

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ
ESCOLA DE MEDICINA E CIÊNCIAS DA VIDA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA

NAIARA DAIANE CAMARGO

AUTOPERCEPÇÃO DE MULHERES
SUBMETIDAS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA
SOB O OLHAR DA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO

CURITIBA
2024

NAIARA DAIANE CAMARGO

**AUTOPERCEPÇÃO DE MULHERES
SUBMETIDAS AO TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA
SOB O OLHAR DA BIOÉTICA DE PROTEÇÃO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Bioética da Escola de Medicina e Ciências da Vida da Pontifícia Universidade Católica do Paraná como requisito parcial à obtenção do título de mestre em Bioética.

Orientadora: Profa. Dra. Valquíria Elita Renk

CURITIBA

2024

Dados da Catalogação na Publicação
Pontifícia Universidade Católica do Paraná
Sistema Integrado de Bibliotecas – SIBI/PUCPR
Biblioteca Central
Bibliotecária: Edilene de Oliveira dos Santos CRB-9 /1636

C172a
2024

Camargo, Naiara Daiane
Autopercepção de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama sob o olhar da bioética de proteção / Naiara Daiane Camargo ; orientador: Valquíria Elita Renk. -- 2024
66 f. : il. ; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba, 2024.
Bibliografia: f.55-59

1. Bioética. 2. Mamas – Câncer. 3. Imagem corporal em mulheres. 4. Emoções. 5. Autopercepção. I. Renk, Valquíria Elita. II. Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Programa de Pós-Graduação em Bioética. III. Título.

CDD 20. ed. – 174.9574



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO PARANÁ

Escola de Medicina e Ciências da Vida

Programa de Pós-Graduação em Bioética

**ATA DE SESSÃO PÚBLICA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADOPROGRAMA
DE PÓS-GRADUAÇÃO EM BIOÉTICA**

DEFESA DE DISSERTAÇÃO Nº21/2024

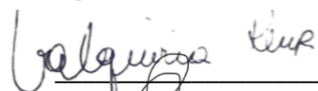
ÁREA DE CONCENTRAÇÃO: Bioética Social e Ambiental

Em Sessão Pública às nove horas do dia dezoito de novembro do ano de dois mil e vinte quatro, via Plataforma Zoom link <https://us06web.zoom.us/j/84591900014?pwd=D9jLwgawKryeYm9pkorWKxaFDq4c6U.1>, realizou-se sessão pública de Defesa da Dissertação “**Autopercepção de Mulheres Submetidas ao Tratamento do Câncer de Mama Sob o Olhar da Bioética de Proteção**” apresentada pela estudante **Naiara Daiane Camargo** sob orientação da **Professora Doutora Valquiria Elita Renk** como requisito parcial para a obtenção do título de **Mestre em Bioética**, perante uma Banca Examinadora composta pelos seguintes membros:

Professora Doutora Valquiria Elita Renk
Presidente (PUCPR)

Professora Doutora Jaci Fátima Souza Candiottto
Membro interno (PUCPR)

Professora Doutora Leide Conceição Sanches
Membro externo (Faculdade Pequeno Príncipe)



Documento assinado digitalmente
gov.br LEIDE DA CONCEIÇÃO SANCHES
Data: 22/11/2024 14:29:45-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Início: 9h Término: 10h

Conforme as normas regimentais do Programa de Pós-Graduação em Bioética da Pontifícia Universidade Católica do Paraná o trabalho apresentado foi considerado APROVADO (aprovado/reprovado).

O estudante está ciente que a homologação deste resultado está condicionada: (I) ao cumprimento integral das solicitações da Banca Examinadora, que determina um prazo de 60 dias para o cumprimento dos requisitos; (II) entrega da dissertação em conformidade com as normas especificadas no Regulamento do PPGB/PUCPR; (III) entrega de documentação necessária para elaboração do Diploma.

Estudante: **Naiara Daiane Camargo**  **NAIARA DAIANE CAMARGO**
Data: 17/02/2025 21:30:19-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Professora Doutora Caroline Filla Rosaneli
Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Bioética

Documento assinado digitalmente
gov.br CAROLINE FILLA ROSANELI
Data: 25/11/2024 16:09:49-0300
Verifique em <https://validar.iti.gov.br>

Dedico a todas as mulheres que passaram pelo câncer.

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus pela minha vida, por todo cuidado comigo ao longo da minha jornada, pela saúde e capacidade de concluir mais uma etapa de vida.

Agradeço à minha professora e orientadora Dra. Valquíria Elita Renk pelo acompanhamento, apoio e paciência ao longo desses meses. Prestou todo o auxílio e orientação necessária em todas as etapas, sempre atenta e solícita a tudo que era fundamental para a concretização deste trabalho.

Agradeço aos meus pais por tudo que me ensinaram ao longo de suas vidas, deixo aqui exemplo de amor pela vida, força e resiliência nos momentos difíceis.

Agradeço à minha família, minhas supervisoras de serviço que tiveram papel fundamental para a conclusão deste trabalho. Obrigado por todo o apoio e auxílio prestado.

Agradeço ao Hospital Norte do Paraná pelo incentivo e apoio ao longo dos anos.

“O sofrimento só é intolerável quando ninguém cuida.”

Cicely Saunders

RESUMO

Este estudo é um estudo sobre a autopercepção de mulheres com câncer de mama. A mama corresponde a uma região do corpo feminino repleta de simbolismo, sendo apresentada como símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade. A neoplasia da mama e a possibilidade de perda podem trazer sentimentos negativos às pacientes. Nos cuidados em saúde, a paciente já se encontra naturalmente em posição de vulnerabilidade diante da sua condição de estar doente e desta forma torna-se ainda mais necessário o compromisso dos profissionais e dos gestores de saúde acerca da promoção da qualidade de vida. O objetivo da pesquisa é abordar as autopercepções da vida de mulheres que foram submetidas ao tratamento do câncer. A questão de pesquisa quer entender quais as autopercepções de vida de mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. Esta dissertação apresenta os resultados de um estudo quantitativo e exploratório, com pesquisa de campo, realizado de maneira retrospectiva. Foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HONPAR, sob parecer de número 6.701.277. Participaram da pesquisa 191 mulheres que realizavam o tratamento para o câncer de mama em um hospital no Norte do Paraná. As participantes do estudo apresentaram uma gama diversificada de sentimentos e emoções, sentimentos como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão foram apresentados por 73,3 % das participantes desta pesquisa, em alguma proporção. Quando as participantes da pesquisa foram questionadas sobre o quão felizes estavam com o futuro, a maioria (83,8%) respondeu estar feliz. As correlações encontradas indicam que na autopercepção das mulheres com câncer de mama o bem-estar pode estar associado com a manutenção da capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia; estar satisfeita consigo mesma; com o apoio recebido, sentimento de amor presente, oportunidade de atividade de lazer e condição de trabalho. Foi observado que a maneira como as mulheres percebem suas emoções está intimamente ligada à maneira como lidam com o processo de recuperação e adaptação à nova condição. A Bioética de Proteção mostrou uma perspectiva importante para abordar esta questão, a qual chama atenção para a necessidade de se considerar as vulnerabilidades particulares dessas pacientes.

PALAVRAS-CHAVE: Mulheres; Sentimentos; Neoplasia Mama; Autopercepção.

ABSTRACT

The breast corresponds to a region of the female body full of symbolism, being presented as a symbol of femininity, motherhood and sexuality. Breast cancer and the possibility of loss can bring negative feelings to patients. In health care, the patient is already naturally in a vulnerable position due to their condition of being ill and, therefore, the commitment of professionals and health managers to promoting quality of life becomes even more necessary. The objective of the research is to identify the self-perceptions of the lives of women who have undergone cancer treatment. This is a quantitative, exploratory research with field research, carried out retrospectively. It was approved by the HONPAR Research Ethics Committee, under opinion number 6,701,277. 191 women who were undergoing treatment for breast cancer at a hospital in the North of Paraná participated in the research. When survey participants were asked how happy they were with what can be expected from now on, the majority responded that they were happy. Two mastectomized patients and one quadrantectomized patient reported being very unhappy. The unfortunate option was adopted by five mastectomized patients and one quadrantectomized patient. The very unfortunate and unfortunate option was not adopted by any patient waiting for surgery. According to Machado (2006), many women accept the loss of the breast because it is the only way to heal, while for others, this situation is traumatic. At that moment, the events that occurred in your life positively or negatively influence the acceptance of the new image. It was observed that the way women perceive their emotions is closely linked to the way they deal with the process of recovery and adaptation to the new condition. Protection Bioethics proved to be an important perspective to address this issue. She draws attention to the need to consider the particular vulnerabilities.

KEYWORDS: Women; Feelings; Breast Neoplasm, Self-Perception.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 - Estado civil das participantes da pesquisa.....	31
--	----

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Número de filhos das participantes da pesquisa.....	31
Quadro 2 – Escolaridade das participantes da pesquisa.....	32
Quadro 3 - Renda familiar das participantes da pesquisa.....	33
Quadro 4 – Ocupação das participantes da pesquisa.....	33
Quadro 5 – Tratamento realizado pelas participantes da pesquisa.....	34
Quadro 6 - O quão satisfeita você está com sua saúde?.....	35
Quadro 7 - O quão feliz você está com o que se pode esperar daqui para frente?...36	
Quadro 8 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão.....	36
Quadro 9 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual.....	37
Quadro 10 - Como você avaliaria sua qualidade de vida.....	37
Quadro 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física.....	38
Quadro 12 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia.....	39
Quadro 13 - Como você se sente com o apoio que recebe dos outros quando necessita?.....	39
Quadro 14 - Até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida?40	
Quadro 15 - Em que medida você tem a oportunidade de praticar atividades de lazer?.....	40
Quadro 16 – Você se sente à vontade em frequentar vários tipos de locais?.....	41
Quadro 17 - Quanta liberdade você tem para tomar suas próprias decisões?.....	41
Quadro 18 - Até que ponto você sente amor em sua vida?.....	42

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Correlação da questão “O quão satisfeita você está com sua saúde?” com as demais questões do estudo.....	43
Tabela 2 – Correlação da questão “O quão feliz você está com o que se pode esperar daqui para frente?” com as demais questões.....	44
Tabela 3 – Correlação da questão “Como você avalia sua qualidade de vida?” com as demais questões.....	45

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABNT	Associação Brasileira de Normas Técnicas
coord.	Coordenador
ed.	Edição
Ed.	Editor
f.	Folha
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
INCA	Instituto Nacional do Câncer
HONPAR	Hospital Norte do Paraná
OMS	Organização Mundial de Saúde
PUCPR	Pontifícia Universidade Católica do Paraná
p.	Página
SBM	Sociedade Brasileira de Mastologia
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	13
2. O MODO COMO AS MULHERES REPRESENTAM O SEIO.....	18
2.1. DOR TOTAL.....	20
2.1.1. Mulheres com câncer de mama e a dor total.....	20
2.2. REPERCUSSÕES SENTIDAS PELAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.....	21
2.2.1. Repercussões físicas.....	21
2.2.2. Repercussões emocionais.....	23
2.3. TIPOS DE TRATAMENTO DISPONIBILIZADOS ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA.....	24
2.3.1 Mastectomia.....	25
2.3.2 Quadrantectomia.....	26
2.4. BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E A VULNERABILIDADE DAS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA.....	26
2.5. RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA.....	28
3. METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA.....	29
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	53
5. REFERÊNCIAS.....	55
APÊNDICE 1.....	59
ANEXO 1.....	65

1. INTRODUÇÃO

Para as mulheres, receber um diagnóstico de câncer de mama é um momento delicado e carregado de emoções e incertezas frente ao prognóstico da patologia. A mulher passa por um período de inseguranças quanto ao curso de sua vida e aos tratamentos que serão necessários para sua cura.

Neste contexto, este trabalho pretende abordar a autopercepção das mulheres mastectomizadas ou em tratamento para o câncer de mama. Durante o tratamento do câncer de mama a vida da mulher sofre várias alterações nos aspectos físicos, emocionais, laborais, sociais, familiares entre outros. Quando realizada a cirurgia na mama, o seu prejuízo ou a ausência da mama após realizada a mastectomia altera a imagem corporal da mulher, assim torna-se necessário uma intervenção especial a esse grupo de pacientes com a finalidade de entender todo o processo de tratamento, bem como identificar as autopercepções envolvidos nessa fase.

A justificativa para esta pesquisa se fundamenta na necessidade de compreender a autopercepção de mulheres que passaram pela mastectomia e câncer de mama, um procedimento que pode trazer profundas implicações físicas, emocionais e sociais. A análise sob o olhar da Bioética de Proteção oferece um olhar direcionado para o humano, colocando em evidência a importância do cuidado e respeito à dignidade dessas mulheres. Schramm (2016) enfatiza a responsabilidade social e moral em contextos vulneráveis, sendo um prisma essencial para abordar as nuances desse tema.

Essa pesquisa se apresenta como uma contribuição para um campo ainda pouco explorado: a interface entre experiências subjetivas de saúde feminina pós-mastectomia e princípios éticos protetivos. Ao iluminar essas experiências sob o prisma da Bioética de Proteção, espera-se fomentar práticas mais humanizadas no atendimento às pacientes mastectomizadas, bem como influenciar políticas públicas voltadas ao suporte integral dessas mulheres.

A relevância deste tema se estende à comunidade acadêmica e à sociedade em geral. De maneira similar para os pesquisadores e profissionais de saúde, entender como as mulheres percebem a si mesmas e como se sentem no contexto do câncer de mama é importante para desenvolver intervenções mais eficazes e humanizadas que atendam às suas necessidades específicas. No geral, a sociedade

também se beneficia dessa compreensão, pois ela promove um ambiente mais inclusivo e sensível às dificuldades enfrentadas por essas mulheres.

A pergunta norteadora deste trabalho é: “Qual é a autopercepção das mulheres submetidas ao tratamento de câncer de mama em relação a sua qualidade de vida?”.

Essa pesquisa se fez necessária com objetivo geral de abordar as autopercepções da vida de mulheres que foram submetidas ao tratamento do câncer de mama, diante dos vários aspectos inseridos na sua vivência, como relacionamento familiar e funcionamento social, imagem corporal e sexualidade e, por fim, a qualidade de vida.

O objetivo específico é entender como as mudanças após o diagnóstico e tratamento do câncer de mama podem influenciar na qualidade de vida dessas pacientes.

Esse trabalho se baseia numa pesquisa quantitativa, exploratória com pesquisa de campo, realizada de maneira retrospectiva, descritiva e analítica. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HONPAR (Hospital Norte do Paraná) sob parecer de número 6.701.277. Foi aplicado um questionário em um hospital do Norte do Paraná, abrangendo 191 mulheres em tratamento para o câncer de mama.

Os resultados da pesquisa serão discutidos na perspectiva da Bioética de Proteção. A Bioética de Proteção é um instrumento adequado para atender as mulheres em tratamento de enfermidades e, em particular, o câncer de mama. De acordo com Schramm (2008), a Bioética de Proteção prioriza a atenção aos sujeitos vulnerados desprovidos dos meios para atingir seu potencial máximo de saúde. No âmbito da saúde, visa implementar políticas públicas a partir da aplicação e adaptação das ferramentas do saber bioético.

É necessário que a Bioética, visando à proteção dos indivíduos, identifique os meios pelos quais poderia melhorar ou reparar condições de saúde, e que seja avaliada a satisfação e bem-estar das mulheres em tratamento para o câncer de mama. Em particular, após a reparação física da patologia, que sejam avaliados as possíveis deficiências, ajustes e orientações necessárias para um cuidado integral, visando que as pacientes possam obter toda a assistência necessária.

Assim, a Bioética de Proteção surge como um campo fundamental para abordar questões de vulnerabilidade e direitos humanos, especialmente em

contextos de saúde onde a dignidade e o bem-estar dos pacientes são primordiais. A autopercepção emocional de mulheres mastectomizadas ou em tratamento para o câncer de mama, representa uma área crítica que merece atenção devido aos profundos impactos físicos, emocionais e sociais decorrentes da patologia.

No Brasil, o câncer de mama é o segundo mais incidente entre as mulheres (74 mil casos novos previstos por ano até 2025). De acordo com o Instituto Nacional do Câncer (INCA) encontra-se entre as patologias mais temidas devido à alta taxa de incidência e pelas consequências do tratamento com efeitos psicossociais, as quais podem afetar significativamente a vida da mulher.

A mama corresponde a uma região do corpo feminino repleta de simbolismo e podemos perceber mudanças do seu significado em diferentes épocas, contextos históricos e culturais. Apresenta-se com grande importância na estética corporal da mulher, visto que é tida como símbolo de feminilidade, maternidade e sexualidade.

Com a progressão do câncer de mama pode ser necessária a realização da mastectomia ou quadrantectomia, cirurgia na qual a mulher tem o seu seio mutilado de maneira parcial ou total, dependendo do grau de disseminação da patologia. Transformações dolorosas podem ocorrer na vida das mulheres após a retirada da mama podendo ter sua feminilidade e autoimagem alteradas, além do comprometimento da vida sexual e social, dada a importância da mama na esfera feminina.

As técnicas cirúrgicas no tratamento do câncer de mama diminuem o risco de recorrência local e aumentam a sobrevida global. No entanto o processo terapêutico pode acarretar uma série de alterações físicas, tais como, a dor e a restrição da mobilidade do membro superior homolateral à cirurgia que mesmo após o término do tratamento continuam a repercutir negativamente sobre a funcionalidade e a qualidade de vida (Martins *et al.*, 2017).

O câncer de mama é visto com medo e temor por mulheres no Brasil e no mundo, ainda que o número de sobreviventes seja cada vez maior. De acordo com o INCA (2022), é fundamental considerar aspectos como o impacto do diagnóstico e os efeitos do tratamento, não só no bem-estar físico como também na saúde mental da paciente.

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM) (2022), a mastectomia é indicada em 70% dos casos de câncer de mama diagnosticados no país, e sua grande incidência pode ser devido à demora em realizar os exames e iniciar o

tratamento imediato. No Brasil nos últimos 10 anos, 110 mil mulheres passaram por essa cirurgia.

De acordo com Lagana (2007, p. 3),

A população feminina brasileira ainda sofre com as limitações práticas para o acesso a programas de rastreamento por mamografia no controle da doença, resultando em diagnóstico tardio, menores taxas de sobrevivência e pior qualidade de vida quando comparada com mulheres de mesma idade, mesmo status socioeconômico e grupo étnico em países onde a mamografia exibe boa cobertura como parte do protocolo para diagnóstico precoce.

A amputação da mama deixa a mulher mutilada e pode vir acompanhada de sentimentos de vergonha, insegurança e repulsa sexual, carregando fortes repercussões emocionais (Sampaio, 2006). Sendo assim, essas alterações podem ocasionar na mulher sentimentos de raiva, desespero e inadequação.

As mulheres com diagnóstico de câncer de mama estão vivenciando um momento sensível em suas vidas e necessitam de um ambiente acolhedor e seguro para terem o suporte necessário para o enfrentamento da patologia.

O conceito de saúde segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), associa a condição humana salutar não apenas a ausência de doença, de incapacidade ou condição patológica, mas a um estado de completo bem-estar físico, mental e social. É considerada como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (WHOQOL, 1994).

A saúde é regulamentada pela legislação em diversos âmbitos que não apenas visem à ausência de doenças, mas também ações e serviços que promovam a melhoria da qualidade de vida. Para que o paciente descubra a qualidade de vida na medida do possível, a prestação de assistência integral - inclusive terapêutica - deve ser executada em uma perspectiva de minimização de danos à saúde.

Nos cuidados em saúde, o paciente já se encontra naturalmente em posição de vulnerabilidade diante da sua condição de estar doente e desta forma torna-se ainda mais necessário o compromisso dos profissionais e dos gestores de saúde acerca da promoção da qualidade de vida enquanto política pública consistente (Cini; Rosaneli; Sganzerla, 2017). Os autores ainda ressaltam que os cuidados devem estar alinhados ao dever ético de ajudar aqueles que necessitam superar a

sua condição de fragilidade, colaborando com a efetivação de seus direitos e necessidades fundamentais a partir do contexto social em que inseridos.

De acordo com Silva *et al.* (2020), a autopercepção pós-mastectomia está diretamente ligada à identidade corporal e à autoestima das mulheres, aspectos que são profundamente afetados pelo procedimento cirúrgico. O autor ainda argumenta que esta mudança física muitas vezes resulta em sentimentos de perda e insatisfação pessoal. Além disso, a percepção do autor sugere que o apoio social e psicológico desempenha um papel relevante na reconstrução da autoimagem desses pacientes. A abordagem da ética do cuidado propõe intervenções que tratam os sintomas físicos, mas também promovem uma recuperação holística, incluindo aspectos emocionais e psicossociais.

Atualmente, existe um crescente reconhecimento da importância das dimensões psicológicas e sociais no tratamento médico, dentro do cenário de pesquisa em saúde. Nessa perspectiva a autopercepção de vida das mulheres em tratamento para o câncer de mama é um aspecto comumente negligenciado.

Considerando que as mulheres acometidas por essa neoplasia, enfrentam as adversidades decorrentes do adoecimento como instabilidades emocionais, físicas, alterações sociais, na dinâmica familiar e no ambiente de trabalho, torna-se relevante o cuidado e atenção às mulheres com câncer de mama como forma de minimizar os transtornos em todos os âmbitos de vida.

Para Martins *et. al.* (2017), qualidade de vida tem sido uma grande preocupação dos profissionais da saúde, para além do tempo de sobrevida livre da doença. As produções científicas sobre os fatores psicossociais do câncer de mama vêm sendo estudados há algumas décadas, numa tentativa de demonstrar que o câncer de mama representa um problema de saúde pública de grandes proporções.

Além das alterações físicas que ocorrem após a mastectomia, há grandes alterações sociais e emocionais gerando um grande impacto sobre a qualidade de vida das mulheres. Por este motivo, se faz necessário o acompanhamento multiprofissional, visto que o tratamento de câncer de mama deve ser ministrado por uma equipe visando o tratamento integral da paciente com abordagem ampla e que envolve todo o contexto que está sendo vivenciado.

A literatura atual sugere que o tratamento de câncer de mama tem grandes implicações na identidade corporal e na autopercepção das mulheres (Silva; Santos, 2020). Para Garrafa e Porto (2003), essas implicações não se limitam apenas aos

aspectos físicos, mas também abrangem dimensões emocionais e psicológicas. Portanto, ao considerar a Bioética de Proteção, que enfatiza o cuidado especial e a atenção às vulnerabilidades dos indivíduos, é possível identificar lacunas no apoio oferecido às mulheres em tratamento para o câncer de mama.

Desta forma, a análise da autopercepção emocional das mulheres mastectomizadas é uma questão de extrema relevância na busca por um tratamento de câncer de mama mais igualitário e digno. A Bioética de Proteção pode ser uma ferramenta valiosa nesse contexto.

Esta dissertação está organizada em 5 capítulos onde discute-se a representação da mama pelas mulheres. No primeiro capítulo é abordado o conceito de dor total e como é sentida; no segundo é abordado as repercussões físicas sentidas pelas mulheres com câncer de mama e as repercussões emocionais sentidas pelas mesmas; no terceiro os tipos de tratamento disponíveis para as mulheres com câncer de mama; no quarto abordamos a Bioética de Proteção e a vulnerabilidade das mulheres com câncer de mama e no quinto a reconstrução mamária.

2. O MODO COMO AS MULHERES REPRESENTAM O SEIO

As mulheres possuem o seio. O seio ou mama faz parte de um corpo feminino. Os seios das mulheres são carregados de significados que vão além da biologia, refletindo aspectos culturais, sociais e históricos. Através da compreensão dessas representações, podemos promover um diálogo sobre identidade, corpo e a complexidade das experiências das mulheres com câncer de mama.

A representação do seio é algo construído culturalmente e ao longo dos anos vem sofrendo diversas vertentes e tendo o seu significado distinto de acordo com os meios que estão envolvidos.

Desde as primeiras civilizações, as mamas foram associadas à fertilidade e à nutrição. Em muitas culturas antigas, deusas-mães, como a deusa egípcia Ísis, eram frequentemente retratadas com seios fartos, simbolizando a abundância e o sustento da vida. A Estatueta de Vênus, uma escultura na qual estima que tenha sido esculpida entre 28.000 e 25.000 anos antes de Cristo, é uma representação de mulher com os seios avantajados e o seu objetivo parece ser enaltecer apenas a

função de alimento da mama como fonte de nutrição. Provavelmente seriam representações que teriam um cunho de culto, trazendo a importância da fertilidade expressa em seios grandes (Macedo, 2019).

Durante a Idade Média, a percepção das mamas passou a ser moldada por uma perspectiva mais religiosa e moralista. A maternidade era idealizada, mas também havia uma forte repressão à sexualidade feminina. As representações artísticas dessa época muitas vezes refletiam uma visão mais contida e austera, em contraste com as celebrações mais livres das culturas anteriores.

A erotização do seio na cultura ocidental é recente, pois manteve-se, por muito tempo, uma percepção funcional e alimentar dos seios. O olhar sobre a nudez se transformou ao longo dos séculos e apenas no final da Idade Média, no ocidente, é que a nudez passa a ter o sentido erótico que conhecemos hoje (Monteiro, 2006).

De acordo com Macedo (2019), a sexualização dos seios é algo que aparenta ser mais recente se julgarmos pelas pesquisas feitas ao longo da história, o que aparenta ser algo construído pelo ser humano no decorrer do tempo.

Um exemplo de que a representação da mama muda de acordo com a cultura e ao longo do tempo é que ainda hoje podemos ver tribos indígenas que não têm dentro da sua cultura os seios como algo sexual, onde as mulheres não se sentem constrangidas com a exposição dos seios, uma vez que eles estão unicamente ligados à amamentação e nutrição de outro ser.

Com o avanço das discussões sobre feminismo, diversidade e sexualidade, as mamas são vistas não apenas como um símbolo da maternidade, mas também como uma parte da identidade da mulher. A luta pela aceitação do corpo feminino em suas diversas formas é refletida em representações artísticas, na moda e na mídia, promovendo uma nova narrativa que busca libertar as mulheres de estereótipos.

Outro fato que também podemos perceber é que a mama é identificada como símbolo de feminilidade uma vez que ela é utilizada ao longo dos séculos como forma de representação feminina. Essas representações ficaram evidenciadas em alguns momentos históricos nas quais foram utilizadas como meio de expressão da feminilidade, tais como: a manifestação “Queima dos sutiãs” ocorrida em 1968, onde foi realizada como forma de reivindicar a liberdade feminina e se opor aos padrões de beleza impostos pela sociedade; e o movimento feminista que ocorreu na

cerimônia de inauguração do Festival de Berlim, onde ucranianas apareceram com os seios a mostra como forma de protesto (Cordeiro e Mota, 2018).

2.1. DOR TOTAL

Dor total é um conceito que retrata a dor em sua forma integral, vai além do aspecto físico e engloba fatores emocionais, espirituais e psicológicos. Está sendo mais difundido nos últimos anos e tem adquirido notoriedade.

Foi Cicely Saunders a primeira pessoa que falou de dor total, para descrever todos os aspectos presentes na vida do doente com dor. D'alessandro *et al.* (2020) relata que Saunders formulou o termo “dor total”, sendo este um conceito que tem como objetivo abordar o paciente de forma holística, levando em consideração aspectos além da dor física, marcada por aspectos sensitivos, os quais podem impactar diretamente na expressão desse sentimento por parte do paciente e também no manejo dessa sintomatologia. As aflições que permeiam as esferas sociais, psíquicas, espirituais, familiares e financeiras da vida humana são apontadas como fatores na dor total.

2.1.1. Mulheres com câncer de mama e a dor total

O câncer é uma doença agressiva e que apresenta uma ameaça à vida, se não tratada de maneira adequada. A dor total é um sintoma muito presente em pacientes em situações ameaçadoras da vida (Machado *et al.*, 2022). Os autores afirmam que sua caracterização vai além da dor física, levando em consideração os aspectos psicossociais, emocionais, familiares, financeiros e espirituais.

De acordo com Castro *et al.* (2021) a dor física continua tendo posição de destaque em publicações científicas, e quando se torna a principal meta no plano de cuidados, podemos negligenciar outros aspectos intrínsecos à multidimensionalidade desse fenômeno que estariam implicados com a construção do conceito de Dor Total por Cicely Saunders. já que a vivência de dor tem grande influência na qualidade de vida, interferindo ao nível do funcionamento físico, psicológico e social.

Nesta mesma perspectiva, a aplicação dos conceitos de dor total e conforto, na elaboração do planejamento das ações, permite melhor gestão do cuidado,

evitando ações inadequadas que resultam em situações de sofrimento. A mulher com câncer de mama já está inserida em uma situação de estresse, o atendimento prestado pelos profissionais de saúde deve ser elaborado de maneira assertiva e eficaz, tendo em vista um cuidado integral para minimizar a dor total.

A dor resulta de uma complexa e dinâmica interação de sensações, cognições, condutas e emoções. São vários os fatores como: medo, insônia, cansaço, tristeza, raiva, depressão, isolamento e entre outros, que modulam a intensidade da percepção dolorosa para mais.

A dor e sofrimento não são sinônimos (Bayés, 2001). O sofrimento é a vivência da dor em cada pessoa, constitui um fenômeno mais amplo, podendo ser definido como um estado de mal-estar induzido pela ameaça da perda de integridade ou desintegração da pessoa, independentemente da sua causa (Cassell, 1982; Bayés, 2001). Abarca mais dimensões e tem muitas causas potenciais, das quais a dor é só uma delas.

Portanto descrever a experiência dolorosa é essencial para compreender e assim implementar medidas para controle da dor e avaliação da terapêutica aplicada. A avaliação do paciente adoecido visa melhorar a qualidade de vida dos mesmos através da abordagem da dor em todos os seus aspectos, usando para isso o indispensável trabalho em equipe multidisciplinar, suporte medicamentoso e estratégias que incluem uma boa relação com o paciente e sua família e comunicação honesta e compassiva.

2.2. REPERCUSSÕES SENTIDAS PELAS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

2.2.1. Repercussões físicas

O câncer de mama representa grandes mudanças físicas para a mulher. O tratamento ao qual a paciente é submetida pode repercutir em modificações corporais que requerem avaliação e cuidado de uma equipe multiprofissional.

Dentre as complicações mais recorrentes no pós-operatório imediato, está o linfedema, que é um quadro patológico crônico e progressivo, que gera déficit no equilíbrio das trocas de líquidos intersticiais (Luz e Gomes, 2011). Trata-se de um quadro que gera edema nos membros superiores, como restrição de movimentos articulares.

De acordo com Herrera (2013), entre as complicações frequentes estão, anemia hemorrágica, hematoma, seroma, deiscência da cicatriz e infecção da cicatriz. O autor ainda aponta que flebite e tromboflebite da região axilar não parecem ser frequentes. Como complicações tardias destacam-se quelóide, contratura do peitoral maior e lesão do nervo torácico, alterações em amplitude de movimento do ombro, parestesia e dor em ombro e braço, alterações na coluna vertebral e linfedema.

Marinho, Blanco e Júnior (2007) pontuam que as pacientes no pós-operatório imediato de mastectomia podem apresentar alterações como: lesões musculares, lesões de nervos do plexo braquial, hemorragias, complicações cicatriciais, alterações na sensibilidade, fibrose áxilo-peitoral, alterações posturais, algias, diminuição ou perda total da amplitude articular e de movimento, diminuição da força muscular, comprometimento da capacidade respiratória e entre outras. Lahoz (2010), completa adicionando fadiga muscular, diminuição da força, espasmo na região escapular, alteração da postura de cabeça, de ombro, e síndrome da mama fantasma.

No estudo realizado por Beleza (2016), a grande parte das pacientes avaliadas apresentaram elevação do ombro homolateral à cirurgia, inclinação de tronco e rotação de cabeça à esquerda, sugestivas de transferência lateral de peso, juntamente com anteriorização da cabeça. O autor relata que as alterações podem estar relacionadas à adoção de postura antálgica no pós-cirúrgico e ainda de constrangimento pela retirada da mama.

Para Barbosa (2013), a postura corporal de mulheres em tratamento e após o tratamento por câncer de mama apresenta modificações principalmente nas cirurgias de mastectomia. Uma postura equilibrada envolve vários fatores para fazer sua manutenção e na tentativa de recuperar o equilíbrio estas mulheres adotam padrões que causam alterações posturais, mudanças no centro gravitacional e consequentemente contraturas e assimetrias.

Entre as complicações do tratamento oncológico cirúrgico estão a restrição da amplitude de movimento, a diminuição de força muscular, a incidência de dor e a presença de linfedema podem influenciar negativamente na qualidade de vida das pacientes. De acordo com a literatura, a extensão da abordagem axilar, presença de comorbidades, atividade laborativa e idade precoce contribuem significativamente para as restrições de funcionalidade do membro superior homolateral ao tumor.

Compreender as alterações físicas e as possíveis sequelas persistentes após o tratamento, bem como a percepção que essas mulheres têm de si mesmas após a cirurgia, incluindo suas limitações, insatisfações e frustrações, é essencial para promover uma abordagem ética e humanizada na assistência à saúde.

2.2.2. Repercussões emocionais

Estudos recentes indicam que mulheres acometidas pelo câncer de mama são muitas vezes submetidas à mastectomia, como principal forma de tratamento. Neste momento diversos sentimentos perpassam desde o diagnóstico ao tratamento, em razão da importância desse órgão à figura feminina (Santos *et al.*, 2021). De acordo com Lima *et al.* (2018), após o procedimento de mastectomia, é frequente observar que muitas dessas mulheres relatam sentimentos de tristeza e dor.

Devido às alterações corporais e psicológicas decorrentes do tratamento das mulheres em tratamento para o câncer de mama, encontram-se em um estado de vulnerabilidade que exige uma atenção especial. Nessa perspectiva, é necessário investigar como essas mulheres percebem sua identidade e autoestima e quais são os impactos dessa percepção em sua qualidade de vida.

Fobair (2018) relata que diversos estudos têm evidenciado que a autopercepção das mulheres mastectomizadas pode ser profundamente afetada pela perda da mama, resultando em sentimentos de inadequação, diminuição da feminilidade e problemas relacionados à imagem corporal. Nesse sentido, entender essa autopercepção é essencial para desenvolver estratégias que possam mitigar os impactos negativos sobre essas mulheres.

A autopercepção das mulheres submetidas à mastectomia está diretamente ligada à sua imagem corporal e ao conceito socialmente construído de feminilidade (Santos, 2020). A perda total ou parcial do seio representa uma ruptura significativa na identidade feminina, resultando frequentemente em sentimentos de inadequação e baixa autoestima. E este fenômeno tende a aumentar pela cobrança social por padrões estéticos específicos que valorizam atributos físicos associados à feminilidade tradicional.

A bioética de proteção enfatiza a importância da autonomia das pacientes nas decisões sobre seu corpo e tratamento (Schramm; Kottow, 2001). Portanto, é

necessário explicar adequadamente todo o diagnóstico e processo de tratamento indicado pelo médico e esclarecimento de dúvidas, além de oferecer suporte psicológico adequado durante todo o processo terapêutico é fundamental para ajudar essas mulheres a reconstruírem sua autoimagem. Estudos indicam que intervenções psicossociais podem reduzir os níveis de ansiedade e depressão pós-mastectomia, melhorando significativamente a qualidade de vida das pacientes.

De acordo com Sheppard (2008), após a mastectomia, a ausência da mama altera a imagem corporal da mulher, produz sensação de mutilação e perda da feminilidade e sensualidade.

Muitas vezes as doenças com tratamentos mutiladores provocam impedimentos, paralisias, deficiências, além da interrupção na carreira, no cuidado da casa e dos filhos. Essas consequências podem ser vividas de forma muito dolorosa quando essas atividades, que antes eram muito valorizadas, ficam prejudicadas, por conta do contexto vivenciado.

O câncer de mama pode provocar na mulher mudanças em seu estado psicológico decorrentes dos sentimentos de incerteza quanto ao sucesso do tratamento e à possibilidade de recorrência da doença, além dos sentimentos negativos advindos das alterações corporais e do medo da morte (Fonseca *et al.*, 2020, p.17-20).

Frente aos severos impactos do tratamento do câncer de mama sobre a qualidade de vida e funcionalidade da mulher, a equipe multiprofissional deve estar atenta para compreender suas necessidades e promover um suporte adequado e precoce.

2.3. TIPOS DE TRATAMENTO DISPONIBILIZADOS ÀS MULHERES COM CÂNCER DE MAMA

As modalidades de tratamento do câncer de mama possuem indicações que vão de acordo com o estágio e características do tumor. Há terapias locais, como cirurgia e radioterapia e tratamento sistêmico como a quimioterapia, hormonioterapia e terapia biológica.

O câncer consiste em uma enfermidade crônica, caracterizada pelo crescimento celular desordenado, o qual é resultante de alterações no código genético. Segundo o Instituto Nacional de Combate ao Câncer (INCA), o câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais frequente no mundo e o mais comum entre

as mulheres e sua incidência vem aumentando ao longo do tempo, concomitantemente ao aumento da industrialização e da urbanização.

O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença e características do tumor. Em fase inicial, o tratamento tem maior potencial curativo e quando não há sinais de regressão da patologia, o tratamento tem por objetivos melhorar a qualidade de vida. Para Tiezzi (2007), a redução da mortalidade em diagnósticos iniciais sugere que a probabilidade de metástase pode ser influenciada pelo tempo do diagnóstico.

2.3.1 Mastectomia

A mastectomia é o procedimento cirúrgico que consiste na retirada parcial ou total da mama. Ela tem sido utilizada amplamente em mulheres por todo o mundo para o tratamento do câncer de mama em diferentes faixas etárias. O procedimento é realizado quando a mulher não tem indicação de uma cirurgia conservadora (quando é poupado parte do tecido mamário) ou quando demais tratamentos como quimioterapia e radioterapia não possuem eficácia, seja pelo estágio avançado do tumor ou sua localização.

Herrera (2013) define a técnica de mastectomia como sendo a retirada da glândula mamária em bloco cirúrgico único, incluindo os músculos peitorais, bem como uma linfadenectomia da região, células adiposas-ganglionares de toda a pirâmide axilar e do subescapular, incluindo o terço superior da folha anterior do músculo reto abdominal. As técnicas cirúrgicas, bem como as terapias associadas no tratamento do câncer de mama reduzem o risco de recorrência local, metástases e aumentam a sobrevida global, o que consolida um melhor prognóstico que tem ocorrido nos últimos anos.

De acordo com Tiezzi (2007), quanto maior o volume de tecido sadio excisado, menor a probabilidade de remoção incompleta da neoplasia e menor a probabilidade de recorrência local decorrente do crescimento de neoplasia remanescente ao tratamento local. No entanto, quanto maior o volume de tecido mamário removido, menores as chances de obtenção de um resultado cosmético satisfatório.

2.3.2 Quadrantectomia

A quadrantectomia também é conhecida por cirurgia conservadora da mama, pode ser através da ressecção segmentar de mama (segmentectomia) ou através da retirada do tumor (tumorectomia). Segundo Pimentel (2019), este procedimento é o mais utilizado globalmente no tratamento do câncer de mama em estágios iniciais, obtendo taxas de controle da doença iguais à mastectomia, demonstrado através de inúmeros estudos científicos. Alguns estudos atuais evidenciam, inclusive, que a cirurgia conservadora da mama pode ser superior à mastectomia. Este tratamento é sempre complementado pela radioterapia mamária que, frequentemente, é realizada em até 90 dias após o procedimento.

2.4. BIOÉTICA DE PROTEÇÃO E A VULNERABILIDADE DAS PACIENTES EM TRATAMENTO PARA O CÂNCER DE MAMA

A Bioética de Proteção emerge como uma abordagem relevante para compreender estas implicações, oferecendo um olhar atento às vulnerabilidades e necessidades dessas mulheres. A autopercepção das mulheres mastectomizadas é um aspecto crucial que merece atenção especial.

Segundo Schramm (2017), a Bioética de Proteção visa resguardar indivíduos em situações de vulnerabilidade, garantindo que suas necessidades específicas sejam reconhecidas e atendidas. Para Pessini e Felício (2009), a reflexão bioética se presta para clarificar as ações empreendidas, no sentido de que fortaleçam o mais possível a dignidade de pacientes e familiares e de qualquer um que se encontre mais fragilizado por dificuldades emocionais.

De acordo com Elmir *et al.* (2010), o diagnóstico e o tratamento do câncer de mama podem resultar em uma série de problemas psicológicos, incluindo depressão, ansiedade, e problemas de autoimagem. Ao enfatizar um cuidado voltado para a mulher, a Bioética de Proteção propõe estratégias para mitigar esses impactos negativos.

A compreensão da autopercepção emocional dessas mulheres é fundamental para proporcionar um tratamento mais igualitário e digno. Portanto, é necessário que os profissionais de saúde considerem a Bioética de Proteção ao cuidar dessas mulheres. Uma abordagem ética que enfatiza a necessidade de proteger os

indivíduos vulneráveis e respeitar sua dignidade e direitos é fundamental nesse contexto (Garrafa; Prado, 2001). Conforme Garrafa (2018) destaca, a aplicação dos princípios bioéticos deve considerar não apenas os aspectos clínicos do tratamento, mas também os efeitos psicossociais e culturais envolvidos no processo pós-mastectomia.

Mulheres com menor fluxo de acesso ao tratamento do câncer não se beneficiam da rede de atenção a contento. Dessa forma, políticas públicas podem ser desenhadas para garantir equidade no atendimento e suporte integral às necessidades desses pacientes. Talvez um dos fatores mais importante é que a Bioética de Proteção pode guiar a implementação de políticas e práticas que busquem garantir o bem-estar emocional dessas mulheres, respeitando sua dignidade (Garrafa; Porto, 2003).

Sendo assim, a Bioética de Proteção pode se tornar um instrumento relevante na busca por um tratamento mais igualitário e digno para as mulheres submetidas ao tratamento do câncer de mama. A autopercepção emocional dessas mulheres não deve ser ignorada; pelo contrário, deve ser incorporada ao plano de tratamento para garantir que suas necessidades emocionais sejam atendidas.

A bioética busca garantir que as decisões médicas e os cuidados de saúde sejam moralmente justos e respeitem os direitos e a dignidade das pessoas afetadas pela doença.

As disparidades socioeconômicas e geográficas podem criar barreiras significativas no acesso a serviços de saúde de qualidade, incluindo rastreamento, diagnóstico precoce, tratamento e apoio psicossocial. Portanto, é essencial adotar abordagens que promovam a justiça distributiva e garantam que todas as pacientes tenham acesso igualitário aos recursos necessários para o tratamento e cuidados de acompanhamento.

O tratamento do paciente com câncer de mama exige uma abordagem que leve em consideração não apenas os aspectos clínicos da doença, mas também os valores, direitos e necessidades individuais das pacientes. É essencial que os profissionais de saúde, pesquisadores e formuladores de políticas trabalhem em conjunto para garantir que os cuidados e tratamentos sejam moralmente justos, equitativos e centrados no paciente.

2.5. RECONSTRUÇÃO MAMÁRIA

Quando a mastectomia se faz necessária e tendo em vista todas as repercussões emocionais e físicas que podem ser ocasionadas pela perda da mama na autoestima, autoimagem e percepção corporal das mulheres ocorreu a sanção da Lei nº 9.797, de 5/5/1999, onde fica garantido o direito de realização da cirurgia plástica reconstrutora da mama pelo Sistema Único de Saúde (SUS) a todas as mulheres que sofreram mutilação do seio devido o tratamento de câncer. Essa foi a conquista de um direito muito importante a todas as mulheres mastectomizadas, porém não era especificado o prazo.

Em 24 de abril de 2013 a Lei da Reconstrução Mamária nº 12.802/2013 veio para melhorar a assistência às mulheres. Nela, prevê que pacientes submetidas à mastectomia têm o direito de realizar a reconstrução mamária por meio do SUS agora de maneira imediata após a retirada do tumor como forma de restabelecimento do padrão estético.

Segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia (SBM), apenas 20% das 92,5 mil mulheres que retiraram as mamas entre os anos de 2008 e 2015 passaram pelo procedimento de reconstrução. De acordo com a instituição, a reconstrução mamária imediata é viável em cerca de 90% dos casos.

A reconstrução mamária pode restaurar a forma e a integridade física da paciente, além de proporcionar outros benefícios. Embora seja um direito garantido por lei, seja de forma imediata ou tardia, muitas mulheres enfrentam longas esperas para a realização do procedimento devido à alta demanda, à burocracia do sistema de saúde e a desafios relacionados à eficácia da reconstrução, como complicações pós-operatórias e rejeição do implante.

Visto que a ausência da mama pode acarretar implicações e repercussões negativas na vida das mulheres que passaram por uma extração é necessário um acompanhamento mais próximo às mulheres e um olhar voltado para a necessidade de proporcionar meios para que a reconstrução torne-se uma realidade na vida das mulheres que tenham o desejo pela reparação estética.

3. METODOLOGIA E RESULTADOS DA PESQUISA

O presente estudo se baseia numa pesquisa documental, retrospectiva e analítica, realizada através do banco de dados, feita de maneira quantitativa. A pesquisa teve sua aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Norte do Paraná (HONPAR) sob parecer de número 6.701.277.

A pesquisa quantitativa é um método de pesquisa social que utiliza a quantificação nas modalidades de coleta de informações e no seu tratamento, mediante técnicas estatísticas, tais como percentual, média, desvio-padrão, coeficiente de correlação, análise de regressão, entre outros (Michel, 2005).

O estudo ocorreu em duas etapas definidas a seguir:

Na primeira etapa, foi realizada uma revisão da literatura sobre o contexto emocional em que vivem mulheres que estão realizando o tratamento do câncer de mama e os princípios da Bioética de Proteção de acordo com alguns autores como Schramm (2008), Pessini (2009), Garrafa (2018), entre outros.

Na segunda etapa, foi realizada a coleta de informações no banco de dados do HONPAR, na cidade de Arapongas, no estado do Paraná. O instrumento utilizado neste trabalho foi elaborado e aplicado pelo setor de oncologia do hospital nos anos de 2014 a 2022. Para a utilização do questionário o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e aprovado. Após isto, a pesquisadora teve acesso ao Banco de dados para a realização da pesquisa. O questionário foi respondido por mulheres em tratamento como o câncer que estavam sendo atendidas no HONPAR, porém para esse estudo selecionamos apenas as mulheres que apresentavam câncer de mama sendo um total de 191 participantes. O questionário é composto por dados sócio demográficos para composição da amostra e por 26 perguntas com questões de múltiplas escolhas relacionadas à autopercepção emocional e de bem-estar cotidiano aplicadas às pacientes que realizaram tratamento de câncer na referida instituição.

O questionário (Apêndice 1) é composto por questões que abordam os seguintes temas: vida social (questões 3, 6 e 18), aceitação própria (questões 22, 14 e 21), satisfação (questões 7, 8, 11, 13 e 16), apoio recebido (questões 12 e 19), perspectivas futuras (questões 9 e 17), amor (questão 20), autonomia (questão 10), sentimentos negativos (questão 15) e referentes a qualidade de vida (questão 24). Este questionário não foi validado em estudos anteriores, por ter sido idealizado com

outros fins, ele não passou por validação prévia, no entanto é constituído de questões que fornecem uma boa base para identificar as autopercepções.

O questionário foi elaborado e aplicado pelo setor de oncologia do HONPAR, foi originalmente realizado com a finalidade de analisar o contexto de vida das mulheres em atendimento no setor antes e após o recebimento de prótese externa ou peruca. A iniciativa para a realização do questionário foi a pedido da instituição que doou próteses externas e perucas. O questionário teve sua aplicação durante os anos de 2014 a 2022 e até o presente momento, esse questionário não havia sido utilizado para fins de pesquisa acadêmica. Apesar de originalmente ele ter sido aplicado com um objetivo, para esta pesquisa, ele apresenta um conjunto completo de perguntas que podem ser usadas para justamente analisar a autopercepção física, emocional, o contexto de vida e das pacientes, que é o objetivo do presente trabalho.

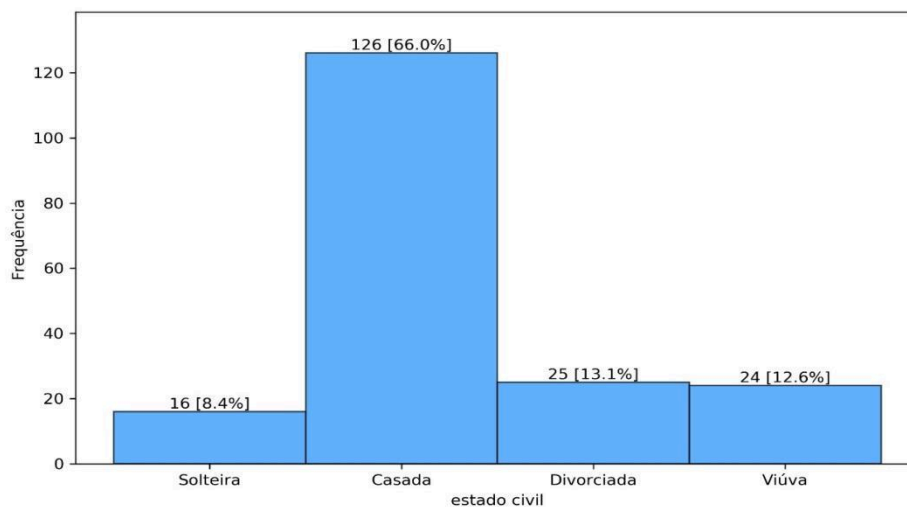
Por se tratar de estudo retrospectivo e pelos dados já estarem coletados, houve dispensa do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), às participantes, com base em uma normativa específica onde no contexto de pesquisa com seres humanos no Brasil, a Resolução nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde menciona que, em algumas circunstâncias. Pode-se dispensar o TCLE para o uso de dados já coletados desde que de forma anônima.

O banco de dados contava com mais de 400 questionários que haviam sido aplicados, desses foram incluídos no estudo o questionário de pacientes com câncer de mama e foram excluídos do estudo pacientes com outros tipos de câncer ou com câncer em mais de um local. Desta forma participaram da pesquisa 191 mulheres. A extração de dados do questionário organização das respostas e sua análise, ocorreu no período de março a maio de 2024.

A caracterização da amostra se deu através de perguntas como: idade, escolaridade, estado civil, renda, número de filhos e entre outros. A idade das participantes variou entre 24 e 83 anos, apresentando uma média e desvio padrão de 55 ± 12 anos.

Conforme apresentado na Figura 1, a maioria das participantes estavam casadas (66%), enquanto uma fração menor de participantes estavam divorciadas (13,1%) ou viúvas (12,6%), e apenas 8,4% delas eram solteiras.

Figura 1 - Estado civil das participantes da pesquisa



Fonte:

Outra informação relevante foi sobre o número de filhos das participantes. De acordo com o Quadro 1, a maioria das participantes tinham entre 2 (31,9%) e 3 filhos (26,7%), seguidas de participantes com apenas um filho (13,6%). Os grupos menos populosos foram aqueles com mais de 5 filhos (11,5%), com nenhum filho (9,9%) e com 4 filhos (6,3%).

Quadro 1 – Número de filhos das participantes da pesquisa

NÚMERO DE FILHOS	Frequência	Porcentagem
1	26	13,6%
2	61	31,9%
3	51	26,7%
4	12	6,3%
5 ou mais	22	11,5%
Nenhum	19	9,9%
Total	191	100,0%

Fonte: a autora (2024)

Em relação à escolaridade das participantes, o Quadro 2 apresenta que mais da metade das participantes (50,8%) tinham o primário incompleto, enquanto o secundário completo foi encontrado sendo o segundo mais frequente entre as participantes (19,4%), o primário completo foi o terceiro grupo mais frequente (11,5%), porém uma parte das entrevistadas (9,9%) não responderam a pergunta e

apenas 8,4 % apresentavam a educação profissional completa. A baixa escolaridade é uma questão preocupante que perpetua ciclos de vulnerabilidade em diversas esferas da vida. Embora a educação seja um direito fundamental, muitas mulheres ainda enfrentam barreiras significativas que as impedem de acessar e concluir seus estudos. Isso resulta em uma série de desvantagens, tanto sociais quanto econômicas.

A baixa escolaridade impacta diretamente a saúde e o bem-estar. Mulheres com menos anos de estudo têm menos acesso a informações sobre saúde, planejamento familiar e direitos, o que pode resultar em um maior risco de problemas de saúde física e mental.

Quadro 2 – Escolaridade das participantes da pesquisa

ESCOLARIDADE	Frequência	Porcentagem
primário incompleto	97	50,8%
primário completo	22	11,5%
secundário completo	37	19,4%
educação profissional completo	16	8,4%
não respondeu	19	9,9%
Total	191	100,0%

Fonte: a autora (2024)

Em relação à renda das participantes o Quadro 3 mostra que a maioria delas (35,6%) relatou uma renda familiar entre um e dois salários mínimos (25,7%) não respondeu a questão, entretanto a segunda faixa de renda mais frequente entre as participantes foi de até um salário mínimo (23%), a terceira faixa de renda mais encontrada foi entre dois e três salários mínimos (12,6%), a quarta mais indicada foi três e quatro salários mínimos (2,1%) e entre quatro e cinco salários e acima de cinco salários, houve a mesma frequência (0,5%). Este dado mostra que a maior parte das participantes, são pessoas de baixa renda, vivendo com um ou dois salários mínimos. Isso vai de encontro à falta de educação que limita as oportunidades de emprego e consequentemente encaminha para trabalhos mal remunerados.

Quadro 3 - Renda familiar das participantes da pesquisa

RENDA	Frequência	Porcentagem
até 1 salário mínimo	44	23,0%
1 a 2 salários mínimos	68	35,6%
2 a 3 salários mínimos	24	12,6%
3 a 4 salários mínimos	4	2,1%
4 a 5 salários mínimos	1	0,5%
acima de 5 salários mínimos	1	0,5%
não respondeu	49	25,7%
Total	191	100,0%

Fonte: a autora (2024)

Em relação à ocupação o Quadro 4 aponta que a maioria (37,2%) não respondeu a situação em que se encontravam, o segundo grupo mais frequente foi as que estavam recebendo o auxílio-doença (18,3%), o terceiro foi composto pelas aposentadas (15,7%) seguido pelas desempregadas (11,5%) e pelas que estavam aguardando perícia (9,9%), algumas mulheres se encontravam em outra situação (6,3%) e a minoria trabalhando (1%).

Observando o Quadro 4 abaixo percebemos que a maioria das participantes (37,2%) não respondeu a situação em que estavam, pode ser por não saberem ao certo dentro de quais das opções elas se encaixavam melhor. Talvez ainda não tivessem uma situação definida e não informaram.

Apenas duas participantes das 191 conseguiram trabalhar durante a realização do tratamento para o câncer de mama.

Quadro 4 – Ocupação das participantes da pesquisa

OCUPAÇÃO	Frequência	Porcentagem
Desempregada	22	11,5%
aguardando perícia	19	9,9%
recebendo auxílio-doença	35	18,3%
Aposentada	30	15,7%
Trabalhando	2	1,0%
Outros	12	6,3%
não respondeu	71	37,2%
Total	191	100,0%

Fonte: a autora (2024)

Portadores de câncer possuem alguns direitos garantidos como: auxílio doença, amparo assistencial, isenção de imposto de renda na aposentadoria, tratamento fora de domicílio no SUS, licença para tratamento, reconstrução mamária e entre outros. Dentre as participantes da pesquisa até o momento da entrevista nenhuma tinha realizado a reconstrução mamária.

O perfil sociodemográfico encontrado nessa pesquisa é representado por mulheres com uma baixa escolaridade e também com baixa renda, que utilizaram o SUS como forma de saúde.

O Quadro 5 apresenta a quantidade de participantes que realizaram a mastectomia, quadrantectomia e quantas ainda aguardavam pela cirurgia no momento da entrevista. A mastectomia foi a cirurgia mais realizada (71,1%) seguida da quadrantectomia (15,2%) e a menor parte das participantes ainda não tinha realizado a cirurgia (13,1%).

Quadro 5 – Tratamento realizado pelas participantes da pesquisa

	Frequência	Porcentagem
Aguardando cirurgia (G1)	25	13,1%
Quadrantectomia (G2)	29	15,2%
Mastectomia (G3)	137	71,7%
Total	191	100,0%

Fonte: a autora (2024)

Neste trabalho as participantes foram divididas em três grupos, com numeração definida de acordo com o tipo de tratamento realizado: G1 pacientes que aguardam pela cirurgia para o tratamento do câncer de mama, G2 pacientes que realizaram a quadrantectomia, e G3 pacientes que realizaram a mastectomia para o tratamento do câncer de mama. Optamos por essa divisão em grupos de acordo com o tratamento realizado no momento da entrevista para a apresentação dos resultados das perguntas pertinentes a autopercepção, visto que desta podemos obter dados de todas as participantes e também realizar a comparação entre os grupos analisando se há diferença nos resultados das questões, sendo assim podemos comparar dados entre os grupos e analisar melhor se há diferenças nas respostas entre quem realizou ou não a cirurgia e também se o tipo da cirurgia interfere no resultado.

Quando as mulheres em tratamento para o câncer de mama foram questionadas sobre o quão satisfeitas estavam com a saúde, a maioria respondeu estar satisfeita independente do tratamento realizado. O Quadro 6 indica a frequência e porcentagem. A alternativa satisfeita foi indicada em 64,2% das que fizeram mastectomia (nesta pesquisa nomeada de G3), em 60% das que ainda aguardava pela cirurgia (nesta pesquisa nomeada de G1) e por 58,6% quem realizou a quadrantectomia (nesta pesquisa nomeada de G2), o que é um fato que merece atenção visto que para esse questionamento independente do tipo de procedimento realizado a satisfação está presente em ambos os casos. Optou-se por categorizar em G1, G2 e G3, para diferenciar as respondentes quanto a sua situação no momento da aplicação do questionário.

Quadro 6 - O quão satisfeita você está com sua saúde?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Muito insatisfeito	0 (0%)	1 (3,4%)	0 (0%)	1 (0,5%)
Insatisfeito	1 (4%)	2 (6,9%)	9 (6,6%)	12 (6,3%)
nem satisfeito, nem insatisfeito	5 (20%)	9 (31,0%)	23 (16,8%)	37 (19,4%)
Satisfeito	15 (60%)	17 (58,6%)	88 (64,2%)	120 (62,8%)
Muito satisfeito	4 (16%)	0 (0%)	17 (12,4%)	21 (11,0%)
Total	25	29	137	191

Fonte: a autora (2024)

No Quadro 7, quando as participantes da pesquisa foram questionadas sobre o quão felizes estavam com o que se pode esperar daqui para frente, 54,5% respondeu estar “feliz”. Duas participantes mastectomizadas (G3) e uma quadrantectomizada (G2) relataram estar “muito infeliz”. A opção “infeliz” foi adotada por cinco pacientes mastectomizadas e por uma quadrantectomizada. A categoria feliz, é similar para todos os grupos de participantes: G1, G2 e G3.

As opções “muito infeliz” e “infeliz”, não foram citadas por nenhuma paciente que aguardava pela cirurgia. Todos esses dados estão presentes no Quadro 7.

Quadro 7 - O quão feliz você está com o que se pode esperar daqui para frente?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Muito infeliz	0 (0%)	1 (3,4%)	2 (1,5%)	3 (1,6%)
Infeliz	0 (0%)	1 (3,4%)	5 (3,6%)	6 (3,1%)
Nem feliz, nem infeliz	4 (16%)	1 (3,4%)	17 (12,4%)	22 (11,5%)
Feliz	14 (56%)	16 (55,2%)	74 (54,0%)	104 (54,5%)
muito feliz	7 (28%)	10 (34,5%)	39 (28,5%)	56 (29,3%)
Total	25	29	137	191

Fonte: a autora (2024)

Quando as mulheres em tratamento foram questionadas sobre a frequência com que apresentam sentimentos negativos 52,9% das participantes responderam apresentar “algumas vezes”, porém houve variação entre os grupos. Um dado importante foi que 26,3% das participantes mastectomizadas (G3) relatam “nunca” ter sentido, das que fizeram a quadrantectomia (G2) 20,7% relatam o mesmo.

Todos os demais resultados para essa questão podem ser consultados no Quadro 8.

Quadro 8 - Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Nunca	9 (36%)	6 (20,7%)	36 (26,3%)	51 (26,7%)
algumas vezes	12 (48%)	16 (55,2%)	73 (53,3%)	101 (52,9%)
Frequentemente	2 (8%)	2 (6,9%)	10 (7,3%)	14 (7,3%)
muito frequentemente	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,2%)	3 (1,6%)
Sempre	2 (8%)	5 (17,2%)	12 (8,8%)	19 (9,9%)
não respondeu	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,2%)	3 (1,6%)
Total	25	29	137	191

Fonte: a autora (2024)

Quando as participantes da pesquisa foram questionadas sobre o quão satisfeitas estavam com a vida sexual, 52,9% das participantes responderam estar satisfeitas. A opção satisfeita é a mais informada por todos os grupos G1, G2 e G3. A opção “muito insatisfeita” foi selecionada por duas pacientes que realizaram a mastectomia e por uma que realizou a quadrantectomia. As que relataram estar insatisfeitas apresentaram porcentagens próximas independente do tratamento. Das

realizaram a quadrantectomia, 13,8% relataram estar muito satisfeitas, enquanto 5,8% das mastectomizadas assinalaram essa opção.

Todos os demais resultados para essa questão podem ser consultados no Quadro 9, abaixo.

Quadro 9 - Quão satisfeita você está com sua vida sexual

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
muito insatisfeito	0 (0%)	1 (3,4%)	2 (1,5%)	3 (1,6%)
Insatisfeito	3 (12%)	3 (10,3%)	12 (8,8%)	18 (9,4%)
nem satisfeito, nem insatisfeito	8 (32%)	2 (6,9%)	29 (21,2%)	39 (20,4%)
Satisfeito	12 (48%)	18 (62,1%)	83 (60,6%)	113 (59,2%)
muito satisfeito	2 (8%)	4 (13,8%)	8 (5,8%)	14 (7,3%)
não respondeu	0 (0%)	1 (3,4%)	3 (2,2%)	4 (2,1%)
Total	25	29	137	191

Fonte: a autora (2024)

Quando as participantes foram questionadas sobre como avaliavam a sua qualidade de vida (Quadro 10), 56% do total de participantes respondeu como “boa”. Uma paciente mastectomizada (G3) relatou como “muito ruim” e três delas como “ruim”. Essas duas opções mais negativas, não foram relatadas pelos G1 e G2 sugerindo um quadro mais promissor para as pacientes que não realizaram a mastectomia.

Quadro 10 - Como você avaliaria sua qualidade de vida

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Muito ruim	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,5%)
Ruim	0 (0%)	0 (0%)	3 (2,2%)	3 (1,6%)
Nem boa, nem ruim	3 (12%)	6 (20,7%)	26 (19,0%)	35 (18,3%)
Boa	16 (64%)	15 (51,7%)	76 (55,5%)	107 (56,0%)
Muito boa	3 (12%)	6 (20,7%)	21 (15,3%)	30 (15,7%)
Não respondeu	3 (12%)	2 (6,9%)	10 (7,3%)	15 (7,9%)
Total	25	29	137	191

Fonte: a autora (2024)

Quando as mulheres em tratamento foram questionadas sobre a capacidade de aceitar sua aparência física 52,4% das participantes responderam como

“completamente capazes”. Das que estão completamente satisfeitas a diferença entre as que aguardam pela cirurgia (G1) e as que realizaram a quadrantectomia (G2) é muito próxima, com 60% e 58,6% respectivamente, enquanto as que realizaram a mastectomia (G3) o percentual foi de 49,6%. Todos os demais resultados para essa questão podem ser consultados no Quadro 11, abaixo.

Quadro 11 - Você é capaz de aceitar sua aparência física

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Nada	1 (4%)	1 (3,4%)	5 (3,6%)	7 (3,7%)
muito pouco	4 (16%)	6 (20,7%)	14 (10,2%)	25 (12,6%)
Médio	3 (12%)	2 (6,9%)	30 (21,9%)	35 (18,3%)
Muito	1 (4%)	2 (6,9%)	17 (12,4%)	20 (10,5%)
Completamente	15 (60%)	17 (58,6%)	68 (49,6%)	100 (52,4%)
não respondeu	1 (4%)	1 (3,4%)	3 (2,2%)	5 (2,6%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

O Quadro 12 apresenta os dados sobre a capacidade de desempenhar as atividades no dia a dia. A maior parte das respondentes de todos os grupos, responde satisfeita. Quando as mulheres foram questionadas sobre o quão satisfeitas estavam com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia, uma paciente mastectomizada (G3) relatou estar muito insatisfeita com a condição. Pacientes mastectomizadas aparecem mais insatisfeitas do que as quadrantectomizadas (G2) e as que aguardam pela cirurgia também tem insatisfação maior, quando comparadas às que retiraram um quadrante mamário. Das que realizaram a quadrantectomia, 17,2% relataram estar muito satisfeitas com a capacidade de realizar as atividades, enquanto na mastectomia apenas 4,4% estão muito satisfeitas.

Quadro 12 - Quão satisfeita você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Muito insatisfeito	0 (0%)	0 (0%)	1 (0,7%)	1 (0,5%)
Insatisfeito	3 (12%)	1 (3,4%)	20 (14,6%)	24 (12,6%)
Nem satisfeito, nem insatisfeito	7 (28%)	8 (27,6%)	50 (36,5%)	65 (34,0%)
Satisfeito	12 (48%)	15 (51,7%)	60 (43,8%)	87 (45,5%)
Muito satisfeito	3 (12%)	5 (17,2%)	6 (4,4%)	14 (7,3%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

Em relação ao apoio recebido, o Quadro 13 apresenta a resposta para esse questionamento, e indica que 50,8 % aparentam estar “muito satisfeita” com o apoio recebido, nos três grupos (G1, G2 e G3), seguida daquelas que estão satisfeitas. A rede de apoio é tida como parte fundamental para o bem-estar emocional, através dela podemos lidar de forma mais saudável com as adversidades da vida. Os demais dados estão apresentados no Quadro 13 abaixo.

Quadro 13 - Como você se sente com o apoio que recebe dos outros quando necessita?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Muito insatisfeito	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,5%)	2 (1,0%)
Insatisfeito	1 (4,0%)	3 (10,3%)	3 (2,2%)	7 (3,7%)
Nem satisfeito, nem insatisfeito	4 (16%)	6 (20,7%)	22 (16,1%)	32 (16,8%)
Satisfeito	8 (32%)	6 (20,7%)	39 (28,5%)	53 (27,7%)
Muito satisfeito	12 (48%)	14 (48,3%)	71 (51,8%)	97 (50,8%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

O companheirismo é um aspecto fundamental da existência humana e possui relação com o bem-estar geral. Quando questionados sobre até que ponto possuem sentimento de companheirismo, a resposta mais encontrada com 51,8% foi “bastante” sentimento de companheirismo, como pode ser observado no Quadro 14 abaixo. Isto indica que elas relatam que têm apoio e solidariedade das pessoas próximas como familiares, parentes, colegas, vizinhos, profissionais da saúde e outros.

Quadro 14 - Até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Nada	0 (0%)	0 (0%)	2 (1,5%)	2 (1,0%)
Muito pouco	2 (8%)	4 (13,8%)	6 (4,4%)	12 (6,3%)
Médio	6 (24%)	3 (10,3%)	23 (16,8%)	32 (16,8%)
Bastante	10 (40%)	17 (58,6%)	72 (52,6%)	99 (51,8%)
Extremamente	7 (28%)	5 (17,2%)	34 (24,8%)	46 (24,1%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

Quando questionadas sobre oportunidade de atividades de lazer as alternativas mais frequentes foram “médio” com 35,6% foi a mais informada por todos os grupos G1, G2 e G3 e “muito pouco” com 34%. Isto denota que o lazer ainda está pouco inserido na vida das participantes. De acordo com Kana e Silva (2024), saúde e lazer são duas áreas essenciais ao bem-estar geral de uma pessoa e sua qualidade de vida. O lazer tem um papel essencial na redução do estresse, na melhoria do humor e na promoção da saúde mental. As demais informações estão descritas no Quadro 15.

Quadro 15 - Em que medida você tem a oportunidade de praticar atividades de lazer?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Nada	0 (0%)	4 (13,8%)	8 (5,8%)	12 (6,3%)
Muito pouco	3 (12%)	12 (41,4%)	50 (36,5%)	65 (34,0%)
Médio	16 (64%)	8 (27,6%)	44 (32,1%)	68 (35,6%)
Muito	2 (8%)	1 (3,4%)	20 (14,6%)	23 (12,0%)
Completamente	4 (16%)	4 (13,8%)	14 (10,2%)	22 (11,5%)
Não respondeu	0 (0%)	0 (0,0%)	1 (0,7%)	1 (0,5%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

Quando questionadas sobre se sentir à vontade para frequentar vários locais (como lazer, passeios, shopping e entre outros), não houve uma padronização das respostas entre os grupos. A alternativa mais indicada pelas participantes no grupo da mastectomia (G3) foi a resposta “sempre” com 40,9% visto que a mastectomia acarreta mais alterações estéticas que a quadrantectomia (G2), esse fator pode não

ser determinante em se sentirem à vontade já que nesse grupo a mesma alternativa foi indicada por 24,1% das componentes. As demais respostas podem ser observadas no Quadro 16 abaixo.

Quadro 16 – Você se sente à vontade em frequentar vários tipos de locais?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Raramente	4 (16%)	5 (17,2%)	24 (17,5%)	33 (17,3%)
Pouco	5 (20%)	8 (27,6%)	26 (19,0%)	39 (20,4%)
Às vezes	6 (24%)	6 (20,7%)	14 (10,2%)	26 (13,6%)
Sempre	5 (20%)	7 (24,1%)	56 (40,9%)	68 (35,6%)
Frequentemente	2 (8%)	2 (6,9%)	9 (6,6%)	13 (6,8%)
Não respondeu	3 (12%)	1 (3,4%)	8 (5,8%)	12 (6,3%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

Quando questionadas sobre liberdade e autonomia, podemos perceber que apesar de todas as participantes da pesquisa possuírem responsabilidades legais por si e terem nível de consciência preservado, ainda assim há mulheres que sentem “muito pouca” 7,3% ou “média liberdade” 36,6% em tomar suas próprias decisões. Isto significa que em alguns momentos elas não sentem autonomia para decidirem sobre as questões que envolvem as suas vidas, isso pode ocorrer por dependência de outras pessoas ou por não se sentirem capazes de tomar as próprias decisões, delegando assim essa responsabilidade para terceiros.

As demais respostas podem ser observadas no Quadro 17.

Quadro 17 - Quanta liberdade você tem para tomar suas próprias decisões?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Nada	0 (0%)	0 (%)	0 (%)	0 (0%)
Muito pouco	1 (4%)	3 (10,3%)	10 (7,3%)	14 (7,3%)
Médio	10 (40%)	14 (48,3%)	46 (33,6%)	70 (36,6%)
Muita	7 (28%)	8 (27,6%)	33 (24,1%)	48 (25,1%)
Completamente	7 (28%)	4 (13,8%)	48 (35,0%)	59 (30,9%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

Quando questionadas sobre sentimento de amor em sua vida, a resposta mais frequente foi “muito” com 55,5%. As participantes que sentem amor em sua vida, com a categoria ‘completamente’, também tem percentual elevado 33,5% em todas as categorias (G1, G2 e G3) e em menor % são aquelas que não sentem nada ou muito pouco. O sentimento de amor na vida é fundamental e a base para os demais sentimentos positivos, como pode ser observado no Quadro 18.

Quadro 18 - Até que ponto você sente amor em sua vida?

Grau de satisfação	G1	G2	G3	TOTAL
Nada	1 (4%)	1 (3,4%)	0 (0,0%)	2 (1,0%)
Muito pouco	0 (0%)	2 (6,9%)	7 (5,1%)	9 (4,7%)
Médio	2 (8%)	0 (0,0%)	8 (5,8%)	10 (5,2%)
Muito	12 (48%)	19 (65,5%)	75 (54,7%)	106 (55,5%)
Completamente	10 (40%)	7 (24,1%)	47 (34,3%)	64 (33,5%)
Total	25	29	134	191

Fonte: a autora (2024)

Na Tabela 1 a seguir estão as correlações significativas encontradas a partir da questão “o quão satisfeito você está com sua saúde” com todas as questões analisadas no questionário. As correlações positivas mais expressivas com essa questão foram: o quão satisfeita você está com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia (0,37); o quão satisfeita você está consigo mesma (0,37) e também apresentou uma correlação negativa com a questão: com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão (-0,16).

Esses dados mostram a importância da manutenção da autonomia no dia a dia e a necessidade de se preservar as habilidades requeridas para desempenhar as atividades cotidianas. Estar satisfeito consigo mesmo, tem relação com manter o desempenho e habilidades, com o que se pode realizar e o oferecer a si e aos demais por meios dos próprios recursos. A realização de movimentos simples, que realizamos de maneira automática, quando se tornam difíceis ou são comprometidos, torna uma grande frustração o desempenho limitado. Desta maneira chamamos a atenção para a importância de um bom acompanhamento multiprofissional durante todo o tratamento para que haja o mínimo de perdas e comprometimentos.

Tabela 1 – Correlação da questão “O quão satisfeita você está com sua saúde?”
com as demais questões do estudo

O quão satisfeita você está com sua saúde?	Spearman	Rank	p-value
Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	0,23	**	<0.01
Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	0,23	**	<0.01
Quão satisfeito você está com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	0,37	**	<0.01
Até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida?	0,20	**	<0.01
Você se sente satisfeita com sua vida?	0,24	**	<0.01
Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	-0,16	*	0.03
Quão satisfeito você está com sua vida sexual?	0,16	*	0.03
O quanto você pode aproveitar a vida?	0,23	**	<0.01
Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	0,23	**	<0.01
Até que ponto você sente amor em sua vida?	0,20	**	<0.01
Você se sente satisfeita com o seu corpo?	0,22	**	<0.01
Quão satisfeita você está consigo mesma?	0,37	**	<0.01
Como você avalia sua qualidade de vida?	0,20	**	<0.01

Fonte: a autora (2024)

A questão “o quão feliz você está com o que se pode esperar daqui para frente” indica perspectivas de vida futura, a respeito de expectativas e possibilidades, e quando relacionamos com os dados, obtivemos como correlações mais significativas: “condição atual de trabalho” e “até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer”. Aqui novamente observamos o quanto é importante a manutenção de condições físicas e emocionais. Manter a capacidade de realizar as atividades que se deseja depende de ambos os fatores. Estar em uma condição de trabalho que permita estar confortável com a situação influencia de maneira significativa no bem-estar e em perspectivas futuras. Dados de todas as correlações com significância estão apresentados na Tabela 2 a seguir.

Tabela 2 – Correlação da questão “O quão feliz você está com o que se pode esperar daqui para frente?” com as demais questões

O quão feliz você está com o que se pode esperar daqui para frente	Spearman	Rank	p-value
Há quanto tempo está doente	0,16	*	0.04
Há quanto tempo fez o diagnóstico	0,17	*	0.03
Condição atual de trabalho	0,25	**	<0.01
Quão satisfeito você está com sua saúde	0,23	**	<0.01
Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	0,25	**	<0.01
Quão satisfeito você está com a capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?	0,19	**	0.03
Até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida?	0,16	*	0.03
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0,22	**	<0.01
Quão satisfeito você está consigo mesmo?	0,16	*	0.03
Como você avalia sua qualidade de vida?	0,17	*	0.02

Fonte: a autora (2024)

As correlações com a questão “como você avalia a sua qualidade de vida” obtiveram a maior significância (0,35) com as seguintes questões: O quanto você aproveita a vida; Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer; Você recebe dos outros o apoio que necessita; Até que ponto você sente amor em sua vida e na sequência com a questão, o quão satisfeita você está consigo mesma (0,34). Finalizamos a análise das correlações com essa, a respeito da qualidade de vida, onde apresentou cinco principais fatores de importância que dizem respeito a aproveitar a vida, ter momentos de lazer, apoio recebido, amor, e satisfação pessoal. Em minha concepção traduz bem o que realmente é importante e necessário para uma vida digna e plena.

Tabela 3 – Correlação da questão “Como você avalia sua qualidade de vida?” com as demais questões

Como você avalia sua qualidade de vida?	Spearman	Rank	p-value
Escolaridade	0,26	**	0,23
Quão satisfeito você está com sua saúde?	0,20	**	0,24
Quão feliz você está com as coisas que você pode esperar daqui para frente?	0,17	*	
Quanta liberdade você tem para tomar as próprias decisões?	0,23	**	0,18
Até que ponto você consegue fazer as coisas que gostaria de fazer?	0,24	**	
Até que ponto você tem sentimento de companheirismo em sua vida?	0,28	**	0,29
Você se sente satisfeita com sua vida?	0,23	**	0,24
Você é capaz de aceitar sua aparência física?	0,25	**	0,24
Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão?	-0,18	*	0,23
Quão satisfeita você está com sua vida sexual?	0,23	**	0,23
O quanto você aproveita a vida?	0,35	**	0,37
Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?	0,35	**	0,35
Você recebe dos outros o apoio que necessita?	0,35	**	0,37
Até que ponto você sente amor em sua vida?	0,35	**	0,36
Quão satisfeita você está consigo mesma?	0,34	**	0,30

Organização: a autora (2024)

A análise dos resultados revela vários pontos importantes a respeito da autopercepção emocional de mulheres mastectomizadas sob o olhar da Bioética de Proteção. Primeiramente, o contexto vivenciado e sentido pelas mulheres são rodeados de fatos delicados e que exigem atenção e cuidado, além de que o tratamento para o câncer de mama tem um impacto significativo na percepção de si mesmo e na sua saúde emocional.

A mulher em tratamento para o câncer de mama passa por alteração no convívio social e também nos relacionamentos interpessoais na família e cônjuge, devido às alterações que ocorrem na vida da mulher.

Nesta pesquisa, 16,3% das participantes relataram aceitar “muito pouco” ou “nada” a sua aparência física (Quadro 11). Para uma mulher relatar que não está de acordo ou aceita muito pouco a sua aparência física é algo que pode ser muito doloroso e tem relação direta com a autoestima. A mulher pode se sentir menos feminina e até mesmo menos mulher já que a mama está intimamente vinculada ao feminino e belo.

Um dado que chama a atenção é que quando analisado os grupos, o grupo G1 (aguarda pela cirurgia) a soma das duas alternativas (aceitação nada ou aceitação muito pouca) corresponde à 20%, já no grupo que realizou a quadrantectomia (G2) corresponde a 24,1%, enquanto no grupo da mastectomia (G3) 13,8%. Após a mastectomia a alteração estética que ocorre na mama é maior do que as alterações causadas pela quadrantectomia, no entanto parece não ter uma pior repercussão na aceitação da aparência física. Esse dado nos faz refletir que a talvez a aceitação do corpo possa não estar relacionada somente com a questão física e se trata de fatores que vão além das repercussões pós-cirúrgicas.

O Quadro 16 mostra que 37,7% das participantes relataram que “raramente” ou “poucas vezes” se sentem à vontade para frequentar vários tipos de ambientes, entretanto há uma pequena diferença gradual entre os grupos referente a alternativa “raramente” onde foi citada por 16% do grupo que aguarda pela cirurgia (G1), por 17,2 % do grupo que realizou quadrantectomia (G2) e por 17,5% do grupo de mastectomizadas (G3), ou seja, com percentual muito parecido apesar de condições de mama diferente.

Das participantes que responderam “pouco a vontade” foi citada por 20% do grupo que aguarda pela cirurgia (G1), por 27,6% do grupo que realizou quadrantectomia (G2) e por 19 % do grupo de mastectomizadas (G3). Isso sugere que a cirurgia não teve um impacto tão distinto no desconforto social entre os grupos (Quadro 16).

Fatores que não foram abordados no questionário poderiam trazer maior clareza a respeito dos resultados que foram encontrados no Quadro 11 e Quadro 16. A presença de alopecia pode interferir de maneira significativa na autoestima, porém no questionário não ficava claro essa condição no momento da entrevista. Outro fato que pode ser ter interferência é que não foi realizada uma avaliação prévia ao câncer sendo assim não conseguimos identificar se essa realidade onde as mulheres não se sentiam à vontade em frequentar vários ambientes já fazia parte da

vida dessas, sendo que já se sentiam dessa forma por fatores externos a doença ou tratamento.

A autoestima das mulheres é uma das áreas mais afetadas pelo câncer de mama e considerando junto com o autoconceito, são fatores decisivos na relação do indivíduo consigo mesmo e com os outros (Silva; Silva, 2022). Os autores descrevem que este fato pode ser atribuído à perda da mama, que é frequentemente associada à feminilidade e sexualidade, o que pode impactar a imagem corporal e autoestima. A mulher pode se sentir menos feminina e até mesmo menos mulher já que a mama está intimamente vinculada ao feminino e belo, entretanto nesta pesquisa não tivemos dados que comprovem o mesmo, ou seja, uma relação direta entre condição de mama e autoestima e aceitação.

Acreditamos que fatores diversos possam interferir na autoestima e auto aceitação fatores que vão além das questões físicas e estão ligados a forma como analisamos a vida, as crenças e as expectativas futuras. Essas questões estão arraigadas e têm relações com o íntimo e também com a personalidade de cada ser humano. Assim, os dados sugerem que a autoestima dessas mulheres não está apenas relacionada à estética da mama, mas também a outros fatores, como a percepção de cura ou enfrentamento bem-sucedido da doença.

Fingeret *et al.* (2010) encontrou como resultado de seu estudo que as pacientes relataram sentir-se menos femininas e sexualmente menos atraentes após a cirurgia. Para Silva e Silva (2020), a mastectomia provoca diversas percepções na mulher que estão ligadas a imagem corporal modificada na sua autopercepção na relação do corpo. No presente estudo, a insatisfação com a vida sexual teve porcentagens semelhantes se comparados os dados entre os grupos de participantes. Desta forma as mulheres que tinham ou não alterações cirúrgicas na mama, apresentavam da mesma forma insatisfações sexuais.

Ussher (2012) realizou um estudo com objetivo de examinar as alterações em relação à sexualidade em pessoas com câncer de mama e os resultados mostraram declínio na frequência, resposta e satisfação sexual. Tal diminuição foi atribuída pelos participantes a fatores como fadiga e dor, sofrimento psicológico e prejuízos na imagem corporal, além de alterações decorrentes da menopausa induzida pelo tratamento, como secura vaginal, fogachos e ganho de peso. Esses dados explicam o porquê mesmo em situações diferentes de mama a resposta foi padronizada entre os grupos. Apesar de haver distinções em relação à estética da mama entre os

grupos, o contexto em que as mulheres se encontram, realizando o tratamento para o câncer de mama, é um fato em comum.

O autor citado acima ainda completa que as preocupações dominantes foram as consequências emocionais, mudanças físicas, sentimento de não ter mais atratividade sexual ou falta de feminilidade frente às mudanças e impacto sobre o parceiro ou no relacionamento afetivo.

No momento em que a mulher decide por fazer a cirurgia, pode haver uma busca por resolver rapidamente o seu problema de saúde, tendo dessa forma, um lado reconfortante, com a perspectiva de resolver este problema e retomar a vida social.

De acordo com Machado (2006), muitas mulheres aceitam a perda do seio por ser o único modo para a cura, enquanto para outras, essa situação é mais traumática. Nesse momento, os acontecimentos ocorridos na sua vida, influenciam positiva ou negativamente na aceitação da nova imagem. Esse dado corrobora com o presente estudo onde 83,8% das participantes totais da pesquisa relataram estar felizes com o que se pode esperar da sua vida daqui para frente, ou após a realização do tratamento. É possível perceber esse impacto mediante as respostas das participantes para perguntas relacionadas ao seu bem estar e expectativas de vida após o tratamento para o câncer.

Em um estudo sobre relatos de mulheres após a mastectomia realizado por Duarte e Andrade (2003), foi apresentado que algumas mudanças tiveram um impacto considerado positivo. Um bom exemplo disso se deve ao fato de que as entrevistadas relataram que passaram a valorizar ainda mais as suas vidas e potencializaram novos modos de expressar a própria sexualidade.

Viver em sociedade é uma necessidade essencial de todos os seres humanos, sendo de extrema importância termos pessoas de confiança com que possamos dividir angústia, medos e incertezas, seja cônjuge, amigos ou família. No presente estudo encontramos no Quadro 14 a pergunta sobre o quanto as participantes possuem sentimento de companheirismo em suas vidas e 7,3% das mulheres totais do estudo relataram as alternativas “nada” ou “muito pouco”.

O amparo emocional é fundamental visto que pode ajudar as pessoas a lidar com o stress, a reduzir os medos e a ansiedade. Silva *et al.* (2018) mostram que frequentemente o apoio emocional da mulher não é considerado nem mesmo pelos próprios profissionais de saúde. Comumente os aspectos físicos e biológicos da

paciente merecem mais atenção por serem mais visíveis, em detrimento de sua saúde mental e emocional que frequentemente são negligenciados.

As participantes do presente estudo foram questionadas sobre receber dos outros o apoio que necessita e 78,5% relataram estar “satisfeitas” ou “muito satisfeitas” com o apoio que necessita. Identificar que a maioria está satisfeita é importante e mostra um cenário otimista, porém ainda há 4,7% das participantes que estão “insatisfeitas” ou “muito insatisfeitas” e que devem estar tendo necessidades que não estão sendo supridas.

Como descrito por Garrafa e Prado (2006), é necessário uma abordagem que enfatiza o cuidado com os mais vulneráveis e marginalizados, incluindo aqueles que sofrem fisicamente ou emocionalmente.

Durante o tratamento para o câncer de mama, as mulheres frequentemente se encontram em estado de vulnerabilidade física. Além dos riscos de complicações da própria doença, riscos cirúrgicos e emocionais também merecem consideração pela incerteza da resolução do quadro patológico. Os resultados deste estudo têm implicações práticas significativas. Eles sugerem a necessidade de apoio emocional adequado para mulheres em tratamento para o câncer de mama.

Segundo Primol e Garrafa (2010), em estudo epidemiológico descritivo-analítico de corte transversal de 120 pacientes, verificou-se que a comunicação da informação sobre o diagnóstico, o tratamento e o prognóstico das pacientes com câncer mamário foi adequada em cerca de 60% das vezes. Porém, os autores argumentam que foram percebidos problemas concernentes à linguagem utilizada pelos médicos, a não consideração sistemática da autonomia das pacientes e à ausência de mecanismos que pudessem proporcionar o poder de decisão destas. A rede de apoio são todas as pessoas que estão fazendo parte da vida das mulheres incluindo os profissionais da saúde a linguagem clara, a confiança e a transparência ao dialogar e fundamental para gerar o sentimento de acolhimento.

O processo terapêutico após a mastectomia pode acarretar uma série de alterações físicas, dentre essas, a dor e a restrição da mobilidade do membro superior homolateral à cirurgia e que mesmo após o término do tratamento continuam a repercutir negativamente sobre a funcionalidade e a qualidade de vida das mulheres (Martins *et al.*, 2017).

Quando ocorre a perda da autonomia física pode acarretar uma série de prejuízos e alterações emocionais tais como: tristeza e depressão, ansiedade,

frustração e irritação, baixa autoestima, sentimento de impotência, isolamento, medo e entre outros.

No presente estudo quando as participantes foram questionadas sobre a satisfação com a capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia (Quadro 12), das que realizaram a quadrantectomia (G2) 3,4% relatou estar insatisfeita, já no grupo da mastectomia (G3) a mesma alternativa foi citada por 14,6% das mulheres. Comparando esses dois dados, a realização da quadrantectomia sugere maior satisfação. Esse achado pode ser entendido de maneira que a cirurgia de menor porte e mais localizada interfere em menor magnitude trazendo assim uma melhor satisfação quando comparada a mastectomia.

Outro aspecto vital nesta percepção é reconhecer a necessidade da mulher para o enfrentamento das consequências da cirurgia, sendo essencial para redução das complicações, resgate da sua autonomia e melhoria da sua qualidade de vida. De acordo com Duarte e Andrade (2003), em seu estudo qualitativo demonstrou que algumas mulheres revelaram que a mastectomia lhes causou grande sofrimento devido às dificuldades em estabelecerem uma nova relação com o próprio corpo e com o parceiro. Os autores ainda descrevem que foram despertados medos e fantasias produzidos pelo estigma da doença, provocando mudanças no comportamento. Todo o contexto do câncer de mama possui um estigma, pelo câncer ser considerado como uma “doença ruim”, desta maneira torna-se traumático e pode ter implicações psicológicas profundas na mulher.

A cirurgia, embora seja uma intervenção necessária para a sobrevivência, tem um impacto significativo na autoimagem e na qualidade de vida dessas mulheres (Ruddy *et al.*, 2019). É comum as mulheres relatarem sentimentos de ansiedade e depressão, possivelmente decorrentes da percepção de uma ameaça à vida e/ou alterações na imagem corporal. Os profissionais de saúde devem estar cientes do impacto que um diagnóstico de câncer de mama e a subsequente mastectomia podem ter sobre a saúde mental das mulheres. No presente estudo, conforme apresentado no Quadro 10, os sentimentos como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão foram informados por 73,3% das participantes em alguma proporção, corroborando as observações de Lima *et al.* (2018).

Entretanto, apesar desses sentimentos negativos, algumas mulheres também relataram sentimentos positivos após a cirurgia. Elas destacaram uma nova apreciação pela vida e pela saúde remanescente, sugerindo um processo de

resiliência em face da adversidade. Esta descoberta enfatiza a necessidade de intervenções psicossociais para ajudar essas mulheres a lidar com o diagnóstico e tratamento do câncer. Conforme apresentado no Quadro 7, a maioria (83,8%) das participantes relataram estar esperançosas com o que se pode esperar pelo futuro e esse fato tem muita relação com a recuperação e qualidade de vida. Sentimentos positivos e de esperança interferem positivamente em todo o corpo, trazendo benefício para a saúde física e mental.

Nesta pesquisa, 71,7% das participantes avaliaram sua qualidade de vida como “boa” ou “muito boa” (Quadro 10). Já Kluthcovsky e Urbanetz (2012) obtiveram como o resultado do estudo transversal realizado com 199 pacientes sobreviventes de câncer parecem retratar um quadro um tanto pessimista sobre a qualidade de vida das pacientes sobreviventes, podendo indicar que apesar dos avanços no tratamento do câncer, com melhora do tempo de sobrevida e com a gratuidade do tratamento oferecido pelo Sistema Único de Saúde, ainda muitos aspectos da qualidade de vida estão prejudicados mesmo anos após o diagnóstico. Os autores ainda argumentam que essa realidade precisa ser valorizada para gerar melhorias no cuidado, em que profissionais da saúde poderiam orientar e aconselhar as pacientes sobre o que esperar durante o tratamento, na recuperação e mesmo após muitos anos, com atenção especial aos aspectos físicos da qualidade de vida.

A Bioética de Proteção se aplica aqui ao considerar o respeito à integridade física e mental da mulher em tratamento. A bioética busca proteger os indivíduos em situação de vulnerabilidade (Garrafa; Porto, 2016), sendo assim, é imprescindível um olhar atento às necessidades específicas dessas mulheres.

De acordo com a Lei nº 12.732 de 22/11/2012, na qual a ementa é apresentada da seguinte maneira, “dispõe sobre o primeiro tratamento de paciente com neoplasia maligna comprovada e estabelece prazo para seu início” (Brasil, 2012) sendo assim deveria ser cumprida de acordo. Entretanto, mais da metade dos casos de câncer de mama no sexo feminino que iniciaram tratamento oncológico foi em um prazo de tempo superior a 60 dias passados do diagnóstico, nos períodos de 2019 e 2020, descumprindo a Lei nº 12.732/2012 (Nogueira *et al.*, 2023). As políticas de saúde devem ser revistas para garantir que essas mulheres recebam um cuidado direcionado de que precisam. O não cumprimento dessa lei acarreta prejuízo para as pacientes onde pode ocorrer o agravamento do quadro por demora no tratamento.

A maioria das mulheres não recebe o suporte psicológico adequado durante o processo de tratamento e recuperação. Isso é problemático, pois a literatura sugere que o suporte emocional é fundamental para o bem-estar físico e mental desses pacientes. Portanto, é necessário um maior investimento em cuidados psicológicos para essas pacientes.

A Bioética da Proteção é uma “ética prática”, ou seja, tem objetivo de solucionar conflitos de interesse e de valores, e sua proposição original diz respeito à tentativa de solução dos conflitos morais na saúde pública e na pesquisa envolvendo seres humanos (Schramm, 2005). Para além da argumentação da Bioética de Proteção é necessário que argumentemos sobre a proteção propriamente dita. Segundo Schramm (2005), a proteção pode ter dois sentidos, a saber: 1) um “negativo”, referindo-se a amparar em relação aos problemas inerentes ao ser humano, como o adoecimento, por exemplo; e 2) um “positivo”, que promove o desenvolvimento pessoal, respeitando a autonomia. É desta forma, que o autor a considera uma ferramenta teórico-prática em duplo sentido, contra as ameaças e a favor do desenvolvimento pessoal.

De acordo com Schramm (2009), os grupos particularmente vulneráveis, ou literalmente vulnerados, não são capazes, por alguma razão independente de suas vontades, de se defenderem sozinhos pelas condições desfavoráveis em que vivem ou devido ao abandono das instituições vigentes que não lhes oferecem o suporte necessário para enfrentar sua condição de afetados e tentar sair dela. Desta forma as mulheres submetidas ao tratamento de câncer da mama se enquadram neste grupo no sentido de que devido ao fato da doença ser uma eminente ameaça a sua vida, e seu tratamento ser realizado por profissionais da saúde, são necessárias várias informações a respeito do tratamento para que as pacientes possam exercer sua autonomia com relação às suas escolhas.

Do ponto de vista bioético da bioética de proteção, os resultados do presente estudo reforçam a necessidade dos profissionais envolvidos no cuidado dessas pacientes adotarem uma abordagem centrada na pessoa, que leva em consideração não apenas aspectos físicos, mas também emocionais e psicossociais (Beauchamp; Childress, 2013; Zoboli, 2017).

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A partir da pesquisa realizada, foi possível constatar que a autopercepção emocional de mulheres com neoplasia da mama é um aspecto de grande relevância na recuperação e qualidade de vida destas pacientes. As participantes do estudo apresentaram uma gama diversificada de sentimentos e emoções, sentimentos como: mau humor, desespero, ansiedade e depressão foi apresentado por 73,3 % das participantes desta pesquisa, em alguma proporção. Ao mesmo tempo resiliência e esperança pode ser identificado onde 83,8% das participantes relataram estar “feliz” ou “muito feliz” com o que se pode esperar pelo futuro. A patologia não afeta apenas a saúde física das mulheres, mas também sua saúde emocional e psicológica.

Foi observado que a maneira como as mulheres percebem suas emoções está intimamente ligada à maneira como lidam com o processo de recuperação e adaptação à nova condição. Também foi constatado que o apoio emocional fornecido por profissionais de saúde, familiares e outros pacientes é fundamental para melhorar a autopercepção emocional dessas mulheres.

A Bioética de Proteção se mostrou uma perspectiva importante para abordar esta questão. Ela chama atenção para a necessidade de se considerar as vulnerabilidades particulares desses pacientes. Além disso, propõe que seja garantido o suporte necessário para minimizar os impactos negativos da cirurgia na vida das mulheres.

Portanto, os achados deste trabalho indicam que é fundamental integrar cuidados emocionais e psicológicos no tratamento dessas mulheres. Além disso, destacam a importância da abordagem bioética de proteção na assistência à saúde.

Os resultados obtidos demonstram que mulheres com neoplasia da mama enfrentam uma série de desafios emocionais relacionados à sua autopercepção e autoestima.

A bioética de proteção, como proposta por Schramm e Kottow (2001), apresenta-se como uma ferramenta crucial para lidar com essa questão. Ela sustenta a ideia de que as pessoas vulneráveis, como as mulheres neste estudo, têm direito à proteção adicional em termos de saúde e bem-estar. Isso implica em fornecer apoio emocional adequado além do tratamento médico. Nesse sentido, este trabalho destaca a necessidade urgente de abordagens mais integrativas no

tratamento do câncer de mama. Mais especificamente, esses achados reiteram a importância de os profissionais de saúde compreenderem e responderem às necessidades emocionais das mulheres, em linha com os princípios da bioética de proteção.

As correlações encontradas indicam que na autopercepção das mulheres com câncer de mama o bem-estar pode estar associado com a: manutenção da capacidade de desempenhar as atividades do dia a dia; estar satisfeita consigo mesma; com o apoio recebido, sentimento de amor presente, oportunidade de atividade de lazer e condição de trabalho.

A pesquisa apresenta a limitação de ter sido realizada através de um questionário de respostas fechadas, sendo assim não obtivemos um estudo onde fosse explorado de maneira qualitativa.

5. REFERÊNCIAS

BARBOSA, J. A. N., *et al.* **Avaliação da postura corporal em mulheres com câncer de mama.** Universidade Federal do Espírito Santo: Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. v.35, n.5, p.215-20, 2013.

BELEZA, A. C. S. **Alterações posturais em mulheres submetidas à cirurgia para retirada do câncer de mama.** ABCS Health Sci, v. 41, n.1, p.15-19, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (INCA).** Câncer de mama é a principal causa de morte por câncer em mulheres: conheça os fatores de risco. Ministério da Saúde: Rio de Janeiro, 03 de nov. 2022. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/noticias/2022/outubro/cancer-de-mama-e-a-principal-caoa-de-morte-por-cancer-em-mulheres-conheca-os-fatores-de-risco>. Acesso em: 20 ago. 2023.

BRASIL. Lei Nº 9.797, de 6 de maio de 1999. Dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 1999.

BRASIL. Lei Nº 12.802, de 24 de abril de 2013. Altera a Lei nº 9.797, de 6 de maio de 1999, que “dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia plástica reparadora da mama pela rede de unidades integrantes do Sistema Único de Saúde - SUS nos casos de mutilação decorrentes de tratamento de câncer”, para dispor sobre o momento da reconstrução mamária. Brasília, DF: Diário Oficial da União, 2013.

CASTRO, M. C. F.; FULY, P. S. C.; SANTOS, M. L. S. C.; CHAGAS, M. C. **Dor total e teoria do conforto: implicações no cuidado ao paciente em cuidados paliativos oncológicos.** Rev. Gaúcha Enferm., v. 42, p. 1-8, 2021.

CORDEIRO, L. H. L.; MOTA, M. D. B. **A “queima de sutiã” de 1968: Relações entre corpo e roupa na construção de um acontecimento simbólico feminista.** Revista de História Bilros, Fortaleza, v.6, n. 13, p. 138-158, 2018.

CINI, R. A.; C. F, SGANZERLA, A; ROSANELI, C. F. Categorização dos sujeitos em condição de vulnerabilidade: uma revisão na perspectiva bioética. **Revista Iberoamericana de Bioética.** 2017;05:01-16. ISSN 2529-9573

D’ALESSANDRO, M. P. S.; MAIELLO, A. P. M. V.; COELHO, F. P.; MESSIAS, A. A. **Manual de Cuidados Paliativos.** São Paulo: Hospital Sírio Libanês, Ministério da Saúde, 2020.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N.; NOBRE, A. **Enfrentando a mastectomia:** análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. Estudos de Psicologia. Espírito Santo, v.8, n.1, p. 155-163, 2003.

ELMIR, R.; JACKSON, D.; BEALE, B. *et al.* **Against all odds: australian women’s experiences for recovery from breast cancer.** Journal of Clinical Nursing, Oxford, V. 19, n. 17-18, p. 2531-2538, 2010.

FONSECA, L. S. O.; VIEIRA, L. T. Q.; FONSECA, L. O.; NETO, J. A. F.; FONSECA, M. O. S.; AMARAL, W. N. **Bioética e o câncer de mama.** Revista Bioética Cremego. Goiânia, v. 02, n.2, p.17-20, 2020.

GARRAFA, V.; PRADO, M. M. **Mudanças na declaração de Helsinki:** fundamentalismo econômico, imperialismo ético e controle social. Caderno Saúde Pública. v. 17, n. 6, p. 1489-1496, 2001.

LAGANA, M. T. C. **Dilemas éticos sobre o controle do câncer de mama:** um convite ao debate. Saúde Coletiva. v. 4, n.15, p. 72-78, 2007.

LAHOZI, M. A.; NYSSSEN, S. M.; CORREIRA, G. N.; URDIALES, A. P. **Capacidade funcional e qualidade de vida em mulheres pós mastectomia.** Revista Brasileira de Cancerologia, v.56, n.4, p. 423-430, 2010.

LAMOUNIER, C. N.; HANNA, G. M.; DAIA, I. C. G.; FELIPE, J. S.; OLIVEIRA, L. M.; MOURA, L. R. **Efeitos Psicológicos Da Mastectomia Nas Mulheres**. Revista Educação em Saúde, v. 8, sup. 1, p. 244-251, 2020.

LUZ, N. D.; LIMA, A. C. G. **Recursos fisioterapêuticos em linfedema pós-mastectomia: uma revisão de literatura**. Fisioter. Mov., Curitiba, v. 24, n. 1, p. 191-200, 2011. ISSN 0103-5150.

MACHADO, D. L. **Sendo companheiro de uma mulher mastectomizada: buscando ferramentas para a adaptação**. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2006.

MACHADO, L. Q.; MAGALHÃES, J.; PAULA, R. A.; CINTRA, W. G. S. **Aplicabilidade dos cuidados paliativos no manejo do paciente com dor total**. Brazilian Journal of Development, Curitiba, v.8, n.1, p.6343-6352, 2022.

MARTINS, T. N. O.; SANTOS, L. F.; PETTER, G. N.; ETHUR, J. N. S.; BRAZ, M. M.; PIVETTA, H. M. **Reconstrução mamária imediata versus não reconstrução pós-mastectomia: estudo sobre qualidade de vida, dor e funcionalidade**. Fisioterapia e pesquisa, v. 24, n. 4, p 412-419, 2017.

MARINHO, C. C. A.; BLANCO, N. C.; VIANA, J. A. **Abordagem fisioterapêutica nas complicações de mulheres mastectomizadas decorrentes do câncer de mama**. Fisioweb, maio de 2007. Disponível em <<http://www.fisioweb.com.br>>. Acesso em: 25 de maio de 2024.

MICHEL, M. H. **Metodologia e Pesquisa Científica em Ciências Sociais**. São Paulo: Atlas, 2005.

PESSINI, L.; FELÍCIO, J. L. **Bioética da Proteção: vulnerabilidade e autonomia dos pacientes com transtornos mentais**. Revista Bioética. V.17, n. 2, p. 203–220, 2009.

PRIMO, W. Q. S. P; GARRAFA, V. Análise ética da revelação do diagnóstico e tratamento em pacientes com câncer genital ou mamário. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.56, n.4, p.397-402, 2010. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/ramb/v56n4/10.pdf>>. Acesso em: 01 de novembro 2024

SAMPAIO, A.C.P. **Mulheres com Câncer de mama: Análise Funcional do Comportamento Pós-Mastectomia**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica) - Pontifícia Universidade Católica de Campinas, São Paulo, Campinas, 2006.

SANTOS, B. A.; SANTOS, B. S.; ALMEIDA JR., E. C.; SILVA, G. K. A.; OLIVEIRA, J. K. P.; SANTANA, M. M. S.; BATISTA, J. F. C. **Os impactos na autoestima de mulheres mastectomizadas: Revisão integrativa**. Research, Society and Development, v. 10, n. 6, p. 1-10, 2021.

SAPETA, P. **Dor Total vs Sofrimento: a Interface com os Cuidados Paliativos**. DOR. v. 15, p. 16-20, 2007.

SCHRAMM, F. R; KOTTOW, M. Princípios Bioéticos em Saúde: propostas e limitações Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.17, n. 4, p. 949-956, 2001.

SILVA, G.; SANTOS, M. A. **“SERÁ QUE NÃO VAI ACABAR NUNCA?”: PERSCRUTANDO O UNIVERSO DO PÓS-TRATAMENTO DO CÂNCER DE MAMA**. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, v. 17, n. 3, p. 561-568, 2008.

SILVA, R. P.; SILVA, M. S. **A autoestima das mulheres submetidas a mastectomia após diagnóstico de câncer** SCHRAMM, F. R. **Bioética de proteção: ferramenta válida para enfrentar problemas morais na era da globalização**. Revista Bioética: Rio de Janeiro, v.16, n.1, p.11-23, 2008.

SOUSA, S. M. M. T.; CARVALHO, M. G. F. M.; SANTOS Jr., L. A.; MARIANO, S. B. C. **Acesso ao tratamento da mulher com câncer de mama**. SAÚDE DEBATE, v. 43, n. 122, p. 727-741, 2019.

SHEPPARD, L. A.; ELY, S. **Breast cancer and sexuality**. Jornal Breast. v. 14, n. 2, p.176-181, 2008.

TIEZZI, D. **Cirurgia conservadora no câncer de mama**. Revista Brasileira Ginecologia e Obstetricia. Ribeirão Preto, v.29, n.8, p. 428-434, 2007.

USSHE, J. M.; PERZ, J.; GILBERT, E. **Changes to sexual well-being and intimacy after breast cancer**. Cancer Nursing, v. 35, n. 6, p. 456-465, 2012.

WHOQOL Group. The development of the World Health Organization quality of life assessment instrument (the WHOQOL). In: ORLEY, J.; KUYKEN, W. (Eds.). **Quality of life assessment: international perspectives**. Heidelberg: Springer, p.41-60, 1994.

APÊNDICE 1

**QUESTIONÁRIO DE AUTO PERCEPÇÃO DE BEM-ESTAR DE PACIENTES
MASTECTOMIZADAS**

Nome:

Data nascimento:

Idade:

Profissão:

Religião:

Estado civil:

Filhos:

Escolaridade:

Uso de medicamento contínuo:

1. Há quanto tempo está doente?

2. Tipo da cirurgia?

() radical

() unilateral

() bilateral

() quadrantectomia

3. Quais locais você costuma frequentar?

() shopping

() igreja

() parque

() festas

() academia

() salão de beleza

() supermercado

() grupo de amigos

4. Renda familiar

- () até um salário mínimo
- () 1 a 2 salários-mínimos
- () 2 a 3 salários-mínimos
- () 3 a 4 salários-mínimos
- () 4 a 5 salários-mínimos
- () mais de 5 salários-mínimos

5. Condição de trabalho atual

- () desempregada
- () aguardando perícia
- () recebendo auxílio doença
- () aposentada
- () trabalhando
- () outros

6. Você se sente à vontade em frequentar vários tipos de locais?

- (1) frequentemente
- (2) sempre
- (3) as vezes
- (4) pouco
- (5) raramente

7. Quão satisfeita você está com sua vida?

- (1) muito insatisfeita
- (2) insatisfeita
- (3) nem satisfeita e nem insatisfeita
- (4) satisfeita
- (5) muito satisfeita

8. Quão satisfeita você está com sua saúde?

- (1) muito insatisfeita
- (2) insatisfeita
- (3) nem satisfeita e nem insatisfeita
- (4) satisfeita

(5) muito satisfeita

9. Quão feliz você está com as coisas que pode esperar daqui para frente?

(1) muito infeliz

(2) infeliz

(3) nem feliz nem infeliz

(4) feliz

(5) muito feliz

10. Quanta liberdade você tem de tomar as próprias decisões?

(1) nada

(2) muito pouco

(3) médio

(4) muito

(5) completamente

11. Quão satisfeita você está com a capacidade de desempenhar suas atividades do dia a dia?

(1) muito insatisfeita

(2) insatisfeita

(3) nem satisfeita e nem insatisfeita

(4) satisfeita

(5) muito satisfeita

12. Até que ponto você tem um sentimento de companheirismo em sua vida?

(1) nada

(2) muito pouco

(3) mais ou menos

(4) bastante

(5) extremamente

13. Você se sente satisfeita com sua vida?

(1) frequentemente

(2) sempre

- (3) as vezes
- (4) pouco
- (5) raramente

14. Você é capaz de aceitar sua aparência física?

- (1) nada
- (2) muito pouco
- (3) médio
- (4) muito
- (5) completamente

15. Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como, mau humor, desespero, ansiedade e depressão?

- (1) nunca
- (2) algumas vezes
- (3) frequentemente
- (4) muito frequentemente
- (5) sempre

16. Quão satisfeito você está com sua vida sexual?

- 1) muito insatisfeita
- (2) insatisfeita
- (3) nem satisfeita e nem insatisfeita
- (4) satisfeita
- (5) muito satisfeita

17. O quanto você pode aproveitar a vida?

- (1) nada
- (2) muito pouco
- (3) médio
- (4) muito
- (5) completamente

18. Em que medida você tem oportunidade de atividade de lazer?

- (1) nada
- (2) muito pouco
- (3) médio
- (4) muito
- (5) completamente

19. Você recebe dos outros o apoio que necessita?

- (1) nada
- (2) muito pouco
- (3) médio
- (4) muito
- (5) completamente

20. Até que ponto você sente amor em sua vida?

- (1) nada
- (2) muito pouco
- (3) médio
- (4) muito
- (5) completamente

21. Você se sente satisfeita com o seu corpo?

- (1) frequentemente
- (2) sempre
- (3) as vezes
- (4) pouco
- (5) raramente

22. Quão satisfeita você está consigo mesma?

- 1) muito insatisfeita
- (2) insatisfeita
- (3) nem satisfeita e nem insatisfeita
- (4) satisfeita
- (5) muito satisfeita

23. Você tem vida sexual ativa?

() sim

() não

24. Como você avalia sua qualidade de vida:

(1) muito ruim

(2) ruim

(3) nem ruim nem boa

(4) boa

(5) muito boa

Data:

ANEXO 1

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP HONPAR