

MESTRADO EM ONCOLOGIA  
ESPECIALIZAÇÃO EM ONCOLOGIA CLÍNICA

# **Itinerário Terapêutico de Mulheres Mastectomizadas: estímulos, barreiras e desafios**

Flora Tavares Capelo Camanho

**M**  
2022



**U.PORTO**

Flora Tavares Capelo Camanho  
**Itinerário Terapêutico de Mulheres Mastectomizadas: estímulos,  
barreiras e desafios**



M.ICBAS 2022

**Itinerário Terapêutico de Mulheres Mastectomizadas: estímulos,  
barreiras e desafios**  
Flora Tavares Capelo Camanho

INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



Flora Tavares Capelo Camanho

## **Itinerário Terapêutico de Mulheres Mastectomizadas: estímulos, barreiras e desafios**

Dissertação de Candidatura ao grau de **Mestre em Oncologia** submetida ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto.

Orientadora: Andréa Stopiglia  
Guedes Braide  
Fisioterapeuta Intensivista e  
Psicomotricista Relacional PhD  
em Saúde Pública pela  
Universidade de Medicina do  
Porto/ISPUP  
Doutora e Mestre em Saúde  
Coletiva.

Co-Orientadora: Carmen de  
Lurdes Fonseca Jerónimo  
Professora Catedrática  
Convidada e Diretora do  
Mestrado em Oncologia  
Departamento de Patologia e  
Imunologia Molecular Instituto de  
Ciências Biomédicas Abel  
Salazar- Universidade do Porto.

## **Agradecimentos**

Primeiramente, agradeço à Deus, por me amparar nessa trajetória, por ter segurado minha mão, com toda a mudança que passei, nesse momento tão desafiador, que foi a pandemia. Em memória daqueles que partiram, agradeço à vocês, e em especial minha avó e mestre Maria Augusta.

Agradeço à minha orientadora, Andréa Stopiglia Guedes Braide por sempre estar presente para indicar a direção correta que o trabalho deveria tomar, sempre com as melhores sugestões e críticas. Assim como agradeço, também, minha coorientadora Carmen de Lurdes Fonseca Jerónimo, que foi fundamental em manter me conectada à Universidade do Porto, devido a distância pela pandemia. Ao meu colega, Artur Paiva, pela disponibilidade e apoio, e que sempre me ajudou com sua vasta experiência desde o início desta pesquisa, e que em nenhum momento me deixou desistir.

À minha mãe, por todo amor incondicional e força, que me deu mesmo a distância até o meu retorno ao Brasil. Aos meus irmãos, minha sobrinha, e minha família, que sempre me incentivaram ao longo da vida, a conquistar o possível e o impossível, e sempre estarem presentes me apoiando, em minha jornada.

Agradeço a todas as queridas pacientes que contribuíram com seus relatos, que tocaram meu coração e que levarei para vida, e cujas entrevistas, reflexões, experiências de vida e luta, colaboraram com esta pesquisa e influenciaram o andar das minhas ideias que deram corpo a esta dissertação.

Aos amigos do Brasil e de Portugal, e aos meus colegas de turma do mestrado em oncologia, que de uma forma direta ou indireta, contribuíram, ou auxiliaram na elaboração do presente estudo, pela paciência, atenção e força que prestaram em todos os momentos que passei desde o início dos meus estudos no Porto até a conclusão dessa caminhada, chamada mestrado.

Por último, quero agradecer também à Universidade do Porto, do ICBAS e do IPO-Porto e todo o seu corpo docente.

## Itinerário Terapêutico de Mulheres Mastectomizadas: estímulos, barreiras e desafios

### RESUMO

**Introdução:** O câncer de mama foi a principal causa de mortes por câncer entre as mulheres do mundo. O diagnóstico do câncer de mama impacta negativamente a vida da mulher, sendo comuns sentimentos de medo e sofrimento ao longo de todo o itinerário, que inclui a fase diagnóstica, terapêutica e de sobrevivência. O tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida da paciente. A intervenção multidisciplinar está cada dia mais presente e mais eficaz no tratamento de pacientes com câncer. A pandemia do COVID-19, causada pelo SARS-CoV-2, que começou no ano de 2020, trouxe novas condições impostas para o tratamento de qualquer doença. **Métodos:** Foi realizado estudo em campo, de natureza exploratória e abordagem quantitativa descritiva e qualitativa. O estudo em campo foi realizado entre os meses de novembro de 2020 e fevereiro de 2021, em uma clínica privada, localizada em Fortaleza-CE, Brasil. A amostra do estudo constituiu-se de quatro mulheres mastectomizadas em função do diagnóstico de câncer de mama. Os dados foram coletados por meio de uma Ficha de Avaliação em Mastologia e por meio do *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer-23* (QLQ-BRECON23). Uma Entrevista, com questionamentos direcionados, foi realizada para aprofundamento das informações fornecidas. Os dados quantitativos foram tabulados no *Microsoft Office Excel 2007* e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20.0). Para análise dos dados qualitativos, foi utilizada a Análise de conteúdo de Bardin (2011), a partir de categorias, que foram descritas de acordo com a interpretação do conteúdo das entrevistas e dos conceitos teóricos. **Resultados:** A idade média foi de  $52,75 \pm 4,27$  anos, com mediana de 50 anos. Metade das mulheres apresentaram evidência de carcinoma invasivo não especial e a outra metade carcinoma intraductal. A totalidade das participantes realizaram como procedimento cirúrgico a mastectomia e três delas realizaram de forma bilateral. Todas as participantes realizaram atividade física e acompanhamento de uma equipe multiprofissional. O sentimento de conviver com o medo, por causa do diagnóstico, foi relatado por todas as participantes, assim como a quimioterapia, que foi a maior barreira e o maior desafio, interferindo na qualidade de vida. **Conclusão:** Questionário de avaliação de qualidade de vida, junto com a entrevista completaram a percepção, e identificaram os fatores que serviram de estímulo ou que foram um desafio para as participantes durante essa jornada. Concluiu-se que o distanciamento social causado pelo covid-19 não foi fator prejudicial, não interferiu o tratamento das mulheres. Identificou-se que os tratamentos adjuvantes afetaram negativamente a qualidade de vida das participantes. Concluiu-se, a importância de uma equipe multidisciplinar preparada para o atendimento e abordagem dos pacientes oncológicos, visando minimizar os efeitos colaterais do tratamento e ajudando no retorno da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas.

**Palavras-chave:** câncer de mama, mastectomia, oncologia multiprofissional, qualidade de vida, pandemia.

## Therapeutic Itinerary of Mastectomized Women: stimuli, barriers and challenges

### ABSTRACT

**Introduction:** Breast cancer was the leading cause of cancer deaths among women worldwide. The diagnosis of breast cancer negatively impacts a woman's life, and feelings of fear and suffering are common throughout the entire itinerary, which includes the diagnostic, therapeutic, and survivorship phases. The main goals of treatment are to prolong survival and improve the patient's quality of life. Multidisciplinary intervention is becoming more present and more effective every day in the treatment of cancer patients. The COVID-19 pandemic, caused by the SARS-CoV-2, which began in the year 2020, has brought new conditions imposed for the treatment of any disease. **Methods:** A field study was conducted, exploratory in nature, with a descriptive and qualitative quantitative approach. The field study was conducted between the months of November 2020 and February 2021, in a private clinic, located in Fortaleza-CE, Brazil. The study sample consisted of four women mastectomized due to the diagnosis of breast cancer. Data were collected by means of a Mastology Evaluation Form and by means of the Quality of Life Questionnaire Breast Cancer-23 (QLQ-BRECON23). An Interview, with directed questions, was carried out to deepen the information provided. Quantitative data were tabulated in Microsoft Office Excel 2007 and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (version 20.0). For qualitative data analysis, Bardin's content analysis was used (2011), based on categories, which were described according to the interpretation of the interviews' content and the theoretical concepts. **Results:** The mean age was  $52.75 \pm 4.27$  years, with a median of 50 years. Half of the women presented evidence of non-special invasive carcinoma and the other half evidence of intraductal carcinoma. All participants underwent mastectomy as surgical procedure and about three of them bilaterally. All the participants had physical activity and were followed by a multiprofessional team. The feeling of living with fear, because of the diagnosis, was reported by all participants, as well as chemotherapy, which was the biggest barrier and the biggest challenge, interfering with quality of life. **Conclusion:** The quality of life assessment questionnaire, along with the interview completed the perception, and identified the factors that served as stimulus or that were a challenge for the participants during this journey. It was concluded that the social withdrawal caused by covid-19 was not a detrimental factor, and did not interfere with the women's treatment. It was identified that the adjuvant treatments negatively affected the quality of life of the participants. It was concluded, the importance of a multidisciplinary team prepared for the care and approach of cancer patients, aiming to minimize the side effects of treatment and helping the return of the quality of life of mastectomized women.

**Keywords:** breast cancer, mastectomy, multidisciplinary oncology, quality of life, pandemic.

## ÍNDICE

<b>Introdução</b> .....	8
<b>Objetivos do Estudo</b> .....	10
<b>Estado da Arte</b> .....	10
<b>Materiais e Métodos</b> .....	14
<b>Resultados</b> .....	19
<b>Discussão</b> .....	36
<b>Conclusão</b> .....	52
<b>Referências</b> .....	54
<b>Anexos</b> .....	62
Anexo A- Termo de Consentimento Livre e Esclarecido .....	62
Anexo B- Ficha de Avaliação .....	63
Anexo C- <i>Quality of Life Questionnaire Breast Cancer-23</i> .....	65
Anexo D- Entrevista .....	67

## LISTA DE TABELAS

**Tabela 1** - Histórico e condição atual de saúde das participantes do estudo, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022

**Tabela 2** - Características clínicas oncológicas, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022

**Tabela 3** - Caracterização do tratamento e condições de saúde pós-cirurgia, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022

**Tabela 4** - Análise da qualidade de vida, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022

**Tabela 5** - Análise da qualidade de vida, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022

## **LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS**

- ACS** - *American Cancer Society*
- ASCO** - *American Society of Clinical Oncology*
- BI-RADS®** - *Breast Imaging Reporting and Data System*
- BLS** - Biópsia do Linfonodo Sentinela
- BRCA** - *Breast Cancer Gene*
- CEP** - Comitê de Ética em Pesquisa
- DLM** - Drenagem Linfática Manual
- EORTC** - *European Organisation for Research and Treatment of Cancer*
- IARC** - *International Agency for Research on Cancer*
- INCA** - Instituto Nacional de Câncer
- NCCN** - *National Comprehensive Cancer Network*
- NLN** - *National Lymphedema Network*
- OMS** - Organização Mundial da Saúde
- QLQ-BRECON23** - *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer - 23*
- QLQ-C30** - *Quality of Life Questionnaire*
- QT** - Quimioterapia
- QV** - Qualidade de Vida
- RT** – Radioterapia
- SISMAMA** - Sistema de Informação do Controle do Câncer de Mama
- SUS** - Sistema Único de Saúde
- TCLE** - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- TFC** - Terapia Física Complexa
- TNM** - Estadiamento Clínico Tumoral (T- tumor, N- linfonodo e M- metástase)

## **INTRODUÇÃO**

Câncer é o nome dado a um conjunto de mais de 100 doenças que têm em comum o crescimento desordenado de células que invadem os tecidos e órgãos, podendo disseminar-se para outras regiões do corpo. Esse processo gera células anormais que se multiplicam, formando um tumor. No câncer de mama, a doença pode evoluir de diferentes formas, e tem como características que diferenciam os diversos tipos de câncer entre si: a velocidade de multiplicação das células e a capacidade de invadir tecidos e órgãos vizinhos ou distantes, conhecida como metástase (Organização Mundial da Saúde, 2019).

De acordo com as estatísticas de 2020 realizadas por estudo sobre o câncer de mama pelo INCA, este tipo de incidência ocupa a primeira posição e mais frequente em todas as Regiões brasileiras. Descreve que são estimados 66.280 casos novos de câncer de mama no Brasil, para cada ano do triênio 2020-2022, um valor correspondente a um risco estimado de 61,61 casos novos a cada 100 mil mulheres.

Não existe somente um único fator de risco para câncer de mama, no entanto a idade acima dos 50 anos é considerada o mais relevante. Fatores que contribuem, também, para o aumento do risco de desenvolver a doença são fatores genéticos, fatores hereditários, menopausa tardia, obesidade, sedentarismo e exposições frequentes a radiações ionizantes (INCA, 2019).

Por ser, a neoplasia maligna de maior incidência entre as mulheres e a primeira causa de mortalidade por neoplasia entre as brasileiras, representa um problema de saúde pública. Sabe-se, hoje, que a maior parte dos cânceres faz parte de um grupo de doenças, chamadas de multifatoriais, nas quais fatores genéticos e ambientais interagem para produzi-las. Descobriu-se, no câncer de mama, com base em estudos de ligação, em membros de famílias com múltiplos casos desse câncer, que o principal fator genético envolvido é a alteração de genes supressores de tumor (BRCA1, BRCA2) (Wang et al., 2018).

Após diagnóstico, quando se fala de tratamento, as modalidades podem ser: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. Tendo em consideração que, a cirurgia e a radioterapia tendo papel fundamental no controle locorregional; a quimioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia, no tratamento sistêmico (Brandão et al., 2021).

Entre as modalidades de tratamento, a mais comum, é a cirurgia. A cirurgia conservadora da mama, onde é removido o tumor, com uma margem de segurança, pode ser uma tumorectomia, quadrantectomia, uma mastectomia segmentar ou parcial. A mastectomia pode ser: subcutânea, radical, radical modificada e simples. Ainda existe

também outra modalidade, é a mastectomia profilática, que é preventiva e que consiste na retirada da mama, em casos de pacientes com altas chances de desenvolver a doença.

O acesso a cuidados tem contribuído para o aumento da taxa de sobrevivência, assim como o diagnóstico precoce e a evolução gradual do tratamento das mulheres com câncer de mama, no entanto, ainda não se consegue evitar o aparecimento de complicações. Pela sua elevada taxa de incidência, prevalência e pelo aumento de sobreviventes, o câncer de mama é uma problemática atual, que tem a QV afetada por esta situação clínica e pelos tratamentos que lhe estão associados. A Qualidade de Vida em saúde compreende a perspectiva de saúde das mulheres, com obstáculos, sensações e estímulos dentro desse cenário que irá vivenciar, relacionada com os sintomas causados pela doença e/ou pelo tratamento (Cordeiro et al., 2021).

Este estudo propõe conhecer o que pode interferir diretamente neste itinerário das mulheres diagnosticadas com cancer de mama que foram mastectomizadas. O que pode de fato interferir no seu caminho de tratamento? O seu itinerário pode ser influenciado por barreiras do dia a dia?

Mesmo diante desta problemática, acredita-se na relevância desta pesquisa ao buscar compreender as inúmeras situações e possibilidades na batalha contra o câncer para o âmbito científico e para a saúde no tocante às políticas de cuidado. Algumas indagações são levantadas quando se entra em contato com o objeto desta pesquisa: Como será enfrentar o tratamento do câncer mamário em tempo de pandemia? Pode a situação pandêmica comprometer o itinerário terapêutico dessas mulheres e as repercussões na sua recuperação e qualidade de vida? Estes questionamentos motivaram a busca por informações com base no método científico e justificam a realização desta pesquisa.

Existem evidências científicas que justificam o fortalecimento do tratamento multidisciplinar no câncer de mama como um fator contribuinte para o aumento da sobrevivência e qualidade de vida de mulheres acometidas por esta condição (Tanaka et al., 2020). Ao receber o diagnóstico do câncer, a mulher inicia uma caminhada de desafios no processo de tratamento. Durante esse processo as barreiras e limitações podem gerar mudanças emocionais, físicas e sociais, por exemplo a mastectomia, enquanto opção terapêutica, poderá modificar a forma como as mulheres passarão a ver seu corpo, sua sexualidade, sua situação conjugal, sua vida profissional e sua rotina. Diante disso, torna-se relevante o uso de desfechos multidimensionais dentro de uma perspectiva biopsicossocial em estudos que abordam a qualidade de vida e o itinerário terapêutico de mulheres mastectomizadas (Vieira, 2017).

Com toda situação que estendeu-se durante o ano de 2020, a pandemia causada

pelo SARS-CoV-2, trouxe novas condições impostas para o tratamento de qualquer doença que precisasse de um espaço hospitalar. Suspendeu-se tratamentos, dificultando e modificando agendas pre estabelecidas alterando portanto, todo protocolo imposto para o tratamento do câncer com cirurgias, quimioterapia, radioterapia e fisioterapia. Os centros de tratamento cirúrgico e clínico ficaram interditados para qualquer tipo de procedimento, impossibilitando o acompanhamento tradicional da pessoa com câncer.

Todo esse cenário vivenciado por mulheres com câncer desde o diagnóstico ao tratamento, em tempos de pandemia do COVID-19, doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, torna-se relevante para o campo da pesquisa e da saúde pública. Visto o caráter pandêmico, de alta letalidade, transmissibilidade e mortalidade, foi recomendado o isolamento social principalmente para pessoas com alterações da imunidade, o que compreende mulheres com câncer. A possibilidade de realizar uma investigação com mulheres mastectomizadas em ambiente clínico privado foi oportunizada durante o isolamento social, visto as limitações que o setor público enfrentou para o seguimento clínico desta população durante a pandemia.

## **OBJETIVOS DO ESTUDO**

Diante o contexto apresentado, esta pesquisa objetivou analisar o itinerário terapêutico de mulheres mastectomizadas desde o diagnóstico ao pré e pós-tratamento. De forma específica buscou-se identificar os fatores estimulantes e desafiadores na vida das mulheres mastectomizadas, especialmente em tempos de pandemia, descrever as alterações funcionais e estruturais do corpo da mulher mastectomizada e avaliar a qualidade de vida.

## **ESTADO DA ARTE**

De acordo com os estudos de Muhl (2020), que definem que o itinerário terapêutico designa um conjunto de ações, planos, estratégias e projetos voltados para o tratamento de uma doença, que pode ser compreendido desde o diagnóstico até o momento que a paciente recebe alta médica. Todavia, não é um plano de ação definido de antemão, ele vai sendo desenvolvido, modificado e até mesmo abandonado durante o curso da doença. As escolhas terapêuticas e os caminhos trilhados dizem, portanto, da experiência vivida pela pessoa e da forma como ela se relaciona com a doença, entendido como eventos sucessivos que, formando um percurso, caracterizam a forma como o sujeito elabora ou define a sua situação dentro de um dado fenômeno sociocultural (Ribeiro et al., 2011).

## **Capítulo 1 - Câncer de Mama (O Que É , Como Evolui, Diagnóstico e Prognósticos)**

O câncer é um conjunto de doenças caracterizadas pelo crescimento indiscriminado de células podendo se disseminar pela corrente sanguínea ou pelo sistema linfático, dessa forma, acometendo outros tecidos e órgãos. Essas células são agressivas e dividem-se com rapidez formando uma massa celular, nomeada tumor, sendo uma das principais causas de mortalidade por doenças no mundo. Dados do INCA (2021), mostram que o câncer surge a partir de uma mutação genética, ou seja, de uma alteração no DNA da célula, que passa a receber instruções erradas para as suas atividades. Para formação do câncer, ocorre um processo chamado carcinogênese ou oncogênese, e em geral, acontece lentamente, podendo levar vários anos para que uma célula cancerosa se prolifere e dê origem a um tumor visível. Os efeitos cumulativos de diferentes agentes cancerígenos são os responsáveis pelo início, promoção, progressão e inibição do tumor. A carcinogênese é determinada pela exposição a esses agentes, em uma dada frequência e período de tempo, e pela interação entre eles.

Segundo informações da American Society of Clinical Oncology (ASCO) (2020), existem vários tipos de câncer de mama. Os tipos de câncer de mama, de maior incidência no mundo são: carcinoma ductal invasivo e o carcinoma ductal in situ. Também conhecido como carcinoma intraductal, o carcinoma ductal in situ (DCIS) localiza-se nos ductos mamários, não há migração das células neoplásicas para outros tecidos ou metástase. Têm um melhor prognóstico e, na maioria dos casos o tratamento é cirúrgico e/ou radioterápico, e as vezes podem ser complementados com tratamento de hormonioterapia. O câncer de mama invasivo é aquele que se disseminou pelo tecido mamário adjacente. Os tipos mais comuns são o ductal invasivo e o lobular invasivo. Corresponde a mais de 75% dos carcinomas invasivos de mama, possui potencial metastático alto e o tratamento depende do estágio do tumor e do tipo molecular avaliado pelo estudo imuno-histoquímico (Brackstone et al., 2021).

O câncer de mama é o câncer mais comumente diagnosticado nas mulheres e a causa mais comum de morte por câncer nas mulheres em todo o mundo. O câncer de mama é o mais incidente em mulheres no mundo, com aproximadamente 2,3 milhões de casos novos estimados em 2020, o que representa 24,5% dos casos novos por câncer em mulheres. É também a causa mais frequente de morte por câncer nessa população, com 684.996 óbitos estimados para esse ano (15,5% dos óbitos por câncer em mulheres) (IARC, 2020).

O câncer é considerado um problema de saúde pública no mundo e configura-se como uma das quatro principais causas de morte antes dos 70 anos de idade, entre a maior parte

dos países. Esse aumento deve-se, em parte, ao envelhecimento e crescimento populacional, como também a mudança na distribuição e na prevalência dos fatores de risco para o câncer, sobretudo, aqueles relacionados ao desenvolvimento socioeconômico. Por muitos anos, o câncer de mama teve a maior incidência de todos os cânceres em mulheres no mundo inteiro. As pacientes têm melhor sobrevivência em comparação com mais cânceres fatais possivelmente porque o tecido mamário não é um órgão fisicamente necessário para a sobrevivência humana. No entanto, os distúrbios mentais e emocionais de grandes cirurgias, bem como as mortes por recaída ou metástases, colocam seriamente em risco a saúde da mulher (Feng et al., 2018).

O diagnóstico do câncer de mama impacta negativamente a vida da mulher, sendo comuns sentimentos de medo e sofrimento ao longo de todo o itinerário, que inclui a fase diagnóstica, terapêutica e de sobrevivência. Essas mulheres estão expostas a várias situações, dentre elas, risco de recorrência do câncer e/ou segunda neoplasia maligna (devido ao tratamento do câncer, fatores genéticos), efeitos colaterais tardios e/ou comorbidades decorrentes dos tratamentos. As pacientes pós-tratamento, sendo este cirúrgico e/ou clínico, devem permanecer comparecendo em consultas consecutivas. Sobreviver ao câncer requer a manutenção de cuidados que devem ser, sistematicamente, incluídos nas consultas de seguimento da paciente (Lopes et al., 2018).

O prognóstico do câncer de mama depende do estadiamento da doença, assim como de suas características. Quando se fala de estadiamento, para avaliar a extensão do tumor no organismo, o sistema mais comum é o TNM (T-tumor, N-linfonodo, M-metastase), com esse sistema os médicos podem traçar as melhores opções de tratamento. A avaliação dos linfonodos axilares tem função predominantemente prognóstica, realizada através da técnica de biópsia do linfonodo sentinela (BLS). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases, o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e melhorar a qualidade de vida da paciente (Instituto Nacional de Câncer, 2019).

## **Capítulo 2 - Tratamentos e Suas Especificidades**

Quando se fala de tratamento, as modalidades podem ser: cirurgia, radioterapia, quimioterapia, hormonioterapia e imunoterapia. Tendo em consideração que, a cirurgia e a radioterapia tendo papel fundamental no controle locorregional; a quimioterapia, a hormonioterapia e a imunoterapia, no tratamento sistêmico (Brandão et al., 2021).

Entre as modalidades de tratamento, a mais comum, é a cirurgia. Na cirurgia conservadora da mama, é removido o tumor, com uma margem de segurança, pode ser

uma tumorectomia, quadrantectomia, uma mastectomia segmentar ou parcial. E na mastectomia, o cirurgião remove toda a mama, a maioria ou mesmo todos os gânglios linfáticos axilares e, frequentemente, o revestimento sobre os músculos torácicos, preservando ou não, a pele, aréola e mamilo. A mastectomia pode ser: subcutânea, radical, radical modificada e simples. Outra modalidade, é a mastectomia profilática, também conhecida por preventiva, que consiste na retirada da mama, em casos de pacientes com altas chances de desenvolver a doença (Majewski et al., 2012).

Na cirurgia da mama, quando associada ao esvaziamento axilar, as mulheres ficam com um risco mais elevado de desenvolver linfedema, deficiências do braço e do ombro, redução de amplitude de movimento e força muscular, dor e dificuldade de executar as atividades de vida diária. Todo esse processo cirúrgico, que envolve a mastectomia, acaba por trazer vários questionamentos para as mulheres que precisam vivenciá-lo, desde questões emocionais, assim como questões físicas e funcionais. Torna-se cada vez mais importante conhecer os vários aspectos relacionados ao câncer de mama, entre eles o tratamento, que impõe uma abordagem multidisciplinar (Rodrigues & Gomes, 2021).

### **Capítulo 3 - A Equipe Multiprofissional e o Itinerário Terapêutico**

A intervenção multidisciplinar está cada dia mais presente e mais eficaz no tratamento de pacientes com câncer. Devido a vulnerabilidade, e a ameaça à integridade física e psíquica, que essas mulheres se encontram, desde o momento que recebem o diagnóstico até o início do tratamento, se faz fundamental o acompanhamento de médicos, psicólogos, fisioterapeutas, nutricionistas. Passam por diversos estressores que tendem a abalar sua qualidade de vida (QV), como a suspeita de um diagnóstico desfavorável, o medo do tratamento, a redução da autoestima, o medo da volta da doença e da morte. Sendo assim, é de extrema importância que a equipe multidisciplinar avalie a QV dos pacientes durante os tratamentos para que possa desenvolver estratégias que minimizem os desconfortos e melhorem a sua QV (Correia et al., 2016).

Em seus estudos Battaglini et al. (2006), mostram que pacientes em tratamento de câncer de mama, trazem no decorrer da recuperação, alterações que podem ser observadas, como dor, redução ou limitação de mobilidade do membro superior envolvido, presença ou ausência de linfedema, aderência cicatricial e alterações da sua funcionalidade. Na fisioterapia, utiliza-se recursos capazes de intervir na recuperação funcional dessas alterações, tem como objetivo alcançar a recuperação cinesiológica-funcional dos pacientes, para que possa diminuir o tempo de recuperação, possibilitar o retorno a execução de atividades diárias, minimizar as sequelas decorrentes do tratamento,

e assim trazer qualidade de vida (Duarte et al., 2020).

## **MATERIAIS E MÉTODOS**

### **Tipos do Estudo**

Foi desenvolvido um estudo em campo, de natureza exploratória e abordagem quantitativa descritiva e qualitativa.

Vale destacar que o estudo de campo consiste na observação de grupo ou comunidade em termos de sua estrutura social, ou seja, ressaltando a interação de componentes individuais e coletivos e utiliza-se com maior frequência técnicas de observação. Tratando-se de estudos exploratórios, estes são desenvolvidos em diferentes modalidades metodológicas, porém nesta pesquisa foram conduzidas entrevistas individuais (Lima et al., 2014).

Quanto à pesquisa descritiva, normalmente, os pesquisadores possuem um vasto conhecimento do objeto de estudo, em virtude dos resultados gerados por outras pesquisas e pela própria expertise no tema. Este desenho metodológico visa efetuar a descrição de processos, mecanismos e relacionamentos existentes na realidade do fenômeno estudado (Lima et al., 2014).

Em relação à abordagem qualitativa, esta possibilita a leitura da realidade, como parte do fundamento entre o mundo real e o sujeito, uma interdependência viva entre o sujeito e o objeto, um vínculo indissociável e dinâmico (Piana, 2009).

Na pesquisa quantitativa utiliza-se uma metodologia baseada em números, métricas e cálculos matemáticos. Todos os dados obtidos a partir da pesquisa podem ser traduzidos numericamente em percentuais, e é possível obter respostas objetivas, usa uma amostragem aleatória, mas geralmente composta por um número grande de indivíduos, a fim de obter resultados mais próximos da realidade possível (Serapioni, 2000).

É importante ressaltar que a pesquisa qualitativa, possibilita que o investigador faça uma imersão na realidade e produza sobre este uma perspectiva interpretativa, e que não deve se preocupar em apenas escolher entre um método ou outro, mas em utilizar as abordagens que o façam alcançar seus objetivos. A pesquisa tem como objetivo proporcionar respostas aos problemas que são propostos, é compreendida como um conjunto de ações que visam novas descobertas e estudos em uma determinada área, consistindo em um processo metodológico de investigação, recorrendo a procedimentos científicos para encontrar respostas para um problema. Na metodologia qualitativa, os elementos em estudo são os discursos e a interpretação da linguagem (Silva et al., 2018).

Como foco desta pesquisa qualitativa compreender e aprofundar o conhecimento sobre os fenômenos sobre o cancer de mama. A busca deu-se desde a percepção das mulheres participantes no seu diagnóstico, suas ações diante ao contexto da realidade que as rodeia, suas experiências vividas assim como as opiniões e subjetividades (Minayo, 2012).

A pesquisa apoiou-se desde a organização até a análise com o material colhido à apresentação dos resultados. As fases definidas por Bardin (2011) em Análise de Conteúdo, objetiva analisar o que foi dito em meio a uma investigação, construindo e apresentando concepções em torno do objeto de estudo. A análise do material coletado seguiu um processo com fases de pré- análise; exploração do material, categorização; tratamento dos resultados e interpretação. Na análise de dados foi possível compreender criticamente o sentido do que fora indagado e o tratamento dos resultados captou os conteúdos contidos no material coletado por meio dos instrumentos propostos (Sousa & Santos, 2020). Chegou-se à codificação dos dados gerando as categorias que significam uma unidade codificada, neste estudo na forma de frase (Santos, 2012).

A técnica empregada na codificação foi a agregação formando as categorias que expressaram uma forma de pensamento refletindo a realidade numa perspectiva da análise do conteúdo. As categorias agruparam determinados elementos reunindo características comuns (Urquiza & Marques, 2016). As interpretações buscaram o que se escondia por trás dos significados das palavras que apresentaram um discurso que emergiu nas entrevistas. As Entrevistas semiestruturadas nortearam as perguntas abertas com a finalidade de obter informações das participantes sobre a temática que abordou desde o diagnóstico do câncer, o itinerário do tratamento e nova vida após alta. A escolha deste tipo de entrevista foi motivada em função da sua capacidade de retratar as experiências vivenciadas pelas mulheres participantes da pesquisa, oriundas de uma conversa arquitetada por perguntas, as quais faziam menção aos nossos objetivos (Sousa & Santos, 2020).

### **Local e Período do Estudo**

O estudo em campo foi realizado entre os meses de novembro de 2020 e fevereiro de 2021, em uma clínica privada, localizada na região metropolitana da cidade de Fortaleza-CE, Brasil.

### **População do Estudo**

Neste período haviam nove mulheres em acompanhamento por câncer de mama em pós operatório. Na ocasião, somente quatro se mostraram interessadas a participar da proposta. A amostra do estudo constituiu-se então de quatro mulheres mastectomizadas. Para o recrutamento foram identificadas, dentre as pacientes em acompanhamento na clínica, mulheres que realizaram mastectomia em função do câncer de mama nos últimos 18 meses, e que aceitaram ao convite para participarem do estudo mesmo em tempos de pandemia já instalada.

### **Materiais Utilizados**

Para inclusão destas mulheres na pesquisa foi obtido o consentimento de participação voluntária por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO A), após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Escola de Saúde Pública do Ceará/Brasil (parecer nº 2.762.449). Todos os princípios éticos em pesquisas presentes na resolução 466/12 foram respeitados e seguidos no desenvolvimento desta pesquisa.

Após o recrutamento e aceite formal para participação na pesquisa, os dados e informações sociodemográficas e clínicas foram coletados por meio de um questionário estruturado conforme a Ficha de Avaliação em Mastologia disponibilizado no site da BioOnco (ANEXO B) (<https://www.bioonco.com.br/materiais-para-download/>), e os dados referentes ao status de qualidade de vida foram coletados por meio do *Quality of Life Questionnaire Breast Cancer - 23* (QLQ-BRECON23) (ANEXO C).

Para aprofundamento das informações fornecidas e abordagem qualitativa proposta, foram feitas perguntas através de uma Entrevista Semiestruturada (ANEXO D) direcionada e conduzida pela pesquisadora responsável em ambiente virtual.

### **Métodos e Instrumentos Utilizados**

Criada em 2012, a BioOnco, atua na divulgação da atuação da fisioterapia oncológica, busca atualizar profissionalmente fisioterapeutas da área, mostra a importância da atuação do fisioterapeuta em oncologia e pretende contribuir para a melhoria dos tratamentos e recuperação de pacientes com câncer no Brasil. Atuando pautada nos pilares de informação e educação (BioOnco S/A), ofertando materiais informativos sobre as doenças oncológicas e seus tratamentos no âmbito da fisioterapia. Visto a importância desta organização optou-se por utilizar e adaptar a ficha de avaliação disponibilizada, e garantir a coleta de informações relevantes para o contexto social e de saúde destas

mulheres.

Usou-se neste estudo um questionário sociodemográfico para registrar dados relevantes para a caracterização social das participantes. Os questionários que foram usados como instrumento de investigação sobre o diagnóstico e tratamento compuseram um auxílio para complementar melhor o conhecimento sobre a condição clínica vivida por cada mulher envolvida com sua riqueza de informações. Foram utilizados, o questionário estruturado conforme a Ficha de Avaliação em Mastologia disponibilizado no site da BioOnco e questionário de qualidade de vida, o Quality of Life Questionnaire Breast Cancer-23 (QLQ-BRECON23).

O questionário QLQ-BRECON23 é uma escala de avaliação de qualidade de vida da OMS, possui tradução e validação para a língua portuguesa do Brasil, e sua utilização é autorizada pela EORTC. Esse questionário, é composto por 23 itens que, incorpora seis escalas de vários itens para avaliar os efeitos colaterais da doença e da cirurgia, função sexual, satisfação com os resultados cosméticos da mama e do mamilo, sintomas do local doador e satisfação com a reconstrução mamária. Três itens isolados avaliam problemas com perda do mamilo, reconstrução do mamilo e satisfação com as cicatrizes do local doador (Winters et al., 2017).

Um dos questionários sobre qualidade de vida mais utilizados para câncer é o *European Organisation for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire* (EORTC QLQ). O módulo de reconstrução mamária destina-se a ser utilizado juntamente com o EORTC QLQ-C30 e QLQ-BR23 em mulheres diagnosticadas e tratadas de câncer da mama, antes e depois da mastectomia, e submetidas a todos os tipos de reconstrução mamária. O EORTC QLQ-BRECON23 é um instrumento específico para avaliar qualidade de vida no câncer de mama, um instrumento de mensuração de desfecho relatado pelo paciente para avaliação da satisfação com reconstrução mamária pós-mastectomia que integra o módulo de câncer de mama desenvolvido pela EORTC (Campos et al., 2018).

A escala de resposta varia entre 0 e 4 com intensidade tipo *Likert*. Para interpretação do questionário, todas as escalas e medidas de um único item variam em pontuação de 0 a 100. Uma pontuação elevada para as escalas de sintomas e item único representa um elevado nível de sintomatologia ou problemas, enquanto uma pontuação elevada para as escalas funcionais e item único representa um elevado nível de funcionamento ou satisfação. Cada item foi respondido de acordo com a seguinte possibilidade de escala de respostas: 1 (não); 2 (pouco); 3 (moderadamente) e 4 (muito) (Winters et al., 2017).

Esta pesquisa fez uso de recursos da entrevista semiestruturada como material empírico na construção teórico-metodológica para aplicação dos questionários do estudo

e entrevista aberta com as participantes. O tempo de entrevista foi de aproximadamente 120 minutos, cada. As informações foram completadas por meio de percepções e observações advindas de um diário de campo.

As entrevistas foram realizadas pela pesquisadora em uma conversa individual com cada uma das participantes, e que foram conduzidas com a ajuda de um roteiro com perguntas norteadoras, para guiar os principais pontos a serem abordados. Devido às limitações por motivo da pandemia e a fragilidade nas condições de saúde das participantes, essas entrevistas foram realizadas através de ambiente virtual, realizadas com o auxílio de softwares de videoconferência, Zoom, Skype ou Google Meet. As falas das participantes ficaram registradas em gravações de áudio e vídeo com permissão prévia.

A pesquisadora realizou as transcrições, analisou na íntegra, exatamente como a participante falou, para então, serem utilizadas no estudo. Para preservar o anonimato das participantes, foram utilizados pseudônimos, como respectivas identificações, baseado em mulheres que foram pesquisadoras e cientistas, que se destacaram por contribuir com estudos, investigações e descobertas muito importantes para toda a humanidade. Algumas homenageadas com o Prêmio Nobel, por sua atuação. O motivo escolhido para este tipo de identificação, fez-se por motivo de admiração e de inspiração, para que assim como elas, eu possa dar meu contributo a ciência e a humanidade, ao realizar estudos e pesquisas, e trazer descobertas importantes.

Foram realizados dois encontros, virtuais, agendados previamente, mediante a disponibilidade das participantes. No primeiro momento, os dados coletados foram da Ficha de Avaliação e do Questionário de Qualidade de Vida. E no segundo momento, a entrevista foi realizada com questionamentos direcionados. Cada entrevista, teve aproximadamente, 120 minutos de duração. O TCLE, foi enviado por e-mail, assinado e preenchido por cada participante, e via e-mail devolvido. A pesquisadora não teve nenhum contratempo em relação ao acesso, as videoconferências, e nenhum problema foi relatado.

### **Análise dos Dados**

Os dados quantitativos foram tabulados no *Microsoft Office Excel 2007* e analisados no *Statistical Package for the Social Sciences* (versão 20.0). Mesmo com pequeno número de mulheres participantes, as informações sociodemográficas estabeleceram uma ideia sobre as características das participantes neste contexto, distribuídos por informações relacionadas ao instrumento como local de moradia, escolaridade, situação civil, profissão entre outras. Utilizou-se da estatística descritiva por meio da contagem de frequência para

variáveis qualitativas e medidas de tendência central (média e desvio-padrão) para analisar as variáveis quantitativas.

Para análise dos dados qualitativos foi utilizada a Análise de conteúdo de Bardin (2011) a partir de categorias, que permitiram a classificação dos componentes do significado da mensagem. Os dados construídos ao longo do processo foram tabulados de acordo com a análise de conteúdo desenvolvendo as categorias desta pesquisa e foram descritas de acordo com a interpretação do conteúdo das entrevistas e dos conceitos teóricos com base na riqueza das informações. Fez-se presente também o conceito norteador, o qual objetiva uma breve descrição das categorias (Urquiza & Marques, 2016).

## **RESULTADOS**

Os resultados referentes ao levantamento de dados **quantitativos** mostram que, foram analisados os dados de 4 mulheres participantes da pesquisa. A idade média foi de  $52,75 \pm 4,27$  anos, com mediana de 50 anos. Quanto aos dados referentes ao histórico de saúde e da condição atual de saúde (tabela 1) observou-se que maior parte, três mulheres, não tinha antecedentes de tabagismo e/ou etilismo, apenas uma participante apresentou hipertensão arterial sistêmica como doença associada e 3 das mulheres já haviam realizado procedimento cirúrgico prévio de mama ou axila. Ainda sobre as condições de saúde das participantes observou-se que três das mulheres apresentaram no seu histórico a ocorrência de gestação, aborto, uso de anticoncepcionais e a não realização de tratamento para engravidar. Todas as participantes relataram antecedentes familiares e fizeram uso de medicação.

**Tabela 1.** Histórico e condição atual de saúde das participantes do estudo, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022.

	<b>amostra</b>	<b>N</b>
<b>Antecedentes</b>	4	
Etilismo		1
Tabagismo e Etilismo		1
Não		2
<b>Doença associada</b>	4	
Hipertensão Arterial Sistêmica		1
Não		3
<b>Antecedentes ortopédicos</b>	4	

Cirurgias prévias de mama ou axila		3
Outros problemas ortopédicos		1
<b>Gestação</b>	4	
Sim		3
Não		1
<b>Aborto</b>	4	
Sim		3
Não		1
<b>Anticoncepcionais</b>	4	
Sim		3
Não		1
<b>Tratamento para engravidar</b>	4	
Sim		1
Não		3
<b>Antecedentes familiares</b>	4	
Sim		4
<b>Medicação</b>	4	
Sim		4

A tabela 2 apresenta os resultados quanto à caracterização clínica oncológica. No exame anatomopatológico, metade das mulheres apresentaram evidência de carcinoma invasivo não especial e a outra metade carcinoma intraductal. Quando interrogadas sobre receptores hormonais, três das participantes, responderam “mais de 1”. A totalidade das participantes, cerca de três participantes, realizaram como procedimento cirúrgico a mastectomia, de forma bilateral. Na biópsia do linfonodo sentinela, 3 mulheres da amostra, apresentaram resultado positivo e uma apresentou resultado negativo. Sobre procedimentos cirúrgicos, três participantes da amostra, foram submetidas à esvaziamento axilar, reconstrução mamária tardia e à implante de prótese como procedimento corretivo.

**Tabela 2.** Características clínicas oncológicas, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022.

	amostra	n
<b>Exame anatomopatológico</b>	4	

Carcinoma invasivo não especial		2
Carcinoma intraductal		2
<b>Receptores hormonais</b>	4	
Não se aplica		1
Mais de 1		3
<b>Tipo de cirurgia</b>	4	
Mastectomia		4
<b>Mama</b>	4	
Unilateral		1
Bilateral		3
<b>Biópsia do linfonodo sentinela</b>	4	
Positivo		3
Negativo		1
<b>Esvaziamento axilar</b>	4	
Sim		3
Não		1
<b>Reconstrução mamária</b>	4	
Imediata		1
Tardia		3
<b>Procedimento corretivo (variável de múltipla escolha)</b>	4	
Expansor		4
Prótese		3
Simetrização		1

Quanto ao tratamento (tabela 3), a totalidade da amostra realizou quimioterapia do tipo adjuvante, hormonioterapia e não realizaram terapia-alvo. Cerca de três mulheres realizaram radioterapia do tipo adjuvante e uma participante realizou imunoterapia. Cerca de 3 participantes da amostra, apresentaram cicatrização classificada como “normal”, sendo a alteração cicatricial mais prevalente a vermelhidão. Quanto à queixa de dor, metade da amostra, apresentou dor associada ao movimento classificada como “pouco” ou

leve e todas as mulheres não vieram a desenvolver linfedema. Todas as mulheres participantes do estudo, realizaram atividade física e relataram acompanhamento fisioterapêutico no pós-cirúrgico, bem como acompanhamento de uma equipe multiprofissional.

**Tabela 3.** Caracterização do tratamento e condições de saúde pós-cirurgia, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022.

	<b>amostra</b>	<b>n</b>
<b>Quimioterapia</b>	4	
Sim		4
<b>Tipo de quimioterapia</b>	4	
adjuvante		4
<b>Radioterapia</b>	4	
Sim		3
Não		1
<b>Tipo de radioterapia</b>	4	
Não se aplica		1
Adjuvante		3
<b>Hormonioterapia</b>	4	
Sim		4
<b>Imunoterapia</b>	4	
Sim		1
Não		3
<b>Terapia alvo</b>	4	
Não		4
<b>Cicatriz</b>	4	
Normal		3
Hipertrófica		1

<b>Alteração cicatricial</b>	4	
Não se aplica		1
Vermelhidão		3
<b>Avaliação da dor</b>	4	
Não		2
Pouco		2
<b>Tipo da dor</b>	4	
Não se aplica		2
Durante o movimento		2
<b>Linfedema</b>	4	
Não		4
<b>Atividade física</b>	4	
Sim		4
<b>Fisioterapia</b>	4	
Sim		4
<b>Quando realizou a fisioterapia</b>	4	
Pós cirúrgico		4
<b>Acompanhamento multiprofissional</b>	4	
Sim		4

Pode-se observar na tabela 4 a ocorrência de maior score para problemas relacionados à perda do mamilo (*loss of nipple*) e menor score de problemas quanto aos efeitos adversos ao tratamento (*treatment side effects*) e sintomas no local da cirurgia (*donor site symptoms*). Quanto aos domínios da escala funcional e de satisfação, na tabela 4, observa-se maior score no domínio de satisfação com a estética da mama (*satisfaction with breast cosmetic*) e funcionalidade sexual (*sexual functioning*). Os resultados dessa escala foram moderados quanto ao score nos domínios de satisfação com a estética do mamilo (*satisfaction with nipple cosmetic*), com a cirurgia (*satisfaction with surgery*) e com as cicatrizes (*satisfaction with donor scars*). Na tabela 5, o termo “afetada” refere-se a mama que foi ou está prestes a ser reconstruída.

**Tabela 4.** Análise da qualidade de vida, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022.

	<b>Raw score (média dos itens que contribuem na escala)</b>	<b>Score</b>
<b>Symptom scale: Treatment Side Effects (TS)</b>	1,63	20,83
<b>Symptom scale: Donor Site Symptoms (DS)</b>	2,11	37,04
<b>Symptom scale: Loss of nipple (NL)</b>	4,00	100
<b>Functional scale: Sexual functioning (SX)</b>	3,13	70,83
<b>Functional scale: Satisfaction with breast cosmetic (SBC)</b>	3,25	75,00
<b>Functional scale: Satisfaction with nipple cosmetic (SNC)</b>	2,75	58,33
<b>Functional scale: Satisfaction with surgery (SSU)</b>	2,81	58,33
<b>Functional scale: satisfaction with donor scars (SDS)</b>	2,50	50,00

**Tabela 5.** Análise da qualidade de vida, n = 4 mulheres. Fortaleza, Brasil, 2022.

<b>Pergunta</b>	<b>Não se aplica</b>	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderado</b>	<b>Muito</b>
	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>
1 - Você tem dormência ou formigamento no braço ou ombro?	0	2	0	1	1
2 -Você tem tido problema com inchaço debaixo do braço?	0	4	0	0	0
3 - Você tem se sentido menos atraente sexualmente como resultado de sua doença ou tratamento?	0	1	0	0	3

4 - Você tem se sentido desconfortável em situações íntimas?	0	1	0	1	2
5 - O papel da sua mama, na sua sexualidade, tem sido afetado pela sua doença ou tratamento?	0	1	0	0	3
6 - A perda de sensação prazerosa de sua mama, mesmo que seja pouca tem sido um problema para você?	0	1	1	0	2
7 - Satisfeita com o tamanho da sua mama afetada?	0	0	0	2	2
8 - Satisfeita com o formato da sua mama afetada?	0	0	0	2	2
9 - Satisfeita com a aparência da pele da sua mama afetada?	0	0	0	1	3
10 - Satisfeita com a igualdade das suas mamas?	0	0	0	3	1
11 - Satisfeita com seu decote?	0	0	0	1	3
12 - Satisfeita com a maciez da sua mama afetada?	0	0	1	1	2
13 - Se o seu mamilo foi preservado. Satisfeita com a aparência do seu mamilo afetado?	2	0	2	0	0
14 - Se o seu mamilo foi preservado. Satisfeita com a sensibilidade no seu mamilo afetado?	2	1	0	0	1
15 - Quão satisfeita você tem estado com a aparência da(s) cicatriz(es) em sua mama afetada?	0	1	0	1	2
16 - De uma maneira geral, quão satisfeita você tem estado com o resultado da sua reconstrução da mama?	0	0	0	2	2

17 - A reconstrução da sua mama tem lhe ajudado a aceitar a sua doença ou tratamento?	0	1	0	0	3
18 - Se você teve um procedimento com enxerto. Você tem tido dor?	1	2	0	1	0
19 - Se você teve um procedimento com enxerto. Você tem tido repuxamento (tensão)?	1	2	1	0	0
20 - Se você teve um procedimento com enxerto. Você tem tido alguma dormência?	1	3	0	0	0
21 - Se você teve um procedimento com enxerto. Você tem estado satisfeita com a aparência das cicatrizes?	1	0	0	0	3
22 - Se você perdeu o seu mamilo e não teve uma reconstrução do mamilo. A perda de seu mamilo tem sido um problema para você?	2	1	0	0	1
23 - Se você teve o mamilo preservado ou reconstruído cirurgicamente. A preservação ou reconstrução do seu mamilo lhe ajudou a aceitar a sua doença ou tratamento?	2	0	0	0	2

---

Quantos aos levantamentos dos resultados dos dados **qualitativos**, serão exibidos na forma textual com categorias que emergiram das entrevistas.

A seleção das categorias seguem o traçado de um itinerário terapêutico, veio a ideia de traçar o percurso de uma paciente com câncer de mama, desde o momento que recebe o diagnóstico, até o momento de alta médica, e assim foram distribuídas em forma de questionamentos, para mostrar como esse trajeto pode ser doloroso, e ao mesmo tempo emocionante. Dada essa sequência, surgem no caminho questionamentos, sensações, estímulos, surgem os sentimentos de medo e ansiedade, com isso vem o apoio da família, o apego à espiritualidade, e o suporte de uma equipe multidisciplinar. Ao desafiar o tratamento, com seus obstáculos e barreiras, que trazem questionamentos enquanto vale

a pena viver, a mudança da percepção visual em frente ao espelho e como ela se percebe diante do mundo, traz também a mudança em sua qualidade de vida, diante de pontos tão negativos por consequência do tratamento. E em complemento, um cenário cheios de incertezas e limitações, que a pandemia nos trouxe.

O grupo formado pelas quatro mulheres participantes, possibilitou compreensão a partir dos questionamentos sobre o tema abordado nas entrevistas. As categorias identificadas foram: Diagnóstico: um momento de decisões, sensação e estímulos, desafio ou barreira: caminhos a percorrer, Espiritualidade, Consciência Corporal: o meu eu comigo mesmo, Tratamento: novos caminhos, Qualidade de Vida: uma vida com qualidade, Pandemia: as incertezas. O anonimato das participantes foi preservado, foram utilizados pseudônimos como respectivas identificações.

### **Diagnóstico: um momento de decisões**

O pontapé inicial desse itinerário, é o momento que a participante recebe a notícia. Parte do momento em que é realizado o exame que detectou o câncer ao momento que o(a) médico(a) define o diagnóstico e as possibilidades de tratamentos. Entre eles: a cirurgia clássica, mastectomia profilática, quimioterapia, hormonioterapia, entre outros.

“[...] Normalmente esses exames de mama tem validade de um ano, o meu venceria em janeiro, mas quando foi em outubro de 2016, eu fui antes a médica. Eu tinha dentro de mim que eu tinha alguma coisa [...] E eu antecipei todos os exames. E foi detectado um nódulo [...]” (Marie Curie)

“[...] Fiz algum exame de imagem, não lembro agora, que eu vi que deu *BIRADS 5*, fui pesquisar, e quando eu vi no *Google* tinha 98% de chance de ser câncer, descobri que estava com câncer, descobri sozinha [...] Decidimos fazer logo as duas, uma mama foi a cirurgia de retirada, e a outra foi profilática, fiz bilateral, pra não ter que ter outro. Eu não queria passar por quimioterapia de novo [...]” (Gertrude Elion)

### **Sensação e Estímulo**

A sensação que essas mulheres têm ao receber o diagnóstico, é um momento extremamente delicado e gera fragilidades, revolta e muita insegurança. Várias sensações passam pela cabeça, logo a reação de cada uma é muito singular. Ao mesmo tempo que surge o estímulo para enfrentar a doença, enfrentar a situação o quanto antes, o fator de uma solução rápida para resolver de imediato o que para a maioria delas, torna-se um grande problema. Tudo pode ser sensações a flor da pele ou estímulo de vida.

“Pior possível. Como é que a gente esquece? Na hora você não pensa, o

chão abre, eu abracei meu marido, tentei voltar a trabalhar, pra ver se minha cabeça funcionava, não consegui [...] Tudo, filho, marido, família (estímulo). Até porque meus filhos na época tinham 11 e 14 anos. Como eu estava atrás do meu diagnóstico, eu disse assim: Se eu tiver com câncer eu quero começar logo o tratamento, que eu quero me salvar [...] Você sempre tem aquela esperança de que não dê nada. E deu". (Florence Sabin)

"Primeiro fiquei chocada, uns dois, três dias, não falei pra ninguém. Guardei pra mim. Teve momentos de medo [...] Foi mais pra "vamos enfrentar essa batalha". Mas tinha dias que eu não estava bem não, que eu estava mal-humorada, assustada, com medo [...] A família, minha mãe, meu pai, minha irmã, meu marido na época, que agora não é mais. E o apoio da equipe médica também (estímulo) [...]" (Gertrude Elion)

"Claro, a religião, a família, eu mesma né? (estímulo). Eu quando recebi o diagnóstico, eu já fazia sessões com a psicóloga, e eu continuei, então eu resolvi fazer assim, eu vou tentar me proteger da melhor forma que eu puder [...] Então eu disse: Eu vou me arrodar de tudo que eu precise e de mais alguma coisa. Também fui atrás do conhecimento, saber o que era aquilo. Meu estímulo foi, que eu achei uma solução, que o médico não me deu [...] Porque eu lia, eu li demais [...]" (Nise da Silveira)

O medo da morte é a primeira sensação assustadora que pode-se perceber, o primeiro sentimento que essas mulheres envolvidas neste estudo relataram sentir. Um medo direto a tudo que se escuta sobre a doença denominada ao câncer. O sentimento de conviver com o medo, não somente por causa do diagnóstico, mas, principalmente pelo receio do câncer reincidir.

"Claro. Considero sim. Tenho essa ideia. Eu tô no tratamento. Ainda tomo remédio, isso aqui me acompanha, não me deixa esquecer, eu tenho que tomar todo dia a medicação [...] Mas cada vez que vou fazer o exame, cada vez que vou na consulta, eu passo o mesmo estresse, passo a mesma angústia. Porque minha mãe morreu de câncer. Eu tenho medo, não vou mentir. Medo de voltar. Só não deixo que esse medo seja maior que eu. Tento ocupar minha cabeça de todo jeito, porque na hora que eu paro, vem na minha cabeça mil e uma besteiras". (Marie Curie)

"Acho que todo mundo que teve câncer, tem esse receio. E uma coisa, qualquer exame que eu vá fazer eu tenho medo. Eu rezo e peço a Deus pra acompanhar, pra me ajudar [...]" (Nise da Silveira)

"[...] É uma roleta russa, você tenta, os médicos tentam. Você faz tudo possível. Mas não tem nenhuma garantia, nenhum médico chega e diz: Você vai ficar curado. Não tem como dizer. E as vezes o tratamento funciona de um jeito pra uma pessoa, e funciona diferente pra outra [...]" (Florence Sabin)

### **Desafio ou Barreira: caminhos a percorrer**

As etapas enfrentadas do diagnóstico até o tratamento, foram relatadas como desafios no decorrer desse itinerário, momentos que o sentimento era de desistência, uma

batalha enfrentada a cada etapa, a cada obstáculo que surgia no caminho. Essa vivência, enfrentada durante todo percurso, teve momentos de grande dificuldade, mas também momentos de novas percepções, novas descobertas enquanto pessoa e ainda novos caminhos, algo jamais imaginado por ter enfrentado uma situação tão assustadora quanto o processo de adoecimento e até possibilidade de morte.

“A quimioterapia é o pior, com certeza. Desistir não, mas eu disse que não faria mais a quimioterapia vermelha, porque eu não me dei com ela. Aí foi nesse momento, que eu fiquei bem desesperada. Foi nesse momento que eu cheguei a me questionar: Será que vale a pena, eu me sacrificar tanto por isso? Eu ficava arriada, não conseguia nem me levantar [...] Porque assim as primeiras sessões, chamadas brancas, elas são ruins também, mas quando começou a vermelha, foi que elas foram péssimas [...]” (Nise da Silveira)

“[...] Teve momentos, que muitas vezes que eu questionei os médicos: Não é melhor eu morrer com qualidade de vida não? Não é melhor eu não fazer o tratamento? Porque a gente sabe que a quimioterapia, é um tratamento muito dolorido, e muitas vezes não alcança o objetivo [...] Psicologicamente e clinicamente são várias etapas. Então, assim, eu estava decidida, eu vou brigar, e vou ganhar né? Era o que me botava pra frente. A minha cabeça, ela funcionava assim, qual é o próximo passo? Pra mim aquilo ali era uma etapa [...] O catéter pra mim, foi mais assim, como uma coisa que vai diminuir meu sofrimento. Eu estava vendo como uma facilidade, não como uma barreira [...] Não é desistir propriamente. Porque eu não sou uma pessoa de desistir. Mas eu me questionei muito [...]” (Marie Curie)

“Tudo é pior, (risos) cada coisa que você vai passando, que vai acabando, você vai dando graças a Deus. Porque assim, você receber o diagnóstico é uma coisa terrível, você fica sem chão [...] Você sabe que vai ser mutilada, é uma cirurgia muito dolorida. Eu queria tirar aquilo de dentro de mim [...] Assim, a quimioterapia vermelha ela me deixava debilitada uns 5 dias, como eu tomava de 21 em 21 dias, então eu tinha duas semanas bem. Consegui ir lidando com isso [...] Menos uma, menos uma, cada etapa vencida a gente comemora. A gente tira um peso das costas [...] Tanto a quimioterapia como a radioterapia, foram muito difíceis para mim. A primeira quimioterapia eu desabei, literalmente, eu desabei, mas aí depois da primeira, pronto, ok, beleza. Mas pra eu entrar na sala de infusão. Foi duro [...]” (Florence Sabin)

## **Espiritualidade**

O impacto ao receber diagnóstico, de uma doença tão “assustadora”, como o câncer de mama, na maioria das vezes as mulheres se questionam, “o porquê isso está acontecendo com elas”. Nesse momento de medo e incerteza, elas buscam se apegar a algo, a alguém, buscam uma força, um apoio. E percebem que a espiritualidade auxilia, trazendo ressignificação do momento, fé e conforto diante da situação. O profissional da saúde que atua com pacientes oncológicos, ao considerar o aspecto espiritual, proporciona uma abordagem humanizada, trazendo novas perspectivas no atendimento.

“Eu sempre fui apegada a Deus. Sempre achei assim, quando eu passo por algum problema, quando eu estou sendo testada em alguma coisa, é porque Deus tem uma coisa muito boa pra me dar, mas Ele não vai me dar de graça. Isso me movia, me motivava [...] Eu liguei pra todos os meus familiares e amigos, e dizia: estou precisando de ajuda, estou precisando de oração, eu fui diagnosticada com câncer”. (Marie Curie)

“Eu sou católica, e ia pra o centro espírita. Então no centro espírita, a gente tem uma coisa de que nada é por acaso. Que as coisas acontecem quando tem que acontecer. A gente tem que aprender com elas, e aí depois eu voltei mais pra igreja, mas aflorou mesmo esse lado sabe? Tem horas que só é Deus mesmo”. (Gertrude Elion)

“Eu mantive o que já era, até porque antes eu já tinha tido um aborto espontâneo, então isso, fez eu me aproximar muito de Deus. Eu sempre fui católica. Sempre, em todo momento, quando eu vi que minha mama estava com uma depressão, e que eu toquei e senti o carço, eu entrei em contato com a Dra. [...] Fui marcar os exames, quando liguei, pedi pra fazer no primeiro horário, por causa do trabalho. Aí eu senti a presença de Deus nesse momento, que a atendente disse assim: no primeiro horário eu já tenho amanhã. Aí eu disse: Jesus amado, se tem amanhã é porque é grave. Não é uma coisa boa. Então eu já senti daí o dedo de Deus. Nesse momento eu senti a presença de Deus, porque foi muito rápido, então as coisas iam acontecendo e as portas abrindo”. (Florence Sabin)

### **Consciência corporal: o meu eu comigo mesmo**

A autoestima, a percepção em relação ao corpo, como se enxergaram em frente ao espelho (se conseguiam ou se evitavam se ver). Questionamentos que essas mulheres tiveram em relação a si mesmas, após a sensação de mutilação, que a mastectomia deixa, e que todas relataram. E a quimioterapia, como desafio que atravessaram, mas que deixava efeitos colaterais bem difíceis de encarar, como a perda de cabelo. E como tudo isso afetou a imagem que elas fazem de si mesmas, a falta da mama, exerce um papel importante na influência sobre a sua imagem corporal.

“[...] Eu não conseguia me olhar no espelho. Na cirurgia já, quem me dava banho era meu marido [...] Quando eu saía de casa, eu vestia o sutiã da cirurgia, e vestia o sutiã de enchimento pra despistar mais. Eu passei a tomar banho sozinha, quando o doutor encheu a minha prótese [...] No começo é difícil, para aceitar se ver, mas depois você aceita. Depois passa a ser natural, porque assim, a gente vai pra sessão de quimioterapia, e está todo mundo na mesma situação. E quem está de cabelo, você sabe que está de peruca. Não é só você que está "despeitada", todo mundo ali está (risos)”. (Marie Curie)

“Péssima né? Não tem como ficar bem. Eu me via, mas assim, você está careca, sem sobancelha, um peito sim e outro não, sem o mamilo, é um momento que é muito difícil, muito complicado. Mas que você não tem que ficar sofrendo o tempo todo por conta disso. Você coloca na cabeça que é passageiro, enquanto você está ali enfrentando o problema, que depois vai voltar tudo ao normal [...] E ainda tem um agravante, perdi o mamilo direito.

Isso já abala. Aí você já começa a quimioterapia, 15 dias depois o cabelo começa a cair”. (Florence Sabin)

Ainda dentro da categoria consciência corporal, um fator muito importante emergiu que foi a percepção sexual. Uma vez que as mamas representam um símbolo de feminilidade, aparece nas falas durante as entrevistas de forma explícita ou velada uma percepção de corpo feminino em destruição. A retirada da mama muda o contorno do corpo, abala a autoestima, interfere na sexualidade e ainda, no comportamento e nas reações do companheiro frente a doença e a cirurgia de mastectomia.

“Meu marido é 10, é tudo, é um companheiro! Ele abraça a causa até hoje, me acompanhou em tudo, desde o começo até hoje. A família sofre muito junto, mas eu dizia pra meu marido: Essa doença é minha, tudo bem você vai me acompanhar, nós vamos viver essa doença juntos [...] É muito complicado, eu até que pensava em sexo, mas no começo eu ficava com muita vergonha, mas ele foi muito tranquilo, me passou muita tranquilidade. E também, como o câncer que eu tive foi hormonal, então teve muito bloqueio hormonal pra mim, então isso afeta muito. Então uma das coisas que eu fiquei logo de cara, foi uma atrofia na região da vaginal, tenho problema com isso até hoje. Porque ainda continuo tomando bloqueador hormonal, que é o tamoxifeno. Eu até hoje tenho problema com isso”. (Florence Sabin)

## **Um Tratamento e novos caminhos**

A importância do tratamento, da combinação das modalidades terapêuticas e procedimentos empregados para combater a doença. Tudo sempre determinado a cada planilha de tratamento traçado pelos médicos, o resultado dos exames, o tipo histológico, o tamanho do tumor, o tipo de câncer, presença de linfonodos comprometidos, presença de mutação genética e dos estágios da doença em curso.

“O meu protocolo foram 16 sessões, 12 da branca e 4 da vermelha, da quimioterapia [...] Meu braço esquerdo não serve pra nada, porque foram tirados todos os linfonodos, e eu só tenho essa veia pra me salvar (apontando para o braço direito), até meus cem anos (risos), então eu fiz a opção de colocar o cateter [...] O meu cabelo começou a cair da quarta pra quinta sessão. Eu ficava muito mole, ficava com um gosto ruim na boca, eu não conseguia comer, náusea permanente [...] Tenho um expansor, que tem 25% de silicone, e 75% dele preenchido com soro [...] Porque eu volto duas vezes por ano ao oncologista e na mastologista. Faço questão de ir duas vezes por ano. Porque assim, esse câncer em mim, foi uma coisa tão rápida, e a gente tem a noção do quanto o tempo é importante dentro de um tratamento desse, que eu me sinto mais segura”. (Marie Curie)

“[...] Eu quase escapava da quimioterapia, porque o meu (tumor) foi pequenininho. A quimioterapia foi bem no limite, vamos fazer ou não vamos, mas como podia ser um pouquinho maior do que um centímetro, então vamos fazer. Pra dar mais segurança, a gente sempre trabalhou

com uma margem de segurança boa. E aí por quê? porque eu descobri no começo [...] Graças a Deus não, não precisou (da radioterapia) [...] Fiz expansor, já coloquei as próteses, fiz o enxerto de gordura pra ficar mais arrumadinho, agora eu estou só nas finalizações. E vou pra consulta com o cirurgião plástico. Pois eu relatei que estava um desnível, onde tem a cicatriz [...] Estou indo a cada 3 meses, 4 meses, eu vou pra mastologista e com o oncologista. E o Dr. está me ajudando, por causa que comecei a sentir os calores da menopausa, uma irritação, muito agoniada, e eu não posso tomar hormônio. Ele (médico) passou o medicamento, e minha qualidade de vida voltou a melhorar”. (Gertrude Elion)

Uma vez que é determinado o tratamento, também deve se pensar no tipo de cirurgia, terapias de suporte e ainda, que tipo de reconstrução será realizada. Outro ponto fundamental é manter o acompanhamento do médico assistente e da equipe multidisciplinar.

“Fiz (radioterapia). Ela só é chata porque é diária, e ela queima. Eu fiz todas, as 28 sessões, mas quando começou a queimar, eu disse pra ele (médico) que eu não ia fazer queimada daquele jeito [...] Já fiz a reconstrução, fiz a a mamoplastia. A prótese ficou bem-feita, mas o bico do peito não ficou no lugar. Requer ainda uma terceira cirurgia pra tentar melhorar, mas eu tô fora dessa cirurgia [...] Estou tomando uma medicação que é injetável, para bloquear os hormônios. De 28 em 28 dias. Então toda vez que eu vou lá, eu limpo também o cateter. Porque o cateter da cirurgia eu não tirei. Porque a preocupação do médico é exatamente, muita gordura, possa criar novamente estrogênio, progesterona. Isso aí provoca o retorno do câncer. E eu tenho problema de obesidade, que é uma doença crônica”. (Nise da Silveira)

“Fiz a quimioterapia antes da radioterapia. Foram 16 sessões de quimioterapia, da quimioterapia branca e vermelha. E eu pensei que caia só o cabelo da cabeça, caiu cabelo de todo lugar do corpo. Todos os pelos [...] Estava com o expansor (no período da radioterapia). Não tinha colocado a prótese ainda não, mas mesmo assim, não muda, quando voce tira o expansor, ele dá um conforto, porque ele fica muito deformado. Quando eu terminei à radioterapia, eu continuei fazendo terapia alvo, que também era no cateter [...] Já fiz a reconstrução”. (Florence Sabin)

Após um diagnóstico de doença cancerígena, o contato com novos sentimentos e desafios impostos pela condição de adoecimento, estas mulheres buscaram novas possibilidades de encontrar prazer e motivação para viver o pesadelo. A Equipe Multidisciplinar foi destacada como primordial na reconstrução desta nova vida após o procedimento cirúrgico.

Cada profissional tem um papel fundamental na trajetória destas mulheres mastectomizadas. A consulta com mastologista, com o cirurgião plástico, com o oncologista, os atendimentos dolorosos com a fisioterapia, o suporte incansável do psicólogo e os ajustes para melhorar hábitos alimentares com o nutricionista. Toda essa equipe multidisciplinar com um cuidado que conversava entre as categorias profissionais, é formada com a finalidade de trazer melhora da qualidade de vida e para amparar e dar

segurança a essas mulheres durante o processo. O direcionamento e apoio para buscar novos caminhos, com ajuda e orientação fizeram a diferença em cada escolha.

“Lá na clínica que eu fiz, eles têm toda uma equipe. Tem os oncologistas, os psicólogos, os nutricionistas [...] 100%, foi fundamental. Eu sempre me lembro das palavras do Dr.: Você não se preocupe, porque você tem uma equipe que vai pensar tudo por você [...] Fazia acompanhamento com o psicólogo. Lá na clínica mesmo, o psicólogo ficava dentro da sala com a gente, durante a sessão da quimioterapia, fazia atendimento, conversava [...] Minha fisioterapia foi antes da quimioterapia, logo após a cirurgia. Quando eu comecei, não tinha completado nem um mês da cirurgia, praticamente de imediato. Foi só o tempo de recuperar da cirurgia, e eu comecei [...]” (Marie Curie)

“Muito (importante), lá na clínica do Dr., onde fiz a quimioterapia, ele que é o oncologista, ele é sensacional, porque ele já tem a equipe dele lá. Então o ambiente lá da quimioterapia, é um ambiente muito positivo, é um ambiente alegre, que as pessoas são delicadas, as pessoas são educadas, gentis, competentes. Então junta tudo que a gente precisa [...] Sempre fiz terapia”. (Gertrude Elion)

“Nessa clínica que eu vou, tem vários médicos, várias especialidades. Na clínica foi diferente, eu já senti o maior apoio [...] Foi, muito (importante), eu disse: eu vou fazer uma rede de apoio pra mim porque se eu não fizer não tem como enfrentar isso aí. Isso me ajudou muito. A psicóloga então, me ajudou demais [...] Fundamental (psicólogo), se você não fizer esse cuidado você pira. Porque a cada exame que vou fazer, até hoje eu não abro exame, quem abre é o médico [...] Após a cirurgia, fazia (fisioterapia) três vezes por semana. Não (continuei), porque com a pandemia fechou tudo de novo. aí não deu mais pra eu voltar”. (Nise da Silveira)

“Tinha tudo, nutricionista, psicóloga, enfermeiros, uma equipe [...] Eu achei interessante, achei muito bom [...] Antes de começar a quimioterapia eu fui à nutricionista, pra saber o que eu podia comer, o que não podia [...] Foi logo depois da cirurgia, fiz 10 sessões (fisioterapia), comecei antes da quimioterapia. Terminou as 10, eu não renovei, porque tinha muita gente adoecendo, e eu já estava fazendo a quimioterapia, e quando eu tomava a vermelha, passava 5 dias em casa, pelos efeitos colaterais. Eu ficava com uma moleza muito grande no corpo, falta de vontade de fazer qualquer coisa. Eu respeitava esse momento do meu organismo [...]” (Florence Sabin)

### **Qualidade de vida: uma vida com qualidade**

Alguns hábitos e situações podem mudar uma rotina e conseqüentemente influenciar na qualidade de vida. Durante todo esse itinerário, as mulheres mastectomizadas participantes deste estudo, apareceram fatos que foram circunstanciais ou ainda pontos significativos na sua vida habitual que podem ter alterado ou até mesmo prejudicado uma vida saudável.

“Na época da quimioterapia, eu estava sem qualidade de vida nenhuma. Era de casa pra quimioterapia. Mudou muito meu humor, pior que é assim,

“você muda, e é como se você tivesse 500 pessoas dentro de você. Muda em poucos minutos [...] Me afastei de imediato do trabalho, entrei com atestado. Dei entrada na aposentadoria por indicação da justiça, alegando motivo de saúde [...] Você vive em torno daquilo dali. Meu marido falava pra mim: Você tem que fazer outra coisa, parar de falar sobre isso, respire, saia dessa. Mas é difícil, porque a gente sente na pele, muito difícil sair [...] Durante a pandemia eu não parei minhas aulas de Pilates, não parei minhas aulas de violino, não parei minhas aulas de idiomas, não parei o coral, não parei minha ginástica. Fazia tudo on-line. Tudo isso faz parte da minha qualidade de vida. Eu preciso de tudo isso. Principalmente, trancada dentro de casa sem poder sair”. (Marie Curie)

“Na época da quimioterapia (perdi qualidade de vida). Porque eu ficava com o nariz muito aguçado, não tinha vontade de comer, tudo me dava enjojo. Aí teve, o cabelo cai, é horrível, cai a sobrancelha, aí você fica com aquela cara inchada, então isso aí vai transformando, e trazendo a cara do câncer. Aí as pessoas olham pra você com pena no meio da rua. Então isso aí é bem ruim mesmo [...] E o exercício tanto pra o corpo, como principalmente, pra cabeça. Porque acho que a cabeça está na chave de tudo [...] Antes eu trabalhava mais do que trabalho hoje, eu botei limites. O fato de ficar doente, me gerou, uma busca de organizar mais os meus horários, pra eu ter horário pra fazer ginástica, horário pra o Pilates, horário pra terapia, hoje eu faço dança, aula de canto, musculação, então assim, cada dia é uma coisa [...] Eu fiz uso de anticoncepcional, por muitos anos. E na época eu estava muito estressada. Eu fiz tratamento para engravidar. Apesar de que, não acho que dois anos tenha influenciado em tanta coisa. Eu acho que as pessoas têm que se prevenir, fazer os exames”. (Gertrude Elion)

No entanto, alterações da rotina e a forma de compreender a qualidade de vida, podem ter sido benéficos para ter uma nova vida e novos hábitos. A importância de bons hábitos, realização de atividade física, cuidados com a saúde mental, alimentação saudável, resgate da autoestima, atenção para vida sexual e a capacidade de desempenhar atividades diárias, foram orientadas para promover uma condição de vida com qualidade desde o momento do diagnóstico.

“[...] Quando esse negócio apareceu, eu já estava aposentada [...] Estou fazendo atividade física três vezes por semana [...] Olhe, eu considero razoável (qualidade de vida), porque a retirada das mamas, deixa sequelas, mesmo eu já tendo feito a mamoplastia, ter colocado as próteses. Mas não é a mesma coisa, não tem como você repor uma coisa que foi mutilada [...] Porque desde que tive COVID, eu me sinto meio cansada, sabe? As vezes sinto moleza, cansaço [...] A superação, o esforço e tudo, acontece quando a pessoa se resolve, eu preciso melhorar, então você tem que se cercar daquilo que vai te dar um suporte que você precisa. Você já pensou se eu tivesse ficado em uma cadeira, esperando a morte chegar? Não, eu disse: eu tô doente, já fiz o tratamento, agora eu vou resolver as coisas que eu tinha que resolver”. (Nise da Silveira)

“[...] O bloqueador hormonal, na época me deu um efeito colateral muito desagradável, eu sentia dor em todos os meus ossos, a dor era tão grande que eu não conseguia cruzar as minhas pernas, eu não conseguia andar e sentar direito. Eu falava pra meu médico: não adianta a gente passar por um tratamento desse pra câncer, porque não tem qualidade de vida, se for

pra ficar vivendo desse jeito, eu abro mão, eu não quero [...] O Pilates eu saí, devido ao tratamento com o tamoxifeno, e minha idade, foi induzido a menopausa [...] Antes eu estava num grau de estresse muito grande [...] Mas hoje em dia eu agradeço por ter tido (câncer), porque assim, qualidade de vida eu sempre tive, sempre gostei de me alimentar muito bem, sempre gostei de praticar esportes [...] E aí eu estava perdendo gosto com coisas simples da vida. E hoje em dia não, tudo me dá prazer [...] E pra mim, naquela época, o trabalho era a coisa mais valiosa que eu tinha”. (Florence Sabin)

## **Pandemia: as incertezas**

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo coronavírus SARS-CoV-2. Algumas restrições e orientações foram designadas pela OMS, como, evitar aglomerações e reduzir ao máximo o contato próximo com muitas pessoas, principalmente em espaços fechados. As mulheres em tratamento contra o câncer, encontram-se em situação de debilidade física e a imunidade extremamente baixa, o que exige cuidados e atenção para evitar infecções e doenças, o que pode afetar sua recuperação e também, sua qualidade de vida. A pandemia foi um desafio ou até mesmo um obstáculo no processo de tratamento de cada uma destas mulheres. Medo, incerteza, o desconhecido que tomava conta de uma situação que era frágil e avassaladora, agora ameaçava com incertezas imensuráveis tudo o que estava sendo construído com o tratamento e seus resultados.

“Não, eu acho que pelo fato de eu ter passado pela quimioterapia, eu passei melhor pela pandemia, de ter ficado trancada dentro de casa [...] Eu me senti menos estressada, porque eu via todo mundo angustiado, porque não sabia lidar com essa situação de estar trancado dentro de casa. E eu ficava me lembrando, meu Deus, que maravilha eu poder ficar dentro de casa, do jeito que eu estou agora [...] Estou estudando violino, estou estudando idioma, estou cantando no coral, tudo online [...] Foi melhor, porque eu tinha os benefícios de ter esses atendimentos online. Hoje em dia eu não quero voltar a fazer em clínica, hoje eu continuo fazendo tudo online”. (Marie Curie)

“Atrapalhou tudo, atrapalhou a vida de todo mundo. Atrasou a cirurgia [...] Aí quando ela (médica) foi fazer o enchimento, infeccionou. Minha última cirurgia foi quando começou a pandemia. Tive uma infecção no bico do expansor, aí deu um problema danado, tive hospitalizada, voltei pra casa, dois meses de tratamento, tomei antibiótico. Tomei na veia, no braço esquerdo não podia porque tirei todos os linfonodos, não posso tomar medicação por esse braço”. (Nise da Silveira)

A Pandemia mesmo com suas incertezas trouxe possibilidades de reorganizar estratégias do tratamento e da qualidade de vida quando permitiu um período onde as pessoas precisaram ficar afastadas de contato físico e convivência social. O acesso às percepções e sensações despertadas com a necessidade de um isolamento social necessário, se assemelha ao que foi vivido durante a baixa da imunidade pela

quimioterapia ou o simples desejo de se afastar da convivência social por se sentir feia, sem graça ou até mesmo sem vontade de ouvir perguntas curiosas ou ver expressões de pena nos rostos de quem não conseguia falar sobre a doença maligna.

“O povo dizia: Ah, eu tô ficando louco, tenho que ficar em casa, usar máscara. E eu dizia: Eu já passei por essa pandemia (risos). Na época era pior, porque era só eu (risos) e agora é todo mundo igual a mim (risos)”. (Florence Sabin)

“[...] A pandemia pra mim, não foi uma coisa tão ruim na minha vida não, essa história de ficar em casa, porque eu já tinha ficado em casa muito tempo (período da quimioterapia), aí na pandemia sempre tinha alguma coisa pra fazer, tinha aulas, live. E na quimioterapia, eu fiquei em casa sem poder me mexer, ficava em casa enjoando, nas cirurgias eu tinha que ficar em casa, tinha que ficar quieta, sem poder me mexer. Então na pandemia, eu ficava em casa e dançava, assistia aula, então isso não foi ruim”. (Gertrude Elion)

## **DISCUSSÃO**

Ao tratar os dados pode-se considerar que a pequena amostra se constituiu de mulheres maduras com faixa etária entre 46 e 64 anos, maior parte sem antecedentes de tabagismo e/ou etilismo. Mais da metade, não apresentou nenhuma doença associada, e mais da metade destas mulheres já haviam sido submetidas a procedimentos cirúrgicos prévios, de mama ou axila. Todas casadas, a maior parte delas tiveram gestação e aborto, mas apenas uma delas já havia sido mãe. Todas as participantes tiveram antecedentes familiares de doença cancerígena, e todas fizeram uso de medicamentos para controle da hipertensão e depressão. Os dados encontrados nesse estudo, são condizentes com os dados observados mundialmente, de acordo com *National Cancer Institute* (2022).

O câncer de mama foi a principal causa de mortes por câncer entre as mulheres do mundo em 2020 (*National Comprehensive Cancer Network*, 2021), a incidência e a mortalidade tendem a crescer progressivamente a partir dos 40 anos. Os principais fatores de risco são: idade avançada, menarca precoce (1ª menstruação menor que 12 anos), idade avançada na primeira gravidez (após os 30 anos), menopausa tardia (após os 55 anos), densidade mamária, nuliparidade, uso de contraceptivos orais e terapia de reposição hormonal pós-menopausa (Lei et al., 2021).

Atualmente classificadas pela *International Agency for Research on Cancer* (IARC), evidências mais sólidas incluem: ingestão de bebida alcoólica, tabaco, obesidade, dieta alimentar rica em gordura e inatividade física. O risco aumenta, quanto maior for a exposição. A situação que pode indicar predisposição hereditária, e que confere elevado risco de desenvolver a doença: dispor de vários casos de câncer de mama na família. O

câncer de mama de caráter hereditário corresponde de 5% a 10% do total de casos (International Agency for Research on Cancer, 2016).

Neste estudo os exames clínicos demonstraram que foram evidenciados carcinoma invasivo não especial e carcinoma intraductal. Todas as mulheres realizaram procedimento cirúrgico como a mastectomia, sendo a maioria bilateral. Todas fizeram biópsia do linfonodo sentinela, e três realizaram o esvaziamento axilar. A maior parte das mulheres fizeram o implante de prótese como procedimento corretivo e realizaram a reconstrução da mama de forma tardia, mas todas fizeram uso do expensor. De acordo com os resultados, citados acima, os tipos de câncer mais incidentes, vão de encontro com os relatórios de incidência no mundo, encontrados nos estudos de Acrux et al. (2020) e Ribeiro et al. (2021).

O exame clínico das mamas, é o método detecção do câncer de mama na rotina ginecológica, que coloca os profissionais da saúde como peças fundamentais no diagnóstico precoce. Foi identificado neste estudo que, e conforme literatura atual de Marques et al. (2022), que mamografia utilizada possibilita detecção no rastreamento em mulheres assintomáticas, dada a capacidade de identificar lesões não palpáveis de tamanhos mínimos ainda na fase pré-clínica, com uma chance de cura que chega a 95% (Gonçalves et al., 2017).

Considerados importantes sinais de alerta para o câncer de mama, a assimetria da mama, retração da pele, retração do mamilo e alterações eczematosas na aréola. Com o objetivo de gestão do controle da doença, o Sistema de Informação do Programa de Controle do Câncer de Mama (SISMAMA), monitora o rastreamento: Mulheres de 40 a 49 anos realizar exame clínico das mamas anual e, se alterado, fazer mamografia; de 50 a 69 anos realizar exame clínico e mamografia de rastreamento a cada dois anos; de 35 anos ou mais com risco elevado, realizar exame clínico e mamografia de rastreamento anual (Santos & Koch, 2010; Andrade et al., 2022). Isto ficou evidente no estudo aqui discutido como medida de investigação, ajuda e otimização diagnóstica.

O carcinoma ductal invasivo, é o tipo mais comum de câncer de mama, sendo cerca de 80% dos casos de câncer mamários, e engloba uma variedade de subtipos: tubular, medular, mucinoso e papilífero. Das quatro mulheres participantes aqui, duas tiveram carcinoma ductal invasivo, e duas participantes tiveram carcinoma ductal *in situ*. O tipo invasivo ou infiltrante, as células neoplásicas invadem e se espalham fora dos lóbulos e ductos normais da mama, crescendo no tecido do estroma da mama circundante, têm o potencial de se espalhar para outros locais do corpo, tais como os linfonodos ou outros órgãos, e formar metástases (Barbosa et al., 2020).

Geralmente forma nódulos irregulares ou espiculados, podem se manifestar de outras formas, como microcalcificações irregulares e assimetrias focais. Para o nosso

estudo ficou marcado que assim como para Feng et al. (2018), duas mulheres foram diagnosticadas com esta forma invasiva de câncer mamário, o que corrobora com cerca de dois terços das mulheres diagnosticadas, entre 55 anos ou mais. Ainda assim, quando o tratamento é feito corretamente as chances de cura são superiores à 95% (Freitas et al., 2022).

Neste estudo, duas mulheres apresentaram este tipo de carcinoma ductal *in situ*, também conhecido como carcinoma intraductal é o tipo histológico não invasivo que representa aproximadamente 15% dos cânceres de mama, ocorre em 80% dos casos e o carcinoma lobular *in situ* em 20% dos casos. Sua prevalência tem aumentado nos últimos anos, provavelmente devido a uma melhora na prevenção com exame clínico e mamografia. A proliferação de células neoplásicas, fica limitada ao epitélio ductal e não ocorre invasão da membrana basal e do estroma, teoricamente, não podendo causar metástase dos linfonodos, logo é um bom prognóstico. Foi um fator positivo para as duas mulheres deste estudo. Em geral, quanto mais localizada a doença, melhor é a possibilidade de tratamento (Souza et al., 2015).

É essencial para a escolha do tratamento, e no controle regional da doença, realizar o estadiamento axilar. Todas as participantes envolvidas se submeteram a este procedimento seja para estadiar o nível da doença ou para esvaziamento. Sendo o linfonodo axilar, o primeiro que pode receber células cancerígenas, a detecção do linfonodo sentinela, tem como objetivo avaliar o estado da axila e evitar o esvaziamento axilar nos pacientes sem comprometimento metastático. Nos casos que são realizados a biópsia do linfonodo sentinela (BLS), um procedimento minimamente invasivo, com baixa morbidade, e muito utilizado como alternativa para dissecação dos linfonodos axilares, quando negativos a cirurgia da axila finaliza naquele momento, sem a necessidade de retirar por completo os linfonodos da axila. Se qualquer linfonodo sentinela vier positivo, ao evidenciar células malignas, realiza-se a retirada completa dos linfonodos da axila, exercendo um papel decisivo na conduta dos carcinomas invasivos (Costa Neto et al., 2017).

Em 2020 nos *guidelines da American Society of Clinical Oncology* (ASCO), foi levantado a importância da Biópsia do Linfonodo Sentinela (BLS) na prática clínica, e as recomendações pelos médicos oncologistas, quanto a necessidade de dissecação dos linfonodos axilares. Nos casos de mulheres na fase inicial de câncer de mama, sem metástases dos linfonodos não devem ser submetidas a dissecação dos linfonodos axilares. Devem ser submetidas a dissecação dos linfonodos axilares, mulheres com câncer de mama na fase inicial, com metástase dos linfonodos encontrados na BLS, que serão submetidas a mastectomia (Brackstone et al., 2021).

Entre as quatro mulheres aqui investigadas, todas tiveram suas biopsias

critérios analisadas e cuidado extremo em fechamento diagnóstico. No entanto a literatura traz que não devem submeter-se à biópsia do linfonodo sentinela, mulheres que possuem carcinoma ductal *in situ* (quando a cirurgia de preservação das mamas está planejada). Já para mulheres com câncer de mama operável, com carcinoma ductal *in situ*, quando a mastectomia é realizada podem ser submetidas a BLS (Lyman et al., 2017).

Procedimentos cirúrgicos, no caso de correções de doenças e tumores, podem trazer consequências psicológicas e traumas. Isso ficou evidenciado durante algumas entrevistas. A mastectomia é uma cirurgia que mutila, que afeta a percepção corporal da mulher, sua sexualidade no sentido de, as mamas serem uma característica corporal que denota a feminilidade e a capacidade da mulher de nutrir possíveis descendentes. Com o objetivo de beneficiar mulheres que passam por mastectomia, em casos de mutilação total ou parcial de mama, decorrente do tratamento de câncer, o Sistema Único de Saúde (SUS), garante a oferta de cirurgias plásticas, a exemplo da *Lei nº 9.797*, que dispõe sobre a obrigatoriedade da cirurgia reparadora da mama. As cirurgias de reparação ou reconstrução, buscam trazer, o retorno à normalidade, à funcionalidade e à saúde, visando seu equilíbrio biopsicossocial e consequente melhora na sua qualidade de vida e o resgate da autoestima (Schimitt & Rohden, 2020).

Quanto ao tratamento oferecido as participantes deste estudo, foi observado que a quimioterapia adjuvante e a hormonioterapia foram terapêuticas de escolha para todas as mulheres, a maior parte delas realizou a radioterapia adjuvante, tendo como repercussão, em algumas mulheres, alterações cicatriciais, dentre elas a mais prevalente foi a vermelhidão. Alguns estudos como, Rocha & Marques (2021) e Paula et al. (2021), explanam sobre procedimentos, tratamentos e seus efeitos colaterais, o que vai de encontro com os resultados apresentados acima.

Dentre os tratamentos utilizados no câncer de mama, a quimioterapia (QT) realizada no pós cirúrgico entre todas as participantes, utiliza medicamentos chamados quimioterápicos para destruir as células que compõem o tumor, de forma sistêmica. Como esses medicamentos misturam-se com o sangue, são levados a todas as partes do corpo destruindo células doentes que formam o tumor impedindo que elas se espalhem e se proliferem pelo corpo (Lôbo et al., 2014). Também afeta células saudáveis, o que traz efeitos colaterais físicos desconfortantes e por vezes até negativos. Diferentes efeitos podem ser experimentados pelas mulheres, e cada caso, em cada relato, acontece de forma única e isso pode-se observar ao longo das narrativas das participantes deste trabalho.

Dentre os efeitos relatados estão: a fadiga, alopecia, má qualidade do sono, dor, náuseas e vômitos, diarreia e/ou constipação. Reações bem frequentes embora variáveis

de caso a caso (Medeiros et al., 2019). Outras queixas que acompanham esses efeitos são: exaustão física e mental, perda de interesse por atividades anteriormente prazerosas, fraqueza, alterações de paladar, lentidão, irritabilidade e perda de concentração. Todos esses efeitos acabam por impactar a vida sexual, a percepção da mulher em relação aos outros, a autoimagem, a maternidade e sua feminilidade. Impactando negativamente a vida afetiva e social (Viana et al., 2021).

Já com a radioterapia, o tratamento objetiva trabalhar com a intenção de levar as células tumorais e cancerígenas à morte, onde esse tratamento ocorre a base de radiação ionizante, que são aplicadas no local indicado pelo médico especialista. Tem seu papel fundamental na diminuição da recorrência local, sendo os dois fatores preditivos positivos, mais importantes para essa situação, o tamanho tumoral e o número de linfonodos acometidos. Os efeitos colaterais, mesmo com novas e modernas modalidades de radioterapia (RT), são: dor, alterações cutâneas, fadiga, restrição da mobilidade, fraqueza muscular, alteração sensitiva local e radiodermites (Lucena et al., 2017).

Ocorre também, casos que as pacientes não apresentam quaisquer reações cutâneas. Na maioria dos casos a RT é realizada como complemento após a cirurgia conservadora. No caso das pacientes que realizaram mastectomia devem ser avaliados pelo radioterapeuta, a necessidade de realizar RT, a depender do subtipo histológico, grau histológico e grau nuclear, receptores de estrogênio e progesterona e amplificação do HER-2 e Ki-67. A radioterapia realizada após reconstrução com prótese, aumenta as taxas de complicação, principalmente a contratura capsular. Uma opção é a utilização de um expensor e colocação da prótese definitiva após a radioterapia (De Souza et al., 2018).

Nos casos em que, a opção foi a hormonioterapia, busca inibir o desenvolvimento do câncer, a expansão da doença, pela retirada do hormônio da circulação, tem ação sistêmica, destruindo os focos microscópicos de doença residual. Utilizada somente nos tumores sensíveis à manipulação hormonal, no caso do câncer de mama, sendo fundamental para a transição do tratamento ativo aos cuidados de sobrevivência, pois melhora significativamente os resultados de sobrevida em longo prazo.

Os principais agentes utilizados, para o câncer de mama, na hormonioterapia adjuvante, são o Tamoxifeno e os Inibidores de aromatase (anastrozol, letrozol e exemestano). Que são administrados por pelo menos de 5 a 10 anos, e tem como ponto negativo a baixa adesão ao tratamento e a baixa persistência. Efeito colateral dos inibidores de aromatase, provocam dores articulares, que podem ser semelhantes aos sintomas de artrite em diferentes articulações. Como os inibidores de aromatase removem todo o estrogênio após a menopausa, podem provocar osteoporose e até fraturas (Guedes et al., 2017).

A dor apresentou-se como um sintoma associado ao movimento de membros superiores, comum na condição clínica de mulheres mastectomizadas. Todas estas condições destacam a importância no seguimento de cuidado pré e pós-tratamento para o câncer, onde o atendimento fisioterapêutico e o alinhamento do cuidado com a equipe multiprofissional. Todas as mulheres não vieram a desenvolver linfedema, metade das mulheres tiveram dormência no ombro ou braço homolateral a mastectomia, enquanto a outra metade teve esse efeito colateral (Wang et al., 2018).

Todas as mulheres participantes realizavam atividade física e relataram acompanhamento fisioterapêutico no pós-cirúrgico, bem como acompanhamento de uma equipe multiprofissional. Relacionados aos dados citados acima, que foram resultados do estudo, vão de encontro aos achados nas pesquisas, quando se fala de dor, dormência e alteração na mobilidade do braço ou ombro homolateral, após mastectomia. Em **discordância** aos dados encontrados nas pesquisas de Pedrosa et al. (2019) e Montag et al. (2019), as mulheres desse estudo **não** desenvolveram linfedema, após o tratamento. Os dados obtidos neste estudo poderiam ser interpretados com ênfase na importância da atuação da equipe multiprofissional, da atuação da fisioterapeuta no pós-operatório.

A dor no ombro, bem frequente nestes casos principalmente após o tratamento do câncer de mama pode ser dividida em: musculoesquelética, neuropática induzida, e dor crônica. A dor musculoesquelética envolve diretamente os tecidos neuromusculares esqueléticos de uma ou mais áreas dos membros. Pacientes operadas com câncer de mama, produzem movimentos com intervalos cada vez mais reduzidos e, portanto, a dor postural, a formação de cicatrizes e a postura de proteção, causam um encurtamento dos músculos peitorais pequeno e grande, e conseqüentemente dor (Maemura et al., 2021).

A radioterapia e a subsequente fibrose tecidual, podem causar um desalinhamento, resultando em uma relação incorreta tanto entre escápula, parede torácica, cabeça umeral e fossa glenoidal, eventualmente causando dor. Como dor neuropática induzida pela terapia do câncer, tem a síndrome da dor pós mastectomia; a radioterapia pode causar dor neuropática induzida, pois afeta as estruturas circundantes, incluindo os nervos e o plexo neural; e pode ser induzida, por drogas inibidoras da aromatase. Finalmente, a dor crônica ocorre em uma proporção de até 50% dos pacientes seis meses após a cirurgia (Giacalone et al., 2019; Rett et al., 2022). Neste estudo as pacientes não referiram dor por consequente fibrose tecidual, ou dor neuropática induzida. As participantes quando queixaram-se de dor, foi no pós-operatório, no caso dor musculoesquelética, ao movimentar o membro superior homolateral a cirurgia.

O grande efeito colateral da linfonodectomia, é o linfedema, sua extensão depende da gravidade da cirurgia, muitas vezes ainda acentuada pela radioterapia pós-operatória

da axila. A incidência e severidade do linfedema dependem do tipo de técnica cirúrgica, quando submetidas às cirurgias axilares mais radicais, e com maior número de linfonodos axilares resseccionados, estatisticamente significantes, contribuem diretamente para o desenvolvimento do linfedema no membro superior homolateral à cirurgia. Outras complicações frequentes são dormência e limitação nos movimentos do membro superior homolateral, mais comuns após a dissecação dos linfonodos axilares do que com a biópsia do linfonodo sentinela. A dormência no braço é um efeito colateral frequente, porque o nervo que controla a sensibilidade passa pela área dos linfonodos axilares. As alterações na mobilidade do membro acometido, dificultam de forma biomecânica, as atividades de vida diária e as práticas funcionais do dia. As complicações vão além do acometimento físico, provocam modificações na percepção da imagem corporal, baixa autoestima, ansiedade e depressão, interferindo em seus relacionamentos interpessoais (Gozzo et al., 2019).

De acordo com a National Lymphedema Network (2011), o desenvolvimento do linfedema ocorre através do acúmulo de líquidos, porém ainda não sabe-se exatamente por que alguns pacientes são mais propensos a ter esse problema do que outros. O que pode ocorrer é, quando, pacientes que tiveram muitos linfonodos removidos e/ou realizaram tratamento radioterápico, acabam por ter um risco maior de desenvolver, pois não existe uma maneira segura de prevenir todos os casos de linfedema relacionados ao câncer de mama. Técnicas cirúrgicas para remover os linfonodos que diminuem o risco de desenvolver o linfedema, como o mapeamento reverso axilar, que é uma técnica que usa um corante azul administrado na parte superior do braço durante a cirurgia da mama, para investigar os linfonodos que drenam o braço, o cirurgião tentará evitar a retirada desses linfonodos para que o líquido linfático possa drenar normalmente.

A biópsia do linfonodo sentinela e a dissecação de linfonodos axilares são procedimentos usados para diagnosticar se estão acometidos pela doença. Se o câncer não for encontrado nesses linfonodos, esses procedimentos limitarão o número de linfonodos removidos, para que o risco de linfedema seja menor. Para o tratamento do linfedema, o fisioterapeuta realiza as técnicas de: terapia física complexa (TFC), que combina com a drenagem linfática manual (DLM), o enfaixamento compressivo funcional, exercícios terapêuticos, cuidados com a pele, automassagem linfática e uso de contenção elástica (Domingues et al., 2021).

A fisioterapia oncológica contribuiu para melhorar as diversas complicações e efeitos colaterais, que foram citados nesse estudo, desde a mastectomia até as complicações das terapias adjuvantes (quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia), e que resultaram em limitações significativas para as mulheres participantes. No pós-

operatório, os exercícios podem ser iniciados o mais rápido possível, e a recuperação costuma ser relativamente rápida. São complicações que ocorrem no tratamento, e que são tratadas pela fisioterapia: déficit de força muscular, limitação na funcionalidade do ombro por redução da amplitude de movimento, hipoestesia, aderência, fibrose, alterações posturais e dor. O fisioterapeuta, tem como objetivo, reparar a funcionalidade, a independência, a inclusão social e assim, qualidade de vida dessas mulheres (Campos & Vital, 2017).

No pós cirúrgico imediato de câncer de mama, é importante a realização de exercícios em membros superiores, para recuperação da limitação de movimento homolateral a cirurgia da mama. Dentre as condutas indicadas, este trabalho trouxe este propósito, é importante sempre respeitar o limite de cada paciente, as técnicas que o fisioterapeuta irá conduzir no acompanhamento da paciente no pós operatório imediato, são os alongamentos ativo e/ou ativo assistido, realizar a cinesioterapia para ganho de amplitude de movimento, o fortalecimento dos membros superiores (ênfatizando flexão, abdução e rotação externa), mobilização da cintura escapular, analgesia para quando a paciente estiver relatando dor, relaxamento nas zonas musculares de tensão, dessensibilização, massagem cicatricial para evitar complicações locais, técnicas de reeducação postural devido a postura que a paciente adquire após a mastectomia e adaptação de prótese mamaria, readaptação domiciliar e ocupacional. A importância da inserção do fisioterapeuta oncológico na equipe multiprofissional, nos serviços clínicos, é de extrema importância (Plácido et al., 2020).

Referente as entrevistas com as participantes aqui envolvidas, os dados coletados, através dos relatos de todas as participantes, foi de gratidão, acolhimento, sensibilidade, dedicação dos profissionais, da positividade da equipe, de como foi fundamental, no centro de oncologia, ter uma equipe de vários profissionais, envolvidos no cuidado direto e indireto as essas mulheres. Essa abordagem, mostrada nos resultados acima, está representada também nos descritos na literatura.

Para que o itinerário terapêutico tivesse um bom alcance, o profissional multidisciplinar, teve um cuidado com as informações sobre os cuidados necessários e o estímulo para participar de todas as etapas do atendimento, desde o dia que a paciente recebe o diagnóstico. As informações e o compartilhamento dos fatos, na tomada de decisões, são fundamentais. Nos cuidados do paciente oncológico, é necessário conhecer e se qualificar constantemente, entender que o vínculo que se constrói, vai além da clínica, chegando aos familiares, saber priorizar os cuidados prestados, perceber as condições sociais e a família e manter uma sensibilidade no cuidado nas situações de dor, finitude e morte (Fitaroni et al., 2021).

Durante o processo cria-se um relacionamento de confiança, o que se faz extremamente importante durante o tratamento, a recuperação e o processo de finitude dos pacientes em cuidados paliativos. A QV de mulheres com câncer de mama, está totalmente relacionada com o tratamento da doença, o que afeta diretamente o estado psicológico, mental, social e conjugal. Uma rede de apoio, formada para dar qualidade de vida às mulheres mastectomizadas é extremamente relevante, tornando-se imprescindível a atuação da equipe multiprofissional na área oncológica (Fagundes et al., 2022).

Quanto à qualidade de vida ficou evidenciado que em diversos domínios avaliados foram identificadas alterações que influenciam direta ou indiretamente na evolução da mulher mastectomizada. Destaque para fatores relevantes bem descritos na literatura que estruturam o tratamento para as mulheres participantes do estudo como a rede de apoio existente, visto que todo o processo de enfrentamento do câncer envolve dimensões para além do aspecto biológico (Lima & Silva, 2020).

A maioria das mulheres mastectomizadas envolvidas neste estudo identificou que, sentiram-se menos atraente sexualmente como resultado da doença ou do tratamento, e que o papel da mama, afetou muito na sexualidade, por conta da doença ou do tratamento. Em situações íntimas, apontaram sentir-se muito desconfortáveis.

Após cirurgia de reconstrução, todas mostraram que estão satisfeitas com o tamanho, formato, aparência, da mama afetada, que foi reconstruída, porém a maioria não se mostrou satisfeita com a aparência da cicatriz. Mostraram-se muito satisfeitas com o resultado da reconstrução da mama, e satisfeitas em como a reconstrução da mama tem-lhes ajudado a aceitar a doença ou o tratamento.

Como os resultados acima, vão de encontro aos achados nos estudos mais recentes sobre mulheres mastectomizadas e seus possíveis efeitos, juntos com as terapias adjuvantes. A mastectomia ainda é um dos tratamentos que a maioria das mulheres com câncer é submetida, que interfere em diversos aspectos da vida, consiste na remoção parcial ou total do tecido mamário, e após o procedimento cirúrgico, já tem como opção, realizar procedimento de reconstrução mamária. Perder a mama, traz alterações que vão além do físico, traz alterações na sua postura e nos padrões de beleza física, e o psicológico também é afetado, gerando grande tristeza, semelhante ao processo de luto. Tais alterações nos contornos do corpo, trazer uma visão diferente e difícil de aceitação, de estranheza, de não aceitação da imagem, a dificuldade em atos prazerosos, a dificuldade diante da sua sexualidade e por fim o isolamento social (Hirschle et al., 2018).

Outro ponto em destaque nos resultados, foi que a maioria das participantes realizou a mastectomia bilateral, mesmo com poucos estudos científicos sobre o assunto, entrou em concordância com os resultados encontrados. Os relatos das participantes que

realizaram bilateral, foi por indicação médica e por opção da participantes com medo da reincidência da doença, e ter que realizar um novo tratamento adjuvante de câncer.

Os últimos anos, mostrou-se um aumento das cirurgias profiláticas, tanto unilateral, como bilateral, que tem intenção de reduzir risco de câncer na mama contralateral, em pacientes selecionadas com câncer de mama unilateral. De acordo com o Consenso da Sociedade Americana de Cirurgiões da Mama, os pacientes com indicações, são: Teste genético positivo para mutações dos genes BRCA1 e BRCA2; Forte história familiar (parentes de primeiro grau); História de irradiação torácica antes dos 30 anos de idade. A reconstrução bilateral, de fato, possibilita resultado estético favorável, e seus índices de satisfação são maiores, resultando no aumento da autoestima e na aceitação corporal. Um fato que é muito marcante, para a maioria das mulheres, e que de fato teve influência da mídia, foi o caso que ocorreu com a atriz Angelina Jolie, teve um impacto muito alto na decisão de algumas mulheres mesmo que direta e indiretamente. As melhorias na gestão multidisciplinar, em oncologia, levaram a uma redução na incidência de câncer de mama contralateral por ano. O papel da mastectomia profilática contralateral e o contexto em que ela é apoiada é discutível (Ribeiro & Parente, 2018; Teoh et al., 2020).

Após o procedimento cirúrgico, a reconstrução da mama, pode ser ofertada para as pacientes, para seu caso em particular, e esclarecida pelo médico especialista, em relação aos riscos e benefícios. As opções de reconstrução: implantação de prótese, expansores seguidos de prótese definitiva, associação de prótese com retalhos autólogos, e a longo prazo a simetrização contralateral. Para as pacientes que ainda estão em tratamento da radioterapia, é sugerido colocar o expansor, até o fim do tratamento, e após colocar definitivamente a prótese. Caso a mulher realize a radioterapia, e tiver prótese implantada, pode ocorrer uma complicação, a contratatura capsular. A reconstrução mamária não impacta na recidiva e na mortalidade, por câncer de mama, e apresenta melhora da qualidade de vida para a maioria das pacientes (Vieira, 2017).

Com a análise dos dados que emergiram a partir das entrevistas, aproximam-se sutilmente respostas que descrevem categorias que se distribuem entre sentimentos, sensações, incertezas, medos e perspectivas ao longo do itinerário de cada uma. A partir da leitura, transcrições e compreensão das falas de cada mulher participante, as categorias foram:

Quando se trata de sensação em frente a um diagnóstico de câncer de mama, se torna uma experiência amedrontadora para as mulheres, os relatos das participantes do estudo eram de angústia, medo do tratamento, medo da morte, depressão e insegurança, como o companheiro ia reagir frente à mastectomia. A negação, ao ter um diagnóstico tão assustador, o questionamento a Deus e aos médicos, do porquê aquilo estar acontecendo

com elas. Ao mesmo tempo, tinham a vontade de vencer, de enfrentar a doença, tinham o estímulo, a força de apoio de ter o apego a Deus, a religião, de ter uma família para amar e cuidar, e por elas mesmo.

Sentimentos tão contraditórios, que foram experienciados por elas durante o itinerário, de lado a vontade de vencer e esperança de cura, do outro o medo de morrer ou de enfrentar seu corpo mutilado. Outros fatores estressantes eram, a preocupação com a família, pois iriam vivenciar todo aquele percurso difícil junto com elas, o medo da doença voltar, a ansiedade e o estresse antes de realizar qualquer exame, e a cada vez que vão na consulta, passam pela mesma angústia (Silva et al., 2019).

Os resultados acima coincidem com os já descritos nas pesquisas, mostrando que o envolvimento da família é necessário, que ela exerce papel fundamental no acompanhamento e tratamento do familiar acometido com a doença. No caso do diagnóstico, como o câncer de mama, a família sofre o impacto doloroso junto ao paciente. Aquela mulher que está doente passa a ser o foco de atenção, e a família desenvolve várias formas de apoio, mostrando a paciente que ela não enfrentará as dificuldades sozinha, além de tentar trazer uma melhora na qualidade da vida durante o tratamento (Menezes et al., 2018).

Cuidar de uma pessoa com câncer de mama, de uma mulher que passa por uma mastectomia, representa um desafio, mas traz, também, uma sobrecarga familiar, acompanhada de um grande impacto emocional. Para os profissionais de saúde, ajudar as pacientes e os familiares a encontrar significados para suas experiências, ainda é um desafio, incluindo psicólogos, pois precisam de preparação e segurança para lidar com esse tema (Barbosa et al., 2017).

Níveis elevados de ansiedade, frequentemente são observados em mulheres em tratamento de câncer de mama, foi observado também que a angústia está relacionada a depressão e a baixa função emocional. A prevalência desses transtornos, em pacientes com câncer, apresenta-se duas vezes maior do que a população em geral. Alguns efeitos adversos, podem ser causados, como dificuldade do sono, taquicardia, agitação, tensão muscular, sudorese, tremor, mudança no apetite, perda de energia, sentimento de impotência e pessimismo. Especialistas da *American Society of Clinical Oncology* (ASCO), recomendam que, todos os pacientes com câncer devem ser avaliados quanto a presença de sintomas de ansiedade e depressão na sua trajetória de cuidado, e que um descuido no tratamento dessa patologia está relacionada a má QV. A realização de exercícios físicos tem sido identificada como terapia que promove alívio dos transtornos, sendo capaz de proporcionar mudanças benéficas nas atividades de vida diária e ocupacional, e como forma de manipular os efeitos adversos da doença e seus tratamentos (Bringel et al., 2022; Isaac

et al., 2022).

Um dos grandes motivos de estresse, enfrentados por pacientes com câncer, é a preocupação com a família, a princípio surge a preocupação e o medo em transmitir o diagnóstico, na expectativa de como eles irão receber a notícia. A outra preocupação está relacionada com as incertezas do futuro, do tratamento, o medo da morte e a descontinuidade dos cuidados com seus filhos, companheiro, e com seus pais. Essa preocupação até se torna maior do que a que elas têm com elas mesmas. Afeta negativamente dimensões como a emocional, a sexual e a da imagem corporal, e assim sua vida conjugal, cria-se uma ansiedade e insegurança, uma preocupação relacionada à aceitação da doença pelo parceiro, e até mesmo o medo de que ele termine o relacionamento devido à doença, e o medo da rejeição após os efeitos dos tratamentos adjuvantes. Sérias preocupações sobre sua doença, mesmo anos após o diagnóstico, ainda permanecem, o medo da doença voltar é a maior delas, e sofrem o estresse psicológico a cada exame e a cada consulta realizada (Villar et al., 2017).

Durante o trajeto da doença, as pessoas procuram significado para suas vidas, buscam compreender e achar respostas para os fatos ocorridos. O apego a religião, a espiritualidade vem se tornando um assunto cada vez mais abordado por estudos recentes, por congressos, e vem sendo bastante inserido na prática de profissionais de saúde, principalmente aqueles que vivenciam os cuidados paliativos no seu cotidiano. A espiritualidade fortalece a individualidade do ser humano, e oferece suporte, por esses motivos deve ser usado como ferramenta terapêutica pois podem proporcionar conforto, fé, paz e ressignificação do momento. Para os profissionais de saúde que atuam em oncologia, para melhorar a assistência, é fundamental para o tratamento, que ele conheça e compreenda a espiritualidade do paciente e seus familiares. Beneficiando o vínculo profissional/paciente, trazendo motivação para o tratamento e um melhor entendimento durante o itinerário terapêutico (Santos et al., 2022).

Outros estudos também apontam a dificuldade com a autoimagem, que as mulheres sofrem, como ficam com maiores dificuldades sexuais, consequências dos tratamentos, de forma semelhante com o que ocorreu neste estudo. Em seus relatos, as participantes identificaram em suas trajetórias, os pontos negativos relacionados a sua consciência corporal e a sua função sexual.

A preocupação com a imagem corporal, afeta em mais de 50%, das mulheres sobreviventes de câncer de mama. Os fatores decorrentes das complicações cirúrgicas, e sequelas resultantes dos tratamentos adjuvantes, são: perda e as deformidades da mama, perda do cabelo, linfedema, menopausa precoce (induzida pelo tratamento), redução de libido, disfunção sexual, ganho de peso e presença de cicatriz. Todos esses fatores

implicam negativamente na alteração da imagem corporal, principalmente para aquelas mulheres que realizaram mastectomia, apresentaram piora na qualidade de vida associada à sua imagem, a sua autoestima, a sua consciência corporal, e piora a qualidade do relacionamento e da vida sexual do casal. Um problema que acontece no pós-operatório, e que é comum entre as pacientes, é a disfunção sexual. As mulheres que foram submetidas a quimioterapia e a tratamento com inibidores de aromatase, queixam-se de perda do desejo sexual, secura vaginal, dificuldade de alcançar o orgasmo e os sintomas de menopausa. Durante o tratamento, faz-se necessário, a orientação de especialistas, que atuam junto à equipe multidisciplinar, para minimizar ou cessar os efeitos causados (Rezende et al., 2018).

Dentre as formas de tratamento a que mais comprometeu a qualidade de vida das participantes, foi a quimioterapia, em todos os níveis e em todos os sentidos, pois tornou-se um fator desafiante, e questionador, pois todas as participantes tiveram essas queixas e dúvidas com seus respectivos médicos(as), quanto a continuidade do tratamento contra o câncer de mama, e a necessidade de passar por todo esse “sofrimento”.

A Qualidade de Vida é definida como, a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no âmbito do sistema cultural e de valores em que vive e em relação a suas metas, expectativas, padrões e preocupações, ou seja, a QV está relacionada a satisfação na vida familiar, amorosa, social e ambiental. A qualidade de vida dos pacientes com diagnóstico de câncer de mama, requer auxílio da equipe multiprofissional, para avaliar os efeitos do tratamento oncológico, e traçar o planejamento de intervenções que minimizem os possíveis transtornos. A quimioterapia é considerada uma terapêutica com elevados efeitos colaterais, que interferem nas condições físicas do paciente, podem afetar as expectativas para o futuro, conseqüentemente, a qualidade de vida. Acometendo os domínios funcionais, reduzindo a satisfação pessoal, interferindo nas atividades do cotidiano e no próprio tratamento, quando muito intensa, pode haver a necessidade de interromper o tratamento ou reduzir a dose do quimioterápico (Silveira et al., 2021).

Esses dados reforçam a importância, que o tratamento de câncer de mama compromete a QV das mulheres em todas as esferas de suas vidas, e que há impacto negativo. Ao receberem quimioterapia, atribuíram a fadiga, baixos níveis de função física, diminuição da atividade sexual, alteração de humor e estado emocional, e o quanto que os sintomas da menopausa, induzida pela QT, impactaram sua vida conjugal. Outro efeito adverso, que parece ser comum em pacientes submetidas à quimioterapia, é a disfunção cognitiva. A relação entre fadiga e câncer é universal, é relatada como um estado intenso de esgotamento, com duração e intensidade maior que a fadiga comum. Ao comparar a terapia hormonal com o tratamento quimioterápico, este último apresenta pior impacto na

qualidade de vida relacionada ao tratamento. A qualidade de vida na área da oncologia tem sido definida como a percepção individual de bem-estar, compreendendo uma perspectiva multidimensional que geralmente engloba a dimensão física, psicológica, social e espiritual (Silva & Lancellotti, 2021).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), entende-se como educação em saúde a combinação de ações e experiências de aprendizado planejado com o intuito de habilitar as pessoas a obterem conhecimento sobre fatores determinantes e comportamentos de saúde. Considerada uma das principais ações de promoção da saúde, com a criação de oportunidades já que se revela de suma importância tanto na prevenção e reabilitação de doenças, além de despertar a cidadania, responsabilidade pessoal e social. Presente em todos os setores da atenção à saúde, desde atenção primária, centros de referência até a atenção hospitalar (Falkenberg et al., 2014).

Um plano de intervenção que promova a prevenção da doença e o seu diagnóstico precoce, propõe elevar o nível de conhecimento das mulheres sobre os fatores de risco do câncer de mama para sua prevenção, a mamografia como método de rastreamento e o exame clínico e autoexame das mamas para seu diagnóstico precoce na tentativa de melhorar a qualidade de vida das mulheres. Importante, sobretudo, ter profissionais cada vez mais capacitados, conscientes e empoderados, aptos a ouvir e conscientizar, não esquecendo de olhar para a realidade social e econômica das pacientes, sobre a importância das práticas cotidianas na população feminina, para o rastreamento do câncer de mama e a detecção precoce, com ênfase no exame anual e autoexame mensal, além dos outros exames de rastreamento, contribuindo para a redução da morbimortalidade desta doença (Figueiredo Júnior et al., 2020).

Analisando todos os relatos obtidos neste trabalho, em que todas as participantes realizavam atividade física, é possível afirmar que as pesquisas confirmam a importância de hábitos de vida saudáveis, a prática de atividades físicas, evitar estresse e reduzir carga de trabalho.

Para prevenção do câncer de mama, é fundamental o controle dos fatores de risco. Estima-se hoje, reduzir o risco de desenvolver a doença, através de algumas medidas: praticar atividade física, manter o peso corporal adequado, adotar um hábito favorável de sono, adotar uma alimentação mais saudável, evitar ou reduzir o consumo de bebidas alcoólicas, evitar o tabagismo. A literatura evidencia, que a atividade física praticada regularmente, de forma moderada ou intensa, é essencial a essa população, reduz a mortalidade por câncer de mama. Além de, reduzir o risco de recidivas, melhorar a qualidade de vida e a funcionalidade dos membros superiores. A *American Cancer Society* (ACS), recomenda a atividade física para a prevenção do câncer, e sugerem que padrões

alimentares saudáveis estão associados a um risco reduzido de câncer, especialmente câncer de cólon e mama. Demonstrou-se que, a atividade física afeta várias funções sistêmicas, incluindo seus efeitos no metabolismo da insulina/glicose, aumento da função imune, diminuição da inflamação, melhora das funções cardiorrespiratórias, hormônios sexuais e estresse oxidativo (Rock et al., 2020).

A pandemia para a maioria das pessoas foi extremamente difícil, o isolamento e distanciamento social, também no quesito financeiro, emocional e de saúde. Para as participantes desse estudo, que estavam em fase de recuperação do tratamento, não tiveram queixas em relação ao isolamento, pois deram continuidade a vida que elas já estavam levando, devido sua condição. Pelo contrário, serviços que antes elas buscavam, para ajudá-las, e que era complicado de encontrar, deixaram de ser barreiras e se tornaram facilitadores na sua jornada. Começaram a ter acesso, em formato on-line, às suas atividades físicas, aulas de línguas estrangeiras, aulas de instrumentos musicais.

O surto da doença, pela COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, anunciada pela OMS, em 2020, como sendo uma doença mortal, com altas taxas de transmissibilidade, com a inexperiência para contenção precoce e a ausência de tratamento específico. A iniciativa de todos os países, foi de adotar estratégias, a fim de evitar a propagação do vírus, com medidas de distanciamento social ampliado, que incluiu trabalho remoto, suspensão em todos os níveis das aulas escolares presenciais, fechamento do comércio físico e serviços não essenciais. No sistema de saúde, não foi diferente, novas medidas de atendimentos foram adotadas, como acolhimentos on-line ou telemedicina. Os cuidados clínicos e hospitalares, reduziram sua capacidade de atendimento, para tentar trazer segurança para os pacientes e para os profissionais de saúde, que estavam sobrecarregados. Os serviços de saúde, foram impactados profundamente, as cirurgias eletivas foram interrompidas, houve interrupções nos cuidados de reabilitação e nos cuidados paliativos, para reduzir o risco (Ferreira et al., 2020; Lyra et al., 2021).

Momento desafiador para todo o mundo, onde as pessoas precisaram se reinventar, para continuar sua rotina, seu cotidiano. O cuidado maior eram, com os grupos de pessoas vulneráveis, pacientes oncológicos, pessoas com idade acima de 60 anos e com doenças crônicas, doenças cardiovasculares e respiratórias, possuíam um risco maior de terem complicações graves, caso contaminadas pelo coronavírus. Igualmente, pessoas que estavam em tratamentos contra o câncer, que faziam uso de medicamentos imunossupressores. As mulheres em tratamento de câncer de mama, tiveram a interrupção da fisioterapia e das atividades físicas, fator desfavorável, que atrasou na reabilitação e recuperação. Os atendimentos remotos, foram as estratégias encontradas por essas

mulheres, para dar continuidade a manutenção da saúde e seus cuidados. Durante o isolamento social, as principais atividades físicas praticadas concentraram-se ginástica, musculação, dança, Pilates e alongamento, acompanhados de forma on-line, pelo profissional especializado (Carvalho et al., 2022).

### **Limitação do Estudo**

Este estudo realizado apresentou uma importante limitação, que foi a pandemia do COVID-19, causada pelo coronavírus SARS-CoV-2, que começou no ano de 2020. Pouco se sabia do que estava acontecendo no mundo, e completamente sem previsão de um retorno a “normalidade”, e com o aumento do número de casos, as pessoas precisavam ficar em distanciamento social, logo, o que precisava ser feito, estruturado e resolvido em nossas vidas, nas nossas atividades diárias, trabalho, estudos, universidade, se resumia a uma palavra: on-line. E começamos a fazer tudo através do espaço virtual.

Diante desse cenário, a pesquisadora encontrou uma dificuldade em obter um contato com as participantes, pela dificuldade que algumas destas mulheres estavam enfrentando. Assim sendo, o tamanho da amostra, se tornou outra limitação desse estudo. Algumas relatavam não poder participar, por motivos de saúde mental, estavam cansadas e estressadas, por todo caos gerado pela pandemia, e não estavam aptas a participar. Outras possíveis participantes, não estavam em suas residências, em suas moradias, pois preferiram isolar se em casas de campo, serra ou praia, e iriam ficar com a limitação de acesso ao computador, e a conexão à internet.

### **Perspectivas Futuras**

Apesar das limitações identificadas, este trabalho enfatiza a importância, de trazer para os profissionais de saúde, a possibilidade de conhecer a realidade de mulheres que passam por um momento único em suas vidas, conhecer melhor os pacientes oncológicos e trazer uma abordagem mais humanizada, e valorizar o momento e o sentimento de mulheres que passam por essa situação, durante esse itinerário terapêutico.

Garantindo que mais mulheres façam prevenção, e que os órgãos de saúde estimulem as mulheres a realizar a prevenção em suas cidades, que uma vez diagnosticado precocemente, ajuda a diminuir os altos índices que estão relacionados ao câncer de mama. Ressalta se ainda que, quanto maior for o interesse na busca pela qualidade de vida, e o conhecimento nesse tema abordado nesse trabalho, mais relevante para pacientes oncológicos, para área de pesquisa e estudos, e para profissionais de

saúde. Tema esse que, ainda encontra-se em destaque, mundialmente, em artigos e congressos.

## **CONCLUSÃO**

A importância de ter um instrumento, como o questionário, para avaliar a qualidade de vida, e a entrevista para complementar essa percepção que esses relatos nos mostraram, e assim conseguir identificar os fatores que serviram de estímulo ou que foram um desafio para elas durante essa jornada, foi importante sentir um pouco o que elas enfrentaram, atravessaram e vivenciaram, e as diversas alterações que ela sentiram no corpo e na saúde mental, e em como isso afetou a qualidade de vida.

Identificou-se as diversas formas que, a mastectomia e seus tratamentos adjuvantes afetaram negativamente a qualidade de vida das mulheres com câncer de mama. Desde consequências como, sua função de membro superior, a dor ao movimentar o braço do lado afetado, a sensação de mutilação causada pela mastectomia, a diminuição da autoestima pela ausência dos cabelos, o emocional e a saúde mental abalados com um diagnóstico assustador, as incertezas sobre vida e morte, a sua consciência corporal ao perder uma mama, sua satisfação sexual diminuída, suas atividades de vida diária e ocupacional reduzidas, e que as incapacitaram de realizá-las devido a fadiga e o cansaço.

Concluiu-se que o distanciamento social causado pelo Covid-19 não foi fator prejudicial, em relação a isolar-se em suas residências, porém quando tratou-se de marcação de consultas importantes e necessárias após a mastectomia, marcação de cirurgia de correção ou de enchimento do expansor, ou sessões de fisioterapia que são essenciais no pós operatório, para diminuição dos efeitos colaterais e melhora na funcionalidade; acabaram por impactar negativamente, atrapalhar e interferir no itinerário dessas mulheres durante o tratamento.

Por fim, é importante ressaltar a importância de uma equipe multidisciplinar preparada para o atendimento e abordagem dos pacientes oncológicos, visando minimizar os efeitos colaterais do tratamento e ajudando no retorno da qualidade de vida das mulheres mastectomizadas, servindo como uma rede de apoio, um suporte, e assim trazendo uma segurança durante o enfrentamento de momento com tantas incertezas e inseguranças.

Este estudo constituiu, apenas um contributo para o conhecimento do itinerário terapêutico de mulheres mastectomizadas, desde o diagnóstico até o tratamento, e assim melhorar os cuidados em saúde e as práticas de assistência às mulheres com câncer de mama, e assim trazer novos projetos de prevenção e apoio a saúde.

## **REFERÊNCIAS**

- Acru, T., Athanzio, D., Gaudêncio, D., & Rocha, C. (2020). Ductal carcinoma in situ of the breast: Correlation of architectural, cytological, IHC findings and recurrence analysis. *Jornal Brasileiro de Patologia e Medicina Laboratorial*, 56. <https://doi.org/10.5935/1676-2444.20200018>
- Andrade, M. C. d., Ribeiro, A. P., Lanza, K., Lima, L. M. d., & Oliveira, G. L. (2022). Ações de detecção precoce do câncer de mama no Brasil: Análise dos dados do sistema de informação do controle do câncer de mama (SISMAMA), 2009-2015. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(3). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2022v68n3.2189>
- Barbosa, R. M. d. M., Ferreira, J. L. P., Melo, M. C. B. d., & Costa, J. M. (2017). A espiritualidade como estratégia de enfrentamento para familiares de pacientes adultos em cuidados paliativos. *Revista da SBPH*, 20(1), 165-182. [http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1516-08582017000100010&lng=pt&tlng=pt](http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-08582017000100010&lng=pt&tlng=pt)
- Barbosa, M. G. A., Silva, E. I. d., Barros, É. F. A., Silva, M. M. d., Santos, S. M. D., & Lins, S. R. d. O. (2020). Alterações citológicas e marcadores tumorais específicos para o câncer de mama. *Brazilian Journal of Development*, 6(8), 59977-59992. <https://doi.org/10.34117/bjdv6n8-421>
- Battaglini, C., Bottaro, M., Dennehy, C., Barfoot, D., Shields, E., Kirk, D., & Hackney, A. C. (2006). Efeitos do treinamento de resistência na força muscular e níveis de fadiga em pacientes com câncer de mama. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*, 12(3), 153-158. <https://doi.org/10.1590/s1517-86922006000300009>
- Brackstone, M., Baldassarre, F. G., Perera, F. E., Cil, T., Chavez Mac Gregor, M., Dayes, I. S., Engel, J., Horton, J. K., King, T. A., Kornecki, A., George, R., SenGupta, S. K., Spears, P. A., & Eisen, A. F. (2021). Management of the axilla in early-stage breast cancer: Ontario health (cancer care Ontario) and ASCO guideline. *Journal of Clinical Oncology*, 39(27), 3056-3082. <https://doi.org/10.1200/jco.21.00934>
- Brandão, M. L., Fritsch, T. Z., Toebe, T. R. P., & Rabin, E. G. (2021). Association between spirituality and quality of life of women with breast cancer undergoing radiotherapy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/1980-220x-reeusp-2020-0476>
- Bringel, M. d. O., Reis, A. D., Aguiar, L. C., & Garcia, J. B. S. (2022). Ansiedade, depressão, dor e fadiga em pacientes com câncer de mama que realizaram treinamento combinado. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(3). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2022v68n3.2611>
- Campos, R. E. d. S., & Vital, F. M. R. (2017). *Fisioterapia em oncologia: Protocolos assistenciais: Vol. 4. Fisioterapia no câncer de mama* (F. M. R. Vital, Ed.). Atheneu.
- Campos, J. A. D. B., Spexoto, M. C. B., Silva, W. R. d., Serrano, S. V., & Marôco, J. (2018). European organization for research and treatment of cancer quality of life questionnaire core 30: Factorial models to Brazilian cancer patients. *Einstein (São Paulo)*, 16(1). <https://doi.org/10.1590/s1679-45082018ao4132>

Carvalho, M. C. d. J., Duarte, T. C., Ramires, K. P., Tajima, C. C., Mello, R. A. d., & Araújo, P. d. C. (2022). Mudanças na incidência do câncer de mama no Brasil durante a pandemia do Covid-19. *Revista da Sociedade Brasileira de Cancerologia*, 23(62), 75-82. <https://doi.org/10.29327/258045.23.62-4>

Cordeiro, L. M., Dos Santos, D. G. M., & Orlandi, F. D. S. (2021). Qualidade de vida, ansiedade e depressão em pacientes oncológicos em quimioterapia e familiares. *Enfermagem em Foco*, 12(3). <https://doi.org/10.21675/2357-707x.2021.v12.n3.3801>

Correia, T., Monteiro, S., Caetano, T., Torres, A., & Pereira, A. (2016). Effectiveness of a multidisciplinary intervention in breast cancer survivors. *Psicologia, Saúde & Doença*, 17(3), 483-502. <https://doi.org/10.15309/16psd170314>

Costa Neto, O. F., Castro, R. B., Oliveira, C. V., Feitosa, T. V. N., Alves Júnior, J. J., Cavalcante, F. P., & Lima, M. V. A. (2017). Fatores preditivos de metástases axilares em pacientes com câncer de mama e biópsia de linfonodo sentinela positivo. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgiões*, 44(4), 391-396. <https://doi.org/10.1590/0100-69912017004014>

De Souza, D. P., Faria, W. D. S. M., Devólio, M. L., Marinho, V. A., & Marson, R. F. (2018). A importância da radioterapia no tratamento do câncer de mama. *Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research*, 25(1), 35-38. [https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181204\\_202621.pdf](https://www.mastereditora.com.br/periodico/20181204_202621.pdf)

Domingues, A. C., Alves, B. C., Miranda, V. C. d. R., Navarenho, P. S. d. S., & Teodoro, E. C. M. (2021). Terapia complexa descongestiva no tratamento de linfedema pós-mastectomia. *Fisioterapia Brasil*, 22(2), 272-289. <https://doi.org/10.33233/fb.v22i2.4323>

Duarte, A. C. F., Silva, B. A., Avelino, P. R., & Menezes, K. K. P. d. (2020). Força de preensão, capacidade funcional e qualidade de vida de indivíduos com câncer. *Fisioterapia e Pesquisa*, 27(4), 362-369. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/19039127042020>

Fagundes, T. E., Acosta, A. d. S., Peretiatko, E. L., & Rodrigues, J. M. S. (2022). Cultura de segurança do paciente oncológico na perspectiva da equipe multiprofissional. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 68(4). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2022v68n4.2594>

Falkenberg, M. B., Mendes, T. d. P. L., Moraes, E. P. d., & Souza, E. M. d. (2014). Educação em saúde e educação na saúde: Conceitos e implicações para a saúde coletiva. *Ciência & Saúde Coletiva*, 19(3), 847-852. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014193.01572013>

Ferreira, J. D., Lima, F. C. d. S. d., Oliveira, J. F. P., & Santos, M. d. O. (2020). Covid-19 e câncer: Atualização de aspectos epidemiológicos. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 66. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2020v66ntemaatual.1013>

Feng, Y., Spezia, M., Huang, S., Yuan, C., Zeng, Z., Zhang, L., Ji, X., Liu, W., Huang, B., Luo, W., Liu, B., Lei, Y., Du, S., Vuppapapati, A., Luu, H. H., Haydon, R. C., He, T.-C., & Ren, G. (2018). Breast cancer development and progression: Risk factors, cancer stem cells, signaling pathways, genomics, and molecular pathogenesis. *Genes & Diseases*, 5(2), 77-106. <https://doi.org/10.1016/j.gendis.2018.05.001>

- Figueiredo Júnior, A. M. d., Frazão, J. d. M., Silva, A. T. d., Trindade, L. M. d., Contente, T. M. d. S., Machado, T. H. G., Fernandes, C. d. S., Barbosa, D. d. S. d. S., Silva, C. L. T. d., & Aguiar, A. C. d. S. (2020). A importância do processo de educação em saúde entre estudantes da área da saúde: Um relato de experiência. *Revista Eletrônica Acervo Científico*, 11. <https://doi.org/10.25248/reac.e3003.2020>
- Fitaroni, J. B., Bousfield, A. B. d. S., & Silva, J. P. d. (2021). Morte nos cuidados paliativos: Representações sociais de uma equipe multidisciplinar. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 41. <https://doi.org/10.1590/1982-3703003209676>
- Freitas, R. M. d., Guerra, M. R., Fayer, V. A., Campos, A. A. L., Cintra, J. R. D., Warren, J., Ervilha, R. R., Paula, C. D. d., & Bustamante-Teixeira, M. T. (2022). Histological and immunohistochemical characteristics for hereditary breast cancer risk in a cohort of brazilian women. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia / RBGO Gynecology and Obstetrics*. <https://doi.org/10.1055/s-0042-1743103>
- Giacalone, A., Alessandria, P., & Ruberti, E. (2019). The physiotherapy intervention for shoulder pain in patients treated for breast cancer: Systematic review. *Cureus*. <https://doi.org/10.7759/cureus.6416>
- Gonçalves, C. V., Camargo, V. P., Cagol, J. M., Miranda, B., & Mendoza-Sassi, R. A. (2017). O conhecimento de mulheres sobre os métodos para prevenção secundária do câncer de mama. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(12), 4073-4082. <https://doi.org/10.1590/1413-812320172212.09372016>
- Gozzo, T. d. O., Aguado, G., Tomadon, A., Panobianco, M. S., & Prado, M. A. S. (2019). Profile of women with lymphedema after breast cancer treatment. *Escola Anna Nery*, 23(4). <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2019-0090>
- Guedes, J. B. R., Guerra, M. R., Alvim, M. M., & Leite, I. C. G. (2017). Fatores associados à adesão e à persistência na hormonioterapia em mulheres com câncer de mama. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 20(4), 636-649. <https://doi.org/10.1590/1980-5497201700040007>
- Hirschle, T. M. R., Maciel, S. C., & Amorim, G. K. (2018). Representações sociais sobre o corpo e satisfação sexual de mulheres mastectomizadas e seus parceiros. *Temas em Psicologia*, 26(1), 457-468. <https://doi.org/10.9788/tp2018.1-18pt>
- Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (Org.). (2019). *Estimativa 2020: Incidência de Câncer no Brasil*. Rio de Janeiro: INCA. <https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//estimativa-2020-incidencia-de-cancer-no-brasil.pdf>
- Instituto Nacional de Câncer (INCA) (Org.). (2019). *A situação do câncer de mama no Brasil: Síntese de dados dos sistemas de informação*. Rio de Janeiro: INCA. <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/situacao-do-cancer-de-mama-no-brasil-sintese-de-dados-dos-sistemas-de-informacao>
- International Agency for Research on Cancer (IARC) (Org.). (2016). *Breast cancer screening*, (2ª ed. Vol. 15). IARC Working Group on the Evaluation of Cancer-Preventive Interventions. <https://publications.iarc.fr/Book-And-Report-Series/Iarc-Handbooks-Of-Cancer-Prevention/Breast-Cancer-Screening-2016>

International Agency for Research on Cancer (IARC) (Org.). (2020). *Cancer today*. Lyon: WHO. Disponível em: <https://gco.iarc.fr/today/home>

Isaac, A. F. B., Miranda, L. F., Gonçalves, M. C., Gomes, N. S., & Nicolussi, A. C. (2022). Avaliação de fadiga, ansiedade, depressão e qualidade de vida de mulheres durante radioterapia. *Research, Society and Development*, 11(8), Artigo e18611830606. <https://doi.org/10.33448/rsd-v11i8.30606>

Lei, S., Zheng, R., Zhang, S., Wang, S., Chen, R., Sun, K., Zeng, H., Zhou, J., & Wei, W. (2021). Global patterns of breast cancer incidence and mortality: A population-based cancer registry data analysis from 2000 to 2020. *Cancer Communications*. <https://doi.org/10.1002/cac2.12207>

Lima, S. S., Costa e Silva, S. S., Magalhães, S. A., & Assis, S. M. (2014). O Desafio do Conhecimento. *Revista Inter-Legere*, 14(14). <https://periodicos.ufrn.br/interlegere/article/view/4873>

Lima, E. d. O. L., & Silva, M. M. d. (2020). Quality of life of women with locally advanced or metastatic breast cancer. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190292>

Lôbo, S. A., Fernandes, A. F. C., Almeida, P. C. d., Carvalho, C. M. d. L., & Sawada, N. O. (2014). Qualidade de vida em mulheres com neoplasias de mama em quimioterapia. *Acta Paulista de Enfermagem*, 27(6), 554-559. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201400090>

Lopes, J. V., Bergerot, C. D., Barbosa, L. R., Calux, N. M. d. C. T., Elias, S., Ashing, K. T., & Domenico, E. B. L. d. (2018). Impact of breast cancer and quality of life of women survivors. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71(6), 2916-2921. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0081>

Lucena, N. V. d., Silva, J. B. L. d., Lucena, P. V. d., Rocha, C. D. S., & Cavalcante, H. R. (2017). Radioterapia: Reações adversas ao tratamento de câncer de mama feminino. *Temas em Saúde*, 17(3), 36-45. <https://temasemsaude.com/wp-content/uploads/2017/10/17303.pdf>

Lyman, G. H., Somerfield, M. R., Bosserman, L. D., Perkins, C. L., Weaver, D. L., & Giuliano, A. E. (2017). Sentinel lymph node biopsy for patients with early-stage breast cancer: American society of clinical oncology clinical practice guideline update. *Journal of Clinical Oncology*, 35(5), 561-564. <https://doi.org/10.1200/jco.2016.71.0947>

Lyra, V. B., Fretta, T. d. B., Stein, F., Sperandio, F. F., & Guimarães, A. C. d. A. (2021). Câncer de mama e atividade física: Percepções durante a pandemia de Covid-19. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 67(2). <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2021v67n2.1291>

Maemura, L. M., Matos, J. d. A. F., Oliveira, R. F. d. P., Carrijo, T. M., & Fernandes, T. V. (2021). Evaluation of a multidisciplinary team in chronic pain treatment: Interventional and prospective study. *BrJP*, 4(4), 327-331. <https://doi.org/10.5935/2595-0118.20210060>

Majewski, J. M., Lopes, A. D. F., Davoglio, T., & Leite, J. C. d. C. (2012). Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: Uma revisão de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 707-716. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300017>

Marques, C. A. V., Figueiredo, E. N. d., & Gutiérrez, M. G. R. d. (2022). Breast cancer screening program for risk groups: Facts and perspectives. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 75(3). <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2021-0050>

Medeiros, M. B. d., Silva, R. M. C. R. A., Pereira, E. R., Melo, S. H. d. S., Joaquim, F. L., Santos, B. M. d., & Goés, T. R. P. (2019). Perception of women with breast cancer undergoing chemotherapy: A comprehensive analysis. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(suppl 3), 103-110. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0165>

Menezes, R. R., Kameo, S. Y., Valença, T. d. S., Mocó, G. A. A., & Santos, J. M. d. J. (2018). Qualidade de vida relacionada à saúde e espiritualidade em pessoas com câncer. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 64(1), 9-17. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2018v64n1.106>

Minayo, M. C. d. S. (2012). Análise qualitativa: Teoria, passos e fidedignidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, 17(3), 621-626. <https://doi.org/10.1590/s1413-81232012000300007>

Montag, E., Okada, A. Y., Arruda, E. G. P., Fonseca, A. S., Bromley, M., Munhoz, A. M., Busnardo, F. F., & Gemperli, R. (2019). Influência do posicionamento do retalho linfonodal vascularizado na resposta ao tratamento cirúrgico do linfedema secundário ao câncer de mama. *Revista do Colégio Brasileiro de Cirurgias*, 46(2). <https://doi.org/10.1590/0100-6991e-20192156>

Monteiro, G. A., Novaes, J. R., Rio, J. A., Ribeiro, L. L. d. S., & Silva, L. P. d. (2011). O dilema da decisão de Mastectomia Bilateral como prevenção do Câncer de Mama: Aspectos éticos e bioéticos. *Revista Bioethikos*, 5(4), 443-450. <http://www.saocamilosp.br/pdf/bioethikos/89/A11.pdf>

Muhl, C. (2020). O itinerário terapêutico da pessoa com transtorno mental: Pontos de inflexão. *Revista do NUFEN*, 12(3), 198-216. <https://dx.doi.org/10.26823/RevistadoNUFEN.vol12.nº03artigo81>

National Cancer Institute (NCI). (2022). *Breast cancer treatment (pdq®)-health professional version*. National Cancer Institute. <https://www.cancer.gov/types/breast/hp/breast-treatment-pdq>

National Comprehensive Cancer Network (NCCN). (2021). *Genetic/Familial High-Risk Assessment: Breast, Ovarian, and Pancreatic*. Version 1.2022. [https://www.nccn.org/professionals/physician\\_gls/pdf/genetics\\_bop.pdf](https://www.nccn.org/professionals/physician_gls/pdf/genetics_bop.pdf)

National Lymphedema Network (NLN). (2011). *Screening and Early Detection of Breast Cancer-Related Lymphedema: The Imperative*. <https://lymphnet.org/position-papers>

Organização Mundial da Saúde (OMS). (2018). *Câncer*. <http://www.euro.who.int/en/health-topics/noncommunicable-diseases/cancer/cancer>

Paula, J. C. P. d., Rocha, V. M. P., Bayer, V. M. L., Ficanha, E. E., & Silva, E. V. d. (2021). Hormonioterapia no tratamento de câncer de mama em pacientes do sexo feminino: Uma revisão integrativa. *Research, Society and Development*, 10(3), Artigo e26810313235. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13235>

Pedrosa, B. C. d. S., Maia, J. N., Ferreira, A. P. d. L., Araújo, M. d. G. R. d.,

- Montenegro, E. J. N., Silva, F. L. d., Castro, C. M. M. B. d., & Andrade, M. d. A. (2019). Funcionalidade e qualidade de vida em indivíduos com linfedema unilateral em membro inferior: Um estudo transversal. *Jornal Vascular Brasileiro*, 18. <https://doi.org/10.1590/1677-5449.006618>
- Piana, M. C. (2009). A pesquisa de campo. In *A construção do perfil do assistente social no cenário educacional* (pp. 167-210). Editora UNESP. <https://books.scielo.org/id/vwc8g/pdf/piana-9788579830389-06.pdf>
- Plácido, T. d. R., Oliveira, F. B. d., Hora, E. C. N., Barbosa, V. F., & Lima, D. G. d. S. (2020). Correlação entre o nível de atividade física das sobreviventes de câncer de mama e funcionalidade do ombro. *Motricidade*, 16(1), 46-55. <https://doi.org/10.6063/motricidade.22267>
- Rett, M. T., Moura, D. P., Oliveira, F. B. d., Domingos, H. Y. B., Oliveira, M. M. F. d., Gallo, R. B. S., & Silva Junior, W. M. d. (2022). Fisioterapia após cirurgia de câncer de mama melhora a amplitude de movimento e a dor ao longo do tempo. *Fisioterapia e Pesquisa*, 29(1), 46-52. <https://doi.org/10.1590/1809-2950/21001929012022pt>
- Rezende, L., Campanholi, L. L., & Tessaro, A. (2018). *Manual de condutas e práticas fisioterapêuticas no câncer de mama da ABFO*. Thieme Revinter.
- Ribeiro, M. d. G. M., Santos, S. M. d. R., & Teixeira, M. T. B. (2011). Itinerário terapêutico de mulheres com câncer do colo do útero: Uma abordagem focada na prevenção. *Revista Brasileira de Cancerologia*, 57(4), 483-491. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2011v57n4.644>
- Ribeiro, R. D., & Parente, E. L. M. (2018). Reconstrução mamária após mastectomia contralateral profilática. *Revista Brasileira de Cirurgia Plástica (RBCP) – Brazilian Journal of Plastic Surgery*, 33(3), 293-298. <https://doi.org/10.5935/2177-1235.2018rbcp0140>
- Ribeiro, A. P., Santana, A., Mara, J., Rodrigues, I., Mylene, L., & Almeida, J. C. F. (2021). Câncer de Mama. *Revista Projetos Extensionistas*, 1(2), 126-136. <https://periodicos.fapam.edu.br/index.php/RPE/article/view/489/260>
- Rocha, S. R., & Marques, C. A. V. (2021). Functional capacity of women with breast neoplasm undergoing palliative chemotherapy. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 55. <https://doi.org/10.1590/s1980-220x2020006303714>
- Rock, C. L., Thomson, C., Gansler, T., Gapstur, S. M., McCullough, M. L., Patel, A. V., Andrews, K. S., Bandera, E. V., Spees, C. K., Robien, K., Hartman, S., Sullivan, K., Grant, B. L., Hamilton, K. K., Kushi, L. H., Caan, B. J., Kibbe, D., Black, J. D., Wiedt, T. L., ... Doyle, C. (2020). American Cancer Society guideline for diet and physical activity for cancer prevention. *CA: A Cancer Journal for Clinicians*, 70(4), 245-271. <https://doi.org/10.3322/caac.21591>
- Rodrigues, T., & Gomes, B. (2021). Avaliação da qualidade de vida da mulher com cirurgia da mama após programa de reabilitação. *Revista de Enfermagem Referência*, V Série (Suplemento ao N°8). <https://doi.org/10.12707/rv21013>
- Santos, S. B. L. d., & Koch, H. A. (2010). Análise do sistema de informação do programa de controle do câncer de mama (SISMAMA) mediante avaliação de 1.000 exames nas cidades de barra mansa e volta redonda. *Radiologia Brasileira*, 43(5), 295-301. <https://doi.org/10.1590/s0100-39842010000500007>

Santos, F. M. dos. (2012). Análise de Conteúdo: A Visão de Laurence Bardin. *Revista Eletrônica De Educação*, 6(1), 383-387. <https://doi.org/10.14244/19827199291>

Santos, J. C., Sena, A. d. S., & Anjos, J. M. d. (2022). Espiritualidade e religiosidade na abordagem a pacientes sob cuidados paliativos. *Revista Bioética*, 30(2), 382-390. <https://doi.org/10.1590/1983-80422022302534pt>

Schmitt, M., & Rohden, F. (2020). Contornos da feminilidade: Reflexões sobre as fronteiras entre a estética e a reparação nas cirurgias plásticas das mamas. *Anuário Antropológico*, (II), 209-277. <https://doi.org/10.4000/aa.5882>

Serapioni, M. (2000). Métodos qualitativos e quantitativos na pesquisa social em saúde: Algumas estratégias para a integração. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 187-192. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232000000100016>

Silva, R. M. d., Bezerra, I. C., & Brasil, C. C. P. (Orgs.). (2018). *Estudos qualitativos: Enfoques teóricos e técnicas de coleta de informações*. Edições UVA. [https://www.researchgate.net/publication/326719018\\_Estudos\\_qualitativos\\_enfoque\\_s\\_teoricos\\_e\\_tecnicas\\_de\\_coleta\\_de\\_informacoes\\_-\\_Ebook](https://www.researchgate.net/publication/326719018_Estudos_qualitativos_enfoque_s_teoricos_e_tecnicas_de_coleta_de_informacoes_-_Ebook)

Silva, G. C. N., Reis, D. C. d., Miranda, T. P. S., Melo, R. N. R., Coutinho, M. A. P., Paschoal, G. d. S., & Chaves, É. d. C. L. (2019). Religious/spiritual coping and spiritual distress in people with cancer. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(6), 1534-1540. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0585>

Silva, I. M. C. e., & Lancellotti, C. L. P. (2021). Health-Related quality of life in women with breast cancer undergoing chemotherapy in Brazil. *International Journal of General Medicine*, Volume 14, 10265-10270. <https://doi.org/10.2147/ijgm.s343804>

Silveira, F. M., Wysocki, A. D., Mendez, R. D. R., Pena, S. B., Santos, E. M. d., Malaguti-Toffano, S., Santos, V. B. d., & Santos, M. A. d. (2021). Impacto do tratamento quimioterápico na qualidade de vida de pacientes oncológicos. *Acta Paulista de Enfermagem*, 34. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021ao00583>

Sousa, J. R. d., & Santos, S. C. M. dos. (2020). Análise de conteúdo em pesquisa qualitativa: Modo de pensar e de fazer. *Pesquisa e Debate em Educação*, 10(2), 1396-1416. <https://doi.org/10.34019/2237-9444.2020.v10.31559>

Souza, H. d. P. G., Cavalcante, F. P., Ferreira, J. C. L. d. A., Batista, R. V., & Lima, M. V. A. (2015). É necessária a biópsia do linfonodo sentinela no carcinoma ductal in situ da mama? *Revista Brasileira de Cancerologia*, 61(1), 37-42. <https://doi.org/10.32635/2176-9745.rbc.2015v61n1.759>

Tanaka, H., Medeiros, G., & Giglio, A. (2020). Multidisciplinary teams: Perceptions of professionals and oncological patients. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 66(4), 419-423. <https://doi.org/10.1590/1806-9282.66.4.419>

Teoh, V., Tasoulis, M.-K., & Gui, G. (2020). Contralateral prophylactic mastectomy in women with unilateral breast cancer who are genetic carriers, have a strong family history or are just young at presentation. *Cancers*, 12(1), 140. <https://doi.org/10.3390/cancers12010140>

Urquiza, M. D. A., & Marques, D. B. (2016). Análise de conteúdo em termos de Bardin

aplicada à comunicação corporativa sob o signo de uma abordagem teórico-empírica. *Entretextos*, 16(1), 115. <https://doi.org/10.5433/1519-5392.2016v16n1p115>

Viana, L. R. d. C., Pimenta, C. J. L., Ferreira, G. R. S., Oliveira, J. d. S., Costa, T. F. d., & Costa, K. N. d. F. M. (2021). Health-related quality of life and therapeutic adherence in breast and prostate cancer. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 30. <https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2020-0217>

Vieira, S. C. (Ed.). (2017). *Câncer de mama: Consenso da sociedade brasileira de mastologia*. Editora da Universidade Federal do Piauí. <https://sbmastologia.com.br/wp-content/uploads/2021/08/Câncer-de-Mama-Consenso-da-SBM-Regional-Piauí-2017.pdf>

Villar, R. R., Fernández, S. P., Garea, C. C., Pillado, M. T. S., Barreiro, V. B., & Martín, C. G. (2017). Quality of life and anxiety in women with breast cancer before and after treatment. *Revista Latino - Americana De Enfermagem*, 25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2258.2958>

Wang, K., Yee, C., Tam, S., Drost, L., Chan, S., Zaki, P., Rico, V., Ariello, K., Dasios, M., Lam, H., DeAngelis, C., & Chow, E. (2018). Prevalence of pain in patients with breast cancer post-treatment: A systematic review. *The Breast*, 42, 113-127. <https://doi.org/10.1016/j.breast.2018.08.105>

Winters, Z. E., Afzal, M., Rutherford, C., Holzner, B., Rumpold, G., da Costa Vieira, R. A., Hartup, S., Flitcroft, K., Bjelic-Radisic, V., Oberguggenberger, A., Panouilleres, M., Mani, M., Catanuto, G., Douek, M., Kokan, J., Sinai, P., & King, M. T. (2017). International validation of the European Organisation for Research and Treatment of Cancer QLQ-BRECON23 quality-of-life questionnaire for women undergoing breast reconstruction. *British Journal of Surgery*, 105(3), 209-222. <https://doi.org/10.1002/bjs.10656>

## **Anexo A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)**

Será desenvolvida uma pesquisa na Clínica Privada Sania Figueiredo-Serviços de Fisioterapia, localizada em Fortaleza-Ceará, Brasil, que tem como título: Itinerário Terapêutico de Mulheres Mastectomizadas: estímulos, barreiras e desafios. Pesquisa realizada para Dissertação, conclusão de Mestrado em Oncologia, pela Universidade do Porto/Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (Portugal). Esta pesquisa tem como objetivo: Analisar o itinerário terapêutico de mulheres mastectomizadas desde o diagnóstico até o tratamento. Neste estudo não haverá despesas por parte do participante do estudo. Sua participação será mediante sua autorização para ser coletados dados nos formulários de Identificação e através do preenchimento de uma entrevista semiestruturada. E através de uma ficha de avaliação cinético funcional, referente a sua avaliação física, adaptada pela pesquisadora. Asseguro que será mantido sigilo sobre sua identidade. Dentre as normas previstas no Conselho Nacional de Saúde/ Ministério da Saúde, pela resolução 466/12 do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP), sob nº CAAE 2.762.449 e Número de comprovante: parecer nº 060224/2018, Análise Ética no CEP Centro Universitário Christus - Unichristus, destacamos o cumprimento dessas normas. O participante poderá desistir em qualquer etapa da pesquisa e terá acesso as suas informações cedidas bem como o direito das mesmas sempre que desejar antes, durante e no final desta pesquisa. Se necessário entrar em contato em qualquer etapa do estudo, com a acadêmica pesquisadora na Clínica Privada Sania Figueiredo-Serviços de Fisioterapia. Rua Bárbara de Alencar, 1697. Aldeota, Fortaleza-CE, 60140-025.

### **Consentimento Pós-Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, RG \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_, CPF \_\_\_\_\_ declaro ter sido informado (a) e concordo com a  
participação, no projeto de pesquisa acima descrito.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome e assinatura do Responsável Legal

\_\_\_\_\_  
Pesquisadora responsável - Flora T. C. Camanho

\_\_\_\_\_  
Orientadora/Pesquisadora acadêmica - Andrea S. G. Braide

**Anexo B - Ficha de Avaliação**Data da Avaliação:  / / 

Nome: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_ Data de Nascimento:  / /  Sexo: \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_ Peso: \_\_\_\_\_ Altura: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_ nº: \_\_\_\_\_ Compl.: \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_  
 Telefones: ( ) \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_  
 Escolaridade: \_\_\_\_\_ Função: Canhoto ( ) Destra ( )  
 Antecedentes: ( ) Tabagista ( ) Etilista ( ) Outros: \_\_\_\_\_  
 ( ) Doenças Associadas: ( ) Diabetes Melito ( ) Hipertensão Arterial Sistêmica  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Ortopédicos:** ( ) Sim ( ) Não  
 ( ) Ombro Congelado ( ) Síndrome do Impacto ( ) Alteração Manguito Rotador  
 ( ) Cirurgias Prévias (cintura escapular e membro superior) ( ) Fratura  
 ( ) Tendinite/Bursite ( ) Cirurgias prévias de mama ou axila: \_\_\_\_\_  
 Observações: \_\_\_\_\_

**História Ginecológica e Obstétrica:**  
 Gestação: ( ) Sim ( ) Não Parto: ( ) Cesárea ( ) Normal ( ) Fórceps  
 Aborto(s): ( ) Sim ( ) Não  
 Motivo: \_\_\_\_\_  
 Menarca: \_\_\_\_\_ anos. Menopausa: \_\_\_\_\_ anos.  
 Faz ou já fez uso de anticoncepcional: ( ) Sim, quanto tempo: \_\_\_\_\_ ( ) Não  
 Faz ou já fez tratamento para engravidar: ( ) Sim ( ) Não Qual: \_\_\_\_\_

**Antecedentes Familiares** (doença e antecedente familiar): \_\_\_\_\_  
 Usa algum medicamento: ( ) Sim ( ) Não  
 Medicamento: \_\_\_\_\_ Contínuo: ( ) Sim ( ) Não Tempo: \_\_\_\_\_

**Exame Anatomopatológico** (tipo histológico):  
 ( ) Carcinoma Invasivo Não Especial - CINE  
 ( ) Carcinoma Intraductal - In situ  
 ( ) Carcinoma Lobular Invasivo - CLI  
 ( ) Carcinoma Lobular - In situ  
 ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Sistema de Estadiamento:** Classificação TNM: \_\_\_\_ T(tamanho)\_\_\_\_ N(linfonodos)  
 \_\_\_\_ M(metástase)

**Receptores Hormonais:** ( ) Progesterona (PR+) ( ) Estrogênio (ER+)  
 ( ) HER2 ( ) Ki67 Observações: \_\_\_\_\_

**Tratamento:** ( ) Cirúrgico ( ) Clínico  
 Data da Cirurgia:  / /  Mama: ( ) Direita ( ) Esquerda  
 Tipo de Cirurgia: ( ) Mastectomia ( ) Unilateral ( ) Bilateral  
 ( ) Quadrantectomia ( ) Tumorectomia/Lumpectomia ( ) Nodulesctomia  
 Biópsia Linfonodo Sentinela: ( ) Sim ( ) Não ( ) Positivo ( ) Negativo  
 Esvaziamento axilar: ( ) Sim ( ) Não  
 Nível de Linfonodos Axilares I ( / ) II ( / ) III ( / ) - Total:  J   
 Reconstrução Mamária: ( ) Sim ( ) Não ( ) Imediata ( ) Tardia  
 ( ) Expansor ( ) Prótese ( ) Mamoplastia ( ) Simetrização ( ) GD ( ) TRAM

Observações da cirurgia: \_\_\_\_\_  
Quimioterapia ( ) Sim ( ) Não  
( ) Adjuvante ( ) Neoadjuvante Número de ciclos: \_\_\_\_\_  
Radioterapia ( ) Sim ( ) Não  
( ) Adjuvante ( ) Neoadjuvante Número de sessões: \_\_\_\_\_  
Hormonioterapia: \_\_\_\_\_  
Imunoterapia: \_\_\_\_\_  
Terapia-alvo: \_\_\_\_\_

**Cicatriz:** ( ) Normal ( ) Hipertrófica ( ) Retraída ( ) Aderente  
( ) Deiscência ( ) Seroma: ( ) Sim ( ) Não  
Sensação de repuxamento: ( ) Sim ( ) Não Local: \_\_\_\_\_  
Dreno retirado: ( ) Sim ( ) Não Há quantos dias: \_\_\_\_\_  
Radiodermite: ( ) Sim ( ) Não Grau: \_\_\_\_\_  
Alteração Cicatricial: ( ) Necrose ( ) Infecção ( ) Vermelhidão  
( ) Hiperemia ( ) Secreção

**Avaliação da Dor - Escala Visual Analógica (EVA)** (no momento da avaliação):

Resultado: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_  
Tipo da dor: ( ) Esporádica ( ) Durante o Movimento ( ) Constante  
( ) Outra - Qual: \_\_\_\_\_  
Escápula: ( ) Presença ( ) Ausência de escápula alada  
Cordões: ( ) Presença ( ) Ausência de cordão fibroso  
Localização: \_\_\_\_\_

**Linfedema:** ( ) Sim ( ) Não Data de aparecimento: \_\_/\_\_/\_\_\_\_ Grau: \_\_\_\_\_  
Foi após: ( ) Radioterapia ( ) Quimioterapia  
Extensão do Linfedema: ( ) Dedos ( ) Mão ( ) Antebraço ( ) Braço ( ) Mama  
( ) Gradil Costal ( ) Erisipela/infecções ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Atividade física:** ( ) Sim ( ) Não

Qual: \_\_\_\_\_  
Frequência: \_\_\_\_\_ Tempo: \_\_\_\_\_  
Observações: \_\_\_\_\_

**Realiza ou realizou Fisioterapia:** ( ) Sim ( ) Não

Tempo: \_\_\_\_\_ Frequência: \_\_\_\_\_  
Quando: ( ) Pré-cirúrgico ( ) Pós-cirúrgico ( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Acompanhamento Multiprofissional:**

( ) Fisioterapeuta ( ) Nutricionista ( ) Psicólogo ( ) Terapeuta Ocupacional  
( ) Oncologista ( ) Psiquiatra ( ) Ginecologista ( ) Dermatologista  
( ) Outros: \_\_\_\_\_

## Anexo C - European Organization for Research and Treatment of Cancer Quality of Life Questionnaire Breast Cancer-23 (EORTC QLQ - BRECON23)

As pacientes, às vezes, relatam sentir alguns sintomas ou problemas.

Por favor, indique o quanto você tem apresentado estes sintomas ou problemas durante a última semana (Devido a situação de pandemia, indicar se sentiu durante as últimas semanas algumas alterações listadas abaixo).

Por favor, responda circulando o número que melhor se aplica a você.

O termo “afetada” refere-se a mama que foi ou está prestes a ser reconstruída.

### Durante a última semana:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
Você tem tido dormência ou formigamento no braço ou ombro?	1	2	3	4
Você tem tido problema com inchaço debaixo do braço?	1	2	3	4
Você tem se sentido menos atraente sexualmente como resultado de sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
Você tem se sentido desconfortável em situações íntimas?	1	2	3	4
O papel da sua mama, na sua sexualidade, tem sido afetado pela sua doença ou tratamento?	1	2	3	4
A perda de sensação prazerosa de sua mama, mesmo que seja pouca tem sido um problema para você?	1	2	3	4

### Durante a última semana, o quanto SATISFEITA você tem estado com:

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
O tamanho da sua mama afetada?	1	2	3	4
O formato da sua mama afetada?	1	2	3	4
A aparência da pele da sua mama afetada?	1	2	3	4
A igualdade das suas mamas?	1	2	3	4
Seu decote?	1	2	3	4
A maciez da sua mama afetada?	1	2	3	4

**Responda a estas duas perguntas APENAS SE o seu mamilo foi PRESERVADO.**

**Durante a última semana, o quanto satisfeita você tem estado com:**

	Não	Pouco	Moderadamente	Muito
A aparência do seu mamilo afetado?	1	2	3	4
A sensibilidade no seu mamilo afetado?	1	2	3	65

**Responda a estas perguntas sobre a sua cirurgia de reconstrução, de uma maneira geral:**

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
Quão satisfeita você tem estado com a aparência da(s) cicatriz(es) em sua mama afetada?	1	2	3	4
De uma maneira geral, quão satisfeita você tem estado com o resultado da sua reconstrução da mama?	1	2	3	4
A reconstrução da sua mama tem lhe ajudado a aceitar a sua doença ou tratamento?	1	2	3	4

**Responda a estas perguntas APENAS se você teve um procedimento com ENXERTO (pele/músculo). Por favor, responda as seguintes perguntas sobre a área de onde a pele/músculo foi retirado:**

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
Você tem tido dor?	1	2	3	4
Você tem tido repuxamento (tensão)?	1	2	3	4
Você tem tido alguma dormência?	1	2	3	4
Você tem estado satisfeita com a aparência das cicatrizes?	1	2	3	4

**Responda a esta pergunta APENAS SE você PERDEU o seu mamilo e NÃO teve uma reconstrução do mamilo:**

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
A perda de seu mamilo tem sido um problema para você?	1	2	3	4

**Responda a esta pergunta APENAS SE você TEVE o mamilo preservado ou reconstruído cirurgicamente:**

	<b>Não</b>	<b>Pouco</b>	<b>Moderadamente</b>	<b>Muito</b>
A preservação ou reconstrução do seu mamilo lhe ajudou a aceitar a sua doença ou tratamento?	1	2	3	4

## **Anexo D - Entrevista**

- 01-** Quando recebeu o diagnóstico, você estava fazendo exames de rotina?
- 02-** Qual mama foi o nódulo? O câncer tinha sido detectado em qual mama? Qual foi o ano?
- 03-** Em qual exame detectou o câncer? Foi aí que você recebeu o diagnóstico do câncer de mama? Na hora que o médico(a) já te passou o diagnóstico, ele(a) falou da possibilidade dos tratamentos?
- 04-** Retirou a outra mama, por conta dos casos anteriores? Fez como prevenção?
- 05-** Qual foi a sensação que você teve, quando recebeu o diagnóstico? Nesse momento o que você pensou? Como foi sua reação?
- 06-** O medo da morte, então é o primeiro sentimento que aparece? Por que é a primeira coisa que se associa, não é?
- 07-** Quando recebeu o diagnóstico, alguma coisa te deu estímulo para enfrentar? O que te estimulou a resolver logo? Lembra do sentimento que você teve?
- 08-** Você já foi sentindo? O que você sentia era uma coisa física? Ou era mais pressentimento?
- 09-** Você considera que vive com medo, por conta do diagnóstico? Tem algum receio do câncer voltar?
- 10-** Do diagnóstico até o tratamento, o que foi que você passou de mais difícil? Chegou algum momento, em que você olhou e pensou em desistir?
- 11-** Cada etapa era como um desafio a ser enfrentado? Conseguia vencer uma batalha por dia, como uma forma de ser mais um desafio que estava enfrentando?
- 12-** Praticamente foram alguns obstáculos durante todo o processo? Chegou a pensar em desistir do tratamento?
- 13-** Você percebeu que depois do seu diagnóstico, você se apegou mais ao seu lado espiritual? Você sentiu que se apegou mais a Deus, depois que soube?
- 14-** Isso te serviu de força, de apoio? Saber que tinha esse apego a Deus?
- 15-** Como ficou sua percepção em relação ao espelho? Como você se via? Você conseguia se ver ou evitava?
- 16-** E com seu marido? Como sua família reagiu?
- 17-** Como você se vê hoje? Você se vê muito diferente de antes desse processo que você passou? Você se sente realizada, por ter passado por isso?
- 18-** Como ficou sua percepção sexual? Em relação a seu marido?

- 19-** Como ficou sua autoestima em relação a isso? Depois da cirurgia?
- 20-** Fez quimioterapia? Quantas sessões de quimioterapia?
- 21-** Quando terminou a quimioterapia, o médico explicou o porquê de ter que fazer a radioterapia?
- 22-** Chegou a fazer a radioterapia? Fez quantas sessões de radioterapia?
- 23-** No período que estava fazendo radioterapia, ainda estava com expansor?
- 24-** Depois da radioterapia que você começou a terapia alvo?
- 25-** Chegou a colocar prótese? Ou está com expansor?
- 26-** Já fez a parte toda de reconstrução?
- 27-** Você está indo todo mês para fazer checkup? E suas consultas de rotina?
- 28-** Na clínica que você fazia tratamento, tinha acompanhamento de outros profissionais?
- 29-** Essa questão de uma equipe multidisciplinar foi importante para esse acompanhamento? Você se sentiu amparada por essa rede de apoio?
- 30-** Você fazia acompanhamento com psicólogo? Esse cuidado com a saúde mental foi fundamental para ultrapassar isso?
- 31-** Quando começou a fisioterapia? Ainda está fazendo fisioterapia?
- 32-** Durante todo esse trajeto, do diagnóstico até concluir o tratamento, você recorda, se em algum momento sentiu que perdeu sua qualidade de vida?
- 33-** Como ficou sua vida profissional? Mudou alguma coisa? Nessa época, como estava sua qualidade de vida?
- 34-** Você busca algumas atividades para fazer? Faz alguma atividade física? Cuida da alimentação? Mudou muito sua rotina de como era antes?
- 35-** Hoje em dia, como você se vê em relação a sua vida? Considera que é uma pessoa que tem qualidade de vida? Voltou a rotina normal?
- 36-** Você acha que a pandemia foi um desafio a mais para o seu tratamento? A pandemia chegou a afetar de alguma forma o seu processo?