atos não fossem peças isoladas, mas que fossem também o resultado de uma atitude concertada no seio de uma equipa multidisciplinar. Esta estratégia congrega esforços, possibilitando a organização e coordenação quanto às metas a atingir e os meios mais apropriados para as concretizar,

promovendo a confiança da mulher na equipa. A este propósito, Martinez (1992) refere que a qualidade de vida de uma pessoa está dependente de um cuidado global, o qual implica a integração de serviços multidisciplinares.

Para além disso, e decorrente do que tem sido definido ao longo do presente trabalho, não podemos esquecer que a mulher mastectomizada só poderá ser encarada numa perspetiva familiar, ou seja, todo o cuidado de enfermagem planeado terá sempre que ter em conta o binómio mulher/família, com especial relevo para um outro possível binómio mulher/cônjuge, ou mulher/parceiro sexual.

As mulheres têm uma grande necessidade de expressarem os seus sentimentos, pelo que é extremamente importante que sejam criadas oportunidades para que isso aconteça. Durante a prestação de cuidados de enfermagem em internamento ou em ambulatório, o enfermeiro tem que dar oportunidade à mulher para se expressar, tem que existir tempo, disponibilidade e sobretudo vontade para falar com ela.

Neste sentido, Kérouac (1994, p. 291) diz que “... o enfermeiro, pela sua presença perante o outro, pela sua escuta e disponibilidade, favorece o desenvolvimento do potencial da pessoa que vive experiências de saúde”. Assim, neste contexto primordial, em que é necessário que a mulher partilhe os seus sentimentos, é importante que o enfermeiro estabeleça um tipo de relação que contemple a escuta ativa, tendo sempre presente que cada mulher terá a sua forma peculiar de se manifestar e de se exprimir, o que depende não só das suas características pessoais, mas também do seu contexto sociocultural.

No seguimento da escuta ativa e da criação de oportunidades para a expressão de sentimentos, é importante que o enfermeiro tenha conhecimento dos medos que as mulheres mastectomizadas normalmente sentem (Pinto, 2009).

Torna-se necessário despertar a atenção da mulher para a melhoria da aparência física e fornecer-lhe a informação acerca dos recursos disponíveis para lidar com as mudanças ocorridas no seu corpo, como consequência dos tratamentos, nomeadamente as decorrentes da mastectomia e da quimioterapia (Pinto, 2009).

Segundo Cohen *et al* (1998), os enfermeiros podem constituir preciosos recursos para a mulher e sua família, ajudando-a a reconhecer, a prevenir ou simplesmente lidar com os sintomas e os efeitos secundários do tratamento, tendo verificado no seu estudo, que isso conduziu a um menor nível de stress. Os mesmos autores referem ainda que o papel dos enfermeiros não é suficientemente utilizado na informação da mulher mastectomizada, e que eles devem providenciar informação, recursos e suporte, acreditando que pode ajudar a mulher a promover a sua autoestima e, em consequência, as suas relações interpessoais, a sua imagem corporal, o seu desempenho e a sua identidade, ajudando a ser mais capaz de lidar com a doença.

Pinto (2009), refere que o enfermeiro tem de criar oportunidades para que a mulher possa contactar com outras mulheres na mesma situação, quer através de grupos de mulheres mastectomizadas, quer através de amigas e parentes, não só pelas informações de várias ordens que recebem, mas também pelo facto de constituírem um exemplo de determinação e de sobrevivência. Lugton (1997) foca no seu estudo que o apoio dado por mulheres mastectomizadas é bastante importante e é uma das melhores formas da mulher com cancro da mama se reintegrar socialmente.

O enfermeiro deve compreender a experiência de doença a partir da perspectiva da mulher; por um lado, ajuda-o a validar a sua prática, e por outro, providencia informação útil que, tal como Steginga *et al* (1998) apontam, poderá servir como guia das próprias intervenções de enfermagem. O objetivo será ensinar a mulher a atravessar a experiência de sobrevivência, baseando-se no conhecimento da inter-relação entre o processo de doença e a compreensão da sua experiência pessoal desse mesmo processo.

A utilização da relação de ajuda por parte do enfermeiro pode ajudar a mulher a ultrapassar as suas dificuldades e a sentir que não está só. Nesta perspectiva, Lopes (1997) destaca a importância que deve ser atribuída ao respeito pela mulher e sua autonomia, no sentido de ser preservado e respeitado o caminho por ela escolhido. Essencialmente, trata-se de fazer com que a mulher se torne consciente do que está subjacente às suas preocupações para que, tanto quanto possível, ela assuma o controlo da própria situação. Ou seja, possibilitar que a pessoa adquira o potencial de ultrapassar a crise que atravessa, "... mas que também perceba que foi ela que a ultrapassou e que

tenha consciência de quais os mecanismos que usou, para que no futuro tenha mais possibilidades de ultrapassar outras dificuldades sozinha” (Lopes, 1997, p. 125).

Esta perspetiva acaba por fomentar a independência da mulher e por revelar a importância do papel da relação estabelecida entre o enfermeiro e a pessoa, como primordial na resolução da crise. Neste sentido, Price (1998) também salienta o valor do relacionamento interpessoal entre o enfermeiro e a pessoa, uma vez que cria oportunidades de desenvolvimento mútuo.

A este propósito, consideramos que esta perspetiva vem de encontro às conceções de enfermagem definidas por algumas autoras, como por exemplo Collière (1989), Watson (1985) ou Morse (1990), as quais concebem os cuidados de enfermagem como promotores da capacidade de viver de cada pessoa, apostando no conhecimento e desenvolvimento do poder interno de cada um.

De acordo com Lazure (1994), a relação de ajuda é o eixo no qual gravita o conjunto de cuidados de enfermagem. A relação de ajuda visa dar à pessoa a possibilidade de identificar, sentir, saber escolher e decidir face a uma determinada situação. Assim, pretende-se que na relação de ajuda, a pessoa que está a ser ajudada consiga ultrapassar uma experiência/provocação, enfrentar os seus problemas, resolver uma situação potencialmente problemática, e encontrar um funcionamento pessoal mais satisfatório, encontrando motivações que a ajudem a torná-la numa experiência positiva. Numa relação de ajuda, o enfermeiro deve promover a autonomia da pessoa, oferecer condições para que haja uma mudança, ajudar a pessoa a compreender-se, a fazer as escolhas adequadas e independentes. Esta relação estabelece-se através da escuta ativa, capacidade de clarificar, respeito, congruência e capacidade de empatia do enfermeiro.

Segundo Latorre Postigo (1995), é muito importante uma relação interpessoal adequada entre o enfermeiro e a pessoa doente; ambos formam um sistema relacional e influenciam-se mutuamente. Esta relação deve ser baseada numa comunicação positiva e eficaz, que permita à pessoa sentir-se à vontade para verbalizar as suas dúvidas e os seus medos. As principais condições para que se dê a comunicação são as seguintes: ter consciência dos próprios sentimentos e ideias, aceitar como nossos e expressá-los da

forma mais adequada possível, saber escutar, aceitar os sentimentos e ideias do outro e responder a estes com respeito.

Neste sentido, o enfermeiro ajuda a mulher submetida a mastectomia quando comunica com ela de forma empática, a escuta e aceita a expressão dos seus sentimentos, manifestando o seu respeito como pessoa. Quando não se consegue uma comunicação positiva e eficaz, a pessoa encerra-se sobre si, tornando-se menos comunicativa e colaborando menos no seu processo de adaptação (Pinto, 2009).

Existe um consenso generalizado, na literatura, de que a resolução de parte dos problemas passa pela atitude dos profissionais de saúde relativamente aos seus clientes (Magen e Mock, 2002; Peleg-Nesher, 2002; Thors *et al* 2001). Por norma, os profissionais que lidam com problemas como o cancro, apesar do relativo à vontade com que abordam as questões relativas ao tratamento e outras implicações do processo patológico, demonstram pouca sensibilidade ou preparação para discutir as implicações sexuais das mesmas com os seus clientes.

Um dos aspetos mais fundamentais da comunicação com êxito sobre a sexualidade na situação clínica é, para o enfermeiro, reconhecer barreiras pessoais ao discutir sexualidade. Se estas não são reconhecidas, o enfermeiro pode distanciar-se profissionalmente da pessoa quando esta já se sente frequentemente isolada e vulnerável (Wilkson, 1991).

Não surpreende ouvir que “... a pessoa raramente pergunta por informação sobre a influência que a doença poderá ter na sua atividade sexual, e os profissionais de saúde evitam o assunto, assumindo que a ausência de perguntas indica adaptação satisfatória para a situação” (Barni *et al*, 1997, p. 245).

De acordo com Thors *et al* (2001), o enfermeiro, como agente no processo de cuidados de saúde, pode beneficiar de informação e educação específica sobre a sexualidade da doente com cancro da mama, nomeadamente sobre as dificuldades com que esta se depara após o diagnóstico e o tratamento.

Assim, o enfermeiro não deve descurar os aspetos relacionados com a índole sexual, uma vez que a mulher mastectomizada, sobretudo a mais jovem, apresenta bastantes preocupações neste âmbito. O assunto é normalmente de difícil abordagem, tanto para a mulher, como para o enfermeiro e para os profissionais de saúde em geral, pelo que a avaliação da função sexual é muitas vezes omissa. Importa que o enfermeiro identifique os problemas existentes nesta área, pois concordando com Bland e Copelend (1994), apontam o restabelecimento do funcionamento sexual como um dos aspetos que poderá ajudar a melhorar a relação que a mulher tem consigo própria.

Importa ainda lembrar a importância crucial que a atitude do parceiro tem na resolução destes problemas, assim como o papel positivo que o aconselhamento especializado pode ter nesta área. Por isso, é importante que os problemas relativos à sexualidade da mulher mastectomizada sejam discutidos sempre que possível com o cônjuge ou parceiro sexual, tal como Lugton (1997) refere, que podem existir receios acerca de como o marido possa reagir perante as alterações ocorridas ao nível do seu corpo.

É então necessário não dissociar a mulher da sua família e, muito principalmente, do seu companheiro, dado o papel importante que este desempenha. Neste contexto, o enfermeiro deve estar atento às necessidades de suporte da família e sobretudo do cônjuge (Bland e Copelend, 1994).

Um estudo de Northouse (1988) demonstra que os maridos das mulheres mastectomizadas recebem menos suporte emocional dos amigos, dos enfermeiros e da restante equipa de saúde, apesar de terem revelado igual nível de stress emocional que as suas mulheres, ao longo da doença.

O diagnóstico e o tratamento da doença oncológica induzem uma série de novos desafios que “obrigam” o indivíduo a confrontar-se, não só com os aspetos físicos da doença, nomeadamente, a dor e mudanças ou perdas de capacidades físicas, mas também com o impacto psicológico e social a eles associados (Bishop, 1994).

Assim, após pesquisa bibliográfica podemos concluir que as alterações demográficas, decorrentes da melhoria das condições socioeconómicas das populações e dos avanços

da medicina, traduziram-se num aumento da esperança de vida, mas trouxeram consigo uma maior prevalência da doença crónica.

Este facto evidencia a importância de conhecer e compreender a complexidade multidimensional das respostas dadas pelos enfermeiros na qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, para desenvolver intervenções terapêuticas que as ajudem a lidar com a sua condição de saúde.

Enquanto facilitadores do processo de transição, os enfermeiros promovem nos clientes a aquisição de competências que os ajudem a incorporar novos conhecimentos e a alterar comportamentos para lidar com a nova situação de saúde.

Em Portugal, são escassos os estudos centrados nas estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada na fase de transição. Por outro lado, também não assistimos à disponibilização dos cuidados de uma forma sistemática, organizada e continuada. A complexidade das dimensões que envolvem a condição de saúde destas mulheres, não se resolve com uma abordagem redutora da mera orientação para os tratamentos e dos cuidados envolventes, motivo pelo qual achámos pertinente a realização de um estudo sobre esta temática. Deste modo, pretendemos conhecer as estratégias que os enfermeiros utilizam quando prestam cuidados à mulher mastectomizada de modo a melhorar a qualidade dos cuidados neste âmbito e simultaneamente, contribuir para uma maior visibilidade da profissão.

2-Decisões Metodológicas

Em todos os estudos de investigação, é importante para o investigador e também para os leitores, que se estabeleça qual a metodologia utilizada. Esta serve de guia orientadora para a realização do estudo para que se consiga ser objetivo, minorando assim possíveis desvios induzidos pelo decurso do estudo sem a consciência do investigador.

A qualidade da investigação depende das decisões metodológicas utilizadas e ainda da escolha destas, em conformidade com o objeto de estudo e o contexto da pesquisa. O desenho de investigação é então definido pelo "... conjunto das decisões a tomar para pôr de pé uma estrutura, que permita explorar empiricamente as questões de investigação" (Fortin, 2009, p. 214).

Através deste, podem-se explicar os métodos que vão sendo utilizados, criando assim um plano que visa a eliminação ou diminuição das fontes de erro, o que permitirá o alcance de uma explicação plausível do problema em estudo (Fortin, 2009).

É importante notar que a escolha de um bom método garante rapidez de trabalho e, sobretudo, eficácia. Em qualquer pesquisa, o que se pretende é obter dados que permitam chegar a uma ou várias respostas para determinado problema. Por isso, esta fase é fulcral para a realização de um estudo de investigação (Fortin, 2009).

Para maior facilidade de estruturação de trabalho, dividimos este capítulo em vários subcapítulos, que serão os seguintes:

- Meio
- Paradigma e tipo de estudo
- População, processo de amostragem e amostra
- Instrumento de colheita de dados
- Pré-teste
- Colheita de dados
- Análise e tratamento dos dados
- Considerações éticas

2.1- O Meio

Para a realização deste trabalho, optámos por entrevistar enfermeiros que trabalhem em hospitais de Lisboa. A nossa sugestão foi que as entrevistas decorressem na Universidade Atlântica. No entanto, a decisão final coube aos participantes, sendo que se pretendeu sempre um ambiente calmo e tranquilo, que facilitasse a expressão dos sentimentos pretendidos.

2.2- Paradigma e tipo de estudo

A compreensão dos mecanismos utilizados pelos enfermeiros para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição, a partir da sua perspetiva, pode enriquecer os conhecimentos e capacidades de outros enfermeiros, assim como os nossos, para que mais facilmente se possa cuidar destas mulheres nesta fase com maior eficácia.

Fortin (2009) afirma que, quando a questão de investigação aponta para a experiência humana, a decisão do método a utilizar deve recair sobre o método qualitativo, reforçando a nossa opinião.

Por seu lado, Moreira (2002, p. 59) afirma que “... a pesquisa qualitativa foca-se no ser humano enquanto agente, e cuja visão é o que realmente interessa.”

Benoiel (s.d.), citado por Polit *et al*, 1995, afirma que esta abordagem “... é caracterizada como modos de inquirição sistemática preocupados com a compreensão dos seres humanos e da natureza de suas transições consigo mesmo e com os seus arredores” (p. 269).

A análise dos mecanismos utilizados pelos enfermeiros para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição, segundo o seu ponto de vista e a sua implicação nos cuidados de enfermagem, permite aproximarmo-nos do sentido holístico associado ao cuidar. Morrison (2001, p. 29) afirma mesmo que a investigação com uma abordagem qualitativa “... facilita o estudo da experiência consciente e pessoal”. Assim, uma vez que os estudos qualitativos permitem a compreensão das experiências humanas

e da forma como elas surgem, optámos por este paradigma para a realização deste estudo, uma vez que foi orientado para o estudo da vivência sentida.

Nesta sequência, o estudo realizado enquadra-se no paradigma qualitativo e apresenta uma abordagem descritiva, uma vez que, da bibliografia consultada, chegámos à conclusão que existem poucos estudos nesta área, e a orientação foi desenvolvida no sentido de identificar e compreender as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição.

De acordo com (Fortin, 2009, p. 237), “O estudo descritivo fornece informação sobre as características de pessoas, de situações, de grupos ou de acontecimentos” A mesma autora (Fortin, 2009, p. 238) refere ainda que “... a exploração e a descrição de fenómenos podem ser efetuadas com ajuda de desenhos descritivos. Os estudos deste género visam denominar, classificar, descrever uma população ou conceptualizar uma situação”.

2.3- População, processo de amostragem e amostra

É de referir que, num estudo de paradigma qualitativo e abordagem descritiva, não se pretende a generalização dos resultados, mas sim a compreensão e conhecimento do fenómeno em estudo, pelo que a amostra deverá ser pequena.

O aspeto que acabámos de referir é reforçado por Fortin (2009, p. 327), a qual afirma que, “... nos estudos de natureza qualitativa (...) pequenas amostras são suficientes”, pelo que seleccionámos seis participantes que preencheram os critérios de inclusão definidos.

Segundo Esteves e Azevedo (1996):

O número de participantes para conseguir a redundância nas informações ou a sua saturação, pode encontrar-se num número reduzido de participantes, pois não existe necessidade de recorrer a amostragem, uma vez que a manipulação, controle e generalização dos resultados não é intenção da pesquisa (p. 25).

A seleção da amostra será feita de forma não probabilística por redes. Os métodos de amostragem não probabilística não dão "... a todos os elementos da população a mesma possibilidade de ser escolhidos para formar a amostra" (Fortin, 2009, p. 321). Todavia, para este estudo, o importante não é a igual probabilidade de as participantes serem escolhidas, mas sim as vivências das mesmas relativamente ao tema em questão.

Deste modo, foi ainda utilizado, dentro da amostragem não probabilística, a amostragem por redes, também conhecida como "bola de neve", na qual os "... indivíduos recrutados inicialmente sugerem, a pedido do investigador, os nomes de outras pessoas que lhe parecem apropriados para participar no estudo" (Fortin, 2009, p. 322). Esta sugestão de outros participantes baseia-se nos seus grupos profissionais, possuindo as mesmas características pelas quais foram escolhidos (Fortin, 2009).

De forma a conseguir obter um melhor resultado no que respeita à colheita e análise de dados, foi necessário estipular critérios de inclusão, ou seja, critérios que nos permitissem selecionar os participantes com o perfil que desejámos estudar. Para Fortin (2009, p. 311), estes critérios permitem selecionar "... as características que se deseja encontrar nos elementos da amostra" que, no nosso caso, serão enfermeiros que prestem cuidados de enfermagem a mulheres mastectomizadas.

Os critérios de inclusão dos participantes foram definidos por nós, o que não constituiu obstáculo para atingir o objetivo pretendido, uma vez que não se pretende a generalização dos resultados, mas sim o conhecimento em profundidade dos mecanismos que os enfermeiros utilizam para ajudar as mulheres mastectomizadas nesse processo de transição. Neste contexto, a representatividade da amostra torna-se menos importante do que a qualidade dos sentimentos vividos.

Assim, considerámos como critérios de inclusão os participantes que reunissem as seguintes condições:

- Experiência no serviço há mais de cinco anos;
- Trabalhar diariamente com mulheres submetidas a mastectomia.

Optámos por enfermeiros que segundo o modelo de Dreyfus de aquisição de competências aplicado à enfermagem se encontrassem no estadio mínimo de proficiente, uma vez que segundo este modelo o enfermeiro proficiente apercebe-se, devido à sua experiência, das situações como uma globalidade e não em termos de aspetos isolados.

Segundo Dreyfus (1982), citado por (Benner 2001, p. 55), “a enfermeira proficiente aprende pela experiência quais os acontecimentos típicos que podem acontecer numa determinada situação, e que o que era previsto não se vai concretizar”.

Definidos os requisitos dos participantes, há que decidir o método a utilizar para a colheita de dados, aspeto que passamos a abordar.

2.4- Instrumento de colheita de dados

Quando realizamos um estudo, necessitamos de recorrer a um instrumento que nos permita recolher os dados relacionados com a temática em estudo, de forma a procedermos à sua análise. Este instrumento deve ser adequado ao tipo de estudo e deve ser conveniente para responder à questão de investigação, por nós elaborada no início do estudo. Outro fator importante, salientado por Fortin (2009, p. 369), é que “... o investigador deve assegurar-se que o instrumento oferece uma suficiente fidelidade e validade”, pois, de outra forma, não nos será possível avaliar se obtivemos resultados fidedignos e reais.

Tendo em conta a abordagem do nosso estudo, o instrumento de colheita de dados mais adequado foi a entrevista semi-estruturada (apêndice 1) áudio-gravada. Este tipo de entrevista permite que o investigador faça ao participante uma série de questões pré-estabelecidas (Fortin, 2009). Este método consiste num “... encontro entre duas pessoas, a fim de que uma delas obtenha informações a respeito de determinado assunto” (Lakatos e Marconi, 1986, p. 70). Estes mesmos autores defendem ainda que a entrevista possibilita ao entrevistador observar a postura, conduta, gestos, reações, entre outros, do entrevistado, apercebendo-se se o que diz é concordante com a comunicação não-verbal.

A entrevista áudio-gravada é o método preferencialmente selecionado. O investigador deve centrar-se nas respostas, ouvir atentamente e evitar intervir, tratando os participantes com respeito e sinceridade face aos relatos do fenómeno em estudo por eles partilhados. A colheita dos dados deve continuar até atingir a saturação, isto é, quando não emergem novos temas ou essências e os dados se repetem (Fortin, 2009).

Demos como concluída a colheita de dados apenas quando acreditámos ter atingido a saturação, ou seja quando se repetiram, ou não surgiram essências/temas novos. Afirma Moreira (2002) que as essências:

... referem-se ao sentido ideal ou verdadeiro de alguma coisa, dando entendimento comum ao fenómeno sob investigação. Emergindo tanto isoladamente como em relação umas com as outras, essências são unidades de sentido vistas por diferentes indivíduos nos mesmos atos ou pelo mesmo indivíduo em diferentes atos. Essências representam as unidades básicas de entendimento comum de qualquer fenómeno, aquilo sem o que o próprio fenómeno não pode ser pensado (p. 84).

Por seu lado, a saturação diz respeito à repetição dos dados colhidos e pela constatação dos investigadores sobre o não aparecimento de dados novos que melhorem a compreensão dos fenómenos, o que é reforçado por Fortin (2009), quando afirma que a saturação da amostra, é atingida quando o investigador não obtém mais dados novos.

Fortin (2009), refere ainda que o estado de saturação pode ser reconhecido pelo investigador, quando este verifica a estabilização das categorias em análise e as informações suplementares não acrescentam nada de novo para a compreensão do fenómeno.

Assim como no desempenho profissional, também na investigação científica se deve assegurar um conjunto de normas e procedimentos que visam a proteção dos direitos e liberdades das pessoas envolvidas no estudo, bem como das instituições que lhes asseguram os cuidados, pelo que tivemos em considerações aspetos inerentes à ética,

nomeadamente o consentimento informado, a confidencialidade e anonimato. Aspetos que abordaremos num próximo capítulo.

2.5- Pré Teste

Objetivando a validação das questões por nós formuladas, ou ainda para detetar possíveis erros de interpretação das mesmas, elaborámos um pré-teste.

Um pré-teste, ou teste preliminar, baseia-se num processo utilizado para verificar a validade do método de colheita de dados, antes da sua aplicação na amostra, revelando-se fundamental "... para nos assegurarmos de que as perguntas serão bem compreendidas e as respostas corresponderão, de facto, às informações procuradas (...). Esta operação consiste em apresentá-las a um pequeno número de pessoas ..." (Quivy, 2005, p. 182).

Entrevistámos uma participante que se apresentava dentro dos critérios de elegibilidade para este estudo.

A realização deste pré-teste permitiu-nos aferir a validade da entrevista e eficácia, nomeadamente nos seguintes elementos:

- ✓ Os termos utilizados eram de fácil compreensão;
- ✓ A forma de formular as questões permitiu colher as informações desejadas;
- ✓ A entrevista não era longa, e desta forma não provocou o desinteresse e distração;
- ✓ As questões não eram ambíguas.

A entrevista de pré-teste revelou-se rica e densa no que concerne à informação pretendida, motivo pelo qual foi incluída no estudo.

Após a realização do pré-teste, passámos à colheita de dados, que apresentamos no capítulo seguinte.

2.6- Colheita de dados

As entrevistas, que decorreram durante os meses de Julho, Agosto e Outubro, foram feitas segundo a disponibilidade de cada participante e num local à sua escolha, sendo que se pretendia um local calmo e tranquilo. Os locais escolhidos foram a biblioteca da faculdade e salas que, na altura da entrevista, estavam disponíveis, uma vez que proporcionavam privacidade.

Inicialmente, clarificámos os objetivos do estudo e solicitámos que prestassem a sua colaboração, relatando verbalmente as suas experiências.

O período da entrevista não foi pré-determinado, para possibilitar uma maior liberdade de expressão, sendo o tempo médio de cada entrevista de uma hora.

Após a realização de cada entrevista áudiogravada, procedemos à sua transcrição, antes da entrevista seguinte, seguindo-se a sua análise.

2.7-Análise e tratamento dos dados

Todas as entrevistas foram registadas através de gravação em áudio, transcritas na íntegra e autorizadas pelos participantes, além de que os textos passaram por pequenas correções linguísticas, porém, não eliminando o carácter espontâneo das falas. Optámos por seguir a técnica de análise de conteúdo, de Bardin (2009), a qual é constituída por três fases de análise: a pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados, a inferência e a interpretação.

Este tipo de análise consiste em, a partir de uma leitura, proceder a uma segunda, e assim sucessivamente, para descobrir sentidos ocultos na mensagem. Segundo Bardin (1977), "... consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem a comunicação e cuja presença ou frequência podem significar alguma coisa para o objectivo analítico escolhido" (p. 105).

Na fase da pré-análise, realizou-se uma leitura flutuante que, de acordo com Bardin (1977), "... consiste em estabelecer contacto com os documentos a analisar e em conhecer o texto, deixando-se invadir para impressões e orientações" (p. 96). Esta

leitura flutuante leva à necessidade de constituir um *corpus* da análise. O *corpus* da análise é o conteúdo das entrevistas realizadas, pois segundo Vala (1986), "... se o material a analisar foi produzido com vista à pesquisa que o analista se propõe analisar, então o corpo da análise é constituído por todo esse material" (p. 96).

Na fase seguinte, passámos à exploração do material. Nesta etapa de codificação, são feitos recortes em unidades de contexto e de registo e a fase da categorização. Assim uma unidade de registo, segundo Bardin (2009), "... é a unidade de significação a codificar e corresponde ao segmento de conteúdo a considerar como unidade base, visando a categorização frequencial" (p. 130).

Segundo a mesma autora, a unidade de contexto serve "... de unidade de compreensão para codificar a unidade de registo e corresponde ao segmento das mensagens cujas dimensões são óptimas para que se possa compreender a significação exacta da unidade de registo" (p. 133).

De acordo com Bardin (2009):

A categorização é uma operação de classificação de elementos de um conjunto por diferenciação, seguida de agrupamento por analogia com critérios previamente definidos. As categorias são rúbricas ou classes que reúnem um grupo desses elementos - as unidades de registo - sob um título genérico (p. 145).

Segundo Vala (1986), uma categoria é constituída por um termo chave, que indica a significação central do conceito que se quer apreender, e por indicadores que descrevem o campo semântico do conceito.

Na categorização, foram considerados os seguintes princípios, referidos por Bardin (2009):

- ☞ A exclusão mútua: Este princípio diz que cada elemento não pode existir em mais de uma divisão.

- ☞ A homogeneidade: Isto é, num mesmo conjunto categorial, só se pode funcionar com um registo e com uma dimensão da análise, estando dependente do princípio da exclusão mútua.
- ☞ A pertinência: A categoria é considerada pertinente quando está adaptada e enquadrada ao material de análise.
- ☞ Objetividade e fidelidade: As diferentes partes de um mesmo material, ao qual se aplica a mesma grelha categorial, devem ser codificadas da mesma maneira, mesmo quando submetidas a várias análises.
- ☞ Produtividade: Um conjunto de categorias é produtivo se fornecer resultados férteis em inferência, em hipóteses e em dados exatos.

Na última fase, o tratamento e inferência à interpretação, permitem que os conteúdos recolhidos se constituam em dados de análises reflexivas, em observações individuais e gerais das entrevistas.

2.8 – Considerações éticas

Embora a investigação possa trazer benefícios, pensamos que nunca deve colidir com os direitos fundamentais das pessoas, pelo que há que ter em consideração os aspetos éticos.

Segundo (Fortin, 2009, p. 180), “ Como a investigação no domínio da saúde envolve seres humanos, as considerações entram em jogo desde o início da investigação”.

Deste modo, quando se opta por um determinado tipo de investigação, deveremos determinar, tanto quanto possível, os riscos que possam surgir no decurso do estudo, que limitem as liberdades e direitos das pessoas envolvidas, para mais facilmente se estabelecerem estratégias para eliminar esses riscos.

A mesma autora (Fortin, 2009, p. 180) refere ainda que a “... própria escolha do tipo de investigação determina a natureza dos problemas que se podem encontrar”.

Segundo a *National Commission for the Protection of Human Subjects of Biomedical and Behavioral Research*, (1982, citado por Fortin, 2009, p. 184), existem “... três princípios éticos no que toca à condução da investigação junto de sujeitos humanos: o respeito pela autonomia, a beneficência e a justiça”.

Quanto ao princípio do respeito pela autonomia, aborda essencialmente duas questões que se prendem com o direito à autodeterminação e o direito à revelação completa. Este princípio aborda o papel da população alvo no estudo, que tem o direito de querer ou não participar no estudo, e tem o direito de ter a informação adequada relativamente ao tipo de estudo em que estará inserida.

Relativamente à beneficência, o princípio básico de atuação é: “Acima de tudo, não causar dano”.

Por fim, o princípio da justiça refere-se ao tratamento que os diferentes elementos que compõem a amostra devem ter, isto é, um tratamento justo e imparcial, durante todas as fases da elaboração do estudo.

Fortin refere ainda (2009, p. 186), que “... na persecução da aquisição de conhecimentos, existe um limite que não deve ser ultrapassado: este limite refere-se ao respeito pela pessoa e à proteção do seu direito de viver livre e dignamente enquanto ser humano”.

Assim, elaborámos uma carta para os participantes, formulando o pedido de consentimento informado (apêndices 2 e 3), onde constavam os objetivos do estudo, a forma de colheita de dados, tendo também sido informados dos riscos e vantagens em participar no estudo, bem como da possibilidade de desistirem em qualquer altura, caso o desejassem.

Os procedimentos acima citados e realizados para este estudo visam garantir aspetos essenciais inerentes à ética, nomeadamente o consentimento informado, o anonimato e confidencialidade dos dados.

Acerca deste assunto, Fortin (2009, p. 189) refere que “... O direito ao anonimato é respeitado se a identidade do participante não puder ser descoberta por nenhum meio, mesmo pelo investigador”.

Porém, neste tipo de investigação, o anonimato e a confidencialidade dos dados, pela forma utilizada para a colheita de dados e pelo tamanho da amostra, são impossíveis, pelo que codificámos todos os dados que podiam associar os participantes às suas respostas, de forma direta ou indireta.

3- Análise e discussão dos resultados

Após a aplicação da entrevista a seis participantes, enfermeiras que prestam diariamente cuidados a mulheres mastectomizadas, obtivemos um leque de respostas que foi cuidadosamente submetido a análise. De acordo com Ribeiro (1999), os procedimentos da análise de dados podem ser classificados de várias maneiras, de forma a salientar aspetos a que se dá maior relevância na investigação.

É neste sentido que, após terminarmos a recolha dos dados, procedemos à análise dos mesmos e interpretação dos resultados, à luz da questão de investigação formulada inicialmente (Fortin, 2009).

Em primeiro lugar, procedemos à transcrição das entrevistas que haviam sido áudio-gravadas, nas quais fizemos apenas alterações de forma a que fosse compreensível a sua leitura, alterando frases por questões de compreensão da língua portuguesa, mas mantendo o significado das mesmas. Numa segunda fase, decompusemos as entrevistas, de forma a obter as unidades de registo, que seriam posteriormente agrupadas em unidades de contexto, de acordo com o significado. Ao agrupar as unidades de contexto, obtivemos as subcategorias e, o agrupamento destas resultou na obtenção das categorias. Todo este processo foi baseado nas regras de análise de conteúdo de Bardin (2009).

3.1. – Caracterização da amostra

Como já foi referido, a amostra do nosso estudo foi composta por seis enfermeiras, que trabalham em hospitais da região de Lisboa, e que prestam cuidados a mulheres mastectomizadas diariamente, nos seus serviços.

Para facilitar a compreensão de algumas características da nossa amostra, elaborámos um quadro síntese com as mais relevantes.

Quadro 2 - Caracterização da amostra do estudo

Participante	Idade	Sexo	Experiência profissional como enfermeiro (anos)	Experiência com mulheres mastectomizadas (anos)
1	34	Feminino	8	6
2	42	Feminino	17	10
3	39	Feminino	16	9
4	41	Feminino	18	16
5	36	Feminino	11	6
6	34	Feminino	10	8

3.2. – Apresentação, análise e discussão dos resultados

Apresentamos agora um quadro resumo com as categorias, subcategorias e unidades de contexto que foram possíveis extrair da análise das entrevistas.

Quadro 3 - Categorias encontradas através da análise de conteúdo das entrevistas

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia	Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia	<ul style="list-style-type: none"> • Mama como símbolo da feminilidade • Mastectomia como causa de processo de transição • A imagem corporal e o peso da sua alteração
	Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada	<ul style="list-style-type: none"> • Negação • Revolta • Choque • Raiva • Choro • Angústia • Impotência • Tristeza • Aceitação

		<ul style="list-style-type: none"> • Isolamento • Pessimismo • Desesperança • Ansiedade • Vulnerabilidade • Medo inespecífico • Medo da rejeição e da opinião dos outros • Medo da morte • Medo de abandonar a família por morte
	Reações da mulher face à mastectomia	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a neoplasia da mama é hereditária • Quando tem companheiro e/ou é mãe • Quando é solteira • Reações menos frequentes
Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia	Necessidade de apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Emocional • Familiar • Religioso
	Necessidade de informação	<ul style="list-style-type: none"> • Situação e a doença
Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia	Suporte do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia • Acompanhamento do enfermeiro • Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada • Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada
	Pilares da relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade • Compreensão • Reintegração na sociedade e no quotidiano
	Suporte dos grupos coletivos de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • O encaminhamento para os grupos coletivos • Atividades realizadas pelos grupos coletivos
	Reeducação funcional e readaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de compensação • Exercício físico e relaxamento

Deste modo, prosseguimos à análise e discussão dos dados, referindo as unidades de contexto em que foram reunidas as unidades de registo de cada categoria, de forma sequencial e organizada.

3.2.1. – Categoria: Vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia

Nesta primeira fase, iremos apresentar os resultados obtidos na primeira categoria, correspondente às vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia.

Para Carrageta e Coelho (2006), as vivências da mulher com cancro da mama e que foi submetida a mastectomia, dependem muito de mulher para mulher e do significado que a experiência do cancro e da mastectomia tem para ela.

Quadro 4 - Categoria “Vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia”

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Vivências das mulheres durante o processo de transição para a mastectomia	Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia	<ul style="list-style-type: none">• Mama como símbolo da feminilidade• Mastectomia como causa de processo de transição• A imagem corporal e o peso da sua alteração
	Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada	<ul style="list-style-type: none">• Negação• Revolta• Choque• Raiva• Choro• Angústia• Impotência• Tristeza• Aceitação• Isolamento• Pessimismo• Desperança• Ansiedade• Vulnerabilidade

		<ul style="list-style-type: none"> • Medo inespecífico • Medo da rejeição e da opinião dos outros • Medo da morte • Medo de abandonar a família por morte
	Reações da mulher face à mastectomia	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a neoplasia da mama é hereditária • Quando tem companheiro e/ou é mãe • Quando é solteira • Reações menos frequentes

3.2.1.1. – Subcategoria: Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia

É do senso comum que podemos afirmar que a mama simboliza toda uma sensualidade, inerente ao ser feminino. Como tal, iremos analisar a unidade de contexto “Mama como símbolo da feminilidade”.

Quadro 5 - Unidade de contexto "Mama como símbolo da feminilidade"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Mama como símbolo da feminilidade	“... uma mama para uma mulher é um símbolo de ser mulher, de se sentir feminina, atraente.” E1:32
	“... a mama faz parte de todo um simbolismo da sexualidade...” E2:36
	“... as mamas são um órgão que as mulheres têm como um símbolo de atração e sensualidade.” E2:89
	“É óbvio que a mama representa a feminilidade numa mulher” E5:12
	“Para uma jovem ou adulta jovem a mama é sinónimo de feminilidade, elegância e sensualidade.” E6:8

Como se pode constatar através das unidades de registo, nomeadamente da E2:89, “... as mamas são um órgão que as mulheres têm como um símbolo de atração e

sensualidade.”, as participantes salientaram a importância da mama para a aparência da mulher, como um pormenor fulcral do seu todo. Segundo Perrot (1992), citado por Oliveira (2004, p. 102), “... o corpo da mulher é possuidor de quietude e de recantos secretos, reforçando a ideia de que as imagens das mulheres dizem, ou sugerem, os sonhos, as angústias e as aspirações dos homens”. Por este motivo, as mamas simbolizam a beleza corporal, a qual é apreciada não só pela própria mulher, como por outros, nomeadamente o sexo masculino, como afirma Yalom (1997), citado por Oliveira (2004, p. 103): “... os seios são encarados pela maior parte das pessoas e sobretudo pelos homens, como o sexo da mulher, podendo ser considerados um sinal erótico vital numa manifestação amorosa.”

Contudo, as mamas constituem também um órgão passível de desenvolver cancro, e este facto é gerador de uma mudança na vida de uma mulher. Assim, abordaremos em seguida a unidade de contexto “Mastectomia como causa de processo de transição”.

Quadro 6 - Unidade de contexto "Mastectomia como causa de processo de transição"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Mastectomia como causa de processo de transição	“... as mudanças na vida de uma mulher submetida a mastectomia são enormes...” E1:33
	“A transição acarreta sempre uma mudança e é por isso que assim é chamada.” E3:1
	“Existem várias fases que podem ser perceptíveis numa mulher, aquando da descoberta de um cancro na mama e, posteriormente, da necessidade de ser submetida a mastectomia.” E3:5
	“É crucial perceber que a mastectomia representa um período de grande mudança na vida de qualquer mulher.” E4:1
	“Esta grande mudança que é a transição da mulher do ser saudável para a vivência sem uma mama” E4:4
	“...até porque como sabemos a mastectomia constitui uma

grande mudança na pessoa, quer física, quer psicológica” E5:2

Lopes, Shimo e Vieira (2005), defendem que lidar com alterações corporais, especialmente relacionadas com a mama, é algo muito difícil para a mulher, independentemente da faixa etária em que se encontra. A mastectomia intensifica as modificações corporais visto que há uma confrontação real da mulher com o corpo quando se olha ao espelho. Afinal de contas, “a transição acarreta sempre uma mudança e é por isso que assim é chamada” (E3:1). Segundo Bulhosa *et al* (2006), uma das primeiras dificuldades enfrentadas pelas mulheres recém-mastectomizadas é olhar-se ao espelho, pois não sentem coragem de o fazer e têm dificuldade em aceitar que o seu corpo está diferente. Almeida (2006), realça ainda que a perda da mama, parte do corpo fundamental para a identidade feminina, resulta na alteração negativa da imagem corporal, o que leva a uma transição saúde-doença, e provoca uma repercussão física e psíquica, constituindo um evento traumático. A transição não é apenas uma palavra que define mudança, mas realça também os processos psicológicos envolvidos na adaptação para o acontecimento da mudança ou rutura (Bridges, 2004).

Como já foi abordada, a imagem corporal tem um peso muito significativo nos dias que correm, sobretudo para as mulheres, que sentem que têm de estar sempre bonitas e sensuais. Desta forma, procedemos agora à análise da unidade de contexto “A imagem corporal e o peso da sua alteração”.

Quadro 7 - Unidade de contexto "A imagem corporal e o peso da sua alteração"

Unidade de contexto	Unidades de registo
A imagem corporal e o peso da sua alteração	“... a autoimagem tem um peso muito elevado na vida das mulheres.” E1:88
	“... a realidade de se olharem ao espelho nuas e faltar um pedaço do seu corpo.” E2:101
	“E sempre que há mudança no que diz respeito ao corpo, seja externo ou interno, causa sempre um grande impacto.” E3:2

	“... faz parte do ser humano feminino ser bonita e a imagem corporal conta muito.” E3:58
	“Elas começam logo a pensar como será viver com a sua imagem física tão diferente daquilo que sonham e que sempre foram” E4:11
	“...e a mastectomia acarreta uma grande alteração na imagem corporal” E5:13
	“...pois a imagem corporal é muito importante para a mulher.” E6:39

A alteração da imagem corporal constitui um impacto na vida de uma mulher, pois “... a autoimagem tem um peso muito elevado na vida das mulheres” (E1:88). No que respeita à alteração da imagem corporal, causada pela mastectomia, alguns estudos demonstram que os sentimentos que dominam as mulheres são de tristeza, vergonha e mutilação, visto que o cancro da mama envolve um comprometimento na imagem corporal, alterando o conceito que a mulher tem de si própria e a aceitação ou não da própria sexualidade (Almeida, 2006; Bertolo e Pauli, 2008; Duarte, Jeneral e Silva, 2008).

Gurgel e Fernandes (1997), citados por Oliveira (2004), constataram uma tendência das mulheres sentirem algum embaraço e recusarem até sair de casa por não se sentirem confortáveis consigo mesmas e com receio que a sua perda física seja notada.

3.2.1.2. – Subcategoria: Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada

Faremos agora alusão aos resultados obtidos na subcategoria “Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada”, confrontando os mesmos com os resultados da pesquisa bibliográfica sobre esta questão.

Os sentimentos e as emoções destas mulheres variam bastante consoante a situação experienciada. Contudo, Bland e Copelend (1994), citados por Oliveira (2004, p. 92), afirmam que “... as mulheres que lutam de forma mais positiva tendem a enfrentar o que lhes aconteceu e tentam encontrar soluções para os seus problemas, falando deles

com a equipa de saúde e estando abertas a alternativas.” Por outro lado, as que manifestam sinais de inadaptação à doença e à mastectomia, evitam a realidade e sentem-se impotentes perante os problemas que surgem. A forma que cada mulher tem de reagir depende da estrutura da sua personalidade, do conceito que tem da própria feminilidade, da ideia que tem da sua imagem e da forma como encara o cancro.

Existem muitas formas de se reagir a uma perda, seja ela qual for, mas praticamente todas as pessoas vivenciam um período de negação dessa mesma perda. Procedemos então à análise da unidade de contexto “Negação”.

Quadro 8 - Unidade de contexto "Negação"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Negação	“... negam a situação, portanto estagnam na fase de negação da doença...” E2:42
	“... não querem falar sobre a situação e quando falam é de forma agressiva...” E2:83
	“... é mais fácil acreditar que tudo aquilo não está a acontecer do que ter forças para enfrentar.” E3:26
	“... em vez de ser chamada pelo nome [cancro da mama], que por si só acarreta dor e sofrimento.” E3:28
	“Algumas [mulheres] a primeira reação é a negação E6:11

A negação consiste na primeira fase do luto (Amorim, 2006), com o qual podemos comparar a mastectomia, visto tratar-se da perda de algo considerado precioso para a mulher, levando a tratá-la por “doença má” “... em vez de ser chamada pelo nome [cancro da mama], que por si só acarreta dor e sofrimento” (E3:28). Bland e Copelend (1994) referem-se à negação como uma estratégia protetora de luta, que é experienciada pelas pessoas em vários momentos, nomeadamente pelas mulheres que são confrontadas com o cancro da mama. Preferem negar a gravidade da situação, descurando ao mesmo tempo uma avaliação relativa ao controlo da situação (Berlenga, Aliaga e Martín, 1995). Mas esta negação acarreta algumas consequências, que são interpretadas como entorpecimento psíquico, negação consciente, inibição do comportamento e atividades

relacionadas com o acontecimento (Solomon e Mikulincer, s. d., citados por Ventura, 1997).

Além da negação da situação, existe outra reação comum destas mulheres, como podemos ver através da análise da unidade de contexto “Revolta”.

Quadro 9 - Unidade de contexto "Revolta"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Revolta	“É muito comum ver mulheres mastectomizadas revoltadas com a sua situação...” E3:22
	“Outra forma de reagirem é revoltarem-se consigo mesmas porque pensam que podiam ter evitado a todo o custo”. E5:20

Tal como foi referido na E3:22 (“É muito comum ver mulheres mastectomizadas revoltadas com a sua situação...”), o sentimento de revolta é muito comum, e a mulher questiona-se o porquê de estar a acontecer na sua vida toda esta situação, pois estar no mundo do cancro, e com a agravante de ter de se submeter à mastectomia, é um fardo (Amorim, 2007). A revolta está também associada ao luto (Amorim, 2006), pela perda de um órgão.

Também o choque, que se apodera das mulheres logo após o diagnóstico de cancro, é frequente nas mulheres mastectomizadas, como podemos confirmar através da análise da unidade de contexto “Choque”.

Quadro 10 - Unidade de contexto "Choque"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Choque	“Inicialmente existe sempre uma fase de choque...” E2:3
	“Quando se apercebem que isso vai mesmo acontecer e depois de serem submetidas à mastectomia, o choque é muito maior...” E5:6

Amorim (2007), afirma que uma reação emocional frequente perante o diagnóstico de cancro da mama, e da conseqüente necessidade de se submeter a mastectomia, é o

choque, pois coloca em causa o seu ideal corporal e a silhueta feminina. Este facto foi constatado pela participante, quando afirmou que “inicialmente existe sempre uma fase de choque...” (E2:3).

Após uma fase de choque, também é perceptível o sentimento de raiva, por vários motivos, como se pode verificar através da unidade de contexto “Raiva”.

Quadro 11 - Unidade de contexto "Raiva"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Raiva	“A raiva que sentem muitas vezes está associada a não terem descoberto mais cedo...” E3:17
	“Sentem muita raiva e questionam porque lhes está a acontecer isto.” E5:19

Como foi referido por uma participante “A raiva que sentem muitas vezes está associada a não terem descoberto mais cedo...”, E3:17, a raiva está muito associada à descoberta do cancro, normalmente já num estadio avançado. Este facto é corroborado por Coelho (2007), que afirma que negligenciar a saúde contribui para “... um arrastar de situações, que podem levar a problemas complexos e de difícil resolução” (p. 10).

Aliada a esta cadeia de sentimentos, a necessidade de se submeter à mastectomia provoca na mulher um conjunto de emoções, que variam de intensidade consoante a experiência de cada mulher. Por isso, analisaremos agora a unidade de contexto “Choro”.

Quadro 12 - Unidade de contexto "Choro"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Choro	“Tive uma situação em que uma senhora não conseguia parar de chorar, era a única reação que tinha...” E2:15
	“Existem algumas [mulheres] a quem perguntamos se está tudo bem, e elas começam logo a chorar...” E3:40
	“Inicialmente, começam sempre por chorar muito.” E4:18

Pereira e Lopes (2002), afirmam que a doença oncológica é revestida de características com grande carga emocional e assume uma representação social muito simbólica para a mulher, como pode ser corroborado pela unidade de registo “Inicialmente, começam sempre por chorar muito” (E4:18). Quer o diagnóstico de cancro da mama, quer a mastectomia consistem em acontecimentos stressantes para a mulher, que responde através de inúmeras reações emocionais. O tratamento cirúrgico é particularmente carregado de emoções, pois envolve a remoção da mama, órgão que acarreta um forte valor emocional (Frierson, Thiel e Andersen, 2006; Payne, Sullivan e Missie, 1996).

Outro sentimento transversal às mulheres mastectomizadas é a angústia, vivenciada por todo o processo de transição para a mastectomia. Iremos então agora analisar a unidade de contexto “Angústia”.

Quadro 13 - Unidade de contexto "Angústia"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Angústia	“Isto [mastectomia] é uma angústia para ela, causa-lhe sofrimento.” E3:47

O sofrimento causado pela mastectomia é gerador de muita angústia, mas Bergamasco e Ângelo (2001), salientam que o próprio diagnóstico de neoplasia mamária provoca angústia na mulher. Taber (2000, p. 669), reforça ainda uma questão muito relacionada com a alteração da imagem corporal, ao dizer que existe “... frequentemente uma angústia mental, porque a pessoa tem um problema que a marca como «diferente».

As mulheres também sentem frequentemente momentos de fraqueza, pois sentem que já não conseguem lutar contra a doença e contra esta alteração causada pela mastectomia, e é neste sentido que será agora analisada a unidade de contexto “Impotência”.

Quadro 14 - Unidade de contexto "Impotência"

Unidade de contexto	Unidades de registo
---------------------	---------------------

Impotência	“Sentem que não têm forças para enfrentar a realidade de viver sem uma mama...” E1:14
	“Sentem que não conseguem lidar com nada...” E2:38
	“... [as mulheres] dramatizam de tal forma que quase se mentalizam que não vai haver maneira de resolver esta questão [perda da mama]...” E2:88
	“Sentem também que não conseguem fazer nada por si mesmas” E4:22
	“...sentem que não têm forças para encarar esta nova condição”. E5:9

Toda esta transição para a mastectomia causa na mulher uma sensação de perda de controlo das próprias experiências, que conduz frequentemente a sintomas depressivos (Tross e Holland, 1990). Isto acontece porque “... para a maioria das pessoas que vivem no mundo ocidental, ser saudável é a norma – a maioria das pessoas é saudável durante a maior parte do tempo” (Ogden, 2004, p. 63) e, nesta linha de pensamento, quando algo provoca a fuga do saudável, favorece o sentimento de impotência perante o acontecimento. As mulheres sentem que “... nada pode ser feito para alterar a ameaça ou o perigo” (Varela e Leal, 2007, p. 479), e ainda “sentem também que não conseguem fazer nada por si mesmas” (E4:22).

A impotência está muito associada à tristeza, sentida por toda a condição que debilita a mulher emocionalmente. Como veremos em seguida na unidade de contexto “Tristeza”, esta apodera-se da mulher precocemente.

Quadro 15 - Unidade de contexto "Tristeza"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Tristeza	“A tristeza é (...) um sentimento transversal a todas [as mulheres], assim como o choque...” E2:17
	“Tudo isto [o processo de transição para a mastectomia] é gerador de uma grande tristeza...” E3:36

	“Ficam muito tristes pelo facto de terem de viver sem uma mama” E5:10
--	--

“Tudo isto [o processo de transição para a mastectomia] é gerador de uma grande tristeza...” (E3:36). Desde o diagnóstico do cancro da mama até à realização da mastectomia, podem ser observados sentimentos de tristeza, não apenas pela realização de uma cirurgia para a cura de um mal, mas também por causar uma mutilação de uma região do corpo relacionada com a feminilidade, levando à alteração dos padrões estéticos da mulher e da sua autoimagem (Oliveira, 2004).

Um dos sentimentos destas mulheres é a aceitação da doença. Contudo, sabe-se que a mesma leva algum tempo a ser conseguida, como poderemos observar através da análise da unidade de contexto “Aceitação”.

Quadro 16 - Unidade de contexto "Aceitação"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Aceitação	“... temos mulheres que aceitam com alguma facilidade...” E1:4
	“Algumas mulheres aceitam mais facilmente a situação...” E3:48
	“Depois existem ainda as que aceitam melhor [a mastectomia]...” E5:30

Nem todas as mulheres conseguem aceitar a mastectomia mas “algumas mulheres aceitam mais facilmente a situação...” (E3:48). Segundo Amorim (2007), a aceitação da mastectomia facilita o processo de integração da mulher na sociedade e a adaptação à sua nova condição, nomeadamente física. Oliveira (2004) defende ainda que esta aceitação surge como uma oportunidade de cura da doença e uma necessidade para evitar a morte. A mulher aceita a sua nova imagem corporal, formulando uma nova conceção da realidade. As mulheres mastectomizadas encaram mesmo esta situação como uma transição psicossocial, que pode dar lugar ao crescimento, implicando uma reestruturação na forma de olhar o mundo e o futuro, em vez de encararem o cancro e a mastectomia apenas como um trauma (Cordova *et al*, 2001). A aceitação é também a

última etapa do luto (Amorim, 2006), com o qual podemos equiparar a mastectomia, pela perda da mama.

Outra forma de responderem a esta condição é evitarem todo o contacto com o que as rodeia, como se pode observar na unidade de contexto “Isolamento”.

Quadro 17 - Unidade de contexto "Isolamento"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Isolamento	“... preferem estar sozinhas e digerir aquele momento sozinhas...” E1:43
	“... por vezes encontramos-las sozinhas num canto, sem quererem conviver com ninguém, nem com a própria família...” E2:48
	“O isolamento é comum, sobretudo em jovens que julgam que a vida acabou por causa da doença.” E2:79
	“ Algumas mulheres optam por se isolar de tudo e todos...” E4:24

A mama é um órgão externo e, como tal, a sua perda é perceptível, o que leva as mulheres a sentirem embaraço, vergonha e constrangimento perto de outras mulheres. Por este motivo, Biazotti e Martins (2007) afirmam que a mulher pode evitar relacionar-se com outros pelo embaraço que manifesta. O ser humano em geral não está habituado a enfrentar a ideia da perda e, deste modo, opta por se refugiar, como foi referido na unidade de registo “... por vezes encontramos-las sozinhas num canto, sem quererem conviver com ninguém, nem com a própria família...” (E2:48). A doença e a ameaça da própria vida comprometem o autoconceito e a socialização, o que gera mecanismos de evitamento e isolamento com frequência, como resposta a esta situação (Vieira, Lopes e Shimo, 2007).

A perspetiva de melhoria varia em função do desenvolvimento da doença e da recuperação. Todavia, algumas mulheres não se sentem tão esperançadas e têm uma visão mais pessimista de tudo o que lhes está a acontecer, conforme podemos verificar na unidade de contexto “Pessimismo”.

Quadro 18 - Unidade de contexto "Pessimismo"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Pessimismo	“Apesar de ouvirmos com frequência discursos pessimistas...” E2:113

Spencer *et al* (1999), relatam o medo da recorrência da doença e da morte como uma das principais preocupações das mulheres mastectomizadas, o que fundamenta o pessimismo que sentem. Outra questão que também as torna pessimistas é o tempo de espera até à realização da reconstrução mamária. Serrano (2004, p. 58) afirma que “... a possibilidade de efectuar uma mamoplastia de reconstrução, está dependente da escolha e expectativa da mulher, sendo uma opinião benéfica especialmente a nível psicológico e emocional”. Contudo, nem todas as reconstruções podem ser imediatas (no momento da mastectomia), e podem mesmo ocorrer entre seis meses a um ano após a mastectomia (Brunner e Suddart, 2002), o que causa algum pessimismo em relação à sua realização.

O pessimismo sentido acaba por levar as mulheres a perderem a esperança e a terem sentimentos de desistência face à alteração das suas vidas, provocada pela mastectomia. Passaremos agora à análise da unidade de contexto “Desperança”.

Quadro 19 - Unidade de contexto "Desperança"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Desperança	“... a partir de certo momento começam a achar que é mais fácil não fazer mais nada e deixar tudo assim como está.” E3:108
	“... e como tal viver sem uma mama é um pesadelo que entra na vida das mesmas.” E4:10

A mastectomia conduz frequentemente a transtornos psicológicos, de onde se pode salientar a perda de interesse (Moyer e Salovey, 1996). A desesperança, que surge da combinação do desespero e da falta de esperança, constitui uma das dimensões do *coping*, e engloba a visão da doença como uma perda irreparável, uma visão negativa do prognóstico, uma baixa perceção do controlo da doença e a incapacidade de responder

para alterar a situação (Berlenga, Aliaga e Martín, 1995). Todas estas vertentes contribuem para o sentimento de perda de esperança da mulher mastectomizada, o que leva a que “... a partir de certo momento começam a achar que é mais fácil não fazer mais nada e deixar tudo assim como está” (E3:108).

É do conhecimento geral que estas mulheres estão sujeitas a um grau de ansiedade muito elevado, por vários motivos, que podem ser analisados na unidade de contexto “Ansiedade”.

Quadro 20 - Unidade de contexto "Ansiedade"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Ansiedade	“... todas [as mulheres] sentem muita ansiedade quando todo este processo se inicia...” E1:39
	“As mulheres mastectomizadas são mulheres que acabam por ficar sempre muito ansiosas em relação à sua situação.” E4:23

Todas as preocupações que a mulher tem em relação a toda a doença e a sua recuperação são geradoras de muita ansiedade, conforme corroboram Tross e Holland (1990). Já no ano de 1978, Maguire e os seus colegas de investigação realizaram um estudo que evidenciava que as mulheres mastectomizadas apresentavam níveis de ansiedade e/ou depressão moderada a grave, até um ano após a cirurgia. Este facto é constatado na unidade de registo “as mulheres mastectomizadas são mulheres que acabam por ficar sempre muito ansiosas em relação à sua situação” (E4:23).

Um outro sentimento associado a esta condição da mastectomia é a vulnerabilidade a que estas mulheres ficam sujeitas, como abordaremos na análise da unidade de contexto “Vulnerabilidade”.

Quadro 21 - Unidade de contexto "Vulnerabilidade"

Unidade de contexto	Unidades de registo
---------------------	---------------------

Vulnerabilidade	“... é uma condição um pouco debilitante emocionalmente para as mulheres, além de física.” E1:30
	“... [as mulheres] sentem-se vulneráveis...” E2:70
	“... porque elas encontram-se num estado de vulnerabilidade muito grande.” E5:47

O cancro da mama e o tratamento, nomeadamente cirúrgico, provocam na mulher sentimentos de grande vulnerabilidade, que podem conduzir a sintomas depressivos (Tross e Holland, 1990). Edgar, Rosberger e Nowlis (1991) referem que a pessoa com cancro que apresenta uma personalidade pouco estruturada, demonstra níveis mais elevados de perturbação emocional e acaba por responder favoravelmente às intervenções psicossociais. Contudo, percebemos através das entrevistas que este facto nem sempre se verifica, pois “... [as mulheres] sentem-se vulneráveis...” (E2:70).

Podemos também perceber que o medo é um sentimento transversal a todo o processo de diagnóstico e da recuperação. O medo é de muitas coisas, conforme iremos compreender através da análise das unidades de contexto seguintes, começando pelo “Medo inespecífico”.

Quadro 22 - Unidade de contexto "Medo inespecífico"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Medo inespecífico	“E o medo é de muitas coisas em simultâneo que às vezes nem nos passa pela cabeça.” E1:22
	“... [as mulheres] Têm muitos medos” E5:22

Gurgel e Fernandes (1997), citados por Oliveira (2004), apuraram que o medo era a preocupação predominante das mulheres, e era relacionado não só com o cancro, mas também com a mutilação corporal a que seriam sujeitas. O confronto com a necessidade de realizar uma mastectomia provoca imensas reações nas mulheres, mas o medo é o que mais se destaca, e é causado por vários motivos: morte, ficar dependente, perder a força, não conseguir ter relações sexuais, desemprego e perda de convívio social

(Gurgel e Fernandes, 1997, citados por Oliveira, 2004). Massie e Holland (1991) acrescentam ainda o medo de ficarem desfiguradas e da alteração dos padrões de vida.

Como foi referido, o medo da perda de convívio é um dos medos da mulher mastectomizada, e isto ocorre pelo medo que sentem de serem rejeitadas e da opinião que os outros formulam das mesmas. Procedemos agora à análise da unidade de contexto “Medo da rejeição e da opinião dos outros”.

Quadro 23 - Unidade de contexto "Medo da rejeição e da opinião dos outros"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Medo da rejeição e da opinião dos outros	“Sentem-se tristes porque os outros já não os vão ver da mesma maneira...” E1:17
	“... o medo de serem censuradas pela sociedade, no trabalho...” E1:27
	“... [as mulheres pensam no] que os outros vão dizer e pensar...” E2:28
	“...como sejam o medo de serem vistas como alienadas pelos outros” E4:29
	“...mas têm também medo de serem colocadas de parte pelos amigos, pela família” E5:24
	“...ou como vão reagir os outros quando elas forem para a praia...” E6:17

Frequentemente, as mulheres “sentem-se tristes porque os outros já não os vão ver da mesma maneira...” (E1:17). As repercussões da mastectomia afetam vários níveis da esfera individual da mulher, mas também se refletem nas pessoas que a rodeiam. A mulher mastectomizada tem medo de não ser fisicamente atrativa, valorizada ou amada, e até de se tornar repulsiva, o que gera situações de isolamento social, impedindo a mesma de retomar as relações sociais que tinha previamente (Oliveira, 2004). Como tal, é preciso compreender o significado que a mama e o cancro têm para a mulher, assim como o significado que assumem para o homem e para a sociedade em geral. De outro

modo, não será possível compreender o comportamento de cada mulher, quando confrontada com o cancro da mama e o seu tratamento (Gros, 1998).

Já vimos também que o medo de morrer é imenso e, por esse motivo, foi possível criar a unidade de contexto “Medo da morte”.

Quadro 24 - Unidade de contexto "Medo da morte"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Medo da morte	“O medo de morrer é sempre aquele mais comum, que praticamente todas as mulheres vivenciam...” E1:23
	“Isto parece muito dramático, mas elas sentem de facto isso, sentem que a vida está prestes a terminar...” E2:23
	“...mas o medo de não conseguir sobreviver à doença é bem maior” E4:27
	“O maior medo é de morrer, como consequência do cancro” E5:23

Lopes *et al* (1993), citados por Oliveira (2004), constataram que praticamente todas as mulheres tinham dificuldade em falar do futuro, e isso está intimamente ligado ao medo que têm de morrer, visto que o cancro é uma doença que acarreta conotações de sofrimento e de morte, pois:

... desde o momento do diagnóstico que ocorre a perda da imagem de um corpo saudável, a ameaça da perda de uma parte do corpo ou de uma determinada função e, mais importante que tudo isto, a ameaça da perda da própria vida (Lopes, 1997, p. 136).

Também associado ao medo de morrer, está o medo de abandonar a família, e sobretudo os filhos, por motivo de morte. Será analisada em seguida a unidade de contexto “Medo de abandonar a família por morte”.

Quadro 25 - Unidade de contexto "Medo de abandonar a família por morte"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Medo de abandonar a família por morte	“... se morrerem, têm de organizar a sua vida familiar para estarem mais descansadas, nomeadamente as que têm filhos.” E2:64
	“... medo de sofrer, de ter dor e de deixar a família...” E3:35

Salci, Sales e Marcon (2008), afirmam que a mastectomia causa na mulher o sofrimento pelas mudanças no seu quotidiano e uma incerteza acerca do seu futuro perante a família e, principalmente, perante os seus filhos. Por esse motivo, protegem os filhos e a família dada a sua incerteza em relação ao que lhes pode acontecer, caso haja uma recidiva do cancro. A ideia de recidiva desperta uma preocupação pelo futuro da família e dos filhos, que as leva a querer organizar toda a sua vida (Salci, Sales e Marcon, 2008), conforme afirma a participante, ao dizer que “... se morrerem, têm de organizar a sua vida familiar para estarem mais descansadas, nomeadamente as que têm filhos” (E2:64).

3.2.1.3. – Subcategoria: Reações da mulher face à mastectomia

A transição para a mastectomia leva as mulheres a reagirem de diversas formas. Mas as reações também dependem de alguns fatores, como por exemplo, se já tiveram alguma familiar com o mesmo problema, se têm companheiros e/ou filhos ou se são solteiras, e algumas reações até menos esperadas pelos profissionais de saúde. Esta subcategoria pretende então averiguar as formas como reagem mediante estes fatores.

Começaremos agora por analisar a unidade de contexto “Quando a neoplasia da mama é hereditária”.

Quadro 26 - Unidade de contexto "Quando a neoplasia da mama é hereditária"

Unidade de contexto	Unidades de registo
	“... algumas [mulheres] já estão mais preparadas, porque [o cancro] foi hereditário...” E2:18

Quando a neoplasia da mama é hereditária	“... já tiveram familiares com o mesmo problema [cancro da mama].” E3:43
	“...e isto acontece sobretudo quando o cancro é hereditário” E5:31
	“Uma mulher cuja mãe também teve cancro da mama (...) experienciou uma situação similar.” E6:4

Ruiz, Bermudez e Garde (1999) defendem que, em geral, as mulheres com diagnóstico de cancro da mama revelam acontecimentos de vida passados com impacto muito significativo, como é o caso de ter uma familiar que teve o mesmo problema. “Uma mulher cuja mãe também teve cancro da mama (...) experienciou uma situação similar” (E6:4). Por este motivo, as mulheres passam por uma maior quantidade de acontecimentos familiares tidos como stressantes, e podem até ser relacionados com a perda dessas pessoas significativas. No entanto, como podemos ver pelos resultados obtidos, o cancro da mama hereditário pode facilitar o processo de transição para a mastectomia, pois a mulher já esteve sujeita a quase todas as fases do mesmo.

Mas a reação da mulher também tem as suas variantes mediante a presença de um companheiro ou do facto de ter filhos, como pode ser confirmado pela unidade de contexto “Quando tem companheiro e/ou é mãe”.

Quadro 27 - Unidade de contexto "Quando tem companheiro e/ou é mãe"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Quando tem companheiro e/ou é mãe	“... se têm companheiros que as apoiam, aquele medo de não serem aceites acaba por se dissipar mais cedo, embora também o sintam...” E1:18
	“... [algumas mulheres] não querem saber de nada, até os filhos são colocados de lado no momento...” E2:39
	“... [alguns companheiros] sentam-se no cadeirão, longe das mulheres, com a sensação que não sabem o que fazer.” E3:71
	“As mulheres casadas ou que têm companheiros ou namorados, gostam muito de ser parpicadas pelos mesmos.” E4:32
	“... porque afinal de contas a mama faz parte da sexualidade de um

casal” E5:26

Nesta unidade de contexto, é preciso ter em conta os dois aspetos que vão ser analisados: a mulher enquanto esposa e a mulher enquanto mãe. No que respeita à visão enquanto esposa, a ideia da rejeição da sua nova imagem corporal pelo companheiro cria-lhe angústia e medo, que a levam a desejar rapidamente a realização da reconstrução mamária, “... porque afinal de contas a mama faz parte da sexualidade de um casal” (E5:26). Mas se no relacionamento conjugal existe uma grande afetividade, o casal supera a situação de forma gradual, mas mais rapidamente se adapta à mesma. A adaptação a uma nova imagem corporal tem quatro vertentes para a mulher: a sua autoimagem, a imagem que o companheiro tem dela, a imagem que ela percebe que o companheiro tem dela e a imagem na vivência sexual do casal (Oliveira, 2004).

Em relação à reação da mulher mastectomizada enquanto mãe, a preocupação em relação ao acompanhamento do crescimento dos filhos é muito grande, e por esse motivo, o período da vida no qual a doença ocorre e as tarefas sociais, como a educação dos filhos pequenos, são ameaçadas ou interrompidas, é um aspeto crucial para a mulher (Sinsheimer e Holland, 1987). Outra questão prende-se com o simbolismo da mama como elemento fundamental da maternidade, sendo “... fonte de proteção e de tranquilidade” (Gros, 1998, citado por Oliveira, 2004, p. 85).

Por outro lado, as mulheres solteiras e que não têm filhos, têm normalmente reações bem mais dramáticas e pessimistas em relação à transição para a mastectomia. Vamos agora analisar a unidade de contexto “Quando é solteira”.

Quadro 28 - Unidade de contexto "Quando é solteira"

Unidade de contexto	Unidades de registo
	“É um facto que uma mastectomia numa jovem é bem mais complexa do que numa mulher que já tem filhos, é casada...” E2:80
	“... [as solteiras] começam a achar que mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem gostar delas por se sentirem diferentes...” E2:81

Quando é solteira	“... [as jovens mastectomizadas] pensam logo no pior e no fracasso dos namoros” E4:43
	“...porque pensam que quando os futuros namorados descobrirem que não têm uma mama, já não vão querer estar mais com elas.” E5:29

Em primeiro lugar, é de salientar que as mulheres solteiras têm reações semelhantes às mulheres mais jovens, segundo as respostas que foram apontadas pelas nossas participantes. Amorim (2007) realça o impacto da mastectomia na destruição da identidade feminina, que resulta em relações com os outros marcadas pela desgraça e rejeição e que podem suscitar afastamento por parte dos outros. As mulheres que não têm companheiros confrontam-se com problemas específicos, que envolvem questões sexuais e de comunicação. A perspetiva de início de uma nova relação provoca dificuldade em falar da sua doença, com receio de serem rejeitadas, e ansiedade acerca de um possível envolvimento sexual (Amorim, 2007). Aquando do diagnóstico do cancro, as mulheres mais novas evidenciam maior stress psicológico, bem como uma difícil adaptação à mastectomia (Mckenna *et al*, 1999). Schover (1994) corrobora esta afirmação, acrescentando ainda que as mais jovens apresentam níveis mais elevados de angústia, “...porque pensam que quando os futuros namorados descobrirem que não têm uma mama, já não vão querer estar mais com elas” (E5:29).

Porém, nem todas as mulheres têm reações tão expectáveis quanto as que observámos até aqui. Algumas têm reações que, por vezes, nem os profissionais de saúde esperam, como iremos verificar na unidade de contexto “Reações menos frequentes”.

Quadro 29 - Unidade de contexto "Reações menos frequentes"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Reações menos frequentes	“Já aconteceu uma senhora ter como reação uma gargalhada...” E1:8
	“Temos algumas [mulheres] que já vêm resignadas com a situação...” E3:7

3.2.2. – Categoria: Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia

Após identificar as reações que as mulheres apresentam ao processo de transição para a mastectomia, é também importante compreender e identificar as necessidades das mesmas para que os profissionais de saúde, nomeadamente o enfermeiro, consigam dar respostas eficazes para a melhor recuperação da mulher mastectomizada. Como tal, também é necessário ter em conta o que Duarte, Jeneral e Silva (2008) afirmam:

A mulher mastectomizada é uma pessoa que sofre tanto pela percepção da incurabilidade do cancro como pelo tratamento terapêutico em razão do medo, dos anseios, da adaptação à nova imagem corporal, das alterações dos planos de vida e outros efeitos psicossociais individuais que a acometem (p. 49).

Em seguida, será apresentado um quadro resumo da categoria “Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia”, assim como as suas subcategorias e unidades de contexto.

Quadro 30 - Categoria "Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia"

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia	Necessidade de apoio	<ul style="list-style-type: none">• Emocional• Familiar• Religioso
	Necessidade de informação	<ul style="list-style-type: none">• Situação e a doença

3.2.2.1. – Subcategoria: Necessidade de apoio

Durante este período de grandes mudanças na vida de uma mulher, esta sente necessidade de se amparar em vários elementos que a reconfortem e a tranquilizem. Existem vários elementos, como se pode calcular, mas os que foram apontados pelas

participantes foram essencialmente três necessidades de apoio: emocional, familiar e religioso.

Começaremos por analisar o apoio mais refortalecedor para as mulheres e, neste sentido, apresentaremos a unidade de contexto “Emocional”.

Quadro 31 - Unidade de contexto "Emocional"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Emocional	“... por vezes não conseguimos dar toda a atenção que elas precisam...” E2:66
	“... [as mulheres] precisam de mais atenção por parte de todos os que a rodeiam, inclusive os enfermeiros e profissionais de saúde.” E2:71
	“Na verdade, todas elas precisam muito de atenção, seja de quem for.” E4:47
	“[as mulheres] Precisam igualmente de muita atenção, a necessidade de suporte emocional é muito grande nesta fase.” E5:37

Quer o diagnóstico de cancro da mama, quer a remoção da mama, constituem acontecimentos traumáticos na vida de uma mulher e, por este motivo, “... [as mulheres] precisam de mais atenção por parte de todos os que a rodeiam, inclusive os enfermeiros e profissionais de saúde” (E2:71). Holland e Mastrovito (1980) referem que as mulheres parecem lidar melhor com estes acontecimentos quando estão preparadas para o facto de poderem ter momentos de tristeza, crises de choro, ansiedade e medo nas primeiras semanas após a cirurgia. Isto potencia a necessidade de suporte emocional por parte de todos os que as rodeiam, inclusive o enfermeiro e os restantes profissionais de saúde. Payne, Sullivan e Missie (1996) salientam ainda que os suportes emocionais e financeiros funcionam como intervenientes na adaptação da mulher à transição. São ainda fortes apoios emocionais os graus de afeto, aprovação, pertença e segurança por parte do seu grupo de pessoas significativas (Bloom, 2000).

Tal como já foi referido, as pessoas significativas são muito importantes para a adaptação da mulher mastectomizada à sua nova condição. Será agora apresentada a análise da unidade de contexto “Familiar”.

Quadro 32 - Unidade de contexto "Familiar"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Familiar	“... a família é sempre uma componente muito relevante para as pessoas...” E1:60
	“... [a família é importante] mesmo até para aquelas que não a têm...” E1:61
	“Para a grande maioria delas, a família é o apoio número um...” E2:62
	“... a importância da família e do apoio dos familiares para conseguir dar vazão às necessidades das mulheres...” E2:72
	“O comportamento das pessoas significativas também influencia (...) o modo como a mulher reage a esta nova condição.” E3:69
	“...mas a família é aquele suporte presente e que lhes confere proteção ao mesmo tempo.” E4:48
	“E precisam também do apoio dos seus familiares, das pessoas que lhes são mais queridas” E5:38
“...para elas [mulheres] é muito importante saber que a família não as rejeita” E6:25	

A integridade do seio familiar é essencial no processo de recuperação e adaptação física, emocional e social da mulher, face à situação que está a viver (Fernandes, Melo e Silva, 2005; Bervion e Perlini, 2006). O apoio familiar permite que a mulher mantenha alguma estabilidade perante a sua luta contra a doença, conseguindo suprimir as carências emocionais, o que conduz a uma melhor aceitação da sua condição (Ângelo e Bergamasco, 2007). Gurgel e Fernandes (1997), citados por Oliveira (2004), referem que a família funciona como base de sustentação emocional e financeira. A capacidade

de enfrentar os acontecimentos de vida depende fortemente do relacionamento afetivo que mantêm com a mesma, visto que “o comportamento das pessoas significativas também influencia (...) o modo como a mulher reage a esta nova condição” (E3:69).

Este suporte emocional e afetivo da família poderá reduzir o impacto de vários fatores ligados a toda a situação causada pela doença e mastectomia, levando a uma adaptação positiva da mulher (Holland e Mastrovito, 1980). Lindop e Cannon (2001), afirmam mesmo que este suporte social e familiar é visto pelas mulheres como uma necessidade, corroborando os resultados do nosso estudo nesta subcategoria.

Foi também referido pelas participantes a espiritualidade e a religião como um apoio sentido pelas mulheres. Iremos agora analisar a unidade de contexto “Religioso”.

Quadro 33 - Unidade de contexto "Religioso"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Religioso	“... sentia que precisava de apoio religioso e só mesmo isso a conseguia tranquilizar.” E1:48
	“... mulheres que toda a vida praticaram algum tipo de religião ou participaram em grupos de igreja...” E1:50
	“É muito comum pedirem-nos para ir à capela ou que falemos com um padre para ir ao serviço...” E1:52
	“... chegam mesmo a acreditar que podem haver milagres para as suas situações.” E2:58
	“A fé que sentem na sua religião pode ser um amparo durante este período de grande vulnerabilidade...” E3:78
	“... [a religião] constitui um apoio emocional, do qual estas mulheres realmente necessitam nesta fase.” E3:82
	“A conversa com um padre ou um representante da sua religião pode ser confortante...” E3:83
	“...outro apoio que sentem falta é o religioso, em especial mulheres católicas e que foram criadas em ambientes religiosos” E5:41

O recurso a forças como a religião e a espiritualidade é essencial para que as mulheres encarem de forma mais otimista as situações negativas e perturbadoras que ocorrem nas mesmas. “A fé que sentem na sua religião pode ser um amparo durante este período de grande vulnerabilidade...” (E3:78). Estas forças consistem em entidades promotoras de energias positivas, que ajudam as mulheres a lutar e a seguir em frente, contribuindo para ultrapassar as adversidades da vida, nomeadamente um cancro da mama (Sampaio, 2006). O mesmo autor afirma ainda o seguinte:

... observa-se que acreditar num ser superior (...) desencadeia uma série de consequências pós-mastectomia, pois entende-se que acreditar na possibilidade de cura aumenta a probabilidade de ocorrência de comportamentos compatíveis com o tratamento (p. 51).

3.2.2.2. – Subcategoria: Necessidade de informação

O acompanhamento da doença e do tratamento pelas mulheres é importante para se sentirem seguras quanto ao que lhes espera. A informação sobre a sua situação e sobre o cancro permite à mulher inteirar-se sobre o que lhe está a acontecer e sobre as possibilidades do seu futuro.

Neste sentido, iremos analisar a unidade de contexto que se dedica à necessidade de informação sobre a “Situação e a doença”.

Quadro 34 - Unidade de contexto "Situação e a doença"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Situação e a doença	“As mulheres sentem necessidade de estar bem informadas sobre a situação...” E1:66
	“Querem saber o que se passa, se é grave ou não...” E1:68
	“... [o facto de estarem informadas] permite que haja uma diminuição da ansiedade perante todo o processo...” E1:96
	“... algumas mulheres recorrem até a livros para se inteirarem melhor da sua condição.” E2:7

	“A informação é um ponto muito decisivo para ajudar mulheres mastectomizadas.” E3:87
	“... por isso requisitam sempre muita informação” E4:50
	“... envolve um órgão sexual, aumenta a necessidade de obterem informações ...” E5:36

“As mulheres sentem necessidade de estar bem informadas sobre a situação...” (E1:66). Uma das estratégias da mulher mastectomizada para lidar com a situação é a procura de informação, quer junto dos profissionais de saúde e de outras pessoas que tenham passado pela mesma situação, mas também por pesquisas na literatura, procurando acima de tudo controlar a situação. Contudo, a informação fornecida deve ser alvo de avaliação sistemática e fornecida ao longo do processo de doença (Oliveira, 2004).

Dias (1997), citado por Oliveira (2004), refere a importância da informação como uma ferramenta que possibilita às mulheres participarem nas decisões terapêuticas, e avaliarem essas mesmas decisões, com base no conhecimento dos riscos e benefícios das mesmas para a sua qualidade de vida

3.2.3. – Categoria: Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia

Ao longo da sua formação profissional, o enfermeiro adquire conhecimento científico, habilidades técnicas e competências relacionais, mas a maneira de se expressar no mundo, de acordo com as suas experiências e vivências, pessoais e profissionais, são inerentes a cada um (Moreira, 2009). Mas este facto é muito relevante para que possam adotar estratégias para ajudar as pessoas que necessitam das suas intervenções, nomeadamente mulheres mastectomizadas, visto que durante a sua prática, prestam cuidados de enfermagem mediante as necessidades destas mulheres e também através da sua experiência profissional.

Em seguida, será apresentado um quadro resumo com a categoria “Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia”, assim como as suas subcategorias e unidades de contexto.

Quadro 35 - Categoria "Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia"

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia	Suporte do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia • Acompanhamento do enfermeiro • Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada • Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada
	Pilares da relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade • Compreensão • Reintegração na sociedade e no quotidiano
	Suporte dos grupos coletivos de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • O encaminhamento para os grupos coletivos • Atividades realizadas pelos grupos coletivos
	Reeducação funcional e readaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de compensação • Exercício físico e relaxamento

3.2.3.1. – Subcategoria: Suporte do enfermeiro

Segundo Watson (2002), o cuidar requer envolvimento pessoal, social, moral e espiritual do enfermeiro e o comprometimento para com os outros, e a enfermagem oferece a promessa da preservação do ser humano na sociedade. De acordo com Hesbeen (2003), a alteração resultante de um procedimento cirúrgico mutilador, como é o caso da mastectomia numa mulher, constitui um peso muito grande para esta, mas não significa que não se possa atuar sobre as incapacidades que daí resultem. É sobre essas incapacidades que o enfermeiro pode oferecer respostas concretas, para uma integração e adaptação à sua nova condição de saúde (Pinto, 2009). É neste sentido do cuidar da enfermagem que Potter e Perry (2003) salientam que "... o cuidar é uma das motivações

que leva uma pessoa a tornar-se enfermeiro, sendo uma fonte de satisfação quando o enfermeiro sabe que fez a diferença na vida do utente” (p. 452).

Para se compreender o suporte do enfermeiro à mulher mastectomizada, iremos agora analisar a primeira unidade de contexto, “Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia”.

Quadro 36 - Unidade de contexto "Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia	“... são diversas as formas como as várias mulheres reagem a esta situação...” E1:3
	“... cada uma reage de forma diferente.” E1:34
	“... as reações também têm muito a ver com a forma como conseguem lidar com a situação e com a sua condição clínica.” E2:11
	“... começam a fazer planos...” E2:24
	“... as mulheres têm formas de encarar esta mesma situação de formas muito distintas.” E3:6
	“As primeiras reações são de surpresa e acabam por ser as mais espontâneas...” E3:14
	“... nem todas [as mulheres] apresentam a mesma sequência de reações nem com a mesma intensidade...” E3:16
	“Não podemos dizer que as mulheres têm necessidades específicas” E5:33
	“... pois cada mulher reage de uma maneira diferente” E6:2

É importante considerar que, dependendo do modo como a mulher elabora o conceito e os valores de si mesma, irá realizar um julgamento singular da situação em que se encontra (Andolhe, 2009), o que resulta nas várias formas de reagir a um mesmo fenómeno, e “... nem todas [as mulheres] apresentam a mesma sequência de reações nem com a mesma intensidade...” (E3:16). A doença em si é vista como um estado patológico e, segundo Correia (1996), citado por Moreira (2009):

... representa para qualquer indivíduo uma ameaça e um desafio que serão vivenciados das formas mais diversas de acordo com as idades, as experiências vividas anteriormente, o estado emocional, o apoio afectivo de que dispõe, a capacidade individual de adaptação, as representações mentais que detém de saúde e de doença... (p. 6).

Segundo Andreoli Erlichman (2008), as vivências são aquilo que experimentamos ao longo dos dias e são as vivências que, no seu conjunto, formam as páginas das nossas vidas. Estas vivências são portanto individuais, vividas com diferentes intensidades e às quais se atribuem diferentes graus de importância. A nova condição da mulher submetida a mastectomia, e os seus esforços na gestão do processo saúde/doença, é uma área de alta sensibilidade aos cuidados de enfermagem. É por isso importante conhecer e compreender o modo como estas mulheres percebem e experienciam a sua nova condição, de maneira a permitir ao enfermeiro desenvolver estratégias de intervenção profissional facilitadoras da transição, de acordo com os projetos de saúde da mulher (Pinto, 2009).

Estas mulheres merecem atenção especial e, por isso, a equipa de enfermagem presta-lhes cuidados baseados na sensibilidade e empatia, que constituem elementos do cuidar, encorajando a mulher a expressar os seus sentimentos (Gómez *et al*, 2005).

Além do enfermeiro procurar compreender as diferentes reações das mulheres a um mesmo problema, a mastectomia, é importante acompanhar o desenvolvimento da sua doença e recuperação. Neste sentido, será agora analisada a unidade de contexto “Acompanhamento do enfermeiro”.

Quadro 37 - Unidade de contexto "Acompanhamento do enfermeiro"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Acompanhamento do enfermeiro	“A nossa principal função enquanto enfermeiros cuidadores de mulheres mastectomizadas é, em primeiro lugar reconhecer as necessidades individuais...” E1:78
	“... o enfermeiro faz parte de todo este percurso [transição da

	mulher para a mastectomia] em muitas fases e em vários aspetos...” E1:103
	“... temos de as [mulheres] abordar pouco a pouco, sem que elas sintam que estamos a querer meter-nos na intimidade delas...” E2:44
	“Quando nos tentamos aproximar de uma mulher que está nesta transição, de se adaptar a esta nova condição...” E3:38
	“... [os enfermeiros procuram] conhecer as suas histórias para adequarmos a nossa intervenção perante elas.” E3:54
	“Se conseguirmos detetar sinais (...) talvez consigamos ir um bocadinho mais depressa [para elaborar um plano de cuidados]...” E3:110
	“... o enfermeiro acompanha a mulher desde o seu internamento ...” E4:58
	“As primordiais estratégias consistem no apoio e na identificação das necessidades das mulheres.” E5:44
	“... e cabe-nos a nós enfermeiros sabê-las identificar [as necessidades]” E6:19

Torna-se importante que o enfermeiro, desde o primeiro contacto com a mulher, vá fazendo uma avaliação progressiva, não só do tipo de pessoa que tem à frente, mas acima de tudo, dos sentimentos dessa pessoa, dos seus principais medos, das suas necessidades e do significado que a doença e a remoção da mama tem para ela. Isto é importante, visto que “... o enfermeiro faz parte de todo este percurso [transição da mulher para a mastectomia] em muitas fases e em vários aspetos...” (E1:103).

É necessário, desde logo, equacionar os problemas encontrados, para que possa ser estabelecido um plano de cuidados que tenha em conta a idade, o estilo de *coping*, as estruturas e os problemas de suporte existentes a nível familiar, nomeadamente as pessoas significativas, que podem ajudar. É ainda importante identificar o estadió de adaptação em que a mesma se encontra (Pinto, 2009).

Bertolo e Pauli (2008), afirmam que o enfermeiro deve explorar cuidadosamente os seus encontros com a utente, respeitando a sua privacidade, mas tendo como objetivo a

exploração dos seus sentimentos e emoções, de modo a prepará-la para enfrentar toda a situação de forma gradual e satisfatória. Resta ainda salientar que o acompanhamento do enfermeiro integra todo um conjunto de ações, que consistem na arte do cuidar, como afirma Hesbeen (2004), citado por Diogo (2006, p. 18): “... ajudar uma pessoa a encontrar um modo de vida com significado, numa determinada situação em que se encontra, e qualquer que seja o estado do seu corpo”.

Como já se conseguiu perceber, o enfermeiro presta apoio à mulher mastectomizada nas várias fases da doença e recuperação, e constitui um suporte fundamental para ajudar a mesma a enfrentar a mastectomia e as alterações adjacentes. Será agora analisada a unidade de contexto “Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada”.

Quadro 38 - Unidade de contexto "Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada	“... termos sempre em conta que devemos estar preparadas para ajudar, seja qual for a forma de o fazer.” E1:10
	“Mas nós temos de ajudá-las na medida do possível...” E1:71
	“... as necessidades destas mulheres acabam por ser sempre satisfeitas muito em função daquilo que lhes dizemos, ou da ajuda que prestamos...” E2:53
	“... [o enfermeiro passa] a ideia de que «isto não tem de ser o fim de nada – é um recomeço».” E3:97
	“... devemos dar espaço para as mulheres conseguirem pensar em soluções para si mesmas.” E3:102
	“É preciso prepará-las para se olharem ao espelho” E4:62
	“... os planos de cuidados são elaborados em função da informação que vamos obtendo ...” E4:71

Devemos olhar a mulher, não como objeto do assistir, mas como sujeito do nosso cuidado, que merece um olhar de natureza compreensiva e a oportunidade de recorrer ao enfermeiro, não para agir ou pensar por ela, mas para auxiliá-la nas suas dificuldades,

dúvidas, medos e ansiedades, deixando sempre claro que ela tem a responsabilidade final sobre si mesma. Desse modo, o enfermeiro ajudará a mulher a tomar decisões e a assumir o seu próprio destino (Andolhe, 2009).

Sabendo que a doença crónica é uma condição que afeta as funções do indivíduo nas suas atividades de vida diárias por mais de três meses, a mesma leva a internamentos pouco ou muito frequentes, com diferentes tratamentos, cuidados e prognósticos específicos. Através da sua visão holística do indivíduo, o enfermeiro utiliza os seus conhecimentos e competências, sendo um forte elemento na equipa de saúde, capaz de prestar cuidados integrais, não só à mulher mastectomizada, mas também à sua família (Moreira, 2009). Neste sentido, uma participante afirmou que é preciso “... termos sempre em conta que devemos estar preparadas para ajudar, seja qual for a forma de o fazer” (E1:10).

O estabelecimento de uma relação de confiança do enfermeiro com a mulher e a família é adquirido através de atitudes objetivas, empáticas, de escuta, de apoio, de envolvimento, de auxílio e de esclarecimento e informação. Ou seja, a equipa de enfermagem deverá desempenhar todas as suas competências na relação com a mulher e a família. Pode-se afirmar que são então múltiplos os desafios que se colocam aos enfermeiros perante uma situação de mastectomia no seio de uma família, à qual também prestam cuidados, voluntária ou involuntariamente (Andolhe, 2009). Para Casey (s.d.), citado por Marques e Ledo (2006), o enfermeiro deve prestar cuidados de enfermagem quando os familiares não tiverem capacidades ou conhecimentos para os realizarem, mas ao mesmo capacitá-los para conseguirem prestar futuramente. A abordagem de cuidados é flexível na parceria e tem como objetivo estabelecer relações de igualdade entre os profissionais e a família.

O apoio do enfermeiro é fundamental na recuperação da mulher mastectomizada, como já foi possível constatar. Contudo, nem sempre é possível que um mesmo enfermeiro ou profissional de saúde consiga acompanhar todo o desenvolvimento da recuperação de uma mulher, e como tal, esta é encaminhada para outros profissionais, também eles capacitados para prestar cuidados a mulheres mastectomizadas. Iremos então analisar a

unidade de contexto “Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada”.

Quadro 39 - Unidade de contexto "Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada	“... quando não conseguimos [ajudar mais as mulheres], devemos encaminhá-las para ajuda especializada...” E1:72
	“... [o enfermeiro pede] a colaboração de outros colegas para dar continuidade ao processo de recuperação.” E3:117
	“... o enfermeiro não trabalha sozinho para a recuperação da mulher, mas sim em colaboração com outros profissionais de saúde.” E5:48

No enfrentamento da situação de ser uma mastectomizada, a mulher depara-se com uma série de problemas, que podem ser de origem financeira, de autoestima, de autoafirmação e até de falta de informação sobre a patologia que transformou profundamente a sua vida (Barbosa, 2004). Nem sempre o enfermeiro consegue dar resposta a determinadas necessidades e aqui salienta-se que “... o enfermeiro não trabalha sozinho para a recuperação da mulher, mas sim em colaboração com outros profissionais de saúde” (E5:48). Como tal, necessitam de apoio especializado em várias áreas, como é o caso da psicologia. O apoio psicológico é muito importante nesta fase. Os psicólogos ajudam a aliviar medos, a diminuir receios e dúvidas e a enfrentar melhor todas as modificações que surgem na vida familiar e no emprego, facilitando, ainda, a adaptação à sua nova imagem corporal. Depois de uma mastectomia, é natural que a mulher vivencie momentos de instabilidade emocional e tristeza, deparando-se com sentimentos de perda, angústia e ansiedade (Greer, Moorey e Watson, 1989).

A mulher tem ainda acompanhamento noutras áreas após a intervenção cirúrgica, assim como direito a diversos benefícios sociais, nomeadamente nas áreas da saúde, segurança

social, trabalho e impostos. Estas informações devem ser fornecidas no centro de saúde, no hospital ou junto da assistente social da sua área de residência (Greer, Moorey e Watson, 1989). O mesmo autor referencia alguns locais para onde a mulher pode ser encaminhada, que são:

- Associação Portuguesa de Apoio à Mulher com Cancro da Mama - É uma organização sem fins lucrativos, que presta apoio e informação a pessoas com patologia mamária, familiares e amigos;
- Liga Portuguesa Contra o Cancro - É uma associação cultural e de serviço social de utilidade pública. Desenvolve atividades em regime de voluntariado, no âmbito da investigação, sensibilização e informação sobre prevenção do cancro, e apoio social ao doente e familiares, nomeadamente na intervenção para a humanização da assistência. Além de apoio emocional, a Liga ajuda na aquisição de medicamentos, próteses, transportes e na satisfação de outras necessidades.

3.2.3.2. – Subcategoria: Pilares da relação terapêutica

A ajuda do enfermeiro à mulher mastectomizada é crucial, e a mesma consegue-se através do estabelecimento de uma relação terapêutica, que engloba também a ajuda à família. Deste modo, o enfermeiro deve ter presente que a mastectomia causa efeitos devastadores na vida de uma mulher e provoca perdas a vários níveis, inclusive emocional e social, e como tal, deve ser dada atenção ao impacto emocional, imprescindível no apoio ao doente oncológico (Silva, 2008). Nesta subcategoria dos “Pilares da relação terapêutica”, abordaremos alguns pontos-chave e ferramentas que os enfermeiros utilizam como estratégia de apoio na transição da mulher para a mastectomia.

Um dos pilares que o enfermeiro tem para conseguir estabelecer uma relação terapêutica com a mulher é o tempo e a forma como se disponibiliza para conhecê-la melhor. Procedemos agora à análise da unidade de contexto “Disponibilidade”.

Quadro 40 - Unidade de contexto "Disponibilidade"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Disponibilidade	“O importante é que elas sintam que nós estamos disponíveis para as ouvir...” E2:50
	“... [o enfermeiro deve estar disponível] para esclarecer dúvidas quando elas se sintam confortáveis para falar da situação.” E2:51
	“... mostrando a nossa disponibilidade para ouvir, para aconselhar e para as ajudar...” E2:120
	“... o enfermeiro deve estar atento e estar disponível...” E3:113
	“... o enfermeiro tem um papel fundamental, mostrando a sua disponibilidade” E4:67
	“É muito importante as mulheres saberem que estamos disponíveis [os enfermeiros] para as ouvir” E6:29

O enfermeiro tem um papel fundamental no apoio à mulher mastectomizada, como já foi constatado. O desejo que a mesma sente de falar, de ser ouvida e de obter respostas aos seus questionamentos torna-se mais intenso depois de receber o diagnóstico de cancro, pois o tempo passa a ter outro significado. Além do apoio dos familiares e amigos, também se pôde apurar que o apoio prestado pela equipa de profissionais de saúde se torna indispensável. Neste sentido, “... o enfermeiro tem um papel fundamental, mostrando a sua disponibilidade” (E4:67). Sendo assim, a presença de um enfermeiro, atento às questões sociais, constitui um fator indispensável para a provisão de recursos que podem ser associados à adesão terapêutica e à sua continuidade (Andrade, Panza e Vargens, 2011). A disponibilidade do enfermeiro é muito importante, pois “... representa uma atitude de ocupação, de preocupação, de responsabilização e de envolvimento afectivo com o outro...” (Guareschi e Pinto, 2007, p. 234), assim como se pode afirmar que a vivência do cuidar está povoada de emoção e sentimento (Diogo, 2006).

Deste modo, o enfermeiro disponibiliza meios, nomeadamente temporal e físico, para conseguir atender às necessidades da mulher. A questão do espaço físico é também relevante, pois a intervenção face a face permite à mulher sentir-se mais tranquila e

segura para expressar os seus sentimentos (Araújo *et al*, 2010). Almeida e Sabates (2008) reforçam esta ideia, ao afirmar que “... espera-se que o ambiente físico propicie também o acolhimento, ou seja, esteja preparado para receber o paciente e sua família” (p. 6).

O enfermeiro faz parte da rede social de apoio da mulher e, como tal, participa no processo de construção de uma nova identidade desta (Araújo *et al*, 2010). Não nos devemos esquecer que o profissional de saúde é também um ser humano, e Diogo (2006), salienta a ideia de que o mundo dos outros reflete a nossa própria imagem e, por isso, a imagem que o enfermeiro vê nos outros pode, de certa forma, espelhar a sua vida, o que justifica o cuidado humanizado e a disponibilidade do enfermeiro perante estas situações.

A disponibilidade que o enfermeiro demonstra permite compreender as necessidades e os sentimentos e emoções das mulheres mastectomizadas, como foi possível averiguar acima. Neste contexto, torna-se importante analisar a unidade de contexto “Compreensão”.

Quadro 41 - Unidade de contexto "Compreensão"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Compreensão	“... [o enfermeiro deve elaborar um plano] de acordo com as mulheres e com os estilos de vida das mesmas.” E1:41
	“... ao conseguir entendê-las (...) conseguimos dar resposta à maioria das suas necessidades...” E2:93
	“Temos de compreender que existem individualidades, formas particulares de reagir a um mesmo fenómeno...” E2:95
	“... [o enfermeiro procura] fazer ver que há outros caminhos que podem percorrer que não levem necessariamente aos desfechos trágicos...” E2:115
	“... é um grande passo para um enfermeiro conseguir identificar as necessidades destas mulheres.” E3:67
	“... que compreendemos as suas preocupações e receios” E6:30

O enfermeiro deve compreender as experiências vividas pelas mulheres e a comunicação tem um papel fundamental nesta compreensão das mesmas. A comunicação é um processo de compartilhamento de experiências e a atribuição dos seus significados. O enfermeiro utiliza a comunicação para procurar conhecer melhor as mulheres de quem cuidam e, ao mesmo tempo, criar um vínculo com elas, o que lhe permite conhecer a mulher mastectomizada. Mas conhecê-la não é somente apresentar-se à mesma; é também compreender as suas necessidades, que advêm da doença. A criação de empatia durante a prestação de cuidados é muito importante, pois permite conquistar a confiança da mulher e, conseqüentemente, prestar cuidados humanizados e individualizados à mesma (Araújo *et al*, 2010), e por isso “... é um grande passo para um enfermeiro conseguir identificar as necessidades destas mulheres” (E3:67).

Cuidar implica colocar-se no lugar do outro, em situações diversas, quer na dimensão pessoal, quer na social. É um modo de estar com o outro, no que se refere a questões especiais da vida e das relações sociais, nomeadamente na promoção e na recuperação da saúde (Souza *et al*, 2005). Desta forma, e de acordo com Andreoli e Erlichman (2008):

... percebe-se, assim, que a “humanização” não deve ser algo idealizado, mas um desafio constante em direcção a acções humanizantes que considerem o ser humano doente, seus familiares e cuidadores em seus direitos, dignidade, singularidade e integralidade (p. 288).

A ideia de ajudar os outros na solução de problemas, ou de um indivíduo colocar-se no lugar do outro, ainda permanece válida como referência e conteúdo básico da noção do cuidado em enfermagem no século XXI. Dessa noção da compreensão por parte do enfermeiro, advém o entendimento do valor intrínseco da vida, que ocupa um lugar central no conjunto dos valores da humanidade (Souza *et al*, 2005). O cuidado de enfermagem consiste na essência da profissão e pertence a duas esferas distintas: uma objetiva, que se refere ao desenvolvimento de técnicas e procedimentos, e uma subjetiva, que se baseia na sensibilidade, criatividade e intuição para cuidar de outro ser

(Souza *et al*, 2005), de onde se salienta a compreensão dos sentimentos e vivências do próximo.

Todos estes pilares da relação terapêutica têm como principal objetivo ajudar a mulher mastectomizada a recuperar, ou até melhorar, a qualidade de vida que tinha anteriormente ao diagnóstico de cancro da mama e conseqüente mastectomia. Assim, analisaremos agora a unidade de contexto “Reintegração na sociedade e no quotidiano”.

Quadro 42 - Unidade de contexto "Reintegração na sociedade e no quotidiano"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Reintegração na sociedade e no quotidiano	“... tentamos perceber quais as coisas que gostam de fazer...” E1:81
	“... adaptarmos o nosso plano de cuidados e que o mesmo seja plausível, e de fácil realização.” E1:82
	“... [o enfermeiro procura] informação que nos permita avançar com um plano de cuidados que as ajude da melhor forma.” E2:46
	“... adaptar os seus antigos estilos de vida aos novos.” E3:105
	“... [a reintegração] requer do enfermeiro um acompanhamento de perto, de maneira a conseguir adaptar o plano de cuidados à medida que a recuperação se vai desenvolvendo.” E5:52

Para uma pessoa numa situação de isolamento e/ou afastamento da sua vida social por doença, o momento de regressar à sua vida “normal” é um ponto alto da recuperação, quase como sinónimo de recomeçar uma nova vida sã. Segundo Amorim (2007), para as mulheres que tinham uma ocupação/profissão, a simples possibilidade de a retomarem, sentindo-a como um escape durante os tratamentos ou após a doença, revelou-se um valioso contributo para a sua recuperação, não só pela própria atividade ocupacional, mas também porque permitiu vencer os medos e atenuar o sofrimento.

Matos (1998), citado por Oliveira (2004), afirma que notou em vários testemunhos que as mulheres revelaram a grande necessidade de aproveitarem tudo o que lhes é mais agradável, inclusive as suas atividades profissionais. Refere também que as mulheres

revelaram que uma das coisas que mais as ajudou a vencer os medos, foi regressar ao trabalho, ou estarem o mais ocupadas possível, pois possibilitou a distração da doença e das consequências causadas pela mastectomia. Mas o enfermeiro tem aqui também um papel importante, pois "... [a reintegração] requer do enfermeiro um acompanhamento de perto, de maneira a conseguir adaptar o plano de cuidados à medida que a recuperação se vai desenvolvendo" (E5:52).

3.2.3.3. – Subcategoria: Suporte dos grupos coletivos de ajuda

Com a finalidade de auxiliar as mulheres mastectomizadas na resolução dos problemas decorrentes da mastectomia, muitos profissionais da área de saúde estão a articular grupos de autoajuda, que são grupos terapêuticos e homogêneos, com o objetivo de juntar pessoas que passam pelo mesmo sofrimento (Barbosa, 2004).

Desta forma, o enfermeiro responsável pela prestação de cuidados à mulher mastectomizada encaminha-a para esses grupos, como poderemos constatar através da análise da unidade de contexto "O encaminhamento para os grupos coletivos".

Quadro 43 - Unidade de contexto "O encaminhamento para os grupos coletivos"

Unidade de contexto	Unidades de registo
O encaminhamento para os grupos coletivos	"... acabamos por encaminhá-la [mulher] para grupos coletivos..." E1:63
	"... contamos muito com o apoio dos grupos coletivos, para onde as encaminhamos..." E2:103
	"... aconselhamos e orientamos as mulheres para os grupos de apoio..." E3:118
	"... temos de as informar acerca do que normalmente sucede nesses convívios." E3:122
	"O enfermeiro deve sempre aconselhar estes grupos [de ajuda]" E5:56
	"É comum reencaminhar estas mulheres [mastectomizadas] para grupos de ajuda" E6:31

A mulher mastectomizada é uma mulher duramente atingida física, psicológica e socialmente, pela doença e pela cirurgia mutiladora. O facto de ter de lidar com as limitações causadas pela doença, com a alteração da imagem corporal e dos planos de vida, entre outros, exige da mulher um grande esforço para a qual, geralmente, não está preparada para superar sozinha, surgindo dessa necessidade os grupos de mútua ajuda (Negrini e Rodrigues, 2000). As participantes realçaram todas que “é comum reencaminhar estas mulheres [mastectomizadas] para grupos de ajuda” (E6:31).

Nos grupos de autoajuda, a partilha de experiências comuns proporciona aos seus integrantes uma enorme energia, importante para ajudar a ultrapassar as exigências da vida, assim como para a reabilitação (Barbosa, 2004). O mesmo autor relata ainda que estas modalidades de grupo também interferem na aceitação do cancro e da mastectomia, e promovem a procura coletiva de meios e soluções para os seus problemas.

Neste sentido, é importante perceber qual o papel destes grupos coletivos na reabilitação da mulher e, assim, será analisada a unidade de contexto “Atividades realizadas pelos grupos coletivos”.

Quadro 44 - Unidade de contexto "Atividades realizadas pelos grupos coletivos"

Unidade de contexto	Unidades de registo
Atividades realizadas pelos grupos coletivos	“... onde podem falar abertamente e sem receios acerca da sua situação...” E1:99
	“... estão perante pessoas que já passaram ou estão a passar pelo mesmo [nos grupos coletivos] e partilham as suas experiências.” E1:100
	“É muito engraçado ver esta evolução e esta partilha de experiências...” E1:102
	“... é uma forma de ouvirem outras mulheres que passaram pelo mesmo e estão a superar...” E2:104
	“... [as mulheres] sentem-se mais esperançadas ao ouvi-las [mulheres que já estão em fase de recuperação mais avançada].”

	E2:105
	“... é não terem vergonha de se expor visto que todas passaram pelo mesmo...” E2:108
	“Todas elas acabam por fazer amizades e trocar contactos e encontram-se noutras consultas.” E3:120
	“... convivem com outras pessoas que já passaram pelo mesmo [mulheres que foram submetidas a mastectomia]” E4:76
	“ Neles, [grupos de ajuda] as mulheres podem desabafar os seus medos, colocar as suas dúvidas...” E5:54
	“... é importante a partilha de experiências entre estas mulheres [mastectomizadas]” E6:33

Uma das principais funções da comunicação na assistência de enfermagem é estabelecer relações significativas (Araújo *et al*, 2010). Estas relações podem ser desenvolvidas em vários contextos, e os grupos coletivos são um bom local para que se desenvolvam, pois promovem a união de pessoas que tiveram experiências algo semelhantes. São também conhecidos como *selfhelp*, e atuam essencialmente através da ajuda a pessoas que têm problemas decorrentes de doenças agudas ou crónicas. A grande vantagem de pertencerem a estes grupos “... é não terem vergonha de se expor visto que todas passaram pelo mesmo...” (E2:108).

Através da nossa pesquisa bibliográfica, foi possível encontrar o GEPAM (Grupo de Autoajuda, Ensino, Pesquisa e Assistência à Mulher Mastectomizada). Este grupo utiliza um espaço amplo, com condições adequadas para a realização das atividades. Os profissionais realizam com as mulheres exercícios físicos, com o intuito de promover relaxamento físico e mental, e reabilitar o membro superior afetado pela mastectomia. Além dos exercícios físicos, a equipa multidisciplinar do GEPAM oferece atividades que favorecem uma melhoria da saúde mental, com a finalidade de diminuir significativamente as crises de depressão e de angústia (Barbosa, Oliveira e Fernandes, 2004).

O grupo é um espaço onde as mulheres são valorizadas como seres humanos, e as suas potencialidades são aproveitadas e trabalhadas, com o objetivo de ajudá-las a superar as suas limitações e a reagir perante situações difíceis (Barbosa, Oliveira e Fernandes, 2004).

A psicoterapia tem como finalidade ensinar estas mulheres a cuidarem-se de maneira a acreditarem que se irão curar, o que facilita a atuação das intervenções terapêuticas tradicionais. A convivência entre as mulheres que experienciaram o cancro da mama parece ser um ponto-chave na reabilitação das mastectomizadas, além de diminuir o estigma e o isolamento social associados à doença (Barbosa, Oliveira e Fernandes, 2004). Os mesmos autores referem que estes grupos são também um espaço de entretenimento e lazer, e que muitas participantes afirmam que o tempo que estão no grupo é dos poucos momentos em que se sentem bem e se divertem.

3.2.3.4. – Subcategoria: Reeducação funcional e readaptação

A doença expõe a mulher a uma série de dificuldades, tais como a inadaptação devido à doença crónica e mutilante, mas também a algumas limitações físicas, como o movimento do membro superior homolateral à mama afetada, impossibilitando a mulher de desenvolver trabalhos domésticos e atividades profissionais, desenvolvidos anteriormente. O cuidado em enfermagem possui na sua amplitude a componente humanística ao promover a continuidade da espécie humana saudavelmente, desta geração e das seguintes (Souza *et al*, 2005).

Dentro deste cuidado humanizado de enfermagem, a oferta de soluções relacionadas com a compensação da falta da mama é muito importante e tranquiliza a mulher mastectomizada. Por este motivo, foi possível criar a unidade de contexto “Dispositivos de compensação”, que será analisada abaixo.

Quadro 45 - Unidade de contexto "Dispositivos de compensação"

Unidade de contexto	Unidades de registo
	“... [as mulheres sentem necessidade] de resolver a questão de não ter uma ou ambas as mamas...” E1:74

Dispositivos de compensação	“... conversamos muito acerca da reconstrução mamária imediata ou o mais rápido possível...” E1:89
	“... [o enfermeiro expõe as soluções físicas] para minimizar o choque que a mastectomia causa ao nível da imagem.” E1:90
	“Estimulamos a mulher a vestir-se como antes, ou até encorajamos aquelas que se desleixavam mais a aprumar-se...” E1:91
	“Existem algumas [medidas] que são comuns a todas, nomeadamente a utilização de expansores ou soutiens próprios para mastectomizadas...” E2:98
	“... a primeira higiene [após a mastectomia] ser feita no leito...” E3:124
	“Um outro problema é a sensibilidade local, que leva dias a ser recuperada.” E3:127
	“... existem medidas compensatórias, como a utilização de expansores de silicone dentro dos soutiens.” E4:65
	“...a utilização de expansores e soutiens para mastectomizadas.” E5:66
“... esclarecer sobre os dispositivos de compensação.” E6:38	

A ausência da mama natural faz com que, muitas vezes, a pessoa não se reconheça com a mesma capacidade de despertar admiração pelo outro ou pelo facto de não fazer parte do que se considera perfeição por ser belo, ou seja, por mais recursos existentes para ocultar uma suposta deformação do corpo. Lo Castro *et al* (1998), citados por Oliveira (2004), referem a dificuldade que as mulheres mastectomizadas têm em mostrar o corpo despido, pois têm a sensação de dissemelhança. A reconstrução da mama pode representar a preservação da autoimagem da mulher, assim como o aumento do senso de feminilidade e o relacionamento sexual e, portanto, constitui um processo de reabilitação menos traumático. Segundo Almeida (2008):

... o luto é uma tarefa finita de celebração de uma perda, pretendendo um forte e permanente investimento no processo de reordenação de si, das actividades do dia-a-dia, das relações interpessoais e das perspectivas do mundo (p. 146).

Nesta linha de pensamento, é necessário ter em conta que a perda de uma mama constitui um processo de luto na mulher, mas passível de ser ajustado com a utilização dos dispositivos de compensação. Melo (2005), citado por Biazotti e Martins (2007), constatou que a maioria das mulheres que procuraram a reconstrução mamária, sentiram-se felizes com os resultados estéticos. A reconstrução imediata promove uma satisfação a nível estético devido aos resultados cirúrgicos, aliada à diminuição de morbidade psicológica, quando comparada com a mastectomia sem reconstrução (Biazotti e Martins, 2007).

Mas além da reconstrução mamária, “existem algumas [medidas] que são comuns a todas, nomeadamente a utilização de expansores ou soutiens próprios para mastectomizadas...” (E2:98). Verenhitach (2009) salienta que, a alternativa à reconstrução mais eficaz para a autoestima destas mulheres, é o uso de próteses externas, pois promove uma ajuda valiosa através da devolução do volume e contorno da mama, ainda que algumas vezes temporária à cirurgia plástica reparadora. Embora mais raro, Amorim (2007) constatou no seu estudo que algumas mulheres referiram não ter qualquer tipo de preocupação com a sua aparência física, mas ainda assim passaram a ser mais seletivas na escolha do vestuário, não tanto pelo que os outros pensam acerca delas, mas principalmente pela necessidade de se sentirem bem consigo próprias.

Também na linha da promoção da autoestima e da ajuda na fase de reabilitação, o exercício físico e relaxamento parecem ter um peso relevante. Iremos analisar então a última unidade de contexto, “Exercício físico e relaxamento”.

Quadro 46 - Unidade de contexto "Exercício físico e relaxamento"

Unidade de contexto	Unidades de registo
	“... tentamos perceber qual o desporto que normalmente faz e adaptamo-lo à sua condição...” E1:83
	“É importante que o enfermeiro reforce as vantagens do exercício físico...” E3:96
	“... [as mulheres] fazem exercícios de relaxamento e algumas mulheres mais renitentes acabam por ver e fazem também...”

Exercício físico e relaxamento	E3:130
	“... comparam umas com as outras a evolução do [exercício] que já conseguem fazer.” E3:131
	“... é importante também reforçar a vantagem de praticar exercício de relaxamento.” E4:87
	“Os exercícios de relaxamento são também importantes” E5:63
	“Após a mastectomia é importante que seja feita a reabilitação” E6:34

O cuidado de enfermagem deve ser um suporte para viver bem, promovendo condições para uma vida saudável e em benefício do bem comum, o que também promove a liberdade e a autonomia do ser humano (Souza *et al*, 2005).

“Após a mastectomia é importante que seja feita a reabilitação” (E6:34). A prática de exercícios físicos após a mastectomia e/ou reconstrução mamária ajuda a restabelecer os movimentos e a recuperar a força no braço e no ombro homolaterais. Permite em simultâneo que haja diminuição da dor e da rigidez nas costas e no pescoço. Os exercícios são cuidadosamente programados e devem ser iniciados logo que o médico permita, o que costuma ocorrer um ou dois dias após a cirurgia. Inicialmente, os exercícios são mais suaves e podem ser realizados na cama. Gradualmente, vão-se tornando mais ativos e passam a fazer parte da rotina diária (Phipps *et al*, 2003).

Em suma, o enfermeiro participa ativamente no apoio à mulher mastectomizada, tentando compreender os sentimentos e as emoções que lhes ocorrem e identificar as necessidades mais importantes das mesmas. A próxima citação resume a importância do enfermeiro durante o processo de transição da mulher para a mastectomia, assim como para outras situações.

A forma, o jeito de cuidar, a sensibilidade, a intuição, o ‘fazer com’, a cooperação, a disponibilidade, a participação, o amor, a interação, a cientificidade, a autenticidade, o envolvimento, o vínculo compartilhado, a espontaneidade, o respeito, a presença, a empatia, o comprometimento,

a compreensão, a confiança mútua, o estabelecimento de limites, a valorização das potencialidades, a visão do outro como único, a percepção da existência do outro, o toque delicado, o respeito ao silêncio, a receptividade, a observação, a comunicação, o calor humano e o sorriso, são os elementos essenciais que fazem a diferença no cuidado (Souza *et al*, 2005, p. 269).

4- Conclusão

Atualmente, a investigação contribui para o desenvolvimento e melhoria das práticas em qualquer área. A área da saúde é uma das áreas onde o desenvolvimento é mais valioso, visto que o conhecimento científico depende, em larga escala, dos estudos de investigação para o desenvolvimento de técnicas e instrumentos adequados à prática.

Em enfermagem, a prática de cuidados está aliada aos conhecimentos científicos que o enfermeiro vai obtendo ao longo da sua atividade profissional e, mais uma vez, a investigação contribui para o desenvolvimento da sua prática, com o intuito de melhorar a prestação de cuidados ao principal sujeito do seu trabalho – o cliente.

Ao longo do nosso curso e dos ensinamentos clínicos hospitalares, fomos constatando que a mulher mastectomizada necessita de cuidados individualizados durante o seu processo de transição para a mastectomia, e a equipa de enfermagem detém um papel importante para ajudá-la nesta fase.

Neste sentido, delineámos o nosso problema de investigação e o objetivo central do mesmo foi “Compreender as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição”. Através da execução de cada fase do processo de investigação, fomos ganhando bases para o alcance do nosso objetivo geral, assim como dos específicos. Podemos afirmar que, apesar das dificuldades que fomos sentindo e que serão abordadas num capítulo adiante, conseguimos atingir o nosso objetivo, contando para isso com a ajuda das nossas participantes.

Realizámos então um estudo de paradigma qualitativo e do tipo descritivo, utilizando um processo de amostragem não probabilístico por redes, que nos possibilitou contar com a participação de seis enfermeiras que preencheram os critérios de inclusão por nós delineados. Os dados foram colhidos através de entrevista semi-estruturada áudio-gravada, e analisados através do método de análise de conteúdo de Bardin.

Após a análise cuidadosa dos dados, foi feita a categorização dos mesmos, onde obtivemos três categorias, nove subcategorias e quarenta unidades de contexto. À

primeira categoria denominámos “Reações das mulheres ao processo de transição para a mastectomia”, e dentro desta foi possível agrupar três subcategorias: “Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia”, onde foi abordado o simbolismo da mama para a mulher, assim como a mastectomia como causa de transição e o peso que a alteração da imagem corporal representa para a mulher; “Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada”, de onde podemos salientar a negação, a revolta, o choque, o isolamento, a desesperança e o medo, entre muitos outros; e as “Reações da mulher face à mastectomia” que, como pudemos constatar, depende de fatores como se o cancro da mama foi hereditário, se têm ou não companheiros e/ou filhos ou se são solteiras.

A segunda categoria designa-se “Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia”, de onde se obtiveram duas subcategorias: “Necessidade de apoio”, nomeadamente emocional, familiar e também religioso; e “Necessidade de informação”, que se centra na informação que as mulheres obtêm de diversas formas acerca da sua situação e da doença.

Por último, a categoria “Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia”, divide-se em quatro subcategorias: o “Suporte do enfermeiro”, que engloba temáticas como a maneira como os enfermeiros encaram as formas de reagir da mulher, o acompanhamento e o apoio que prestam a estas mulheres, e a interligação entre vários profissionais de saúde para a recuperação das mesmas; “Pilares da relação terapêutica”, nos quais o enfermeiro se baseia para ajudar a mulher mastectomizada, nomeadamente a disponibilidade, a compreensão e a colaboração para a reintegração da mesma no seu quotidiano; “Suporte dos grupos coletivos de ajuda”, que atualmente são importantes para que as mulheres convivam com pessoas que passaram por situações semelhantes, como pudemos constatar através das atividades realizadas pelos grupos; e a “Reeducação funcional e readaptação”, que engloba os dispositivos de compensação à perda da mama e a relevância do exercício físico para a reabilitação da mulher.

Estes resultados são importantes para melhorar a qualidade da prestação de cuidados de enfermagem à mulher mastectomizada, pela forma como pretendíamos compreender as

reações e as necessidades destas mulheres, e as estratégias que os enfermeiros adotam para lidar com as mesmas. Na prática, constata-se que o encaminhamento das mulheres para os grupos de autoajuda nem sempre permite que o enfermeiro acompanhe a recuperação destas, pois as equipas multidisciplinares nem sempre contam com a colaboração de enfermeiros.

Conseguimos concluir que o apoio do enfermeiro é fundamental durante o processo de transição para a mastectomia e, como tal, seria importante que houvesse uma continuidade dos cuidados de enfermagem ao longo do processo de reabilitação.

Como também verificámos, já são aplicadas muitas estratégias de apoio à mulher mastectomizada em processo de transição, como o acompanhamento durante o internamento, a disponibilidade, a compreensão, entre outros, de forma a satisfazer algumas das necessidades que foram apontadas pelas participantes.

Seria então relevante estabelecer uma continuidade dos cuidados de enfermagem, com o objetivo de manter e/ou melhorar o acompanhamento e a aplicação de estratégias que visem a recuperação da mulher.

Esperamos que, com o nosso estudo de investigação, possamos contribuir para a melhoria dos cuidados prestados pelos enfermeiros, nomeadamente à mulher mastectomizada e durante o processo de transição, visto que foi possível constatar que é um problema comum e frequente na nossa população.

5- Implicações do estudo para a Enfermagem

Cada estudo tem implicações em investigações futuras, quer sejam novas questões a explorar, a melhoria dos instrumentos de medida ou a replicação do estudo com outras populações ou noutros contextos, o que fornece também sugestões para a implementação dos resultados na prática profissional (Fortin, 2009). Os trabalhos de investigação em enfermagem constituem uma poderosa fonte de conhecimento, crucial para a fundamentação da prática da profissão e principalmente no ato de cuidar

Assim, o presente estudo incorpora resultados, que são válidos e aplicáveis não só na vertente da profissão de enfermagem, mas também noutras profissões do ramo da saúde, e ainda às famílias que vivenciam a situação de mastectomia no seu núcleo familiar, bem como para as que tenham simplesmente curiosidade pelo tema.

Embora o cancro da mama e a conseqüente mastectomia sejam temas falados com relativa frequência, a abordagem dos enfermeiros como facilitadores desta fase de transição não se encontra muito patente nos estudos realizados. A continuidade de cuidados é praticamente inexistente entre os diferentes serviços. Com este trabalho, pretendemos dar conhecimento desta realidade de modo a que possamos contribuir para uma mudança, para que essas vivências sejam amenizadas e enfrentadas da maneira menos traumática possível.

Nesta sequência, torna-se determinante a divulgação deste trabalho, para uma maior expansão do conhecimento científico da enfermagem.

Deste modo, o aumento do conteúdo de informação credível no cerne da enfermagem, permite uma melhor e mais adequada abordagem para a resolução de problemas, assente em resultados previamente estudados, contribuindo para que a atuação dos enfermeiros se torne mais eficaz e, simultaneamente, contribua para uma maior visibilidade da profissão.

6- Limitações do Estudo

Ao elaborar este estudo, deparámo-nos com algumas dificuldades inerentes à nossa imaturidade na área da investigação, bem como condicionantes externas. Apesar do esforço desenvolvido para anulá-las, temos consciência que apenas nos foi possível minimizá-las.

As dificuldades de ordem pessoal prendem-se com a imaturidade experiencial no campo da investigação. O facto de sentirmos que desenvolvemos mais algumas competências nesta área, consciencializou-nos que ainda temos um longo caminho a percorrer.

Apesar das estratégias desenvolvidas por nós, sentimos alguma dificuldade na marcação das entrevistas, uma vez que os horários dos enfermeiros nem sempre eram compatíveis com a nossa disponibilidade.

A investigação desenvolvida e integrada no plano de estudos da licenciatura em Enfermagem, acrescido das restantes áreas que também implicavam disponibilidade temporal, tornou-se uma limitação. Ao desenvolver este trabalho, sentimos constantemente que um acréscimo de tempo para a sua elaboração resultaria numa mais-valia.

Outras limitações sentidas dizem respeito à bibliografia, pela sua escassez. Os recursos bibliográficos encontrados visam na sua maioria os sentimentos vivenciados pela mulher mastectomizada, não abordando as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para ajudar a mulher mastectomizada nesta fase da sua vida.

Também o facto de a análise de conteúdo de Bardin recomendar entre 8 a 10 entrevistas, e o estudo realizado apenas ter 6 entrevistas, juntamente com a pouca profundidade de algumas, constituiu por si só um fator limitante do estudo.

Apesar das limitações anteriormente referidas, constatámos que, ao refletir sobre elas, tomamos consciência da posse efetiva de uma plataforma de conhecimentos mais sustentada, facto que decerto nos será útil no futuro, para eventuais estudos a realizar.

7-Sugestões

Após a conclusão deste estudo de investigação, considera-se pertinente expor algumas sugestões, as quais foram surgindo no decurso da elaboração do trabalho. Com as seguintes sugestões, pretende-se colaborar para o desenvolvimento de outras pesquisas no âmbito da enfermagem, contribuindo, assim, para o crescimento científico e a consequente valorização da profissão.

Deste modo, sugere-se a realização de estudos nas vertentes seguintes:

- Impacto dos cuidados de enfermagem na qualidade de vida da mulher mastectomizada.

Na sequência do nosso estudo, pensamos que seria pertinente dar continuidade a este tema, nomeadamente no que respeita ao impacto da mastectomia na qualidade de vida da mulher mastectomizada. Isto porque, como pudemos averiguar através do nosso estudo, conseguimos perceber que uma das principais preocupações da mulher, assim que lhe é diagnosticado cancro de mama, é a alteração da imagem corporal subjacente à necessidade de retirar uma ou ambas as mamas. Com a análise dos dados por nós obtidos, conseguimos perceber que o apoio do enfermeiro é muito importante para estas mulheres, e assim, realizar um novo estudo que vise a compreensão do impacto dos cuidados de enfermagem na melhoria da qualidade de vida da mulher mastectomizada seria igualmente pertinente.

Outra sugestão para novos estudos sobre esta temática debruça-se sobre:

- “Os sentimentos das mulheres casadas VS mulheres solteiras mastectomizadas”

Este facto prende-se com a constatação de que as opiniões e as reações variam de acordo com o facto de terem ou não companheiros durante todo este processo de transição.

Referências Bibliográficas

- ☞ Almeida, A. (2001). *A (re) construção da identidade/diversidade feminina em mulheres mastectomizadas*. Disponível on-line em: <http://www.franca.unesp.br/posservicosocial/adrianaalmeida.pdf>. Último acesso em 16-10-2012.
- ☞ Almeida, F. A. e Sabates, A. L. (2008). *Enfermagem pediátrica: a criança, o adolescente e sua família no hospital*. Brasil: Editora Manole.
- ☞ Almeida, R. (2006). *Impacto da mastectomia na vida da mulher*. Disponível on-line em: <http://scielobvs-psi.org.br/scielo-php?pid=s15160858200600020007&script=sciarttext>. Último acesso em 15-10-2012.
- ☞ Almeida, R. (2010). 'Impacto da mastectomia na vida da mulher'. *Cienc Cuid Saúde*, **8**, 1, pp. 72-79.
- ☞ American Joint Committee on Cancer. (2000). *AJCC/Cancer Staging Manual*. Nova Iorque: American Joint Committee on Cancer.
- ☞ Amorim, C. (2006). 'Doença Oncológica da Mama: Vivências de Mulheres Mastectomizadas'. *Revista de Ciências da Saúde de Macau*, **2**, pp. 109-113.
- ☞ Amorim, C. (2007). *Doença oncológica da mama*. Disponível on-line em: <http://repositorio.up.pt/aberto/bitstream/10216/7213/2/Tese%20Dout%20Cidlia.pdf>. Último acesso em 16-09-2012.
- ☞ Andolhe, R. (2009). *Stress e coping: assistência de enfermagem à mulher com câncer de mama*. Trabalho de Conclusão de Curso de Enfermagem, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Maria.
- ☞ Andrade, G. N., Panza, A. R. e Vargens, O. M. (2011). 'As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva'. *Cienc Cuid Saúde*, **10**, 1, pp. 82-88.
- ☞ Andreoli, P. e Erlichman, M. (2008). *Psicologia e Humanização: assistência aos pacientes graves*. São Paulo: Elias Knobel.
- ☞ Ângelo, M e Bergamasco, R. (2007). *O sofrimento de descobrir-se com câncer da mama como o diagnóstico é experienciado pela mulher*. Disponível on-line em: www.inca.gov.br/rbc/n-47/v03/pdf/artigo4.pdf. Último acesso em 21-10-2012.

- ☞ Arán, M. R., Zahar, S., Delgado, P. G., Souza, C. M., Cabral, C. P. e Viegas, M. (1996). 'Representações de pacientes mastectomizadas sobre doença e mutilação e seu impacto no diagnóstico precoce do câncer de mama.' *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, **48**, pp. 633-639.
- ☞ Araújo, I. M., Silva, R. M., Bonfim, I. M. e Fernandes, A. F. C. (2010). 'A comunicação da enfermeira na assistência de enfermagem à mulher mastectomizada: um estudo de Grounded Theory'. *Revista Latinoamericana Enfermagem*, **18**, 1, pp. 1-7.
- ☞ Arman, M. e Rehsfeldt, A. (2003). 'The hidden suffering among breast cancer patients: a qualitative metasynthesis'. *Qualitative Health Research*, **31**, pp. 510-527.
- ☞ Barbosa, I. C., Oliveira, M. S. e Fernandes, A. F. (2004). 'O trabalho grupal e a reabilitação da mulher mastectomizada'. *GEPAM*, **1**, pp. 1-12.
- ☞ Bardin, L. (1977). *Análise de Conteúdo*. Lisboa: Edições 70, Lda.
- ☞ Bardin, L. (2009). *Análise de conteúdo*. (4ª ed). Lisboa: Edições 70, Lda.
- ☞ Barni, S. e Mondin, R. (1997). 'Sexual Dysfunction in Treated Breast Cancer Patients'. *Annals of Oncology*, **61**, pp. 149-253.
- ☞ Bergamasco, R. B. e Ângelo, M. (2001). 'O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher'. *Revista Brasileira de Cancerologia*, **47**, 3, pp. 277-82.
- ☞ Berlenga, J., Aliaga, M. e Martín, M. (1995). 'Evaluacion cognitiva y afrontamiento como predictors del bienestar future de las patients con cancer de mama'. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, **27**, 1, pp. 87-102.
- ☞ Benner, P. (2001). *De iniciado a perito* (edição comemorativa). Coimbra: Quarteto editora.
- ☞ Bertolo, B. e Pauli, L. (2008). *O papel da enfermagem como cuidadora nas questões das fragilidades da mulher pós-mastectomia*. Disponível on-line em: www.esp.rs.gov.br/ling2/0%20PAPEL.pdf. Último acesso em 21-10-2012.
- ☞ Bervian, P. e Perlini, N. (2006). *A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia*. Disponível on-line em:

- http://www.inca.gov.br/rbc//n_52/v02/pdf/artigo1.pdf. Último acesso em 21-10-2012.
- ☞ Biazotti, P. e Martins, R. (2007). *Aspectos Psicológicos que influenciam na auto-imagem de mulheres submetidas á mastectomia*. Disponível on-line em: <http://www.canal6.com.br/FIO/Artigos/07/07.15.pdf>. Último acesso em 16-10-2012.
- ☞ Bishop, G. (1994). *Health psychology: Integrating mind and body*. Boston: Allyn and Bacon.
- ☞ Bland, K. J. e Copelend, E. M. (1994). *A Mama: Tratamento Compreensivo das Doenças Benignas e Malignas*. São Paulo: Manole.
- ☞ Bloom, J. (2000). The role of Family Support in cancer control. **In** Baider, L., Cooper, C. e De-Nour, A. (Eds.) *Cancer and the family*. 2ª ed. (pp. 55-71). Nova Iorque: John Wiley & Sons.
- ☞ Bridges, W. (2004). *Transitions: Making Sense of Life`s Changes*. Cambridge: Da Capo Press.
- ☞ Brunner e Suddart (2002). *Tratado de Enfermagem Médico-cirúrgica*. (9ª ed). Rio de Janeiro: Guanabara Koogan.
- ☞ Bulhosa, M., Filho, W., Lunardi, V., Pereira, S. e Rosenhein, D. (2006). ‘Vivências de cuidados à mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica’. *Revista Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, **59**, 6, pp. 751-5.
- ☞ Caine, J. (2008). ‘A experiência do enfarte e o regresso a casa’. *Sinais Vitais*, **60**, pp. 37-42.
- ☞ Carrageta, M. e Coelho, M. (2006). ‘A mulher mastectomizada: “um olhar acrescido... para a (re) construção de uma vida”’. *Revista Sociedade Portuguesa de Enfermagem Oncológica*, **53**, 3, pp. 532-539.
- ☞ Chick, N. e Meleis, A. (1986). *Transitions: a nursing concern*. In Chinn, P. L.
- ☞ Coelho, M. (2007). ‘A Mulher Mastectomizada: “Um olhar acrescido ... para a (re)construção de uma vida...”’. *Enfermagem Oncológica*, **39**, pp. 10-15.
- ☞ Cohen, L., Zichi, C. e Omer, A. (1998). ‘Beyond Body Image: The Experience of Breast Cancer’. *Oncol Nurs Forum*, **25**, 5, pp. 835-841.

- ☞ Collière, M. (1989). 'Promover a vida'. *Sindicato dos Enfermeiros Portugueses*, pp. 385.
- ☞ Cordova, M., Cunningham, C., Carlson, C. e Andrykowaki, M. (2001). 'Posttraumatic growth following breast câncer: A controlled comparison study'. *Health Psychology*, **20**, 3, pp. 176-185.
- ☞ Cunha, C. (2004). *Apoio familiar: presença incondicional à mulher mastectomizada*. Monografia Especialização Residência em Saúde da Família, Universidade Estadual Vale do Acaraú, Sobral, Ceará. Disponível *on-line* em: <http://www.sobral.ce.gov.br/sausedafamilia/>. Último acesso em 19-10-2012.
- ☞ Diogo, P. (2006). *A vida emocional do Enfermeiro, uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.
- ☞ Direcção Geral de Saúde. (2003). *Risco de Morrer em Portugal*. Lisboa: DSEPS, Divisão de Epidemiologia e Bioestatística.
- ☞ Duarte, L., Jeneral, R e Silva, M. (2008). 'Mulheres mastectomizadas: estranhas no ninho'. *Revista Nursing Brasileira*, **11**, pp. 333-338.
- ☞ Duarte, T. e Andrade, A. (2002). *Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade*. Disponível *on-line* em: <http://www.scielo.br/>. Último acesso em 15-09-2012.
- ☞ Edgar, L., Rosberger, Z. e Nowlis, D. (1991). 'Coping with cancer during the first year after diagnosis'. *Cancer*, **69**, 3, pp. 817-828.
- ☞ Esteves, A. e Azevedo, J. (1996). *Metodologias Qualitativas*. Porto: Instituto de Sociologias, Universidade do Porto.
- ☞ Fernandes, A. (1997). *O Cotidiano da mulher com câncer de mama*. Fortaleza: Fundação Cearense de Pesquisa e Cultura.
- ☞ Fernandes, A., Melo, E. e Silva, R. (2005). *O relacionamento familiar após mastectomia um enfoque no modo de interdependência de Roy*. Disponível *on-line* em: www.inca.gov.br/rbc/1-51/v03/pdf/artigo4.pdf. Último acesso em 23-10-2012.
- ☞ Ferreira, M. (1999). *Vivendo os primeiros meses de pós mastectomia: estudo de caso*. Tese de Doutorado em Enfermagem. Ribeirão Preto: Universidade de São Paulo.

- ☞ Fortin, M. F. (2009). *O processo de investigação - da concepção à realização*. (3ª ed). Loures: Lusociência.
- ☞ Fraser, C. (1999). 'The experience of transition for a daughter caregiver stroke survivor'. *Journal of Neuroscience Nursing*, **31**, 1, pp. 9-16.
- ☞ Frierson, G., Thiel, D. e Andersen, B. (2006). 'Body Change Stress for Women With Breast Cancer: The Breast-Impact of Treatment Scale'. *Ann Behav Med*, **32**, 1, pp. 77-81.
- ☞ Glacken, M., Bolund, C. e Lutzen, K. (2002). 'Men with Hepatitis C: patient and as a parent'. *Cancer Nursing*, **25**, 6, pp. 477-485.
- ☞ Glacken, M., Kernohan, G. e Coates, V. (2001). 'Diagnosed with Hepatitis C: a descriptive exploratory study'. *Internacional Journal Nursing Studies*, **38**, 1, pp. 107-116.
- ☞ Gómez, M., Caramulez, A. C., Paiva, L., Scandiuzzi, D. e Anjos, A. C. (2005). 'Relación entre perfil psicológico, calidad de vida y estrés asistencial en personal de enfermería'. *Univ Psicol.*, **4**, 1, pp. 63-75.
- ☞ Greer, S., Moorey, S. e Watson, M. (1989). 'Patient's adjustment to cancer: The mental adjustment to cancer. Scale vs. clinical ratings'. *Journal of Psychosomatic Research*, **33**, 3, pp. 373-377.
- ☞ Gros, D. (1998). The Importance of the Breast in Women's Self Image. In Silva, J. (Eds.) *10th International Congress on Senology- Breast Diseases*. (pp. 117-119). Bolonha: Monduzzi Editore.
- ☞ Guareschi, A. P. e Pinto, J. P. (2007). 'Perspectiva da enfermagem pediátrica'. *Revista Nursing*, **108**, 9, pp. 234-237.
- ☞ Hesbeen, W. (2003). *A reabilitação*. Loures: Lusociência.
- ☞ Hilton, P. (2002). 'Psychiatric morbidity in patients with advanced cancer of the breast: prevalence measured by two self-rating questionnaires'. *British Journal of Cancer*, **64**, 2, pp. 349-352.
- ☞ Holland, J. C. e Mastrovito, R. (1980). 'Psychologic adaptation to breast cancer'. *Health Psychology*, **46**, 4, pp. 1045-1052.

- ☞ Kralik D. (2002). 'The quest for ordinariness: Transition experienced midlife women living with chronic illness'. *Journal of advanced nursing*, **39**, 2, pp. 146-154.
- ☞ Kralik, D., Koch, T. e Eastwood, S. (2003). 'The salience of the body: transition in sexual self-identity for women living with multiple sclerosis'. *Journal of advanced Nursing*, **42**, 1, pp. 11-20.
- ☞ K erouac, S., Kenny, P., Shiell, A., Hall, J. e Boyages, J. (1994). *La Pens e Infirmi re. Conceptions et Strat gies*. Quebec:  ditions  tudes Vivantes.
- ☞ Lakatos, E. e Marconi, M. (1986). *T cnicas de pesquisa*. São Paulo: Atlas.
- ☞ Latorre, P. (1995). *Ciências psicossociais aplicadas II*. Madrid: Editora Síntesis.
- ☞ Lazarus, R. S. e Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. Nova Iorque: Springer Publishing Company.
- ☞ Lazure, H. (1994). *Viver a rela o de ajuda*. Lisboa: Lusodidacta,
- ☞ Lindop, E. e Cannon, S. (2001). 'Evaluating the self-assessed support needs of women with breast cancer'. *Journal of Advanced Nursing*, **34**, 6, pp. 760-771.
- ☞ Lopes, M. (1997). 'A Integra o do Doente Oncológico no seu Meio Bio- Socio-Familiar'. *Enfermagem em Foco*, **28**, 3, pp. 125-139.
- ☞ Lopes, M., Shimo, A. e Vieira, C. (2005). *Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer da mama*. Disponível on-line em: <http://www.ee.usp.br/reeusp/upload/pdf/719.pdf>.  ltimo acesso em 20-10-2012.
- ☞ Lugton, J. (1997). 'The Nature of Social Support as Experienced by Women Treated for Breast Cancer'. *Journal of Advanced Nursing*, **25**, pp. 1184-1191.
- ☞ Magen, A. e Mock, M. (2002). *Psycho-social and sexual adjustment after mastectomy*. Limassol: 6th Congress of the European Federation of Sexology.
- ☞ Maguire, G. P., Lee, E. G., Bevington, D. L., Kunchemann, C. S. e Crabtree, R. J. (1978). *Psychiatric problems in the first year after mastectomy*. Londres: British.
- ☞ Maluf, M., Jo Mori, L. e Barros, D. (2005). 'O impacto psicológico do c ncer de mama'. *Revista Brasileira de Cancerologia*, **51**, 2, pp. 149-154.
- ☞ Marques, S. e Ledo, V. (2006). 'Impacto emocional da mastectomia na mulher'. *Nursing*, **173**, pp. 7-10.

- ☞ Martin-McDonald, K. e Biernoff, D. (2002). 'Initiation into a dialysis dependent life: an examination of rites of passage...including commentary by Frauman AC with author response'. *Nephrology Nursing Journal*, **29**, 4, pp. 347-353.
- ☞ Martinez, C. (1992). *Calidad de Vida en Pacientes com Cancer da Mama*. Sevilha, Faculdade de Medicina da Universidade de Sevilha: Tese de Douturamento.
- ☞ Massie, M. J. e Holland, J. C. (1991). 'Psychological reactions to breast cancer in the pre-and post-surgical treatment period'. *Seminars in Surgical Oncology*, **7**, pp. 320-325.
- ☞ McKenna, M., Zevon, M., Corn, B. e Round, J. (1999). 'Psychosocial factors and the development of breast cancer: A meta-analysis'. *Health Psychology*, **18**, 5, pp. 20-331.
- ☞ Meleis, A. I., Schumacher, K., Zevon, M. e Sawyer, L. M. (1994). 'Facilitating Transitions: redefinition of thenursing'. *Outlook*, **42**, 6, pp. 255-259.
- ☞ Meleis, A. I. e Schumacher, K. (1999). 'Helping elderly persons in transition: a framework for research and practise'. *Advanced Nursing Science*, **5**, pp. 1-22.
- ☞ Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Messia, D. K. H. e Schumacher, K. (2000). 'Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Range Theory'. *Advanced Nursing Science*, **23**, 1, pp. 12-28.
- ☞ Meleis, A. (2007). *Theoretical Nursing Development & Progress*. (4^a ed). Philadelphia.
- ☞ Melo, C. (2002). *Câncer de mama: aspectos psicológicos e adaptação psicossocial*. Disponível *on-line* em: <http://www.cuidadospaliativos.com.br/>. Último acesso em 25-10-2012.
- ☞ Melo, M., Silva, R. e Fernandes, C. (2005). 'O relacionamento familiar após a mastectomia: um enfoque no modo de interdependência de Roy'. *Revista Brasileira de Cancerologia*, **51**, 3, pp. 219-225.
- ☞ Menke, C. e Carvalheiro, J. (2000). *Rotinas de Mastologia*. Porto Alegre: Artes Médicas Sul.
- ☞ Messa, A. (s. d.). *Análise de repercussões psicológicas de paciente mastectomizada, em seguimento ambulatorial*. Disponível *on-line* em:

<http://www.psicologia.org.br/internacional/pscl16.htm>. Último acesso em 30-09-2012.

- ☞ Miceli, P. (2006). *Aspectos psicológicos do paciente com câncer - Manual de cirurgia oncológica*. São Paulo: Tecmedd Editora.
- ☞ Moreira, C. (2009). *Mastectomia – experiência de mulheres jovens*. Monografia de Licenciatura, Barcarena: Universidade Atlântica.
- ☞ Moreira, D. (2002). *O Método Fenomenológico na Pesquisa*. (3ª ed). São Paulo: Pioneira Thomson.
- ☞ Morrison, P. (2001). *Para Compreender os Doentes*. (1ª ed) Lisboa: Climepsi Editores.
- ☞ Morse, J., Mccaffrey, R., Blanchard, C. e Ruckdeschel, J. (1990). ‘Concepts of caring and Caring as a Concept’. *Advances in Nursing Science*, **13**, 1, pp. 1-4.
- ☞ Moyer, A. e Salovey, P. (1996). ‘Psychosocial sequelae of breast cancer and its treatment’. *Annals of Behavioral Medicine*, **18**, 2, pp. 110-125.
- ☞ Negrini, M. e Rodrigues, R. (2000). ‘Relacionamento terapêutico enfermeiro - paciente junto a mulheres mastectomizadas’. *O mundo da saúde*, **24**, 4, p. 255-262.
- ☞ Netto, M. M. (1997). ‘O tratamento do câncer de mama e a psicologia: um enfoque multidisciplinar’. *Psychê*, **1**, 1, pp. 165-168.
- ☞ Neves, C., Nunes, M. J., Pereira, J. e Lopes, M. (2000). *Cuidados Paliativos*. Coimbra: Edições Formasau.
- ☞ Neves, P. (2000). ‘Sentimentos vividos pelos utentes idosos com doença crónica’. *Servir Lisboa*, **48**, 2, pp. 76-96.
- ☞ Northouse, L. (1988). ‘Social Support in Patient`s and Husbands` Adjustment to Breast Cancer’. *Nursing Research*, **37**, 2, pp. 91-95.
- ☞ Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde*. (2ª ed). Lisboa: Climepsi Editores.
- ☞ Oliveira, M. (2004). ‘Vivências da mulher mastectomizada, abordagem fenomenológica da relação com o corpo’. Tese de mestrado, Porto: Escola Superior de Enfermagem da Imaculada Conceição.

- ☞ Ordem dos Enfermeiros (2010). Disponível *on-line* em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/Paginas/default.aspx>. Último acesso em 16-10-2012.
- ☞ Organização Mundial de Saúde. (1997). *As metas de saúde para todos: as suas implicações nos cuidados de enfermagem geral e obstetrícia*. Lisboa: Ministério da Saúde, Departamento de estudo planeamento.
- ☞ Pádua, E. A. (2006). *Câncer de mama não impede a prática sexual*. Disponível *on-line* em: http://www.wmulher.com.br/print.asp?id_mater=3134&canal=sexo. Último acesso em 18-10-2012.
- ☞ Paula, S. T. (s.d.). *A vivência da conjugalidade após o diagnóstico de câncer de mama*. Disponível *on-line* em: <http://www.sbpo.org.br/producao/vivencia.pdf>. Último acesso em 12-10-2012.
- ☞ Payne, D. K., Sullivan, M. D. e Missie, M. J. (1996). 'Women`s psychological reactions to breast cancer'. *Seminars in Oncology*, **23**, pp. 89-97.
- ☞ Peleg-Nesher, S. (2002). *Sexuality and cancer. Do we really believe in coexistence?* Limassol: 6th Congress of the European Federation of Sexology.
- ☞ Pereira, A. (1999). *Cirurgia- Patologia e Clínica*. Lisboa: Editora McGraw-Hill.
- ☞ Pereira, M. G. e Lopes, C. (2002). *O doente oncológico e a sua família*. Lisboa: Climepsi Editores.
- ☞ Pereira, S. (2006). 'Vivências de cuidados da mulher mastectomizada'. *Revista Brasileira de Enfermagem*, **24**, pp. 791-795.
- ☞ Phipps, W., Sands, J. e Marek, J. (2003). *Enfermagem Médico-Cirúrgica*. (6ª ed). Loures: Lusociência.
- ☞ Pinto, M. (2009). *As Vivência Experienciadas pelas Mulheres Mastectomizadas*. Porto: Porto Editora.
- ☞ Polit, D., Beck, C. e Hungler, B. (1995). *Fundamentos de Pesquisa em enfermagem*. (3ª ed). Porto Alegre: Artes médicas.
- ☞ Potter, P. A. e Perry, A. G. (2003). *Fundamentos de enfermagem, conceitos e procedimentos*. Loures: Lusociência.

- ☞ Prado, J. A. F. (2002). 'Supervivência: novos sentidos na vida após a mastectomia'. Tese de Mestrado, Santa Catarina: Universidade Federal de Santa Catarina.
- ☞ Price, B. (1998). 'Explorations in Body Image Care: Peplau and Practic Knowledge'. *Journal of Psychiatric and Mental Heah Nursing*, **5**, pp. 179- 186.
- ☞ Quivy, R. e Campenhoudt, L. (2005). *Manual de Investigação em Ciências Sociais*. (4ª ed.). Lisboa: Gravidia.
- ☞ Ribeiro, J. L. P. (1999). 'Escala de satisfação com o suporte social (ESSS)'. *Análise Psicológica*, **3**, 17, pp. 547-558.
- ☞ Ruíz, M., Bermudez, M. e Garde, A. (1999). 'Factores psicosociales en el cáncer de mama: Un estudio cuasi-prospectivo'. *Boletín de Psicología*, **64**, pp. 57-80.
- ☞ Salci, M. A., Sales, C., A. e Marcon, S. S. (2008). *Sentimentos de mulheres ao receber o diagnóstico de câncer da mama*. Disponível on-line em: http://lildbi.bireme.br/lildbi/docsonline/lilacs/20090500/462_v17n1a09.pdf. Último acesso em 25-10-2012.
- ☞ Sales, C. Paiva, L., Scandiuzzi, D. e Anjos, A. (2001). 'Qualidade de vida de mulheres tratadas de câncer de mama: funcionamento social'. *Revista Brasileira de Cancerologia*, **47**, 3, pp. 23-272.
- ☞ Sampaio, P. (2006). *Mulheres com câncer de mama: análise funcional do comportamento pós-mastectomia*. Tese de Mestrado, Universidade Católica de Campinas. Disponível on-line <http://dominiopublico.mec.gov/download/texto/cp000360.pdf>. Último acesso em 18-10-2012.
- ☞ Schover, L. R. (1994). 'Sexuality and Body Image in Younger Women With Breast Cancer'. *Journal of the National Cancer Institute Monographs*, **16**, pp. 177-182.
- ☞ Selder, F. (1989). 'Life transition theory: the resolution of uncertainty'. *Nursing and Health Care*, **10**, 8, pp. 437-451.
- ☞ Serrano, C. (2004). 'O enfermeiro e a doente submetida a cirurgia da mama'. *Nursing*, **189**, pp. 33-67.

- ☞ Shaul, M. (1997). 'Transitions in chronic illness: rheumatoid arthritis in women'. *Rehabilitation Nursing*, **22**, 4, pp. 199-205.
- ☞ Silva, L. C. (2008). 'Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino'. *Psicol. Estud.*, **13**, 2, pp. 231-237.
- ☞ Sinsheimer, L. M. e Holland, J. C. (1987). 'Psychological issues in breast cancer'. *Seminars in Oncology*, **14**, 1, pp. 75-82.
- ☞ Skarsater, I., Dencker K., Bergbom, I., Haggstrom, I. e Fridlund, B. (2003). 'Women`s conceptions of coping with major depression in daily life: a qualitative, salutogenic approach'. *Mental Health Nursing*, **24**, pp. 419-439.
- ☞ Souza, M. L., Sartor, V. V., Padilha, M. I. e Prado, M. L. (2005). 'O cuidado em enfermagem: uma aproximação teórica'. *Texto Contexto Enferm*, **14**, 2, pp. 266-270.
- ☞ Spencer, S. M., Lehman, J. M., Wynings, C., Arena, P., Carver, C. S. e Antoni, M. (1999). 'Concerns about breast cancer and relations to psychosocial well-being in a multiethnic sample of early-stage patients'. *Health Psychosocial*, **18**, 2, pp. 159-168.
- ☞ Stanhope, M. e Lancaster, J. (1999). *Enfermagem Comunitária: Promoção de Saúde de grupos, famílias e indivíduos*. Lisboa. Lusodidacta.
- ☞ Steginga, S., Occhipinti, S., Wilson, K. e Dunn, J. (1998). 'Domains of distress: The experience of breast câncer in Australia'. *Oncology Nursing Forum*, **25**, 6, pp. 1063-1070.
- ☞ Stevens, A. (2002). *Patologia*. (2ª ed). São Paulo: Manole.
- ☞ Taber. (2000). *Dicionário Médico Enciclopédico*. (17ª ed). São Paulo: Manole.
- ☞ Thors, L., Broeckel, J. e Jacobsen, B. (2001). 'Sexual functioning in breast cancer survivors'. *Cancer Control*, **8**, 5, pp. 442-448.
- ☞ Tross, S. e Holland, J. C. (1990). Psychological sequela in cancer survivors. In Holland, J. C. e Rowland, J. H. (Eds.) *Handbook of Psychooncology: Psychological care of the patient with cancer* (pp. 101-116). Nova Iorque: Oxford University Press.
- ☞ Wall, P. (2002). *Dor a Ciência do Sofrimento*. Lisboa: Colecção Simetrias.

- ☞ Watson, J. (1985). *Nursing: The Philosophy and Science of caring*. (2ª ed). Colorado: Colorado Associated University Press.
- ☞ Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência humana e cuidar. Uma teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.
- ☞ Wilkinson, S. (1991). 'Factors which influence how nurses communicate with cancer'. *Cancer Control*, **4**, 3, pp. 44-48.
- ☞ Vala, J. (1986). *A análise de Conteúdo*. Porto: Edições Afrontamento.
- ☞ Varela, M. e Leal, I. (2007). 'Estratégias de coping em mulheres com cancro da mama'. *Texto inédito*. Almada: Instituto Piaget, Departamento de Psicologia.
- ☞ Ventura, M. F. (1997). *O stress pós traumático e as suas sequelas nos adolescentes do Sul de Angola*. Minho, Universidade do Minho: Dissertação de doutoramento.
- ☞ Verenhitch, B. (2009). *O corpo modificado: implicações da mastectomia sobre a imagem corporal feminina*. Disponível *on-line* em: <http://lasa.international.pitt.edu/members/congresspapers/lasa2009/files/VerenhitchBeatriz.pdf>. Último acesso em 25-10-2012.
- ☞ Vianna, A. (2004). *Avaliação psicológica de pacientes em reconstrução de mama: um estudo piloto*. Disponível *on-line* em: <http://www.scielo.br/>. Último acesso em 26-09-2012.
- ☞ Vieira, C. P., Lopes, M. H. B. e Shimo, A. K. K. (2007). 'Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama'. *Revista Esc Enferm USP*, **41**, 2, pp. 311-470.
- ☞ Yetman J. (1994). *Parâmetros Prognósticos no carcinoma In: A mama tratamento compreensiva das Doenças Benignas e Malignas*. São Paulo: Manole Lda.

Apêndices

Apêndice 1 – Entrevista

Entrevista

Meleis e Chumacher (2000, p. 239) definem transição como “... uma passagem ou movimento de um estado, condição ou lugar para outro”. O ciclo de vida individual acontece dentro do ciclo de vida familiar que é o contexto primário do desenvolvimento humano. Esta perspectiva aponta para a ênfase na compreensão dos problemas que as pessoas desenvolvem à medida que se movimentam juntas através da vida. Este movimento é mudança, processo, resultado, direção dos padrões vitais fundamentais do ser humano. Esta mudança que ocorre a nível individual e familiar chama-se transição.

- 1- Quando a mulher é submetida a mastectomia, inicia um novo processo de mudança na sua vida. Qual a reação das mulheres ao longo do processo de transição?
- 2- Quais as necessidades das mulheres mastectomizadas internadas no seu serviço?
- 3- De acordo com as necessidades individuais de cada mulher, que estratégias utiliza no cuidado à mulher mastectomizada?

Apêndice 2 – Carta explicativa do estudo e do consentimento

Carta explicativa do estudo e do consentimento

Milda Antunes São Pedro Bento e Marina Sofia Rocha Pedro, alunas do 8º Curso de Licenciatura em Enfermagem na Escola Superior de Saúde Atlântica/Universidade Atlântica, vêm solicitar a vossa colaboração no estudo subordinado ao tema «*Quais são as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição?*»

Com esta questão de partida, definimos como objetivo geral para este trabalho:

- ☞ Compreender as estratégias que os enfermeiros utilizam para ajudar a mulher mastectomizada no seu processo de transição.

Como objetivos específicos, delineámos:

- ☞ Caracterizar a reação das mulheres ao longo do processo de transição;
- ☞ Identificar as necessidades das mulheres mastectomizadas;
- ☞ Identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros perante este processo.

Pretendemos que este trabalho contribua para a qualidade dos cuidados de enfermagem, através da compreensão da pessoa nesta sua descoberta, de modo a que num futuro nos seja possível uma melhor adequação e adaptação às necessidades expressas e identificadas.

Como forma de auxílio para a compreensão da realidade que nos propomos estudar, faremos uso do paradigma qualitativo e, tendo em conta que o âmbito do estudo se centra na investigação e descrição dos sentimentos destas mulheres, o tipo de estudo é o descritivo. A colheita de dados será realizada através de entrevista áudio-gravada.

Garantimos o anonimato de todas as participantes e confidencialidade dos resultados obtidos. As informações recolhidas, por questões de ordem ética, estarão abrangidas pelo segredo e sigilo profissional e os dados recolhidos serão destruídos após apresentação do estudo.

Os participantes têm a liberdade para, em qualquer fase de desenvolvimento do estudo, suspender a participação, sem que com isso advenham consequências negativas.

Estamos ao seu dispor para qualquer questão.

Autoras:

_____ (Isilda Bento Telemóvel: 910062733)

_____ (Marina Pedro Telemóvel: 914642326)

_____ (**Orientador:** Luís Sousa: 962665953)

Apêndice 3 – Declaração de consentimento informado

Declaração de Consentimento Informado

Declaro que os procedimentos de investigação descritos na carta anexa, foram-me explicados e que responderam de forma satisfatória às minhas questões.

Compreendo também as vantagens que existem em participar neste estudo de investigação.

Fui informada pelas autoras do estudo, que tenho o direito de colocar durante o desenvolvimento de todo o estudo, qualquer questão referente ao mesmo.

Fui esclarecida quanto à minha liberdade para em qualquer fase de desenvolvimento do estudo, suspender a minha participação, sem que com isso advenham consequências negativas.

Data: ___/___/___

Para qualquer questão, contactar as investigadoras ou orientador do estudo.

_____ (Isilda Bento Telemóvel: 910062733)

_____ (Marina Pedro Telemóvel: 914642326)

_____ (**Orientador:** Luís Sousa: 962665953)

Apêndice 4 – Entrevistas e Análise de conteúdo

Entrevista 1

Sim, sem dúvida que é um momento que causa uma mudança radical na vida de uma mulher, e muitas encaram mesmo como o início de uma vida diferente. É claro que são diversas as formas como as várias mulheres reagem a esta situação e por vezes temos mulheres que aceitam com alguma facilidade, porque já tiveram alguém na família, a própria mãe, e por isso de certa forma já esperavam. E depois temos aquelas onde as reações são bem mais diversificadas, pois depende muito da forma como descobrem ou como lhes é informada a situação. Já aconteceu uma senhora ter como reação uma gargalhada, que nem eu soube muito bem como intervir, pois a forma dela lidar com o stress, porque acaba por ser sempre um momento de grande stress, era rir. E o importante é termos sempre em conta que devemos estar preparadas para ajudar, seja qual for a forma de o fazer. Depois o mais comum, é claro, é o choro, as mulheres sentem que o mundo lhes está a desabar mesmo por baixo dos pés e não têm o que fazer para alterar a situação. Sentem que não têm forças para enfrentar a realidade de viver sem uma mama, que afinal de contas é um órgão que marca a feminilidade e que nos dias que correm é sinónimo de beleza e sensualidade. Sentem-se tristes porque os outros já não os vão ver da mesma maneira, e depois há aqui uma dualidade: as mulheres solteiras e as mulheres casadas ou que têm namorados. Normalmente, se têm companheiros que as apoiam, aquele medo de não serem aceites acaba por se dissipar mais cedo, embora também o sintam, mas as que são solteiras por norma têm uma visão mais dramática do género “agora já ninguém me vai querer”. Isto apesar de em mulheres mais jovens a reconstrução mamária ser feita assim que possível, porque é obvio que uma mulher mais velha lida um pouco melhor com a situação na generalidade, mas há casos e casos claro. E cheguei a outro ponto máximo que é o medo. E o medo é de muitas coisas em simultâneo que às vezes nem nos passa pela cabeça. O medo de morrer é sempre aquele mais comum, que praticamente todas as mulheres vivenciam, mas não só. É o medo de não serem aceites pela família, por homens e aqui temos novamente a questão dos companheiros mais compreensivos contra aqueles que também não sabem muito bem o que fazer, o medo de serem censuradas pela sociedade, no trabalho, sobretudo aquelas que exercem profissões em

que a imagem corporal é um bem essencial. E a questão da sociedade é muito pertinente e frequente, ao contrário do que se possa pensar, ainda para mais quando os amigos brincam de forma indelicada e tocam sem querer no assunto de forma bruta. Portanto, é uma condição um pouco debilitante emocionalmente para as mulheres, além de física. O medo e a tristeza da alteração da imagem corporal, que no fim de contas tudo o que temos vindo a falar acaba por ir dar à imagem corporal, porque como já disse uma mama para uma mulher é um símbolo de ser mulher, de se sentir feminina, atraente. Portanto, como podem ver as mudanças na vida de uma mulher submetida a mastectomia são enormes e cada uma reage de forma diferente. Temos aquelas de atravessam uma fase de choque, e de negação, e depois acabam por aceitar, mais cedo ou mais tarde, mas também temos aquelas que se fixam numa fase e dificilmente de lá querem sair ou ultrapassá-la e cabe-nos a nós compreender cada situação, cada forma de reagir para conseguir ajudar, sobretudo porque em todas há coisas comuns e todas sentem muita ansiedade quando todo este processo se inicia, que é logo assim que é diagnosticada uma neoplasia da mama.

São muitas as necessidades que podemos encontrar e de acordo com as mulheres e com os estilos de vida das mesmas. Se algumas nos pedem isolamento e que as deixem em paz porque preferem estar sozinhas e digerir aquele momento sozinhas, existem outras que precisam mesmo de atenção e que as oiçam, apesar de muitas vezes não quererem abordar o assunto mas sim falar de outras coisas que, ao fim ao cabo, acabam por ser necessidades implícitas da sua situação. Aconteceu uma vez uma senhora que queria muito falar com um padre, porque pensava não ter mais oportunidades para o fazer, até porque já tinha cerca de 60 anos e então sentia que precisava de apoio religioso e só mesmo isso a conseguiria tranquilizar. O apoio na religião é muito frequente, sobretudo em mulheres que toda a vida praticaram algum tipo de religião ou participaram em grupos de igreja e isso para elas é muito importante, é mesmo um apoio espiritual que sentem no momento. É muito comum pedirem-nos para ir à capela ou que falemos com um padre para ir ao serviço e temos de compreender que para elas é uma necessidade, muito embora na grande maioria dos casos a situação não seja tão grave quanto elas pensam. Mas depois associam sempre o medo de morrer ao próprio morrer e então começam a ponderar nas suas vidas, no que têm, nas pessoas que dependem delas,

nomeadamente as que têm filhos e que ainda dependem delas e sentem que precisam de orientar as coisas para deixar tudo organizado caso morram. O apoio familiar é muito importante também. Por vezes, algumas têm alguns conflitos com pessoas significativas que querem resolver porque se morrerem não querem deixar as coisas por resolver e então nós entramos em contacto com as tais pessoas e explicamos a situação, dentro do que nos compete e acabam por aceitar ir falar. E temos de ter em conta que a família é sempre uma componente muito relevante para as pessoas, mesmo até para aquelas que não a têm e aí o nosso papel passa muito pela relação de ajuda à pessoa que não tem ninguém para apoiá-la e acabamos por encaminhá-la para grupos coletivos, na esperança que consiga encontrar alguém que possa partilhar com ela e vice-versa toda a situação que está a viver. Outra necessidade muito importante também é a informação. As mulheres sentem necessidade de estar bem informadas sobre a situação, apesar de às vezes dizerem que preferem não saber nada e deixar nas mãos de quem as cuida, mas é um engano a elas próprias porque elas sentem essa necessidade. Querem saber o que se passa, se é grave ou não, se precisam mesmo de resolver tudo ou se há esperança de virem a resolver quando recuperarem. É uma dicotomia muito grande. Mas nós temos de ajudá-las na medida do possível e quando não conseguimos, devemos encaminhá-las para ajuda especializada e na maioria das vezes bastam os grupos coletivos de ajuda. A questão da imagem corporal, de necessitarem de resolver a questão de não ter uma ou ambas as mamas, também nos pedem ajuda e nós aconselhamos mediante a situação.

Bom, é claro que as estratégias variam muito de caso para caso e de mulher para mulher. Até podemos ter duas mulheres que passaram por uma situação muito semelhante, mas pelo seu estilo de vida e pelos seus gostos e desgostos necessitam de um tratamento diferente. A nossa principal função enquanto enfermeiros cuidadores de mulheres mastectomizadas é, em primeiro lugar reconhecer as necessidades individuais, como já afirmei e com isso adaptar. Mas falando na generalidade, que penso que seja o que se pretende com a pergunta, a estratégia primordial é motivá-las, e como é que fazemos isso? Questionamos os seus planos para o dia a dia, nomeadamente aqueles que pretendem realizar brevemente, tentamos perceber quais as coisas que gostam de fazer e tudo isso, de maneira a adaptarmos o nosso plano de cuidados e que o mesmo seja plausível, e de fácil realização. Por exemplo, se temos uma mulher que até gosta de

fazer desporto, tentamos perceber qual o desporto que normalmente faz e adaptamo-lo à sua condição, dentro dos limites e assim que for possível realizar. Ou seja, em colaboração com as mulheres, traçamos algumas metas para que elas tenham alegria para recuperar a sua condição física, e também psicológica, e para reintegrá-las na sociedade, na realidade como elas gostam de dizer. Isto é um passo muito importante para que elas se sintam confortáveis para voltar ao seu quotidiano. Depois temos outras coisas que podemos fazer, como a demonstração dos soutiens especiais que existem para compensar a falta da mama, a utilização de expansores de silicone, e isto também é crucial para que as mulheres tenham vontade de se reintegrar porque como já falámos a autoimagem tem um peso muito elevado na vida das mulheres. Depois nas mais jovens conversamos muito acerca da reconstrução mamária imediata ou o mais rápido possível para minimizar o choque que a mastectomia causa ao nível da imagem. Estimulamos a mulher a vestir-se como antes, ou até encorajamos aquelas que se desleixavam mais a aprumar-se e é também uma forma interessante de as ajudar, são estratégias muito relevantes para a recuperação de uma mulher mastectomizada. Convém sempre fornecermos informação acerca dos expansores e dos soutiens especiais porque muitas delas não têm conhecimento e depois acabam por sofrer mais pela questão da imagem corporal, desfigurada digamos assim. Pode-se dizer que a comunicação, a informação, a nossa disponibilidade também são estratégias que nos permitem estabelecer uma relação terapêutica mais vantajosa para conseguirmos ajudar estas mulheres. Parecendo que não, a informação que fornecemos a estas mulheres é muito importante porque elas necessitam mesmo de estar a par do que se passa, e isto é também uma estratégia que nos compete a nós realizar, pois permite que haja uma diminuição da ansiedade perante todo o processo, e daí eu salientar a comunicação, aberta e esclarecedora. Depois existem ainda os grupos coletivos, dos quais também já falámos, para onde as encaminhamos, onde podem falar abertamente e sem receios acerca da sua situação porque estão perante pessoas que já passaram ou estão a passar pelo mesmo e partilham as suas experiências. Muitas vezes, vemos as que já estão numa fase de recuperação mais avançada a darem alguns conselhos às restantes. É muito engraçado ver esta evolução e esta partilha de experiências, onde eu já tive o privilégio de estar, e poder ver que a ajuda que demos contribuiu para a recuperação e o encaminhamento para os

grupos ajudou mais ainda, e depois vêm-nos agradecer, muito emocionadas, porque o enfermeiro faz parte de todo este percurso em muitas fases e em vários aspetos, o que as deixa feliz e a nós também. Estes grupos são sem dúvida uma mais valia para as mulheres, porque elas têm a possibilidade de falar abertamente o que muitas não têm coragem de falar com os familiares ou com amigos e assim colocam as suas dúvidas, expõem os seus receios, medos e esclarecem algumas questões que até pensavam ser mais complexas e chegam quase sempre à conclusão que podem ser ajudadas, basta quererem.

E1:1 Sem dúvida que é um momento que causa uma mudança radical na vida de uma mulher,

E1:2 e muitas encaram mesmo como o início de uma vida diferente.

E1:3 É claro que são diversas as formas como as várias mulheres reagem a esta situação

E1:4 e por vezes temos mulheres que aceitam com alguma facilidade,

E1:5 porque já tiveram alguém na família, a própria mãe,

E1:6 e por isso de certa forma já esperavam.

E1:7 E depois temos aquelas onde as reações são bem mais diversificadas,

E1:8 Já aconteceu uma senhora ter como reação uma gargalhada, que nem eu soube muito bem como intervir,

E1:9 pois a forma dela lidar com o stress, porque acaba por ser sempre um momento de grande stress, era rir.

E1:10 E o importante é termos sempre em conta que devemos estar preparadas para ajudar, seja qual for a forma de o fazer.

E1:11 Depois o mais comum, é claro, é o choro,

E1:12 as mulheres sentem que o mundo lhes está a desabar mesmo por baixo dos pés e

E1:13 não têm o que fazer para alterar a situação.

E1:14 Sentem que não têm forças para enfrentar a realidade de viver sem uma mama,

E1:15 que afinal de contas é um órgão que marca a feminilidade

E1:16 e que nos dias que correm é sinónimo de beleza e sensualidade.

E1:17 Sentem-se tristes porque os outros já não os vão ver da mesma maneira,

E1:18 Normalmente, se têm companheiros que as apoiam, aquele medo de não serem aceites acaba por se dissipar mais cedo, embora também o sintam,

E1:19 mas as que são solteiras por norma têm uma visão mais dramática do género “agora já ninguém me vai querer”.

E1:20 porque é óbvio que uma mulher mais velha lida um pouco melhor com a situação na generalidade, mas há casos e casos claro.

E1:21 E cheguei a outro ponto máximo que é o medo.

E1:22 E o medo é de muitas coisas em simultâneo que às vezes nem nos passa pela cabeça.

E1:23 O medo de morrer é sempre aquele mais comum, que praticamente todas as mulheres vivenciam, mas não só.

E1:24 É o medo de não serem aceites pela família, por homens

E1:25 e aqui temos novamente a questão dos companheiros mais compreensivos

E1:26 contra aqueles que também não sabem muito bem o que fazer,

E1:27 o medo de serem censuradas pela sociedade, no trabalho,

E1:28 sobretudo aquelas que exercem profissões em que a imagem corporal é um bem essencial.

E1:29 E a questão da sociedade é muito pertinente e frequente, ao contrário do que se possa pensar,

E1:30 Portanto, é uma condição um pouco debilitante emocionalmente para as mulheres, além de física.

E1:31 O medo e a tristeza da alteração da imagem corporal, que no fim de contas tudo o que temos vindo a falar acaba por ir dar à imagem corporal,

E1:32 porque como já disse uma mama para uma mulher é um símbolo de ser mulher, de se sentir feminina, atraente.

E1:33 Portanto, como podem ver as mudanças na vida de uma mulher submetida a mastectomia são enormes

E1:34 e cada uma reage de forma diferente.

E1:35 Temos aquelas que atravessam uma fase de choque, e de negação, e

E1:36 depois acabam por aceitar, mais cedo ou mais tarde,

E1:37 cabe-nos a nós compreender cada situação,

E1:38 cada forma de reagir para conseguir ajudar,
E1:39 e todas sentem muita ansiedade quando todo este processo se inicia,
E1:40 São muitas as necessidades que podemos encontrar
E1:41 e de acordo com as mulheres e com os estilos de vida das mesmas.
E1:42 Se algumas nos pedem isolamento e que as deixem em paz
E1:43 porque preferem estar sozinhas e digerir aquele momento sozinhas,
E1:44 existem outras que precisam mesmo de atenção e que as oiçam,
E1:45 apesar de muitas vezes não quererem abordar o assunto
E1:46 Aconteceu uma vez uma senhora que queria muito falar com um padre,
E1:47 porque pensava não ter mais oportunidades para o fazer,
E1:48 sentia que precisava de apoio religioso e só mesmo isso a conseguiria tranquilizar.
E1:49 O apoio na religião é muito frequente,
E1:50 sobretudo em mulheres que toda a vida praticaram algum tipo de religião ou participaram em grupos de igreja e isso para elas é muito importante,
E1:51 é mesmo um apoio espiritual que sentem no momento.
E1:52 É muito comum pedirem-nos para ir à capela ou que falemos com um padre para ir ao serviço
E1:53 Mas depois associam sempre o medo de morrer ao próprio morrer e então começam a ponderar nas suas vidas, no que têm,
E1:54 nomeadamente as que têm filhos e que ainda dependem delas e
E1:55 sentem que precisam de orientar as coisas para deixar tudo organizado caso morram.
E1:56 O apoio familiar é muito importante também.
E1:57 Por vezes, algumas têm alguns conflitos com pessoas significativas que querem resolver
E1:58 porque se morrerem não querem deixar as coisas por resolver e
E1:59 então nós entramos em contacto com as tais pessoas e explicamos a situação,
E1:60 E temos de ter em conta que a família é sempre uma componente muito relevante para as pessoas,
E1:61 mesmo até para aquelas que não a têm e

E1:62 aí o nosso papel passa muito pela relação de ajuda à pessoa que não tem ninguém para apoiá-la

E1:63 acabamos por encaminhá-la para grupos coletivos,

E1:64 na esperança que consiga encontrar alguém que possa partilhar com ela e vice-versa toda a situação que está a viver.

E1:65 Outra necessidade muito importante também é a informação.

E1:66 As mulheres sentem necessidade de estar bem informadas sobre a situação,

E1:67 apesar de às vezes dizerem que preferem não saber nada e deixar nas mãos de quem as cuida,

E1:68 Querem saber o que se passa, se é grave ou não,

E1:69 se precisam mesmo de resolver tudo

E1:70 ou se há esperança de virem a resolver quando recuperarem.

E1:71 Mas nós temos de ajudá-las na medida do possível e

E1:72 quando não conseguimos, devemos encaminhá-las para ajuda especializada

E1:73 e na maioria das vezes bastam os grupos coletivos de ajuda.

E1:74 de necessitarem de resolver a questão de não ter uma ou ambas as mães,

E1:75 também nos pedem ajuda

E1:76 e nós aconselhamos mediante a situação.

E1:77 Bom, é claro que as estratégias variam muito de caso para caso e de mulher para mulher.

E1:78 A nossa principal função enquanto enfermeiros cuidadores de mulheres mastectomizadas é, em primeiro lugar reconhecer as necessidades individuais,

E1:79 a estratégia primordial é motivá-las, e como é que fazemos isso?

E1:80 Questionamos os seus planos para o dia a dia, nomeadamente aqueles que pretendem realizar brevemente,

E1:81 tentamos perceber quais as coisas que gostam de fazer e tudo isso,

E1:82 de maneira a adaptarmos o nosso plano de cuidados e que o mesmo seja plausível, e de fácil realização.

E1:83 tentamos perceber qual o desporto que normalmente faz e adaptamo-lo à sua condição,

E1:84 Ou seja, em colaboração com as mulheres, traçamos algumas metas para que elas tenham alegria para recuperar a sua condição física, e também psicológica,

E1:85 e para reintegrá-las na sociedade, na realidade como elas gostam de dizer.

E1:86 a demonstração dos soutiens especiais que existem para compensar a falta da mama,

E1:87 a utilização de expansores de silicone,

E1:88 a autoimagem tem um peso muito elevado na vida das mulheres.

E1:89 conversamos muito acerca da reconstrução mamária imediata ou o mais rápido possível

E1:90 para minimizar o choque que a mastectomia causa ao nível da imagem.

E1:91 Estimulamos a mulher a vestir-se como antes, ou até encorajamos aquelas que se desleixavam mais a aprumar-se

E1:92 Convém sempre fornecermos informação acerca dos expansores e dos soutiens especiais

E1:93 Pode-se dizer que a comunicação, a informação, a nossa disponibilidade também são estratégias que nos permitem estabelecer uma relação terapêutica

E1:94 a informação que fornecemos a estas mulheres é muito importante

E1:95 porque elas necessitam mesmo de estar a par do que se passa,

E1:96 pois permite que haja uma diminuição da ansiedade perante todo o processo, e

E1:97 daí eu salientar a comunicação, aberta e esclarecedora.

E1:98 Depois existem ainda os grupos coletivos, dos quais também já falámos, para onde as encaminhamos,

E1:99 onde podem falar abertamente e sem receios acerca da sua situação

E1:100 porque estão perante pessoas que já passaram ou estão a passar pelo mesmo e partilham as suas experiências.

E1:101 Muitas vezes, vemos as que já estão numa fase de recuperação mais avançada a darem alguns conselhos às restantes.

E1:102 É muito engraçado ver esta evolução e esta partilha de experiências,

E1:103 porque o enfermeiro faz parte de todo este percurso em muitas fases e em vários aspetos,

E1:104 Estes grupos são sem dúvida uma mais-valia para as mulheres,

E1:105 porque elas têm a possibilidade de falar abertamente o que muitas não têm coragem de falar com os familiares ou com amigos e

E1:106 assim colocam as suas dúvidas,

E1:107 expõem os seus receios, medos e

E1:108 esclarecem algumas questões que até pensavam ser mais complexas e

E1:109 chegam quase sempre à conclusão que podem ser ajudadas,

Entrevista 2

São imensas as reações das mulheres e varia muito de acordo com a própria mulher, como sabem. Inicialmente existe sempre uma fase de choque, tal como acontece com o diagnóstico, mas a realidade e o confronto com o facto de ter de retirar uma mama, ou em alguns casos, as duas, é um choque bem maior, até porque como é do conhecimento de toda a gente nos dias que correm, as mamas são um adereço, digamos, do ser sexual feminino, da sensualidade. E atualmente a exposição corporal é um ato normalíssimo, não censurado, e o uso de roupas justas, sobretudo as mulheres, pelo que uma mastectomia é mais saliente, e portanto o choque é muito grande. Mas tem outra contrapartida, que é a informação, que se pode obter muito facilmente, através da internet, e algumas mulheres recorrem até a livros para se inteirarem melhor da sua condição. Isto nalgumas pessoas ajuda a aceitar mas para outras é mais complexo e torna ainda mais difícil a aceitação e a recuperação, porque assim como vêm que há soluções, também vêm que nalguns casos o tratamento não é tão eficaz, até pelo estadió da neoplasia. Portanto, as reações também têm muito a ver com a forma como conseguem lidar com a situação e com a sua condição clínica. Depois, aliado a este sentimento de choque, vem uma tristeza imensa, pela situação, pela alteração que vai causar a mastectomia na vida da mulher. Sente-se abatida, sem forças para enfrentar todo o pesadelo que está a sentir. Tive uma situação em que uma senhora não conseguia parar de chorar, era a única reação que tinha, ainda por cima era ainda jovem, com muita vida pela frente e um filho pequeno. A tristeza é sem dúvida um sentimento transversal a todas, assim como o choque, se bem que algumas já estão mais preparadas, porque foi hereditário ou algo do género. Temos ainda uma outra reação muito

frequente que é claro o medo, e é um medo de muitas coisas mesmo. O principal, como se calcula, é da morte. Aquela sensação terrível que passa por todas que é “quanto tempo mais tenho de vida? Tenho de aproveitar os meus últimos momentos”. Isto parece muito dramático, mas elas sentem de facto isso, sentem que a vida está prestes a terminar, e então começam a fazer planos, e cabe-nos a nós colaborar na elaboração desses planos. Mas têm também outros medos, nomeadamente da alteração do corpo, como é que vão ficar, o que é que os outros vão dizer e pensar, e toda a gente vai saber. A imagem corporal e a ideia que as mulheres têm do seu próprio corpo influencia muito mesmo nesta fase e adaptação à situação que estão a atravessar. E há ainda a problemática das mulheres que têm maridos que se empenham em ajudar e elas até ultrapassam melhor a condição, e a transição neste percurso, mas alguns companheiros não facilitam muito, ou porque se afastam, e pode até ser para dar espaço à companheira para digerir, mas depois elas não gostam e sentem-se sozinhas e abandonadas. E as solteiras, que normalmente acham que a vida amorosa está terminada porque mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem querer ter relações sexuais porque a mama faz parte de todo um simbolismo da sexualidade, não é? Tudo isto depois leva a um estado de ansiedade, de inquietação, e pensam “como será agora a minha vida?”. Sentem que não conseguem lidar com nada, não querem saber de nada, até os filhos são colocados de lado no momento, porque por vezes esta ansiedade, associada a uma depressão, necessita de medicação, e então ficam tipo num mundo à parte, como sabemos. Sabemos também quando algumas mulheres se isolam, não querem falar com ninguém e negam a situação, portanto estagnam na fase de negação da doença, que estão num estado de ansiedade, como é óbvio e precisam da nossa ajuda, e temos de as abordar pouco a pouco, sem que elas sintam que estamos a querer meter-nos na intimidade delas e aos poucos vamos conseguindo obter alguns dados, informação que nos permita avançar com um plano de cuidados que as ajude da melhor forma. O isolamento é também uma reação muito vulgar nestas mulheres; por vezes encontramos-las sozinhas num canto, sem quererem conviver com ninguém, nem com a própria família, e eu pelo menos não forço a interação porque é necessário dar-lhes tempo e espaço para se adaptarem. O importante é que elas sintam que nós estamos disponíveis para as ouvir e para esclarecer dúvidas quando elas se sintam confortáveis para falar da situação.

Como eu estava a dizer, a disponibilidade da nossa parte é muito importante, até porque as necessidades destas mulheres acabam por ser sempre satisfeitas muito em função daquilo que lhes dizemos, ou da ajuda que prestamos, de alguma forma. Vemos frequentemente mulheres religiosas, que a sua principal necessidade é justamente o apoio religioso, a presença de um padre constantemente, ir a uma capela rezar ou ter mesmo terços e rezas sempre por perto. Isto para este tipo de mulheres, acarreta um grande suporte emocional e ajuda-as a ultrapassar mais facilmente esta fase, e chegam mesmo a acreditar q podem haver milagres para as suas situações. É sem dúvida muito frequente isto acontecer, sobretudo em mulheres mais velhas, que foram criadas em ambientes católicos ou de outra religião. Outro apoio importantíssimo é o da família, incluindo claro os maridos, nos casos das mulheres casadas ou acompanhantes. Para a grande maioria delas, a família é o apoio número um na medida em que estão sempre disponíveis para as ajudar neste momento tão complicado para as mesmas, e sentem que se algo lhes acontecer, se morrerem, têm de organizar a sua vida familiar para estarem mais descansadas, nomeadamente as que têm filhos. Nós contamos muito com o apoio dos familiares, porque por vezes não conseguimos dar toda a atenção que elas precisam, e incentivamos a família a estar a par do que se passa e orientamos no sentido de os ajudar a satisfazer algumas necessidades que por eles podem ser satisfeitas. Esta questão da atenção que as mulheres precisam é também uma questão pertinente porque sentem-se vulneráveis e como tal precisam de mais atenção por parte de todos os que a rodeiam, inclusive os enfermeiros e profissionais de saúde. Como é claro, os profissionais de saúde nem sempre conseguem dar toda a atenção e é aqui que eu saliento a importância da família e do apoio dos familiares para conseguir dar vazão às necessidades das mulheres, que neste caso são exclusivamente emocionais. Sim, porque as necessidades físicas acabam por ser mais fáceis de satisfazer na medida em que são algo concreto, como a cessação da dor, a imagem corporal através da utilização de próteses, entre outras várias coisas. Já as necessidades de atenção, que a meu ver se enquadram nas emocionais, requerem mais tempo e trabalho e são as que mais fragilizam estas mulheres. Depois encontramos também mulheres que são o oposto e preferem lidar com a situação isoladas de toda a gente, pensam que não há ninguém nem nada que as ajuda e remetem-se ao silêncio, não expressam os verdadeiros sentimentos que sabemos que

lhes estão a ocorrer. O isolamento é comum, sobretudo em jovens que julgam que a vida acabou por causa da doença. É um facto que uma mastectomia numa jovem é bem mais complexa do que numa mulher que já tem filhos, é casada, porque começam a achar que mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem gostar delas por se sentirem diferentes, e então isolam-se, não querem falar sobre a situação e quando falam é de forma agressiva, abordando sempre a morte como o único desfecho da doença. É crucial percebermos, através das atitudes e da expressão corporal, o que é que na verdade elas demonstram, se é medo, raiva, pânico, porque isso determina a nossa atuação. Isto leva-nos à alteração da imagem corporal que está sempre subjacente num caso de mastectomia. A necessidade de verem soluções para este problema é uma agonia constante, pois dramatizam de tal forma que quase se mentalizam que não vai haver maneira de resolver esta questão, que é totalmente compreensível, na medida em que as mamas são um órgão que as mulheres têm como um símbolo de atração e sensualidade. Daí que necessitem de muita informação em relação a tudo o que se passa, e começam a interessar-se em ouvir as soluções que existem para os vários problemas, sobretudo o da imagem corporal e da falta de uma ou ambas as mamas.

Por vezes, as pessoas não valorizam a questão de estar atento a estas necessidades, entre outras várias que depois são peculiares e variam de situação para situação e de mulher para mulher, mas ao conseguir entendê-las, que muitas vezes é isso que elas precisam, conseguimos dar resposta à maioria das suas necessidades, senão todas, até na questão na presença e acompanhamento familiar. Temos de compreender que existem individualidades, formas particulares de reagir a um mesmo fenómeno, que neste caso é muito sensível e causa muito impacto na vida de uma mulher, e por isso mesmo devemos mostrar-nos disponíveis para ouvir, compreender quais são realmente as necessidades que têm e utilizar as estratégias em função de tudo isso. Existem algumas que são comuns a todas, nomeadamente na utilização de expansores ou soutiens próprios para mastectomizadas, e nós orientamos de acordo com o mais adequado e/ou indicado. Mas estas medidas são meramente físicas e de aparência, e é claro que para algumas já é menos uma dor de cabeça porque pensam que as outras pessoas já não as vão ver como diferentes, mas o psicológico da maioria continua a martirizar com a realidade de se olharem para o espelho nuas e faltar um pedaço do seu corpo. Nós

devemos então orientá-las, prepará-las para enfrentar a realidade e para a integração na sociedade após esta nova condição, e para isso contamos muito com o apoio dos grupos coletivos, para onde as acompanhamos, com particular destaque às jovens, pois é uma forma de ouvirem outras mulheres que passaram pelo mesmo e estão a superar e assim sentem-se mais esperanças por ouvi-las. Os grupos coletivos são sem dúvida muito importantes na fase de recuperação das mastectomizadas. A partilha de experiências é fundamental para voltarem a ter esperança e acreditarem que não é o fim da vida. E outra questão pertinente é não terem vergonha de se expor visto que todas passaram pelo mesmo, embora umas estejam numa fase e outras noutras mas têm todas em comum a mastectomia, o facto de serem submetidas a uma cirurgia abrasiva como esta. Temos ainda que aliar a todas as estratégias que falámos a comunicação, deixá-las expressar-se livremente, sem fazer julgamento, e comunicar com elas, dizendo também a verdade, fornecer informação, mediante a que já têm e a que podem e devem saber. Apesar de ouvirmos com frequência discursos pessimistas, não devemos recriminar esses sentimentos mas sim fazer ver que há outros caminhos que podem percorrer que não levem necessariamente aos desfechos trágicos como muitas delas imaginam. A comunicação é muito importante e é talvez a ferramenta mais importante que um enfermeiro pode ter para lidar com estas mulheres, devendo ter sempre em conta a vulnerabilidade das pessoas. Através da comunicação, conseguimos também estabelecer uma relação terapêutica, que como sabem visa sempre ajudar as utentes, mostrando a nossa disponibilidade para ouvir, para aconselhar e para as ajudar, que no fim de contas é o que elas querem.

E2:1 São imensas as reações das mulheres e

E2:2 varia muito de acordo com a própria mulher, como sabem.

E2:3 Inicialmente existe sempre uma fase de choque,

E2:4 mas a realidade e o confronto com o facto de ter de retirar uma mama, ou em alguns casos, as duas, é um choque bem maior,

E2:5 nos dias que correm, as mamas são um adereço, digamos, do ser sexual feminino, da sensualidade.

E2:6 Mas tem outra contrapartida, que é a informação, que se pode obter muito facilmente, através da internet,

E2:7 e algumas mulheres recorrem até a livros para se inteirarem melhor da sua condição.

E2:8 mas para outras é mais complexo e torna ainda mais difícil a aceitação e a recuperação,

E2:9 porque assim como vêm que há soluções,

E2:10 também vêm que nalguns casos o tratamento não é tão eficaz,

E2:11 Portanto, as reações também têm muito a ver com a forma como conseguem lidar com a situação e com a sua condição clínica.

E2:12 vem uma tristeza imensa, pela situação,

E2:13 pela alteração que vai causar a mastectomia na vida da mulher.

E2:14 Sente-se abatida, sem forças para enfrentar todo o pesadelo que está a sentir.

E2:15 Tive uma situação em que uma senhora não conseguia parar de chorar, era a única reação que tinha,

E2:16 ainda por cima era ainda jovem, com muita vida pela frente e um filho pequeno.

E2:17 A tristeza é sem dúvida um sentimento transversal a todas, assim como o choque,

E2:18 se bem que algumas já estão mais preparadas, porque foi hereditário ou algo do género.

E2:19 Temos ainda uma outra reação muito frequente que é claro o medo,

E2:20 e é um medo de muitas coisas mesmo.

E2:21 O principal, como se calcula, é da morte.

E2:22 Aquela sensação terrível que passa por todas que é “quanto tempo mais tenho de vida? Tenho de aproveitar os meus últimos momentos”.

E2:23 Isto parece muito dramático, mas elas sentem de facto isso, sentem que a vida está prestes a terminar,

E2:24 e então começam a fazer planos, e

E2:25 cabe-nos a nós colaborar na elaboração desses planos.

E2:26 Mas têm também outros medos, nomeadamente da alteração do corpo,

E2:27 como é que vão ficar,

E2:28 o que é que os outros vão dizer e pensar, e toda a gente vai saber.

E2:29 A imagem corporal e a ideia que as mulheres têm do seu próprio corpo influencia muito mesmo nesta fase e adaptação à situação que estão a atravessar.

E2:30 E há ainda a problemática das mulheres que têm maridos que se empenham em ajudar e elas até ultrapassam melhor a condição, e a transição neste percurso,

E2:31 mas alguns companheiros não facilitam muito, ou porque se afastam, e

E2:32 pode até ser para dar espaço à companheira para digerir,

E2:33 sentem-se sozinhas e abandonadas.

E2:34 E as solteiras, que normalmente acham que a vida amorosa está terminada

E2:35 porque mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem querer ter relações sexuais

E2:36 porque a mama faz parte de todo um simbolismo da sexualidade,

E2:37 Tudo isto depois leva a um estado de ansiedade, de inquietação, e

E2:38 Sentem que não conseguem lidar com nada,

E2:39 não querem saber de nada, até os filhos são colocados de lado no momento,

E2:40 Sabemos também quando algumas mulheres se isolam,

E2:41 não querem falar com ninguém e

E2:42 negam a situação, portanto estagnam na fase de negação da doença,

E2:43 precisam da nossa ajuda, e

E2:44 temos de as abordar pouco a pouco, sem que elas sintam que estamos a querer meter-nos na intimidade delas e

E2:45 aos poucos vamos conseguindo obter alguns dados,

E2:46 informação que nos permita avançar com um plano de cuidados que as ajude da melhor forma.

E2:47 O isolamento é também uma reação muito vulgar nestas mulheres;

E2:48 por vezes encontramos-las sozinhas num canto, sem quererem conviver com ninguém, nem com a própria família,

E2:49 porque é necessário dar-lhes tempo e espaço para se adaptarem.

E2:50 O importante é que elas sintam que nós estamos disponíveis para as ouvir

E2:51 e para esclarecer dúvidas quando elas se sintam confortáveis para falar da situação.

E2:52 a disponibilidade da nossa parte é muito importante,

E2:53 até porque as necessidades destas mulheres acabam por ser sempre satisfeitas muito em função daquilo que lhes dizemos, ou da ajuda que prestamos, de alguma forma.

E2:54 Vemos frequentemente mulheres religiosas,

E2:55 que a sua principal necessidade é justamente o apoio religioso,

E2:56 a presença de um padre constantemente,

E2:57 ir a uma capela rezar ou ter mesmo terços e rezas sempre por perto.

E2:58 e chegam mesmo a acreditar que podem haver milagres para as suas situações.

E2:59 É sem dúvida muito frequente isto acontecer, sobretudo em mulheres mais velhas, que foram criadas em ambientes católicos ou de outra religião.

E2:60 Outro apoio importantíssimo é o da família,

E2:61 incluindo claro os maridos, nos casos das mulheres casadas ou acompanhantes.

E2:62 Para a grande maioria delas, a família é o apoio número um

E2:63 na medida em que estão sempre disponíveis para as ajudar neste momento tão complicado para as mesmas,

E2:64 se morrerem, têm de organizar a sua vida familiar para estarem mais descansadas, nomeadamente as que têm filhos.

E2:65 Nós contamos muito com o apoio dos familiares,

E2:66 porque por vezes não conseguimos dar toda a atenção que elas precisam,

E2:67 e incentivamos a família a estar a par do que se passa

E2:68 e orientamos no sentido de os ajudar a satisfazer algumas necessidades que por eles podem ser satisfeitas.

E2:69 Esta questão da atenção que as mulheres precisam é também uma questão pertinente

E2:70 porque sentem-se vulneráveis

E2:71 e como tal precisam de mais atenção por parte de todos os que a rodeiam, inclusive os enfermeiros e profissionais de saúde.

E2:72 eu saliento a importância da família e do apoio dos familiares para conseguir dar vazão às necessidades das mulheres,

E2:73 Sim, porque as necessidades físicas acabam por ser mais fáceis de satisfazer na medida em que são algo concreto, como a cessação da dor, a imagem corporal através da utilização de próteses, entre outras várias coisas.

E2:74 Já as necessidades de atenção, que a meu ver se enquadram nas emocionais, requerem mais tempo e trabalho e

E2:75 são as que mais fragilizam estas mulheres.

E2:76 Depois encontramos também mulheres que são o oposto e preferem lidar com a situação isoladas de toda a gente,

E2:77 pensam que não há ninguém nem nada que as ajude e remetem-se ao silêncio,

E2:78 não expressam os verdadeiros sentimentos que sabemos que lhes estão a ocorrer.

E2:79 O isolamento é comum, sobretudo em jovens que julgam que a vida acabou por causa da doença.

E2:80 É um facto que uma mastectomia numa jovem é bem mais complexa do que numa mulher que já tem filhos, é casada,

E2:81 começam a achar que mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem gostar delas por se sentirem diferentes,

E2:82 e então isolam-se,

E2:83 não querem falar sobre a situação e quando falam é de forma agressiva,

E2:84 abordando sempre a morte como o único desfecho da doença.

E2:85 É crucial percebermos, através das atitudes e da expressão corporal, o que é que na verdade elas demonstram, se é medo, raiva, pânico,

E2:86 Isto leva-nos à alteração da imagem corporal que está sempre subjacente num caso de mastectomia.

E2:87 A necessidade de verem soluções para este problema é uma agonia constante,

E2:88 pois dramatizam de tal forma que quase se mentalizam que não vai haver maneira de resolver esta questão,

E2:89 as mamas são um órgão que as mulheres têm como um símbolo de atração e sensualidade.

E2:90 Daí que necessitem de muita informação em relação a tudo o que se passa,

E2:91 e começam a interessar-se em ouvir as soluções que existem para os vários problemas,

E2:92 sobretudo o da imagem corporal e da falta de uma ou ambas as mamas.

E2:93 mas ao conseguir entendê-las, que muitas vezes é isso que elas precisam, conseguimos dar resposta à maioria das suas necessidades, senão todas,

E2:94 até na questão da presença e acompanhamento familiar.

E2:95 Temos de compreender que existem individualidades, formas particulares de reagir a um mesmo fenómeno,

E2:96 devemos mostrar-nos disponíveis para ouvir,

E2:97 compreender quais são realmente as necessidades que têm e utilizar as estratégias em função de tudo isso.

E2:98 Existem algumas que são comuns a todas, nomeadamente a utilização de expansores ou soutiens próprios para mastectomizadas,

E2:99 Mas estas medidas são meramente físicas e de aparência,

E2:100 pensam que as outras pessoas já não as vão ver como diferentes,

E2:101 a realidade de se olharem ao espelho nuas e faltar um pedaço do seu corpo.

E2:102 Nós devemos então orientá-las, prepará-las para enfrentar a realidade e para a integração na sociedade após esta nova condição,

E2:103 e para isso contamos muito com o apoio dos grupos coletivos, para onde as encaminhamos,

E2:104 pois é uma forma de ouvirem outras mulheres que passaram pelo mesmo e estão a superar

E2:105 sentem-se mais esperanças ao ouvi-las.

E2:106 Os grupos coletivos são sem dúvida muito importantes na fase de recuperação das mastectomizadas.

E2:107 A partilha de experiências é fundamental para voltarem a ter esperança e acreditarem que não é o fim da vida.

E2:108 E outra questão pertinente é não terem vergonha de se expor visto que todas passaram pelo mesmo,

E2:109 mas têm todas em comum a mastectomia, o facto de serem submetidas a uma cirurgia abrasiva como esta.

E2:110 Temos ainda que aliar a todas as estratégias que falámos a comunicação,

E2:111 deixá-las expressar-se livremente, sem fazer julgamento,

E2:112 e comunicar com elas, dizendo também a verdade, fornecer informação, mediante a que já têm e a que podem e devem saber.

E2:113 Apesar de ouvirmos com frequência discursos pessimistas,

E2:114 não devemos recriminar esses sentimentos

E2:115 mas sim fazer ver que há outros caminhos que podem percorrer que não levem necessariamente aos desfechos trágicos

E2:116 A comunicação é muito importante

E2:117 e é talvez a ferramenta mais importante que um enfermeiro pode ter para lidar com estas mulheres,

E2:118 devendo ter sempre em conta a vulnerabilidade das pessoas.

E2:119 Através da comunicação, conseguimos também estabelecer uma relação terapêutica,

E2:120 mostrando a nossa disponibilidade para ouvir, para aconselhar e para as ajudar, que no fim de contas é o que elas querem.

Entrevista 3

A transição acarreta sempre uma mudança e é por isso que assim é chamada. E sempre que há mudança no que diz respeito ao corpo, seja externo ou interno, causa sempre um grande impacto. Neste caso particular da mastectomia, a mudança é externa, que toda a gente vê e por ser num órgão tão feminino como a mama, causa ainda maiores transtornos na vida de uma mulher. Existem várias fases que podem ser perceptíveis numa mulher, aquando da descoberta de um cancro na mama e, posteriormente, da necessidade de ser submetida a mastectomia. Quando chegam ao nosso serviço, normalmente é por necessitarem de ser mastectomizadas e o pós-operatório deste procedimento é muito complexo. É claro que as mulheres têm formas de encarar esta mesma situação de formas muito distintas. Temos algumas que já vêm resignadas com a situação, e então tentam pensar mais no futuro e nas soluções para o problema, enquanto que outras dramatizam e optam por ficar na angústia, sem quererem ser ajudadas. Existem várias reações, pelas quais todas acabam por passar porque é inato na pessoa, visto que esta condição é uma condição de doença, de fuga da normalidade, e por isso mesmo provoca reação na mulher. As primeiras reações são de surpresa e

acabam por ser as mais espontâneas, em que a mulher ainda nem pensou sobre a situação e simplesmente já está a reagir, e delas fazem parte essencialmente as mais negativas, digamos. São elas a raiva, a revolta, o choque, o choro, entre outras menos frequentes. Como eu já disse, nem todas apresentam a mesma sequência de reações nem com a mesma intensidade, mas as mais comuns são sem dúvida estas. A raiva que sentem muitas vezes está associada a não terem descoberto mais cedo porque deixaram passar tempo e quando foram fazer os exames de diagnóstico já era tarde e então sentem raiva de se terem desleixado, como uma mulher uma vez desabafou: estava muito triste porque achava que devia ter detetado o nódulo mais cedo, visto que o detetou quando tomava banho, e até parecia que nunca tomava banho para só ter detetado tão tarde. Eu tranquilizei-a, afirmando que alguns nódulos são móveis e uns dias podem ser detetados e outros não.

A revolta está muito associada ao facto da alteração do corpo, a perda de um órgão, símbolo da sensualidade feminina. É muito comum ver mulheres mastectomizadas revoltadas com a sua situação e quase sempre tendo como motivo a imagem corporal deteriorada, como muitas definem. Algumas enveredam pela negação, como reação silenciosa, em vez de se revoltarem ou de sentirem raiva pelo que quer que seja. A negação é normalmente um refúgio para estas mulheres, pois é mais fácil acreditar que tudo aquilo não está a acontecer do que ter forças para enfrentar. E o choque que todas têm aquando da descoberta da neoplasia. Afinal de contas, esta doença é sempre designada de “coisa má” ou “doença má”, em vez de ser chamada pelo nome, que por si só acarreta dor e sofrimento. O choque de saber que têm uma doença grave é o principal despoletar de todas as outras reações, isto porque o choque para algumas é de uma forma positiva na medida em que pensam “ok, agora tenho de me concentrar no que é preciso para ficar bem”, e isto leva-as para fases mais pacíficas e mais otimistas de enfrentar a doença, enquanto outras pensam “meu Deus, isto é o fim do mundo e da minha vida e agora vou desistir de tudo”, e claro que é mais complicado, mas não impossível, orientar a pessoa para a sua reabilitação. O que sentem sobretudo quando pensam desta forma é medo, o grande medo de morrer sobretudo. É claro que uma pessoa que de repente descobre que tem um cancro sente logo esse medo, associado também ao medo de sofrer, de ter dor e de deixar a família, sobretudo as que já têm

filhos. Tudo isto é gerador de uma grande tristeza, é um abalo muito grande na vida de uma mulher. Quando nos tentamos aproximar de uma mulher que está nesta transição, de se adaptar a esta nova condição, percebemos através da sua reação como está a lidar com a mesma. Existem algumas a quem perguntamos se está tudo bem, e elas começam logo a chorar, e então percebemos que as coisas não estão a ser fáceis. E depende também das suas experiências anteriores, se já foram internadas, se já tiveram familiares com o mesmo problema. Todos estes fatores nos orientam para perceber mais ou menos a fase em que a mulher se encontra. Mas uma coisa é certa: a mulher tem a noção da sua nova condição, sabe que após a mastectomia vai ficar diferente. Isto é uma angústia para ela, causa-lhe sofrimento. Algumas mulheres aceitam mais facilmente a situação, até porque por vezes o problema é genético e hereditário, e então já passaram por isto, mas do lado de fora. Mas já é um grande progresso, sobretudo para aquelas em que o desfecho foi positivo, e então sentem-se mais esperançadas e pensam “eu também vou conseguir”. É claro que as que tiveram experiências mais dramáticas, com desfechos fatais, vão-se sentir frustradas e mais tristes ainda porque pensam exatamente o oposto. Mas nós temos de conseguir perceber as várias reações e conhecer as suas histórias para adequarmos a nossa intervenção perante elas. E temos de compreender também que todas estas reações têm também a ver com uma principal componente: a alteração do corpo, da imagem que passam fisicamente, e isto causa muito transtorno numa mulher, que por si só sente que tem de estar apresentável, bonita, vaidosa... faz parte do ser humano feminino ser bonita e a imagem corporal conta muito. Daí que se sintam bastante tristes quando se olham ao espelho e vêem a diferença. Têm medo, muito medo mesmo de não ser aceites pelos outros, de serem rejeitadas pelos companheiros, de a sociedade as condenar por se tornarem “diferentes”, como muitas referem, porque na verdade sentem-se diferentes. É um sentimento de impotência perante o que lhes está a acontecer, causador de ansiedade.

Quando temos uma mulher que vai ser mastectomizada, naquela primeira abordagem, muitas vezes achamos que devemos informar tudo aquilo que vai acontecer, mas não é assim. Temos de nos informar do que ela quer saber, nunca nos podemos esquecer das experiências anteriores pessoais, sexuais, de familiares ou até mesmo de outros internamentos. Cabe-nos a nós enfermeiros saber identificar os sinais que nos são

transmitidos. Isto é um grande passo para um enfermeiro conseguir identificar as necessidades destas mulheres. Como já referi atrás, temos de conhecer a história individual de cada mulher e isto requer também experiência. O comportamento das pessoas significativas também influencia de alguma forma, o modo como a mulher reage a esta nova condição. Por exemplo, alguns maridos perguntam como é que elas estão e estão sempre a perguntar como as podem ajudar, enquanto que outros sentam-se no cadeirão, longe das mulheres, com a sensação que não sabem o que fazer. Cabe ao enfermeiro avaliar o acompanhamento da pessoa significativa e se necessário intervir junto dela. Isto porque o apoio familiar também determina bastante a reação das mulheres à situação. É uma das grandes necessidades que as mulheres têm, sentir o apoio das pessoas que lhe são mais queridas. Tive um caso de um marido que dava muito apoio mas era muito ansioso, andava sempre a perguntar aos enfermeiros como é que ela estava. Nestes casos, um familiar presente dá-lhes mais força para continuar. Outro elemento onde se apoiam muito é a religião. Uma vez, uma senhora de 80 anos disse nunca ter tido nada e “agora com esta idade aparece tudo – agarro-me a Deus”. A fé que sentem na sua religião pode ser um amparo durante este período de grande vulnerabilidade e devemos ser a ponte para facilitar esta proximidade com a religião, através do contacto com um padre, por exemplo. Isto é importante, apesar de parecer supersticioso porque constitui um apoio emocional, do qual estas mulheres realmente necessitam nesta fase. A conversa com um padre ou um representante da sua religião pode ser confortante e deixá-la otimista em relação ao futuro e ao desfecho da sua situação. O facto de informarmos as clientes também pode tranquilizá-las, mas temos de perceber primeiro o que elas já sabem e o que querem saber. A informação é um ponto muito decisivo para ajudar mulheres mastectomizadas. Temos de conseguir perceber até que ponto podemos fornecer determinada informação, porque muitas vezes, isso é o ponto de viragem da recuperação. Se a algumas podemos explicar todos os processos de forma aberta, a outras já temos de seleccionar a forma como o vamos fazer, porque podem não reagir tão bem, e acaba por comprometer o plano de cuidados e o progresso da reabilitação. Para podermos então compreender estes aspetos, temos de lhes dar atenção, que é também uma necessidade frequente nestas mulheres, que sentem que foram abandonadas por algo superior, quando a fé esmorece. A atenção não é no sentido

de as mimar, mas sim estar disponíveis e não é só da nossa parte, mas sim da família e das pessoas significativas.

A atenção que disponibilizamos para ajudar estas mulheres é crucial para desenvolvermos planos, estratégias para ajudá-las a lidar com as novas condições. Recordo-me de uma mulher que fazia hidroginástica e tinha receio de não poder voltar a fazer. É importante que o enfermeiro reforce as vantagens do exercício físico e a ideia de que “isto não tem de ser o fim de nada – é um recomeço”. Cabe também ao enfermeiro mostrar-se disponível, pois muitas mulheres sentem-se inibidas e não chamam nem falam para não incomodar. É aqui que o nosso papel é fundamental. Devemos estar sempre disponíveis, mas também devemos dar espaço para as mulheres conseguirem pensar em soluções para si mesmas. Mas este exemplo do exercício físico é um de milhares, onde as mulheres nos falam sobre as suas vidas e os seus hábitos e nos questionam se vai ser preciso mudá-los. Nós devemos ouvir, devemos utilizar as capacidades de comunicação e escuta ativa para adaptar os seus antigos estilos de vida aos novos. Ou melhor, improvisar e melhorar a forma como são feitos. Por vezes, as pessoas entram em declínio emocional e a partir de certo momento começam a achar que é mais fácil não fazer mais nada e deixar tudo assim como está. Nestes casos, o enfermeiro tem de estar muito atento aos sinais que a mulher lhe transmite. Se conseguirmos detetar sinais tipo choro, fâcias deprimido, talvez consigamos ir um bocadinho mais depressa e sabemos melhor o que ela está a passar. Às vezes já não se sentem mulheres, acham que já não vão ser pessoas normais. Outras vezes, as que parecem estar mais calmas e parecem aceitar muito bem, no fundo também precisam de muita ajuda. É neste sentido que eu digo que o enfermeiro deve estar atento e estar disponível para compreender os sinais das mulheres e das várias fases em que se encontram, assim como através do seu historial. Devemos então prestar o nosso apoio, informar sobre os procedimentos e também pedir a colaboração de outros colegas para dar continuidade ao processo de recuperação. Neste sentido, aconselhamos e orientamos as mulheres para os grupos de apoio, que são comuns à maior parte dos serviços que acolhem situações de mastectomia, de maneira a encorajá-las a conviver com outras mulheres que já passaram ou estão a passar por situações semelhantes. Todas elas acabam por fazer amizades e trocar contactos e encontram-se noutras consultas. Isto

acaba por ajudar na transição para esta nova condição. É uma grande ajuda da nossa parte, mas em primeiro lugar temos de as informar acerca do que normalmente sucede nesses convívios. Depois existem estratégias para ajudar ao nível físico, como por exemplo, a primeira higiene ser feita no leito, porque estas mulheres às vezes levam dias até olhar ao espelho. Os expansores de silicone e soutiens especiais ajudam nesta fase. Um outro fator que intervém nesta fase é a condição financeira – o preço dos novos soutiens. Um outro problema é a sensibilidade local, que leva dias a ser recuperada. Uma mulher uma vez achou que o local estava morto. É importante avaliar os movimentos que as mulheres conseguem fazer. Com a ajuda de outros colegas, fazem exercícios de relaxamento e algumas mulheres mais renitentes acabam por ver e fazem também e comparam umas com as outras a evolução do que já conseguem fazer.

E3:1 A transição acarreta sempre uma mudança e é por isso que assim é chamada.

E3:2 E sempre que há mudança no que diz respeito ao corpo, seja externo ou interno, causa sempre um grande impacto.

E3:3 Neste caso particular da mastectomia, a mudança é externa, que toda a gente vê

E3:4 e por ser num órgão tão feminino como a mama, causa ainda maiores transtornos na vida de uma mulher.

E3:5 Existem várias fases que podem ser perceptíveis numa mulher, aquando da descoberta de um cancro na mama e, posteriormente, da necessidade de ser submetida a mastectomia.

E3:6 É claro que as mulheres têm formas de encarar esta mesma situação de formas muito distintas.

E3:7 Temos algumas que já vêm resignadas com a situação,

E3:8 e então tentam pensar mais no futuro e nas soluções para o problema,

E3:9 enquanto que outras dramatizam e optam por ficar na angústia,

E3:10 sem quererem ser ajudadas.

E3:11 Existem várias reações, pelas quais todas acabam por passar porque é inato na pessoa,

E3:12 visto que esta condição é uma condição de doença, de fuga da normalidade,

E3:13 e por isso mesmo provoca reação na mulher.

E3:14 As primeiras reações são de surpresa e acabam por ser as mais espontâneas,
E3:15 São elas a raiva, a revolta, o choque, o choro, entre outras menos frequentes.
E3:16 nem todas apresentam a mesma sequência de reações nem com a mesma intensidade,
E3:17 A raiva que sentem muitas vezes está associada a não terem descoberto mais cedo
E3:18 porque deixaram passar tempo e quando foram fazer os exames de diagnóstico já era tarde
E3:19 e então sentem raiva de se terem desleixado,
E3:20 A revolta está muito associada ao facto da alteração do corpo,
E3:21 a perda de um órgão, símbolo da sensualidade feminina.
E3:22 É muito comum ver mulheres mastectomizadas revoltadas com a sua situação
E3:23 e quase sempre tendo como motivo a imagem corporal deteriorada, como muitas definem.
E3:24 Algumas enveredam pela negação, como reação silenciosa,
E3:25 A negação é normalmente um refúgio para estas mulheres,
E3:26 pois é mais fácil acreditar que tudo aquilo não está a acontecer do que ter forças para enfrentar.
E3:27 Afinal de contas, esta doença é sempre designada de “coisa má” ou “doença má”,
E3:28 em vez de ser chamada pelo nome, que por si só acarreta dor e sofrimento.
E3:29 O choque de saber que têm uma doença grave é o principal despoletar de todas as outras reações,
E3:30 isto porque o choque para algumas é de uma forma positiva
E3:31 na medida em que pensam “ok, agora tenho de me concentrar no que é preciso para ficar bem”,
E3:32 e isto leva-as para fases mais pacíficas e mais otimistas de enfrentar a doença,
E3:33 enquanto outras pensam “meu Deus, isto é o fim do mundo e da minha vida e agora vou desistir de tudo”,
E3:34 O que sentem sobretudo quando pensam desta forma é medo, o grande medo de morrer sobretudo.
E3:35 associado também ao medo de sofrer, de ter dor e de deixar a família,

E3:36 Tudo isto é gerador de uma grande tristeza,
E3:37 é um abalo muito grande na vida de uma mulher.
E3:38 Quando nos tentamos aproximar de uma mulher que está nesta transição, de se adaptar a esta nova condição,
E3:39 percebemos através da sua reação como está a lidar com a mesma.
E3:40 Existem algumas a quem perguntamos se está tudo bem, e elas começam logo a chorar,
E3:41 percebemos que as coisas não estão a ser fáceis.
E3:42 E depende também das suas experiências anteriores, se já foram internadas,
E3:43 se já tiveram familiares com o mesmo problema.
E3:44 perceber mais ou menos a fase em que a mulher se encontra.
E3:45 Mas uma coisa é certa: a mulher tem a noção da sua nova condição,
E3:46 sabe que após a mastectomia vai ficar diferente.
E3:47 Isto é uma angústia para ela, causa-lhe sofrimento.
E3:48 Algumas mulheres aceitam mais facilmente a situação,
E3:49 até porque por vezes o problema é genético e hereditário,
E3:50 e então já passaram por isto, mas do lado de fora.
E3:51 Mas já é um grande progresso, sobretudo para aquelas em que o desfecho foi positivo, e então sentem-se mais esperanças
E3:52 É claro que as que tiveram experiências mais dramáticas, com desfechos fatais, vão-se sentir frustradas e mais tristes ainda porque pensam exatamente o oposto.
E3:53 Mas nós temos de conseguir perceber as várias reações
E3:54 e conhecer as suas histórias para adequarmos a nossa intervenção perante elas.
E3:55 todas estas reações têm também a ver com uma principal componente: a alteração do corpo,
E3:56 da imagem que passam fisicamente,
E3:57 sente que tem de estar apresentável, bonita, vaidosa...
E3:58 faz parte do ser humano feminino ser bonita e a imagem corporal conta muito.
E3:59 Daí que se sintam bastante tristes quando se olham ao espelho e vêem a diferença.
E3:60 Têm medo, muito medo mesmo de não ser aceites pelos outros,
E3:61 de serem rejeitadas pelos companheiros,

E3:62 de a sociedade as condenar por se tornarem “diferentes”, como muitas referem,
E3:63 sentem-se diferentes.

E3:64 Temos de nos informar do que ela quer saber,

E3:65 nunca nos podemos esquecer das experiências anteriores pessoais, sexuais, de familiares ou até mesmo de outros internamentos.

E3:66 Cabe-nos a nós enfermeiros saber identificar os sinais que nos são transmitidos.

E3:67 Isto é um grande passo para um enfermeiro conseguir identificar as necessidades destas mulheres.

E3:68 temos de conhecer a história individual de cada mulher

E3:69 O comportamento das pessoas significativas também influencia de alguma forma, o modo como a mulher reage a esta nova condição.

E3:70 alguns maridos perguntam como é que elas estão e estão sempre a perguntar como as podem ajudar,

E3:71 enquanto que outros sentam-se no cadeirão, longe das mulheres, com a sensação que não sabem o que fazer.

E3:72 Cabe ao enfermeiro avaliar o acompanhamento da pessoa significativa

E3:73 e se necessário intervir junto dela.

E3:74 Isto porque o apoio familiar também determina bastante a reação das mulheres à situação.

E3:75 sentir o apoio das pessoas que lhes são mais queridas.

E3:76 um familiar presente dá-lhes mais força para continuar.

E3:77 Outro elemento onde se apoiam muito é a religião.

E3:78 A fé que sentem na sua religião pode ser um amparo durante este período de grande vulnerabilidade

E3:79 e devemos ser a ponte para facilitar esta proximidade com a religião,

E3:80 através do contacto com um padre, por exemplo.

E3:81 Isto é importante, apesar de parecer supersticioso

E3:82 porque constitui um apoio emocional, do qual estas mulheres realmente necessitam nesta fase.

E3:83 A conversa com um padre ou um representante da sua religião pode ser confortante

E3:84 e deixá-la otimista em relação ao futuro e ao desfecho da sua situação.

E3:85 O facto de informarmos as clientes também pode tranquilizá-las,

E3:86 mas temos de perceber primeiro o que elas já sabem e o que querem saber.

E3:87 A informação é um ponto muito decisivo para ajudar mulheres mastectomizadas.

E3:88 Temos de conseguir perceber até que ponto podemos fornecer determinada informação,

E3:89 Se a algumas podemos explicar todos os processos de forma aberta,

E3:90 a outras já temos de seleccionar a forma como o vamos fazer, porque podem não reagir tão bem,

E3:91 e acaba por comprometer o plano de cuidados e o progresso da reabilitação.

temos de lhes dar atenção,

E3:92 sentem que foram abandonadas por algo superior, quando a fé esmorece.

E3:93 A atenção que disponibilizamos para ajudar estas mulheres é crucial para desenvolvermos planos,

E3:94 estratégias para ajudá-las a lidar com as novas condições.

E3:95 Recordo-me de uma mulher que fazia hidroginástica e tinha receio de não poder voltar a fazer.

E3:96 É importante que o enfermeiro reforce as vantagens do exercício físico

E3:97 e a ideia de que “isto não tem de ser o fim de nada – é um recomeço”.

E3:98 Cabe também ao enfermeiro mostrar-se disponível,

E3:99 pois muitas mulheres sentem-se inibidas

E3:100 e não chamam nem falam para não incomodar.

E3:101 Devemos estar sempre disponíveis,

E3:102 também devemos dar espaço para as mulheres conseguirem pensar em soluções para si mesmas.

E3:103 as mulheres nos falam sobre as suas vidas e os seus hábitos e nos questionam se vai ser preciso mudá-los.

E3:104 Nós devemos ouvir, devemos utilizar as capacidades de comunicação e escuta ativa

E3:105 para adaptar os seus antigos estilos de vida aos novos.

E3:107 Por vezes, as pessoas entram em declínio emocional

E3:108 a partir de certo momento começam a achar que é mais fácil não fazer mais nada e deixar tudo assim como está.

E3:109 o enfermeiro tem de estar muito atento aos sinais que a mulher lhe transmite.

E3:110 Se conseguirmos detetar sinais tipo choro, fâcias deprimido, talvez consigamos ir um bocadinho mais depressa e sabemos melhor o que ela está a passar.

E3:111 Às vezes já não se sentem mulheres,

E3:112 acham que já não vão ser pessoas normais.

E3:113 o enfermeiro deve estar atento e estar disponível

E3:114 compreender os sinais das mulheres e das várias fases em que se encontram,

E3:115 Devemos então prestar o nosso apoio,

E3:116 informar sobre os procedimentos

E3:117 pedir a colaboração de outros colegas para dar continuidade ao processo de recuperação.

E3:118 aconselhamos e orientamos as mulheres para os grupos de apoio,

E3:119 de maneira a encorajá-las a conviver com outras mulheres que já passaram ou estão a passar por situações semelhantes.

E3:120 Todas elas acabam por fazer amizades e trocar contactos e encontram-se noutras consultas.

E3:121 Isto acaba por ajudar na transição para esta nova condição.

E3:122 mas em primeiro lugar temos de as informar acerca do que normalmente sucede nesses convívios.

E3:123 Depois existem estratégias para ajudar ao nível físico,

E3:124 como por exemplo, a primeira higiene ser feita no leito,

E3:125 porque estas mulheres às vezes levam dias até olhar ao espelho.

E3:126 Os expansores de silicone e soutiens especiais ajudam nesta fase.

E3:127 Um outro problema é a sensibilidade local, que leva dias a ser recuperada.

E3:128 É importante avaliar os movimentos que as mulheres conseguem fazer.

E3:129 Com a ajuda de outros colegas,

E3:130 fazem exercícios de relaxamento e algumas mulheres mais renitentes acabam por ver e fazem também

E3:131 e comparam umas com as outras a evolução do que já conseguem fazer.

Entrevista 4

É crucial perceber que a mastectomia representa um período de grande mudança na vida de qualquer mulher. Aliás, este período começa ainda aquando do diagnóstico, pois é colocada como possível solução a remoção de uma ou ambas as mamas. Esta grande mudança que é a transição da mulher do ser saudável para a vivência sem uma mama provoca inúmeras reações nas mulheres, desde as mais esperadas àquelas que ninguém espera. Em primeiro lugar, é necessário reconhecer a importância de uma mama para uma mulher nos dias de hoje. Afinal de contas, é um órgão que para a grande maioria, e arriscar-me-ia dizer para todas, que significa ser atraente, ser desejada pelos homens, e como tal viver sem uma mama é um pesadelo que entra na vida das mesmas. Elas começam logo a pensar como será viver com a sua imagem física tão diferente daquilo que sonham e que sempre foram. Depois tem de ser compreender que as miúdas, nomeadamente as adolescentes, reagem de maneiras bem mais drásticas, pois é aquela fase em que começam a reparar nos rapazes e que percebem que eles também reparam nelas, e nestas idades o que de facto conta é mesmo a aparência física. Então começam a entrar em choque, a pensar na dura alteração que vem pela frente. Existem muitas reações que se podem observar nas mulheres mastectomizadas. Inicialmente, começam sempre por chorar muito, ficam muito emocionadas e abatidas quando iniciam a vivência com a alteração do corpo. Começam também a pensar o pior, e acham que as únicas coisas que lhes podem acontecer são más, e não só a morte mas também o sofrimento, etc. As mulheres mastectomizadas são mulheres que acabam por ficar sempre muito ansiosas em relação à sua situação. Um dos principais medos é sempre o medo de morrer, e aqui está associado à doença cancro, do que à mastectomia. É claro que a mastectomia tem um grande peso na tristeza que sentem pela alteração da sua aparência, mas o medo de não conseguir sobreviver à doença é bem maior. Mas têm também outros medos, como sejam o medo de serem vistas como alienadas pelos outros, pois é sabido que a opinião que os outros têm de nós é muito importante para a nossa autoestima, que nestes casos já está muito em baixo. Sentem também que não conseguem fazer nada por si mesmas, para se sentirem melhor e isto causa-lhes revolta.

Algumas mulheres optam por se isolar de tudo e todos, com receio de serem colocadas de parte.

É difícil dizer assim de repente quais as necessidades que as mastectomizadas têm, até porque como devem calcular são muitas e divergem muito de acordo com os estilos de vida que levam e com a forma como foram educadas desde sempre. Mas uma necessidade que têm é de apoio da família. Por vezes, dizem que os familiares são chatos porque estão sempre lá a querer saber notícias mas, na verdade, é disto mesmo que elas gostam e precisam, de atenção. As mulheres casadas ou que têm companheiros ou namorados, gostam muito de ser paparicadas pelos mesmos, pois sentem-se carentes e, na realidade, é também uma forma de avaliarem as reações deles ao seu novo estado físico. É claro que nem todos reagem da mesma forma, alguns preferem mesmo não visitá-las porque acham que elas vão-se sentir intimidadas. Outros gostam de estar sempre a fazer-lhes companhia e a ver se precisam de alguma coisa. Varia muito. Já as solteiras, sobretudo as mais jovens, ficam muito angustiadas, pensam logo no pior e no fracasso dos namoros porque sentem que já não vão ser mais desejadas. Mas também são mais raros os casos, pois não é muito comum ver adolescentes mastectomizadas. Na verdade, todas elas precisam muito de atenção, seja de quem for, mas a família é aquele suporte presente e que lhes confere proteção ao mesmo tempo. Mas também precisam de saber o que se passa com elas e com o desenvolvimento de toda a situação, por isso requisitam sempre muita informação, seja dos profissionais de saúde como da sua própria pesquisa, pois sentem-se mais seguras em relação a tudo o que se passa.

Em relação às estratégias dos enfermeiros, existem muitas coisas que podem ser feitas e diversas formas que os mesmos têm de ajudar as mastectomizadas. Primeiro, é preciso compreender as necessidades que as mulheres têm, assim como os estilos de vida das mesmas. Isto é fundamental para podermos adaptar a nossa intervenção. Tem de se entender que o enfermeiro acompanha a mulher desde o seu internamento para a mastectomia e assim tem algum tempo para questionar os seus gostos e o que normalmente faz no seu dia-a-dia. Depois, precisamos fazer alguns ensinamentos relativamente ao que sucede após a mastectomia. É preciso prepará-las para se olharem ao espelho, pois para muitas é muito traumático ver-se sem uma mama. E para este problema de aparência, existem medidas compensatórias, como a utilização de

expansores de silicone dentro dos soutiens, ou até mesmo soutiens próprios, que compensam também a falta da mama. Mas o enfermeiro tem um papel fundamental, mostrando a sua disponibilidade para esclarecer todas as dúvidas e expor soluções para os problemas das mulheres. Até porque cada mulher tem as suas dúvidas e os seus receios, e é por isso que os planos de cuidados são elaborados em função da informação que vamos obtendo ao longo da convivência com estas mulheres. Convivência esta que por vezes também é muito curta para se conseguir verificar resultados, mas é por esse facto que as mastectomizadas são encaminhadas para outros profissionais de saúde para serem acompanhadas, e também para os grupos de ajuda, onde convivem com outras pessoas que já passaram pelo mesmo e também estão em fase de recuperação. Estes grupos representam um grande apoio para as mulheres, porque não sentem vergonha de explicar a sua situação. Outro ponto muito importante para o enfermeiro poder acompanhar a mulher é conseguir compreender os sentimentos e as reações da mesma, e para isso precisa disponibilizar algum tempo. Por vezes, as mulheres têm receio de não poder voltar a realizar as suas atividades, quer laborais, quer de lazer. Neste sentido, a equipa de enfermagem reúne esforços para aconselhá-las. E é importante também reforçar a vantagem de praticar exercício de relaxamento, mediante as capacidades das mulheres.

E4:1 É crucial perceber que a mastectomia representa um período de grande mudança na vida de qualquer mulher.

E4:2 Aliás, este período começa ainda aquando do diagnóstico,

E4:3 pois é colocado [a mastectomia] como possível solução a remoção de uma ou ambas as mamas.

E4:4 Esta grande mudança que é a transição da mulher do ser saudável para a vivência sem uma mama

E4:5 provoca inúmeras reações nas mulheres, desde as mais esperadas àquelas que ninguém espera.

E4:6 Em primeiro lugar, é necessário reconhecer a importância de uma mama para uma mulher nos dias de hoje.

E4:7 Afinal de contas, é um órgão que para a grande maioria, e arriscar-me-ia dizer para todas,

E4:8 que significa ser atraente,

E4:9 ser desejada pelos homens,

E4:10 e como tal viver sem uma mama é um pesadelo que entra na vida das mesmas.

E4:11 Elas começam logo a pensar como será viver com a sua imagem física tão diferente daquilo que sonham e que sempre foram.

E4:12 Depois tem de ser compreender que as miúdas, nomeadamente as adolescentes, reagem de maneiras bem mais drásticas,

E4:13 pois é aquela fase em que começam a reparar nos rapazes e que percebem que eles também reparam nelas,

E4:14 e nestas idades o que de facto conta é mesmo a aparência física.

E4:15 Então começam a entrar em choque,

E4:16 a pensar na dura alteração que vem pela frente.

E4:17 Existem muitas reações que se podem observar nas mulheres mastectomizadas.

E4:18 Inicialmente, começam sempre por chorar muito,

E4:19 ficam muito emocionadas

E4:20 e abatidas quando iniciam a vivência com a alteração do corpo.

E4:21 Começam também a pensar o pior, e acham que as únicas coisas que lhes podem acontecer são más,

E4:22 e não só a morte mas também o sofrimento, etc.

E4:23 As mulheres mastectomizadas são mulheres que acabam por ficar sempre muito ansiosas em relação à sua situação.

E4:24 Um dos principais medos é sempre o medo de morrer,

E4:25 e aqui está associado à doença cancro, do que à mastectomia.

E4:26 É claro que a mastectomia tem um grande peso na tristeza que sentem pela alteração da sua aparência,

E4:27 mas o medo de não conseguir sobreviver à doença é bem maior.

E4:28 Mas têm também outros medos,

E4:29 como sejam o medo de serem vistas como alienadas pelos outros,

E4:20 pois é sabido que a opinião que os outros têm de nós é muito importante para a nossa autoestima,

E4:21 que nestes casos já está muito em baixo.

E4:22 Sentem também que não conseguem fazer nada por si mesmas,

E4:23 para se sentirem melhor e isto causa-lhes revolta.

E4:24 Algumas mulheres optam por se isolar de tudo e todos,

E4:25 com receio de serem colocadas de parte.

E4:26 É difícil dizer assim de repente quais as necessidades que as mastectomizadas têm,

E4:27 até porque como devem calcular são muitas [as necessidades].

E4:28 e divergem muito de acordo com os estilos de vida que levam e com a forma como foram educadas desde sempre [as necessidades]

E4:29 Mas uma necessidade que têm é de apoio da família.

E4:30 Por vezes, dizem que os familiares são chatos porque estão sempre lá a querer saber notícias mas,

E4:31 na verdade, é disto mesmo que elas gostam e precisam, de atenção.

E4:32 As mulheres casadas ou que têm companheiros ou namorados, gostam muito de ser paparicadas pelos mesmos,

E4:33 pois sentem-se carentes e,

E4:35 na realidade, é também uma forma de avaliarem as reações deles ao seu novo estado físico.

E4:36 É claro que nem todos reagem da mesma forma [os companheiros]

E4:37 alguns preferem mesmo não visitá-las

E4:38 porque acham que elas vão-se sentir intimidadas.

E4:39 Outros [os companheiros] gostam de estar sempre a fazer-lhes companhia

E4:40 e a ver se precisam de alguma coisa.

E4:41 Varia muito [as necessidades]

E4:42 Já as solteiras, sobretudo as mais jovens, ficam muito angustiadas,

E4:43 pensam logo no pior e no fracasso dos namoros

E4:44 porque sentem que já não vão ser mais desejadas.

E4:45 Mas também são mais raros os casos,

E4:46 pois não é muito comum ver adolescentes mastectomizadas.

E4:47 Na verdade, todas elas precisam muito de atenção, seja de quem for,

E4:48 mas a família é aquele suporte presente e que lhes confere proteção ao mesmo tempo.

E4:49 Mas também precisam de saber o que se passa com elas e com o desenvolvimento de toda a situação,

E4:50 por isso requisitam sempre muita informação,

E4:51 seja dos profissionais de saúde como da sua própria pesquisa,

E4:52 pois sentem-se mais seguras em relação a tudo o que se passa.

E4:53 Em relação às estratégias dos enfermeiros, existem muitas coisas que podem ser feitas

E4:54 e diversas formas que os mesmos têm de ajudar as mastectomizadas.

E4:55 Primeiro, é preciso compreender as necessidades que as mulheres têm,

E4:56 assim como os estilos de vida das mesmas.

E4:57 Isto é fundamental para podermos adaptar a nossa intervenção.

E4:58 Tem de se entender que o enfermeiro acompanha a mulher desde o seu internamento para a mastectomia

E4:59 e assim tem algum tempo para questionar os seus gostos

E4:60 e o que normalmente faz no seu dia-a-dia.

E4:61 Depois, precisamos fazer alguns ensinamentos relativamente ao que sucede após a mastectomia.

E4:62 É preciso prepará-las para se olharem ao espelho,

E4:63 pois para muitas é muito traumático ver-se sem uma mama.

E4:64 E para este problema de aparência,

E4:65 existem medidas compensatórias, como a utilização de expansores de silicone dentro dos soutiens,

E4:66 ou até mesmo soutiens próprios, que compensam também a falta da mama.

E4:67 Mas o enfermeiro tem um papel fundamental, mostrando a sua disponibilidade

E4:68 para esclarecer todas as dúvidas

E4:69 e expor soluções para os problemas das mulheres.

E4:70 Até porque cada mulher tem as suas dúvidas e os seus receios,

E4:71 e é por isso que os planos de cuidados são elaborados em função da informação que vamos obtendo ao longo da convivência com estas mulheres.

E4:72 Convivência esta que por vezes também é muito curta para se conseguir verificar resultados,

E4:73 mas é por esse facto que as mastectomizadas são encaminhadas

E4:74 para outros profissionais de saúde para serem acompanhadas,

E4:75 e também para os grupos de ajuda,

E4:76 onde convivem com outras pessoas que já passaram pelo mesmo

E4:77 e também estão em fase de recuperação [da mastectomia].

E4:78 Estes grupos [de ajuda] representam um grande apoio para as mulheres,

E4:79 porque não sentem vergonha de explicar a sua situação.

E4:80 Outro ponto muito importante para o enfermeiro

E4:81 poder acompanhar a mulher é conseguir compreender os sentimentos e as reações da mesma,

E4:82 e para isso precisa disponibilizar algum tempo.

E4:83 Por vezes, as mulheres têm receio de não poder voltar a realizar as suas atividades,

E4:84 quer laborais,

E4:85 quer de lazer.

E4:86 Neste sentido, a equipa de enfermagem reúne esforços para aconselhá-las.

E4:87 E é importante também reforçar a vantagem de praticar exercício de relaxamento,

E4:88 mediante as capacidades das mulheres.

Entrevista 5

As mulheres submetidas a mastectomia reagem de muitas formas diferentes, até porque como sabemos a mastectomia constitui uma grande mudança na pessoa, quer física, quer psicológica. Numa fase inicial, a grande reação é o choque por toda a situação que estão a viver. Porque a descoberta do cancro é um grande choque mas existe sempre aquela esperança de não ser necessário retirar a mama. Quando se apercebem que isso vai mesmo acontecer e depois de serem submetidas à mastectomia, o choque é muito maior, porque já é uma realidade. E depois é claro que vem um sentimento de tristeza

enorme, choram muito, sentem que não têm forças para encarar esta nova condição. Ficam muito tristes pelo facto de terem de viver sem uma mama, ou ainda que seja feita a reconstrução, mas mesmo assim sentem que têm algo que não é real e não lhes pertence na verdade. É óbvio que a mama representa a feminilidade numa mulher, e a mastectomia acarreta uma grande alteração na imagem corporal. E o enfermeiro deve sempre apoiar a mulher nesta condição, e é por isso que devemos acompanhar de perto e obter o máximo de informação para dar respostas personalizadas a cada caso. Mas nem sempre é fácil. Algumas mulheres preferem negar o que lhes está a acontecer e depois isolam-se de toda a sua vida, inclusive das pessoas mais próximas, porque não conseguem enfrentar esta situação devastadora para elas. Sentem muita raiva e questionam porque lhes está a acontecer isto. Outra forma de reagirem é revoltarem-se consigo mesmas porque pensam que podiam ter evitado a todo o custo. Tudo isto lhes ocorre porque elas ficam muito vulneráveis pela condição da doença, e não apenas pela mastectomia. Têm muitos medos. O maior medo é de morrer, como consequência do cancro, mas têm também medo de serem colocadas de parte pelos amigos, pela família, etc. E também têm medo que os maridos deixem de gostar delas, porque afinal de contas a mama faz parte da sexualidade de um casal. Os filhos são também uma preocupação, e então as mastectomizadas começam a fazer os seus planos para orientarem a vida dos filhos, caso morram. As raparigas solteiras fazem um drama, afirmam que a vida amorosa acabou para sempre porque pensam que quando os futuros namorados descobrirem que não têm uma mama, já não vão querer estar mais com elas. Depois existem ainda as que aceitam melhor, e isto acontece sobretudo quando o cancro é hereditário, pelo que se torna mais fácil a aceitação da mastectomia, como solução à morte por doença.

Não podemos dizer que as mulheres têm necessidades específicas, mas há sempre algumas que são muito vulgares e comuns a praticamente todas as mulheres. Em primeiro lugar, pessoas com cancro gostam sempre de estar muito bem informadas sobre tudo o que se passa com elas. E quando envolve um órgão sexual, aumenta a necessidade de obterem informações sobre a doença e o seu desfecho. Precisam igualmente de muita atenção, a necessidade de suporte emocional é muito grande nesta fase. E precisam também do apoio dos seus familiares, das pessoas que lhes são mais

queridas, e o enfermeiro deve envolver sempre a família no processo de adaptação e recuperação da mulher mastectomizada. O suporte familiar é fundamental para a aceitação da situação, pois assim veem que têm apoio e não estão a ser rejeitadas pelos seus. Outro apoio que sentem falta é o religioso, em especial mulheres católicas e que foram criadas em ambientes religiosos.

O enfermeiro tem sempre um papel muito importante durante este período porque é basicamente a primeira pessoa a contactar a mulher após a mastectomia. As primordiais estratégias consistem no apoio e na identificação das necessidades das mulheres. E isto consegue-se através da disponibilidade que o enfermeiro demonstra. Também é preciso ser compreensivo para poder ajudar as mastectomizadas porque elas encontram-se num estado de vulnerabilidade muito grande. E é preciso perceber que o enfermeiro não trabalha sozinho para a recuperação da mulher, mas sim em colaboração com outros profissionais de saúde. Saliento até os grupos de ajuda à mulher mastectomizada, para onde são encaminhadas para um acompanhamento mais personalizado e, ao mesmo tempo, comum a outras pessoas com o mesmo problema. Também é de referir que o enfermeiro coloca a família a par da situação, de maneira a incentivá-la a participar nos cuidados à pessoa significativa. Isto requer do enfermeiro um acompanhamento de perto, de maneira a conseguir adaptar o plano de cuidados à medida que a recuperação se vai desenvolvendo. Todavia, isto nem sempre é possível, e é aqui que os grupos de ajuda são muito importantes. Neles, as mulheres podem desabafar os seus medos, colocar as suas dúvidas e expor tudo o que lhe tem acontecido, e por vezes são as outras mulheres que acabam por aconselhar, porque já passaram pelo mesmo e fornecem alguma informação útil para a reintegração no quotidiano. O enfermeiro deve sempre aconselhar estes grupos pois a partilha de experiências destas mulheres é crucial para a melhoria dos cuidados que podem ser prestados. O apoio do enfermeiro confere à mulher maior tranquilidade e segurança para enfrentar a mastectomia. Afinal de contas, é o profissional de saúde que está mais frequentemente presente e por isso consegue dar resposta às necessidades da mulher. Elas têm muitos receios, nomeadamente de fazer esforços e exercício físico. Deve ser ponderada a realização de exercício físico, mas é preciso salientar que o mesmo é muito importante para a mulher recuperar a mobilidade no lado afetado. Os exercícios de relaxamento são também importantes. Mas tudo isto é

muito relativo, pois a principal preocupação das mulheres é a falta da mama. Neste sentido, o enfermeiro conversa acerca da reconstrução mamária, quando a mesma é aplicável, assim como da utilização de expansores e soutiens para mastectomizadas.

E5:1 As mulheres submetidas a mastectomia reagem de muitas formas diferentes,

E5:2 até porque como sabemos a mastectomia constitui uma grande mudança na pessoa, quer física, quer psicológica.

E5:3 Numa fase inicial, a grande reação é o choque por toda a situação que estão a viver.

E5:4 Porque a descoberta do cancro é um grande choque

E5:5 mas existe sempre aquela esperança de não ser necessário retirar a mama.

E5:6 Quando se apercebem que isso vai mesmo acontecer e depois de serem submetidas à mastectomia, o choque é muito maior, porque já é uma realidade.

E5:7 E depois é claro que vem um sentimento de tristeza enorme,

E5:8 choram muito,

E5:9 sentem que não têm forças para encarar esta nova condição.

E5:10 Ficam muito tristes pelo facto de terem de viver sem uma mama,

E5:11 ou ainda que seja feita a reconstrução, mas mesmo assim sentem que têm algo que não é real e não lhes pertence na verdade.

E5:12 É óbvio que a mama representa a feminilidade numa mulher,

E5:13 e a mastectomia acarreta uma grande alteração na imagem corporal.

E5:14 E o enfermeiro deve sempre apoiar a mulher nesta condição,

E5:15 e é por isso que devemos acompanhar de perto e obter o máximo de informação para dar respostas personalizadas a cada caso. Mas nem sempre é fácil.

E5:16 Algumas mulheres preferem negar o que lhes está a acontecer

E5:17 e depois isolam-se de toda a sua vida, inclusive das pessoas mais próximas,

E5:18 porque não conseguem enfrentar esta situação devastadora para elas.

E5:19 Sentem muita raiva e questionam porque lhes está a acontecer isto.

E5:20 Outra forma de reagirem é revoltarem-se consigo mesmas porque pensam que podiam ter evitado a todo o custo.

E5:21 Tudo isto lhes ocorre porque elas ficam muito vulneráveis pela condição da doença, e não apenas pela mastectomia.

E5:22 Têm muitos medos.

E5:23 O maior medo é de morrer, como consequência do cancro,

E5:24 mas têm também medo de serem colocadas de parte pelos amigos, pela família, etc.

E5:25 E também têm medo que os maridos deixem de gostar delas,

E5:26 porque afinal de contas a mama faz parte da sexualidade de um casal.

E5:27 Os filhos são também uma preocupação, e então as mastectomizadas começam a fazer os seus planos para orientarem a vida dos filhos, caso morram.

E5:28 As raparigas solteiras fazem um drama, afirmam que a vida amorosa acabou para sempre

E5:29 porque pensam que quando os futuros namorados descobrirem que não têm uma mama, já não vão querer estar mais com elas.

E5:30 Depois existem ainda as que aceitam melhor,

E5:31 e isto acontece sobretudo quando o cancro é hereditário,

E5:32 pelo que se torna mais fácil a aceitação da mastectomia, como solução à morte por doença.

E5:33 Não podemos dizer que as mulheres têm necessidades específicas,

E5:34 mas há sempre algumas que são muito vulgares e comuns a praticamente todas as mulheres.

E5:35 Em primeiro lugar, pessoas com cancro gostam sempre de estar muito bem informadas sobre tudo o que se passa com elas.

E5:36 E quando envolve um órgão sexual, aumenta a necessidade de obterem informações sobre a doença e o seu desfecho.

E5:37 Precisam igualmente de muita atenção, a necessidade de suporte emocional é muito grande nesta fase.

E5:38 E precisam também do apoio dos seus familiares, das pessoas que lhes são mais queridas,

E5:39 e o enfermeiro deve envolver sempre a família no processo de adaptação e recuperação da mulher mastectomizada.

E5:40 O suporte familiar é fundamental para a aceitação da situação, pois assim veem que têm apoio e não estão a ser rejeitadas pelos seus.

E5:41 Outro apoio que sentem falta é o religioso, em especial mulheres católicas e que foram criadas em ambientes religiosos.

E5:42 O enfermeiro tem sempre um papel muito importante durante este período

E5:43 porque é basicamente a primeira pessoa a contactar a mulher após a mastectomia.

E5:44 As primordiais estratégias consistem no apoio e na identificação das necessidades das mulheres.

E5:45 E isto consegue-se através da disponibilidade que o enfermeiro demonstra.

E5:46 Também é preciso ser compreensivo para poder ajudar as mastectomizadas

E5:47 porque elas encontram-se num estado de vulnerabilidade muito grande.

E5:48 E é preciso perceber que o enfermeiro não trabalha sozinho para a recuperação da mulher, mas sim em colaboração com outros profissionais de saúde.

E5:49 Saliento até os grupos de ajuda à mulher mastectomizada, para onde são encaminhadas

E5:50 para um acompanhamento mais personalizado e, ao mesmo tempo, comum a outras pessoas com o mesmo problema.

E5:51 Também é de referir que o enfermeiro coloca a família a par da situação, de maneira a incentivá-la a participar nos cuidados à pessoa significativa.

E5:52 Isto requer do enfermeiro um acompanhamento de perto, de maneira a conseguir adaptar o plano de cuidados à medida que a recuperação se vai desenvolvendo.

E5:53 Todavia, isto nem sempre é possível, e é aqui que os grupos de ajuda são muito importantes.

E5:54 Neles, as mulheres podem desabafar os seus medos, colocar as suas dúvidas e expor tudo o que lhe tem acontecido,

E5:55 e por vezes são as outras mulheres que acabam por aconselhar, porque já passaram pelo mesmo e fornecem alguma informação útil para a reintegração no quotidiano.

E5:56 O enfermeiro deve sempre aconselhar estes grupos

E5:57 pois a partilha de experiências destas mulheres é crucial para a melhoria dos cuidados que podem ser prestados.

E5:58 O apoio do enfermeiro confere à mulher maior tranquilidade e segurança para enfrentar a mastectomia.

E5:59 Afinal de contas, é o profissional de saúde que está mais frequentemente presente e por isso consegue dar resposta às necessidades da mulher.

E5:60 Elas têm muitos receios, nomeadamente de fazer esforços e exercício físico.

E5:61 Deve ser ponderada a realização de exercício físico,

E5:62 mas é preciso salientar que o mesmo é muito importante para a mulher recuperar a mobilidade no lado afetado.

E5:63 Os exercícios de relaxamento são também importantes.

E5:64 Mas tudo isto é muito relativo, pois a principal preocupação das mulheres é a falta da mama.

E5:65 Neste sentido, o enfermeiro conversa acerca da reconstrução mamária, quando a mesma é aplicável,

E5:66 assim como da utilização de expansores e soutiens para mastectomizadas.

Entrevista 6

Falar sobre as suas reações é muito complicado, pois cada mulher reage de uma maneira diferente tendo em conta as suas vivências anteriores. Uma mulher cuja mãe também teve cancro da mama reage de uma maneira diferente de outra que nunca experienciou uma situação similar. Também a idade em que é diagnosticada a patologia interfere com a reação que a mulher vai ter. Obviamente que uma mulher de idade muito avançada já não atribui à mama o significado de uma adulta jovem. Para uma jovem ou adulta jovem a mama é sinónimo de feminilidade, elegância e sensualidade. No entanto ao ter conhecimento da doença, todas elas a associam à morte e sofrimento. Algumas a primeira reação é a negação e questionam o diagnóstico, outras sentem-se revoltadas e choram. Muitas verbalizam o medo da rejeição por parte do companheiro. Também é muito comum a sua preocupação associada ao Verão e como vão andar na rua a notar-se que só têm uma mama ou como vão reagir os outros quando elas forem para a praia.

Obviamente que as necessidades são muitas e cabe-nos a nós enfermeiros sabê-las identificar. É muito importante saber interpretar os sinais que nos são transmitidos, pois existem mulheres que não verbalizam os seus sentimentos. No entanto outras mulheres

transmitem-nos as suas dúvidas e os seus receios e pedem-nos ajuda nesse sentido. A necessidade comum a todas é sem dúvida o apoio familiar, para elas é muito importante saber que a família não as rejeita. Também é muito importante a resposta a todas as suas perguntas pois fá-las-á sentirem-se mais tranquilas.

Cada caso é um caso, e obviamente que as estratégias variam de mulher para mulher. É muito importante as mulheres saberem que estamos disponíveis para as ouvir e que compreendemos as suas preocupações e receios. É comum reencaminhar estas mulheres para grupos de ajuda como por exemplo a viver e vencer, pois é importante a partilha de experiências entre estas mulheres. Após a mastectomia é importante que seja feita a reabilitação e os exercícios de reabilitação são muito importantes, bem como o esclarecimento de tudo o que ela não poderá fazer após a mastectomia. Também é muito importante esclarecer sobre os dispositivos de compensação, pois a imagem corporal é muito importante para a mulher.

E6:1 Falar sobre as suas reações é muito complicado,

E6:2 pois cada mulher reage de uma maneira diferente

E6:3 tendo em conta as suas vivências anteriores.

E6:4 Uma mulher cuja mãe também teve cancro da mama reage de uma maneira diferente de outra que nunca experienciou uma situação similar.

E6:5 Também a idade em que é diagnosticada a patologia interfere com a reação que a mulher vai ter.

E6:7 Obviamente que uma mulher de idade muito avançada já não atribui à mama o significado de uma adulta jovem.

E6:8 Para uma jovem ou adulta jovem a mama é sinónimo de feminilidade, elegância e sensualidade.

E6:9 No entanto ao ter conhecimento da doença,

E6:10 todas elas a associam à morte e sofrimento.

E6:11 Algumas a primeira reação é a negação

E6:12 e questionam o diagnóstico,

E6:13 outras sentem-se revoltadas e choram.

E6:14 Muitas verbalizam o medo da rejeição por parte do companheiro.

E6:15 Também é muito comum a sua preocupação associada ao Verão
E6:16 e como vão andar na rua a notar-se que só têm uma mama
E6:17 ou como vão reagir os outros quando elas forem para a praia.
E6:18 Obviamente que as necessidades são muitas
E6:19 e cabe-nos a nós enfermeiros sabê-las identificar.
E6:20 É muito importante saber interpretar os sinais que nos são transmitidos,
E6:21 pois existem mulheres que não verbalizam os seus sentimentos.
E6:22 No entanto outras mulheres transmitem-nos as suas dúvidas e os seus receios
E6:23 e pedem-nos ajuda nesse sentido.
E6:24 A necessidade comum a todas é sem dúvida o apoio familiar,
E6:25 para elas é muito importante saber que a família não as rejeita.
E6:26 Também é muito importante a resposta a todas as suas perguntas pois fá-las-á
sentirem-se mais tranquilas.
E6:27 Cada caso é um caso,
E6:28 e obviamente que as estratégias variam de mulher para mulher.
E6:29 É muito importante as mulheres saberem que estamos disponíveis para as ouvir
E6:30 e que compreendemos as suas preocupações e receios.
E6:31 É comum reencontrar estas mulheres para grupos de ajuda
E6:32 como por exemplo a viver e vencer,
E6:33 pois é importante a partilha de experiências entre estas mulheres.
E6:34 Após a mastectomia é importante que seja feita a reabilitação
E6:35 os exercícios de reabilitação são muito importantes,
E6:36 bem como o esclarecimento de tudo o que ela não poderá fazer após a
mastectomia.
E6:37 Também é muito importante
E6:38 esclarecer sobre os dispositivos de compensação,
E6:39 pois a imagem corporal é muito importante para a mulher.

Análise de conteúdo

Siglas

E1 – Participante 1

E2 – Participante 2

E3 – Participante 3

E4 – Participante 4

E5 – Participante 5

E6 – Participante 6

Categoria	Subcategoria	Unidade de contexto
Reações das mulheres ao processo de transição para a mastectomia	Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia	<ul style="list-style-type: none">• Mama como símbolo da feminilidade• Mastectomia como causa de processo de transição• A imagem corporal e o peso da sua alteração
	Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada	<ul style="list-style-type: none">• Aceitação• Revolta• Choque• Raiva• Choro• Angústia• Impotência• Tristeza• Negação• Isolamento• Pessimismo• Desperança• Ansiedade• Vulnerabilidade

		<ul style="list-style-type: none"> • Medo inespecífico • Medo da rejeição e da opinião dos outros • Medo da morte • Medo de abandonar a família por morte
	Reações da mulher face à mastectomia	<ul style="list-style-type: none"> • Quando a neoplasia da mama é hereditária • Quando tem companheiro e/ou é mãe • Quando é solteira • Reações menos frequentes
Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia	Necessidade de apoio	<ul style="list-style-type: none"> • Emocional • Familiar • Religioso
	Necessidade de informação	<ul style="list-style-type: none"> • Situação e a doença
Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição para a mastectomia	Suporte do enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> • Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia • Acompanhamento do enfermeiro • Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada • Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada
	Pilares da relação terapêutica	<ul style="list-style-type: none"> • Disponibilidade • Compreensão • Colaboração para a reintegração na sociedade e no quotidiano
	Suporte dos grupos coletivos de ajuda	<ul style="list-style-type: none"> • O encaminhamento para os grupos coletivos • Atividades realizadas pelos grupos coletivos

	Reeducação funcional e readaptação	<ul style="list-style-type: none"> • Dispositivos de compensação • Exercício físico e relaxamento
--	------------------------------------	---

Reações das mulheres ao processo de transição para a mastectomia

Simbolismo da mama e o processo de transição para a mastectomia

Mama como símbolo da feminilidade

“... [a mama] é um órgão que marca a feminilidade...” E1:15

“... [a saliência das mamas] nos dias que correm é sinónimo de beleza e sensualidade.” E1:16

“... uma mama para uma mulher é um símbolo de ser mulher, de se sentir feminina, atraente.” E1:32

“... a mama faz parte de todo um simbolismo da sexualidade...” E2:36

“... nos dias que correm, as mamas são um adereço (...) do ser sexual feminino, da sensualidade.” E2:5

“... as mamas são um órgão que as mulheres têm como um símbolo de atração e sensualidade.” E2:89

“... [a falta de um] órgão tão feminino como a mama, causa ainda maiores transtornos na vida de uma mulher.” E3:4

“... a perda de um órgão, símbolo da sensualidade feminina.” E3:21

Mastectomia como causa de processo de transição

“Sem dúvida que [o processo de transição para a mastectomia] é um momento que causa uma mudança radical na vida de uma mulher...” E1:1

“... muitas [mulheres] encaram mesmo como o início de uma vida diferente.” E1:2

“... as mulheres sentem que o mundo lhes está a desabar mesmo por baixo dos pés...” E1:12

“... as mudanças na vida de uma mulher submetida a mastectomia são enormes...” E1:33

“... a realidade e o confronto com o facto de ter de retirar uma mama, ou em alguns casos, as duas, é um choque...” E2:4

“... [a] alteração que vai causar a mastectomia na vida da mulher.” E2:13

“... [as mulheres] têm todas em comum a mastectomia, o facto de serem submetidas a uma cirurgia abrasiva...” E2:109

“A transição acarreta sempre uma mudança e é por isso que assim é chamada.” E3:1

“Neste caso particular da mastectomia, a mudança é externa, que toda a gente vê...” E3:3

“Existem várias fases que podem ser perceptíveis numa mulher, aquando da descoberta de um cancro na mama e, posteriormente, da necessidade de ser submetida a mastectomia.” E3:5

“... esta condição [causada pela mastectomia] é uma condição de doença, de fuga da normalidade...” E3:12

“... [a mastectomia] provoca reacção na mulher.” E3:13

“O choque de saber que têm uma doença grave é o principal despoletar de todas as outras reacções...” E3:29

“É crucial perceber que a mastectomia representa um período de grande mudança na vida de qualquer mulher.” E4:1

“Aliás, este período [de transição] começa ainda aquando do diagnóstico” E4:2

“Esta grande mudança que é a transição da mulher do ser saudável para a vivência sem uma mama” E4:4

“... [a mastectomia] provoca inúmeras reacções nas mulheres, desde as mais esperadas àquelas que ninguém espera.” E4:5

“...e divergem muito [as reacções] de acordo com os estilos de vida que levam e com a forma como foram educadas desde sempre” E4:28

“Depois tem de ser compreender que as miúdas, nomeadamente as adolescentes, reagem de maneiras bem mais drásticas...” E4:12

“...até porque como sabemos a mastectomia constitui uma grande mudança na pessoa, quer física, quer psicológica”. E5:2

“Também a idade em que é diagnosticada a patologia interfere com a reacção que a mulher vai ter.” E6:5

“Obviamente que uma mulher de idade muito avançada já não atribui à mama o significado de uma adulta jovem”. E6:7

A imagem corporal e o peso da sua alteração

“O medo e a tristeza da alteração da imagem corporal...” E1:31

“... a autoimagem tem um peso muito elevado na vida das mulheres.” E1:88

“Mas [as mulheres] têm também outros medos, nomeadamente da alteração do corpo...” E2:26

“... [a preocupação das mulheres em] como é que vão ficar...” E2:27

“A imagem corporal e a ideia que as mulheres têm do seu próprio corpo influencia muito (...) nesta fase e adaptação à situação que estão a atravessar.” E2:29

“Isto leva-nos à alteração da imagem corporal que está sempre subjacente num caso de mastectomia.” E2:86

“... o [problema] da imagem corporal e da falta de uma ou ambas as mamas.” E2:92

“... a realidade de se olharem ao espelho nuas e faltar um pedaço do seu corpo.” E2:101

“E sempre que há mudança no que diz respeito ao corpo, seja externo ou interno, causa sempre um grande impacto.” E3:2

“... quase sempre [a revolta tem] (...) como motivo a imagem corporal deteriorada, como muitas [mulheres] definem.” E3:23

“... a mulher tem a noção da sua nova condição [pela falta de uma mama]” E3:45

“... [a mulher] sabe que após a mastectomia vai ficar diferente.” E3:46

“... todas estas reações têm também a ver com uma principal componente: a alteração do corpo...” E3:55

“... [as mulheres preocupam-se muito com a] imagem que passam fisicamente...”
E3:56

“... [a mulher] sente que tem de estar apresentável, bonita, vaidosa...” E3:57

“... faz parte do ser humano feminino ser bonita e a imagem corporal conta muito.”
E3:58

“Daí que [as mulheres] se sintam bastante tristes quando se olham ao espelho e vêem a diferença.” E3:59

“Às vezes já não se sentem mulheres...” E3:111

“... [as mulheres] acham que já não vão ser pessoas normais.” E3:112

“... estas mulheres às vezes levam dias até olhar ao espelho.” E3:125

“... e para este problema de aparência...” E4:64

“...e a mastectomia acarreta uma grande alteração na imagem corporal” E5:13

“Mas tudo isto é muito relativo, pois a principal preocupação das mulheres é a falta da mama”. E5:64

“... e como vão andar na rua a notar-se que só têm uma mama...” E6:16

“...pois a imagem corporal é muito importante para a mulher.” E6:39

Sentimentos e emoções da mulher mastectomizada

Aceitação

“... temos mulheres que aceitam com alguma facilidade...” E1:4

“... depois [as mulheres] acabam por aceitar, mais cedo ou mais tarde...” E1:36

“Algumas mulheres aceitam mais facilmente a situação...” E3:48

“Depois existem ainda as que aceitam melhor [a mastectomia]...” E5:30

Revolta

“A revolta está muito associada ao facto da alteração do corpo...” E3:20

“É muito comum ver mulheres mastectomizadas revoltadas com a sua situação...”
E3:22

“... e isto causa-lhes revolta.” E4:23

“Outra forma de reagirem é revoltarem-se consigo mesmas porque pensam que podiam ter evitado a todo o custo”. E5:20

Choque

“Inicialmente existe sempre uma fase de choque...” E2:3

“... o choque para algumas é de uma forma positiva...” E3:30

“...então começam a entrar em choque” E4:15

“... a grande reação é o choque por toda a situação que estão a viver.” E5:3

“Porque a descoberta do cancro é um grande choque” E5:4

“Quando se apercebem que isso vai mesmo acontecer e depois de serem submetidas à mastectomia, o choque é muito maior...” E5:6

Raiva

“A raiva que sentem muitas vezes está associada a não terem descoberto mais cedo...”

E3:17

“... [as mulheres] sentem raiva de se terem desleixado...” E3:19

“Sentem muita raiva e questionam porque lhes está a acontecer isto.” E5:19

Emoção

“Depois o mais comum (...) é o choro...” E1:11

“Tive uma situação em que uma senhora não conseguia parar de chorar, era a única reação que tinha...” E2:15

“Existem algumas [mulheres] a quem perguntamos se está tudo bem, e elas começam logo a chorar...” E3:40

“Inicialmente, começam sempre por chorar muito.” E4:18

“... [as mulheres] ficam muito emocionadas” E4:19

“... [as mulheres] choram muito...” E5:8

“...outras [mulheres] sentem-se revoltadas e choram.” E6:13

Angústia

“... outras [mulheres] dramatizam e optam por ficar na angústia...” E3:9

“... percebemos que as coisas não estão a ser fáceis [para as mulheres].” E3:41

“Isto [mastectomia] é uma angústia para ela, causa-lhe sofrimento.” E3:47

“...começam também a pensar o pior, e acham que as únicas coisas que lhes podem acontecer são más...” E4:21

Impotência

“... não têm o que fazer para alterar a situação [alteração da imagem corporal].” E1:13

“Sentem que não têm forças para enfrentar a realidade de viver sem uma mama...”

E1:14

“... vêm que nalguns casos [de familiares com o mesmo problema] o tratamento não é tão eficaz...” E2:10

“Sente-se abatida, sem forças para enfrentar todo o pesadelo que está a sentir.” E2:14

“Sentem que não conseguem lidar com nada...” E2:38

“... [as mulheres] dramatizam de tal forma que quase se mentalizam que não vai haver maneira de resolver esta questão [perda da mama]...” E2:88

“... [as mulheres ficam] abatidas quando iniciam a vivência com a alteração do corpo.” E4:20

“Sentem também que não conseguem fazer nada por si mesmas” E4:22

“... sentem que não têm forças para encarar esta nova condição”. E5:9

Tristeza

“... vem uma tristeza imensa, pela situação...” E2:12

“A tristeza é (...) um sentimento transversal a todas [as mulheres], assim como o choque...” E2:17

“... [as reações de tristeza] são as que mais fragilizam estas mulheres.” E2:75

“Tudo isto [o processo de transição para a mastectomia] é gerador de uma grande tristeza...” E3:36

“...e depois é claro que vem um sentimento de tristeza enorme...” E5:7

“Ficam muito tristes pelo facto de terem de viver sem uma mama” E5:10

Negação

“Temos aquelas [mulheres] que atravessam uma fase de choque, e de negação...” E1:35

“... muitas vezes não quererem abordar o assunto...” E1:45

“... [algumas mulheres dizem] que preferem não saber nada e deixar nas mãos de quem as cuida...” E1:67

“... negam a situação, portanto estagnam na fase de negação da doença...” E2:42

“... não expressam os verdadeiros sentimentos que sabemos que lhes estão a ocorrer.” E2:78

“... não querem falar sobre a situação e quando falam é de forma agressiva...” E2:83

“... sem quererem ser ajudadas.” E3:10

“Algumas [mulheres] enveredam pela negação, como reação silenciosa...” E3:24

“A negação é normalmente um refúgio para estas mulheres...” E3:25

“... é mais fácil acreditar que tudo aquilo não está a acontecer do que ter forças para enfrentar.” E3:26

“... esta doença [cancro] é sempre designada de «coisa má» ou «doença má»...” E3:27

“... em vez de ser chamada pelo nome [cancro da mama], que por si só acarreta dor e sofrimento.” E3:28

“... [as mulheres] sentem-se diferentes [pela mastectomia].” E3:63

“Algumas mulheres preferem negar o que lhes está a acontecer...” E5:16

“Algumas [mulheres] a primeira reação é a negação” E6:11

“...e questionam o diagnóstico.” E6:12

Isolamento

“... algumas [mulheres] (...) pedem isolamento e que as deixem em paz...” E1:42

“... preferem estar sozinhas e digerir aquele momento sozinhas...” E1:43

“... [as mulheres] sentem-se sozinhas e abandonadas.” E2:33

“Sabemos também quando algumas mulheres se isolam...” E2:40

“... não querem falar com ninguém...” E2:41

“O isolamento é também uma reação muito vulgar nestas mulheres...” E2:47

“... por vezes encontramos-las sozinhas num canto, sem quererem conviver com ninguém, nem com a própria família...” E2:48

“... preferem lidar com a situação isoladas de toda a gente...” E2:76

“... [as mulheres] pensam que não há ninguém nem nada que as ajude e remetem-se ao silêncio...” E2:77

“O isolamento é comum, sobretudo em jovens que julgam que a vida acabou por causa da doença.” E2:79

“... e então isolam-se...” E2:82

“Algumas mulheres optam por se isolar de tudo e todos...” E4:24

“... muitas mulheres sentem-se inibidas...” E3:99

Pessimismo

“Apesar de ouvirmos com frequência discursos pessimistas...” E2:113

Desperança

“... enquanto outras [mulheres] pensam «meu Deus, isto é o fim do mundo e da minha vida e agora vou desistir de tudo»...” E3:33

“... sentem que foram abandonadas por algo superior, quando a fé esmorece.” E3:92

“Por vezes, as pessoas entram em declínio emocional...” E3:107

“... a partir de certo momento começam a achar que é mais fácil não fazer mais nada e deixar tudo assim como está.” E3:108

“... e como tal viver sem uma mama é um pesadelo que entra na vida das mesmas.
E4:10

“... porque não conseguem enfrentar esta situação devastadora para elas.” E5:18

Ansiedade

“... todas [as mulheres] sentem muita ansiedade quando todo este processo se inicia...”
E1:39

“Tudo isto [o processo de transição para a mastectomia] depois leva a um estado de ansiedade, de inquietação...” E2:37

“As mulheres mastectomizadas são mulheres que acabam por ficar sempre muito ansiosas em relação à sua situação.” E4:23

Vulnerabilidade

“... é uma condição um pouco debilitante emocionalmente para as mulheres, além de física.” E1:30

“... [as mulheres] sentem-se vulneráveis...” E2:70

“... a vulnerabilidade das pessoas [a esta situação].” E2:118

“... é um abalo muito grande na vida de uma mulher.” E3:37

“... ficam muito vulneráveis [as mulheres] pela condição da doença, e não apenas pela mastectomia.” E5:21

“... porque elas encontram-se num estado de vulnerabilidade muito grande.” E5:47

Medo inespecífico

“E cheguei a outro ponto [sentimento] máximo que é o medo.” E1:21

“E o medo é de muitas coisas em simultâneo que às vezes nem nos passa pela cabeça.”

E1:22

“Temos ainda uma outra reação muito frequente que é (...) o medo...” E2:19

“... e é um medo de muitas coisas mesmo.” E2:20

“...e não só a morte mas também o sofrimento...” E4:22

“Mas têm também outros medos” E4:28

“... [as mulheres] Têm muitos medos” E5:22

Medo da rejeição e da opinião dos outros

“Sentem-se tristes porque os outros já não os vão ver da mesma maneira...” E1:17

“É o medo de não serem aceites pela família, por homens...” E1:24

“... o medo de serem censuradas pela sociedade, no trabalho...” E1:27

“... sobretudo aquelas [mulheres] que exercem profissões em que a imagem corporal é um bem essencial.” E1:28

“E a questão da [opinião da] sociedade é muito pertinente e frequente, ao contrário do que se possa pensar...” E1:29

“... [as mulheres pensam no] que os outros vão dizer e pensar...” E2:28

“Têm medo, muito medo mesmo de não ser aceites pelos outros...” E3:60

“... [têm medo] de serem rejeitadas pelos companheiros...” E3:61

“... [têm medo] de a sociedade as condenar por se tornarem «diferentes»...” E3:62

“...como sejam o medo de serem vistas como alienadas pelos outros” E4:29

“... pois é sabido que a opinião que os outros têm de nós é muito importante para a nossa autoestima” E4:20

“... [as mulheres mastectomizadas vivem] com receio de serem colocadas de parte...” E4:25

“... mas têm também medo de serem colocadas de parte pelos amigos, pela família” E5:24

“E também têm medo que os maridos deixem de gostar delas” E5:25

“Muitas verbalizam o medo da rejeição por parte do companheiro” E6:14

“Também é muito comum a sua preocupação associada ao Verão” E6:15

“... ou como vão reagir os outros quando elas forem para a praia...” E6:17

Medo da morte

“O medo de morrer é sempre aquele mais comum, que praticamente todas as mulheres vivenciam...” E1:23

“... [algumas mulheres pensam] não ter mais oportunidades para o fazer [resolver algumas questões íntimas pendentes]...” E1:47

“... se morrerem não querem deixar as coisas por resolver...” E1:58

“... [as mulheres precisam de saber] se precisam mesmo de resolver tudo [caso morram]...” E1:69

“O principal [medo], como se calcula, é da morte.” E2:21

“Aquela sensação terrível que passa por todas que é «quanto tempo mais tenho de vida? Tenho de aproveitar os meus últimos momentos».” E2:22

“Isto parece muito dramático, mas elas sentem de facto isso, sentem que a vida está prestes a terminar...” E2:23

“... abordando sempre a morte como o único desfecho da doença.” E2:84

“O que sentem sobretudo quando pensam desta forma é medo, o grande medo de morrer sobretudo.” E3:34

“Um dos principais medos é sempre o medo de morrer.” E4:24

“...mas o medo de não conseguir sobreviver à doença é bem maior” E4:27

“O maior medo é de morrer, como consequência do cancro” E5:23

“...todas elas a associam [a doença] à morte e sofrimento.” E6:10

Medo de abandonar a família por morte

“Mas depois associam sempre o medo de morrer ao próprio morrer e então começam a ponderar nas suas vidas, no que têm...” E1:53

“... nomeadamente as [mulheres] que têm filhos e que ainda dependem delas...” E1:54

“... sentem que precisam de orientar as coisas para deixar tudo organizado caso morram.” E1:55

“... ainda por cima era ainda jovem, com muita vida pela frente e um filho pequeno.” E2:16

“... se morrerem, têm de organizar a sua vida familiar para estarem mais descansadas, nomeadamente as que têm filhos.” E2:64

“... medo de sofrer, de ter dor e de deixar a família...” E3:35

“Os filhos são também uma preocupação (...) planos para orientarem a vida dos filhos, caso morram.” E5:27

Reações da mulher face à mastectomia

Quando a neoplasia da mama é hereditária

“... já tiveram alguém na família [com cancro da mama], a própria mãe...” E1:5

“... e por isso de certa forma já esperavam [ter a doença].” E1:6

“... algumas [mulheres] já estão mais preparadas, porque [o cancro] foi hereditário...” E2:18

“... já tiveram familiares com o mesmo problema [cancro da mama].” E3:43

“... por vezes o problema [cancro] é genético e hereditário...” E3:49

“... já passaram por isto, mas do lado de fora [acompanhar familiares com cancro].” E3:50

“... aquelas em que o desfecho [do familiar] foi positivo (...) sentem-se mais esperançadas...” E3:51

“É claro que as que tiveram experiências [dos familiares] mais dramáticas, com desfechos fatais, vão-se sentir frustradas e mais tristes ainda...” E3:52

“... e isto acontece sobretudo quando o cancro é hereditário” E5:31

“... pelo que se torna mais fácil a aceitação da mastectomia, como solução à morte por doença.” E5:32

“Uma mulher cuja mãe também teve cancro da mama (...) experienciou uma situação similar.” E6:4

Quando tem companheiro e/ou é mãe

“... se têm companheiros que as apoiam, aquele medo de não serem aceites acaba por se dissipar mais cedo, embora também o sintam...” E1:18

“... uma mulher mais velha lida um pouco melhor com a situação [mastectomia] na generalidade...” E1:20

“... a questão dos companheiros mais compreensivos...” E1:25

“... aqueles [companheiros] que também não sabem muito bem o que fazer...” E1:26

“... [algumas] mulheres (...) têm maridos que se empenham em ajudar e elas até ultrapassam melhor a condição, e a transição neste percurso...” E2:30

“... alguns companheiros não facilitam muito, (...) porque se afastam...” E2:31

“... [alguns companheiros afastam-se] para dar espaço à companheira para digerir...” E2:32

“... [algumas mulheres] não querem saber de nada, até os filhos são colocados no momento...” E2:39

“... incluindo claro os maridos [como apoio presente], nos casos das mulheres casadas ou acompanhantes.” E2:61

“... alguns maridos perguntam como é que elas estão e estão sempre a perguntar como as podem ajudar...” E3:70

“... [alguns companheiros] sentam-se no cadeirão, longe das mulheres, com a sensação que não sabem o que fazer.” E3:71

“As mulheres casadas ou que têm companheiros ou namorados, gostam muito de ser paparicadas pelos mesmos.” E4:32

“... na realidade, é também uma forma de avaliarem as reações deles [companheiros] ao seu novo estado físico.” E4:35

“É claro que nem todos [os companheiros] reagem da mesma forma.” E4:36

“... alguns [companheiros] preferem mesmo não visitá-las” E4:37

“... porque acham que elas [as mulheres] vão-se sentir intimidadas.” E4:38

“Outros [os companheiros] gostam de estar sempre a fazer-lhes companhia” E4:39

“... e a ver se precisam de alguma coisa [as mulheres].” E4:40

“... porque afinal de contas a mama faz parte da sexualidade de um casal” E5:26

Quando é solteira

“... as (...) solteiras por norma têm uma visão mais dramática do género «agora já ninguém me vai querer».” E1:19

“E as solteiras, que normalmente acham que a vida amorosa está terminada...” E2:34

“... porque [as mulheres solteiras pensam que] mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem querer ter relações sexuais...” E2:35

“É um facto que uma mastectomia numa jovem é bem mais complexa do que numa mulher que já tem filhos, é casada...” E2:80

“... [as solteiras] começam a achar que mais nenhum rapaz vai olhar para elas nem gostar delas por se sentirem diferentes...” E2:81

“... pois é aquela fase em que começam a reparar nos rapazes e que percebem que eles também reparam nelas” E4:13

“... e nestas idades o que de facto conta é mesmo a aparência física” E4:14

“Já as solteiras, sobretudo as mais jovens, ficam muito angustiadas” E4:42

“... [as jovens mastectomizadas] pensam logo no pior e no fracasso dos namoros...” E4:43

“... porque sentem que já não vão ser mais desejadas.” E4:44

“As raparigas solteiras fazem um drama, afirmam que a vida amorosa acabou para sempre” E5:28

“...porque pensam que quando os futuros namorados descobrirem que não têm uma mama, já não vão querer estar mais com elas.” E5:29

Reações menos frequentes

“Já aconteceu uma senhora ter como reação uma gargalhada...” E1:8

“... a forma dela lidar com o stress (...) era rir.” E1:9

“Temos algumas [mulheres] que já vêm resignadas com a situação...” E3:7

Necessidades das mulheres no processo de transição para a mastectomia

Necessidade de apoio

Emocional

“... existem outras que precisam mesmo de atenção e que as oiçam...” E1:44

“... pedem ajuda...” E1:75

“... precisam da nossa ajuda...” E2:43

“... por vezes não conseguimos dar toda a atenção que elas precisam...” E2:66

“Esta questão da atenção que as mulheres precisam é também uma questão pertinente...” E2:69

“... [as mulheres] precisam de mais atenção por parte de todos os que a rodeiam, inclusive os enfermeiros e profissionais de saúde.” E2:71

“Já as necessidades de atenção (...) requerem mais tempo e trabalho...” E2:74

“A atenção que disponibilizamos para ajudar estas mulheres é crucial para desenvolvermos planos...” E3:93

“... na verdade, é disto mesmo que elas gostam e precisam, de atenção” E4:31

“... pois sentem-se carentes [as mulheres]” E4:33

“Na verdade, todas elas precisam muito de atenção, seja de quem for.” E4:47

“[as mulheres] Precisam igualmente de muita atenção, a necessidade de suporte emocional é muito grande nesta fase.” E5:37

“O apoio do enfermeiro confere à mulher maior tranquilidade e segurança para enfrentar a mastectomia.” E5:58

Familiar

“O apoio familiar é muito importante também.” E1:56

“... algumas [mulheres] têm alguns conflitos com pessoas significativas que querem resolver...” E1:57

“... a família é sempre uma componente muito relevante para as pessoas...” E1:60

“... [a família é importante] mesmo até para aquelas que não a têm...” E1:61

“Outro apoio importantíssimo é o da família...” E2:60

“Para a grande maioria delas, a família é o apoio número um...” E2:62

“... [os familiares] estão sempre disponíveis para as ajudar neste momento tão complicado...” E2:63

“... a importância da família e do apoio dos familiares para conseguir dar vazão às necessidades das mulheres...” E2:72

“...presença e acompanhamento familiar.” E2:94

“O comportamento das pessoas significativas também influencia (...) o modo como a mulher reage a esta nova condição.” E3:69

“... o apoio familiar também determina bastante a reação das mulheres à situação.”

E3:74

“... [as mulheres precisam de] sentir o apoio das pessoas que lhes são mais queridas.”

E3:75

“... um familiar presente dá-lhes mais força para continuar.” E3:76

“Mas uma necessidade que têm é de apoio da família.” E4:29

“Por vezes, dizem que os familiares são chatos porque estão sempre lá a querer saber notícias...” E4:30

“... mas a família é aquele suporte presente e que lhes confere proteção ao mesmo tempo.” E4:48

“... também precisam de saber o que se passa com elas [as mulheres] e com o desenvolvimento de toda a situação” E4:49

“E precisam também do apoio dos seus familiares, das pessoas que lhes são mais queridas” E5:38

“O suporte familiar é fundamental para a aceitação da situação, pois assim veem que têm apoio e não estão a ser rejeitadas pelos seus.” E5:40

“A necessidade comum a todas é sem dúvida o apoio familiar.” E6:24

“... para elas [mulheres] é muito importante saber que a família não as rejeita” E6:25

Religioso

“... uma senhora que queria muito falar com um padre...” E1:46

“... sentia que precisava de apoio religioso e só mesmo isso a conseguia tranquilizar.” E1:48

“O apoio na religião é muito frequente...” E1:49

“... mulheres que toda a vida praticaram algum tipo de religião ou participaram em grupos de igreja...” E1:50

“... é mesmo um apoio espiritual que sentem no momento.” E1:51

“É muito comum pedirem-nos para ir à capela ou que falemos com um padre para ir ao serviço...” E1:52

“Vemos frequentemente mulheres religiosas...” E2:54

“... [para algumas mulheres a] principal necessidade é justamente o apoio religioso...”
E2:55

“... [algumas mulheres necessitam da] presença de um padre constantemente...” E2:56

“... ir a uma capela rezar ou ter mesmo terços e rezas sempre por perto.” E2:57

“... chegam mesmo a acreditar que podem haver milagres para as suas situações.”
E2:58

“... mulheres mais velhas, que foram criadas em ambientes católicos ou de outra religião.” E2:59

“Outro elemento onde se apoiam muito é a religião.” E3:77

“A fé que sentem na sua religião pode ser um amparo durante este período de grande vulnerabilidade...” E3:78

“Isto [religião] é importante, apesar de parecer supersticioso...” E3:81

“... [a religião] constitui um apoio emocional, do qual estas mulheres realmente necessitam nesta fase.” E3:82

“A conversa com um padre ou um representante da sua religião pode ser confortante...”
E3:83

“... [a religião pode] deixá-la otimista em relação ao futuro e ao desfecho da sua situação.” E3:84

“... outro apoio que sentem falta é o religioso, em especial mulheres católicas e que foram criadas em ambientes religiosos” E5:41

Necessidade de informação

Situação e a doença

“Outra necessidade muito importante também é a informação.” E1:65

“As mulheres sentem necessidade de estar bem informadas sobre a situação...” E1:66

“Querem saber o que se passa, se é grave ou não...” E1:68

“... a informação que fornecemos a estas mulheres é muito importante...” E1:94

“... elas necessitam mesmo de estar a par do que se passa...” E1:95

“... [o facto de estarem informadas] permite que haja uma diminuição da ansiedade perante todo o processo...” E1:96

“... a informação, que se pode obter muito facilmente, através da internet...” E2:6

“... algumas mulheres recorrem até a livros para se inteirarem melhor da sua condição.”
E2:7

“... para outras é mais complexo [obter informação] e torna ainda mais difícil a aceitação e a recuperação...” E2:8

“... necessitem de muita informação em relação a tudo o que se passa...” E2:90

“O facto de informarmos as clientes também pode tranquilizá-las...” E3:85

“A informação é um ponto muito decisivo para ajudar mulheres mastectomizadas.”
E3:87

“Se a algumas [mulheres] podemos explicar todos os processos de forma aberta...”
E3:89

“... a outras [mulheres] já temos de seleccionar a forma como o vamos fazer [fornecer informação], porque podem não reagir tão bem...” E3:90

“...por isso requisitam sempre muita informação” E4:50

“... dos profissionais de saúde como da sua própria pesquisa” E4:51

“... sentem-se mais seguras [as mulheres] em relação a tudo o que se passa” E4:52

“... [informação] para esclarecer todas as dúvidas” E4:68

“... cada mulher tem as suas dúvidas e os seus receios.” E4:70

“Em primeiro lugar, pessoas com cancro (...) sobre tudo o que se passa com elas.”
E5:35

“... envolve um órgão sexual, aumenta a necessidade de obterem informações ...”
E5:36

“... é muito importante a resposta a todas as suas perguntas pois fá-las-á sentirem-se mais tranquilas.” E6:26

Estratégias dos enfermeiros para apoiar a mulher no seu processo de transição

Suporte do enfermeiro

Visão do enfermeiro sobre as formas de reagir à mastectomia

“... são diversas as formas como as várias mulheres reagem a esta situação...” E1:3

“... temos aquelas [mulheres] onde as reações são bem mais diversificadas...” E1:7

“... cada uma reage de forma diferente.” E1:34

“São imensas as reações das mulheres...” E2:1

“... [a reação] varia muito de acordo com a própria mulher...” E2:2

“... as reações também têm muito a ver com a forma como conseguem lidar com a situação e com a sua condição clínica.” E2:11

“... começam a fazer planos...” E2:24

“... as mulheres têm formas de encarar esta mesma situação de formas muito distintas.” E3:6

“... tentam pensar mais no futuro e nas soluções para o problema...” E3:8

“Existem várias reações, pelas quais todas acabam por passar...” E3:11

“As primeiras reações são de surpresa e acabam por ser as mais espontâneas...” E3:14

“... nem todas [as mulheres] apresentam a mesma sequência de reações nem com a mesma intensidade...” E3:16

“... [algumas mulheres] pensam «ok, agora tenho de me concentrar no que é preciso para ficar bem»...” E3:31

“... não chamam nem falam para não incomodar.” E3:100

“Existem muitas reações que se podem observar nas mulheres mastectomizadas.” E4:17

“É difícil dizer assim de repente quais as necessidades que as mastectomizadas têm” E4:26

“... até porque (...) são muitas [as necessidades].” E4:27

“Por vezes, as mulheres têm receio de não poder voltar a realizar as suas atividades” E4:83

“As mulheres submetidas a mastectomia reagem de muitas formas diferentes” E5:1

“... ainda que seja feita a reconstrução (...) que não é real e não lhes pertence na verdade.” E5:11

“Não podemos dizer que as mulheres têm necessidades específicas” E5:33

“... mas há sempre algumas que são muito vulgares e comuns a praticamente todas as mulheres” E5:34

“... pois cada mulher reage de uma maneira diferente” E6:2

“... [as necessidades variam] tendo em conta as suas vivências anteriores.” E6:3

“Obviamente que as necessidades são muitas” E6:18

“... existem mulheres que não verbalizam os seus sentimentos.” E6:21

“... outras mulheres transmitem-nos as suas dúvidas e os seus receios.” E6:22

Acompanhamento do enfermeiro

“A nossa principal função enquanto enfermeiros cuidadores de mulheres mastectomizadas é, em primeiro lugar reconhecer as necessidades individuais...” E1:78

“Questionamos os seus planos para o dia-a-dia, nomeadamente aqueles que pretendem realizar brevemente...” E1:80

“... em colaboração com as mulheres, traçamos algumas metas para que elas tenham alegria para recuperar a sua condição física, e também psicológica...” E1:84

“... o enfermeiro faz parte de todo este percurso [transição da mulher para a mastectomia] em muitas fases e em vários aspetos...” E1:103

“... temos de as [mulheres] abordar pouco a pouco, sem que elas sintam que estamos a querer meter-nos na intimidade delas...” E2:44

“... devemos então orientá-las, prepará-las para enfrentar a realidade e para a integração na sociedade após esta nova condição...” E2:102

“Quando nos tentamos aproximar de uma mulher que está nesta transição, de se adaptar a esta nova condição...” E3:38

“... [o enfermeiro tenta] perceber mais ou menos a fase em que a mulher se encontra.” E3:44

“Mas nós temos de conseguir perceber as várias reações...” E3:53

“... [os enfermeiros procuram] conhecer as suas histórias para adequarmos a nossa intervenção perante elas.” E3:54

“Temos de nos informar do que ela quer saber...” E3:64

“Cabe-nos a nós enfermeiros saber identificar os sinais que nos são transmitidos.” E3:66

“... temos de conhecer a história individual de cada mulher...” E3:68

“Se conseguirmos detetar sinais (...) talvez consigamos ir um bocadinho mais depressa [para elaborar um plano de cuidados]...” E3:110

“... compreender os sinais das mulheres e das várias fases em que se encontram...” E3:114

“Primeiro, é preciso compreender as necessidades que as mulheres têm.” E4:55

“Isto [compreensão das necessidades] é fundamental para podermos adaptar a nossa intervenção.” E4:57

“... o enfermeiro acompanha a mulher desde o seu internamento...” E4:58

“... tem algum tempo para questionar os seus gostos” E4:59

“As primordiais estratégias consistem no apoio e na identificação das necessidades das mulheres.” E5:44

“... e cabe-nos a nós enfermeiros sabê-las identificar[as necessidades]” E6:19

“É muito importante saber interpretar os sinais que nos são transmitidos.” E6:20

Apoio do enfermeiro à mulher mastectomizada

“... termos sempre em conta que devemos estar preparadas para ajudar, seja qual for a forma de o fazer.” E1:10

“... cabe-nos a nós compreender cada situação...” E1:37

“... [compreender] cada forma de reagir para conseguir ajudar...” E1:38

“Mas nós temos de ajudá-las na medida do possível...” E1:71

“... a estratégia primordial é motivá-las...” E1:79

“... as necessidades destas mulheres acabam por ser sempre satisfeitas muito em função daquilo que lhes dizemos, ou da ajuda que prestamos...” E2:53

“... [o enfermeiro não pode] esquecer das experiências anteriores pessoais, sexuais, de familiares ou até mesmo de outros internamentos.” E3:65

“... estratégias para ajudá-las a lidar com as novas condições.” E3:94

“... [o enfermeiro passa] a ideia de que «isto não tem de ser o fim de nada – é um recomeço».” E3:97

“... devemos dar espaço para as mulheres conseguirem pensar em soluções para si mesmas.” E3:102

“Devemos então prestar o nosso apoio...” E3:115

“... entramos em contacto com as tais pessoas [familiares que se afastaram] e explicamos a situação...” E1:59

“... o nosso papel passa muito pela relação de ajuda à pessoa que não tem ninguém para apoiá-la...” E1:62

“Nós contamos muito com o apoio dos familiares...” E2:65

“... incentivamos a família a estar a par do que se passa...” E2:67

“... orientamos [os familiares] no sentido de os ajudar a satisfazer algumas necessidades que por eles podem ser satisfeitas.” E2:68

“Cabe ao enfermeiro avaliar o acompanhamento da pessoa significativa...” E3:72

“... se necessário intervir junto dela [pessoa significativa].” E3:73

“... devemos ser a ponte para facilitar esta proximidade com a religião...” E3:79

“... através do contacto com um padre...” E3:80

“... precisamos fazer alguns ensinamentos (...) ao que sucede após a mastectomia.” E4:61

“É preciso prepará-las para se olharem ao espelho” E4:62

“... para muitas [mulheres] é muito traumático ver-se sem uma mama.” E4:63

“... expor soluções para os problemas das mulheres” E4:69

“... os planos de cuidados são elaborados em função da informação que vamos obtendo...” E4:71

“... acompanhar a mulher é conseguir compreender os sentimentos e as reações da mesma” E4:81

“... é por isso que devemos acompanhar de perto e obter o máximo de informação para dar respostas personalizadas a cada caso...” E5:15

“... o enfermeiro deve envolver sempre a família no processo de adaptação e recuperação da mulher mastectomizada.” E5:39

“... o enfermeiro coloca a família a par da situação, de maneira a incentivá-la a participar nos cuidados à pessoa...” E5:51

Interligação dos profissionais de saúde para a recuperação da mulher mastectomizada

“... quando não conseguimos [ajudar mais as mulheres], devemos encaminhá-las para ajuda especializada...” E1:72

“... [o enfermeiro pede] a colaboração de outros colegas para dar continuidade ao processo de recuperação.” E3:117

“Com a ajuda de outros colegas...” E3:129

“... [o enfermeiro encaminha a mulher] para outros profissionais de saúde para serem acompanhadas” E4:74

“... o enfermeiro não trabalha sozinho para a recuperação da mulher, mas sim em colaboração com outros profissionais de saúde.” E5:48

“Saliento até os grupos de ajuda à mulher mastectomizada, para onde são encaminhadas” E5:49

Pilares da relação terapêutica

Disponibilidade

“São muitas as necessidades que podemos encontrar...” E1:40

“... as estratégias variam muito de caso para caso e de mulher para mulher.” E1:77

“O importante é que elas sintam que nós estamos disponíveis para as ouvir...” E2:50

“... [o enfermeiro deve estar disponível] para esclarecer dúvidas quando elas se sintam confortáveis para falar da situação.” E2:51

“... a disponibilidade da nossa parte é muito importante...” E2:52

“... mostrando a nossa disponibilidade para ouvir, para aconselhar e para as ajudar...”
E2:120

“Cabe também ao enfermeiro mostrar-se disponível...” E3:98

“Devemos estar sempre disponíveis...” E3:101

“... o enfermeiro deve estar atento e estar disponível...” E3:113

“... [o enfermeiro deve] informar sobre os procedimentos...” E3:116

“... o enfermeiro tem um papel fundamental, mostrando a sua disponibilidade” E4:67

“... [o enfermeiro] precisa disponibilizar algum tempo.” E4:82

“... disponibilidade que o enfermeiro demonstra.” E5:45

“É muito importante as mulheres saberem que estamos disponíveis [os enfermeiros] para as ouvir” E6:29

Compreensão

“... [o enfermeiro deve elaborar um plano] de acordo com as mulheres e com os estilos de vida das mesmas.” E1:41

“... é necessário dar-lhes tempo e espaço para se adaptarem.” E2:49

“É crucial percebermos, através das atitudes e da expressão corporal, o que é que na verdade elas demonstram...” E2:85

“... ao conseguir entendê-las (...) conseguimos dar resposta à maioria das suas necessidades...” E2:93

“Temos de compreender que existem individualidades, formas particulares de reagir a um mesmo fenómeno...” E2:95

“... compreender quais são realmente as necessidades que têm e utilizar as estratégias em função de tudo isso.” E2:97

“... não devemos recriminar esses sentimentos [pessimistas]...” E2:114

“... [o enfermeiro procura] fazer ver que há outros caminhos que podem percorrer que não levem necessariamente aos desfechos trágicos...” E2:115

“... percebemos através da sua reação como está a lidar com a mesma.” E3:39

“... é um grande passo para um enfermeiro conseguir identificar as necessidades destas mulheres.” E3:67

“... temos de perceber primeiro o que elas [mulheres] já sabem e o que querem saber.” E3:86

“Temos de conseguir perceber até que ponto podemos fornecer determinada informação...” E3:88

“... que compreendemos as suas preocupações e receios” E6:30

Colaboração para a reintegração na sociedade e no quotidiano

“... nós aconselhamos mediante a situação.” E1:76

“... tentamos perceber quais as coisas que gostam de fazer...” E1:81

“... adaptarmos o nosso plano de cuidados e que o mesmo seja plausível, e de fácil realização.” E1:82

“... [o enfermeiro ajuda a] reintegrá-las na sociedade, na realidade como elas gostam de dizer.” E1:85

“... cabe-nos a nós colaborar na elaboração desses planos.” E2:25

“... aos poucos vamos conseguindo obter alguns dados [sobre as mulheres]...” E2:45

“... [o enfermeiro procura] informação que nos permita avançar com um plano de cuidados que as ajude da melhor forma.” E2:46

“... adaptar os seus antigos estilos de vida aos novos.” E3:105

“... improvisar e melhorar a forma como são feitos [estilos de vida].” E3:106

“... a equipa de enfermagem reúne esforços para aconselhá-las.” E4:86

“... é preciso ser compreensivo para poder ajudar as mastectomizadas” E5:46

“... [a reintegração] requer do enfermeiro um acompanhamento de perto, de maneira a conseguir adaptar o plano de cuidados à medida que a recuperação se vai desenvolvendo.” E5:52

“... o enfermeiro conversa acerca da reconstrução mamária, quando a mesma é aplicável” E5:65

“... esclarecimento de tudo [tarefas domésticas] o que ela não poderá fazer após a mastectomia.” E6:36

Suporte dos grupos coletivos de ajuda

O encaminhamento para os grupos coletivos

“... acabamos por encaminhá-la [mulher] para grupos coletivos...” E1:63

“... na maioria das vezes bastam os grupos coletivos de ajuda.” E1:73

“... existem ainda os grupos coletivos (...) para onde as encaminhamos...” E1:98

“... contamos muito com o apoio dos grupos coletivos, para onde as encaminhamos...”
E2:103

“... aconselhamos e orientamos as mulheres para os grupos de apoio...” E3:118

“... temos de as informar acerca do que normalmente sucede nesses convívios.” E3:122

“... as mastectomizadas são encaminhadas...” E4:73

“... [encaminhamento] para os grupos de ajuda.” E4:75

“... também estão [outras mulheres] em fase de recuperação [da mastectomia].” E4:77

“Estes grupos [de ajuda] representam um grande apoio para as mulheres.” E4:78

“... os grupos de ajuda são muito importantes” E5:53

“O enfermeiro deve sempre aconselhar estes grupos [de ajuda]” E5:56

“É comum reencaminhar estas mulheres [mastectomizadas] para grupos de ajuda”
E6:31

Atividades realizadas pelos grupos coletivos

“... na esperança que consiga encontrar alguém [nos grupos coletivos] que possa partilhar com ela e vice-versa toda a situação que está a viver.” E1:64

“... onde podem falar abertamente e sem receios acerca da sua situação...” E1:99

“... estão perante pessoas que já passaram ou estão a passar pelo mesmo [nos grupos coletivos] e partilham as suas experiências.” E1:100

“... vemos as [mulheres] que já estão numa fase de recuperação mais avançada a darem alguns conselhos às restantes.” E1:101

“É muito engraçado ver esta evolução e esta partilha de experiências...” E1:102

“Estes grupos são sem dúvida uma mais-valia para as mulheres...” E1:104

“... têm a possibilidade de falar abertamente o que muitas não têm coragem de falar com os familiares ou com amigo...” E1:105

“... colocam as suas dúvidas...” E1:106

“... expõem os seus receios, medos...” E1:107

“... esclarecem algumas questões que até pensavam ser mais complexas...” E1:108

“... é uma forma de ouvirem outras mulheres que passaram pelo mesmo e estão a superar...” E2:104

“... [as mulheres] sentem-se mais esperançadas ao ouvi-las [mulheres que já estão em fase de recuperação mais avançada].” E2:105

“Os grupos coletivos são sem dúvida muito importantes na fase de recuperação das mastectomizadas.” E2:106

“A partilha de experiências é fundamental para voltarem a ter esperança e acreditarem que não é o fim da vida.” E2:107

“... é não terem vergonha de se expor visto que todas passaram pelo mesmo...” E2:108

“... encorajá-las a conviver com outras mulheres que já passaram ou estão a passar por situações semelhantes.” E3:119

“Todas elas acabam por fazer amizades e trocar contactos e encontram-se noutras consultas.” E3:120

“Isto [partilha de experiências] acaba por ajudar na transição para esta nova condição.” E3:121

“... convivem com outras pessoas que já passaram pelo mesmo [mulheres que foram submetidas a mastectomia]” E4:76

“... não sentem vergonha de explicar a sua situação.” E4:79

“... comum a outras pessoas com o mesmo problema” E5:50

“Neles, [grupos de ajuda] as mulheres podem desabafar os seus medos, colocar as suas dúvidas...” E5:54

“... por vezes são as outras mulheres que acabam por aconselhar (...) informação útil para a reintegração no quotidiano.” E5:55

“... a partilha de experiências destas mulheres é crucial...” E5:57

“... é importante a partilha de experiências entre estas mulheres [mastectomizadas]” E6:33

Reeducação funcional e readaptação

Dispositivos de compensação

“... [as mulheres sentem necessidade] de resolver a questão de não ter uma ou ambas as mamas...” E1:74

“... a demonstração dos soutiens especiais que existem para compensar a falta da mama...” E1:86

“... a utilização de expansores de silicone...” E1:87

“... conversamos muito acerca da reconstrução mamária imediata ou o mais rápido possível...” E1:89

“... [o enfermeiro expõe as soluções físicas] para minimizar o choque que a mastectomia causa ao nível da imagem.” E1:90

“Estimulamos a mulher a vestir-se como antes, ou até encorajamos aquelas que se desleixavam mais a aprumar-se...” E1:91

“Convém sempre fornecermos informação acerca dos expansores e dos soutiens especiais...” E1:92

“... as necessidades físicas acabam por ser mais fáceis de satisfazer na medida em que são algo concreto, como a cessação da dor, a imagem corporal através da utilização de próteses, entre outras várias coisas.” E2:73

“A necessidade de verem soluções para este problema [falta de uma mama] é uma agonia constante...” E2:87

“Existem algumas [medidas] que são comuns a todas, nomeadamente a utilização de expansores ou soutiens próprios para mastectomizadas...” E2:98

“Mas estas medidas são meramente físicas e de aparência...” E2:99

“... pensam que as outras pessoas já não as vão ver como diferentes [pela utilização de próteses]...” E2:100

“... existem estratégias para ajudar ao nível físico...” E3:123

“... a primeira higiene [após a mastectomia] ser feita no leito...” E3:124

“Os expansores de silicone e soutiens especiais ajudam nesta fase.” E3:126

“Um outro problema é a sensibilidade local, que leva dias a ser recuperada.” E3:127

“É importante avaliar os movimentos que as mulheres conseguem fazer.” E3:128

“... existem medidas compensatórias, como a utilização de expansores de silicone dentro dos soutiens.” E4:65

“... soutiens próprios, que compensam também a falta da mama.” E4:66

“... a utilização de expansores e soutiens para mastectomizadas.” E5:66

“... esclarecer sobre os dispositivos de compensação.” E6:38

Exercício físico e relaxamento

“... tentamos perceber qual o desporto que normalmente faz e adaptamo-lo à sua condição...” E1:83

“... uma mulher que fazia hidroginástica e tinha receio de não poder voltar a fazer.” E3:95

“É importante que o enfermeiro reforce as vantagens do exercício físico...” E3:96

“... [as mulheres] fazem exercícios de relaxamento e algumas mulheres mais renitentes acabam por ver e fazem também...” E3:130

“... comparam umas com as outras a evolução do [exercício] que já conseguem fazer.” E3:131

“... é importante também reforçar a vantagem de praticar exercício de relaxamento.” E4:87

“Deve ser ponderada a realização de exercício físico” E5:61

“... é muito importante para a mulher recuperar a mobilidade no lado afetado” E5:62

“Os exercícios de relaxamento são também importantes” E5:63

“Após a mastectomia é importante que seja feita a reabilitação” E6:34

“... os exercícios de reabilitação são muito importantes” E6:35

Apêndice 5 – Cronograma

