

Francieli Regina Dalberto Claas

**REDES DE APOIO E SISTEMAS DE CUIDADO EM SAÚDE À MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA**

Trabalho realizado com como requisito parcial para aprovação da disciplina de: Trabalho de Conclusão II, do Curso de Graduação em Enfermagem da Universidade de Santa Cruz do Sul. Tendo como orientadora a Prof. Ms. Maria Salette Sartori

Santa Cruz do Sul

2015

Francieli Regina Dalberto Claas

**REDES DE APOIO E SISTEMAS DE CUIDADO EM SAÚDE À MULHERES COM
CÂNCER DE MAMA**

Esta monografia foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção de título de Enfermeiro.

Foi aprovada em sua versão final,
em_____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof.^a. Ms. Enf.^a. Maria Salette Sartori

Prof.^a. Orientadora

Prof. Enf. Ms. Nestor Pedro Roos

Prof.^a. Ms. Enf.^a. Micila Pires Chielle

Dedico para todos meus professores, colegas, familiares e ao meu noivo Samuel.

A Enfermagem é uma arte; e para realizá-la como arte, requer uma devoção tão exclusiva, um preparo tão rigoroso, quanto a obra de qualquer pintor ou escultor; pois o que é tratar da tela morta ou do frio mármore comparado ao tratar do corpo vivo, o templo do espírito de Deus? É uma das artes; poder-se-ia dizer, a mais bela das artes!
NIGHTINGALE, Florence, Una and the Lion, Riverside Press, 1871.

AGRADECIMENTOS

À orientadora Maria Salete Sartori, pela paciência, cuidado e dedicação, na construção desse trabalho.

Aos colegas de curso, pela disponibilidade de diálogos e trocas de ideias, pela contribuição direta e indireta na construção desse trabalho e pelo crescimento pessoal;

As participantes do estudo pela disponibilidade, cumplicidade e confiança durante a coleta de dados e pelo aprendizado e crescimento pessoal e profissional que me proporcionaram;

A agente comunitária de saúde que me auxiliou na identificação e localização da amostra da pesquisa;

À família por todo apoio, compreensão e palavras de incentivo;

Ao noivo Samuel por todo apoio, compreensão, companheirismo e pelas palavras de incentivo durante toda a elaboração do trabalho;

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	10
1.1 Problema da pesquisa.....	11
1.2 Justificativa	11
1.3 Objetivos.....	11
2. REVISÃO BIBLIOGRÁFICA	12
2.1 Conceito de saúde	12
2.2 Câncer e seus impactos emocionais	12
2.3 Enfrentamentos do diagnóstico de “câncer”	13
2.4 A imagem corporal após procedimento cirúrgico	15
2.5 As Redes e os Sistemas de Apoio	16
2.6 O apoio da família	18
2.7 A espiritualidade.....	19
2.8 A teoria da enfermagem transcultural de Madeleine Leininger	20
2.9 O papel do enfermeiro na atenção ao paciente oncológico	22
3. METODOLOGIA	25
3.1 Questões éticas e proteção dos participantes	28
3.2 Análises dados	29
4. RESULTADOS	30
4.1 Caracterizações do cenário da pesquisa	30
4.2 Caracterizando os sujeitos da pesquisa	31
4.3 O caminho da descoberta do problema de saúde	32
4.4 Os sentimentos e percepções frente ao problema de saúde	34
4.5 Os enfrentamentos.....	36
4.6 Mudanças em suas vidas	38
4.7 As redes de apoio	39
4.7.1 O sistema de cuidado de saúde familiar	40
4.7.2 O sistema de cuidado cultural de saúde do ponto de vista dos sujeitos do estudo ..	41
4.7.3 O Sistema de cuidado oficial de saúde.....	42
4.7.4 A Percepção dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem.....	43
4.8 Conexões encontradas: rede de apoio familiar e sistema oficial de saúde	45

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	47
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
7. ANEXOS	52
7.1 Anexo A – Roteiro de avaliação escrita	52
7.2 Anexo B - Roteiro de avaliação da apresentação pública	53
8. APÊNDICES	54
8.1 Apêndice A –Termo de consentimento livre e esclarecido	54
8.2 Apêndice B – Roteiro orientador para entrevista	55

RESUMO

O câncer de mama é problema de saúde de pública com altas taxas de incidência e mortalidade. Essa doença incide sobre o principal símbolo corpóreo de feminilidade, sexualidade, maternidade e sensualidade da mulher, e vai além da condição física podendo afetar a saúde mental. Nesse contexto a rede de apoio social vem para suprir todas as necessidades psicossociais e prestar assistência ao indivíduo. **OBJETIVOS:** Conhecer a rede de apoio do sistema familiar, social e profissional de saúde de mulheres com diagnóstico de câncer de mama; Identificar percepções, sentimentos e atitudes em relação ao que buscam e recebem nas redes de apoio; Descrever o que sabem, fazem e como se movimentam dentro das redes de apoio; Conhecer as conexões estabelecidas entre o sistema familiar e o sistema oficial de saúde. **MÉTODOS:** estudo de campo com abordagem qualitativa com sete mulheres com diagnóstico de câncer de mama do município de Sobradinho. A coleta de dados foi realizada através da entrevista com apoio de outra técnica denominada “bola de neve”, onde os participantes vão indicando outros. Os dados foram submetidos a análise de conteúdo, que contou também com as anotações do diário de pesquisa, que nortearam todo o processo de análise de dados. **RESULTADOS:** este estudo evidenciou que a rede de apoio das participantes é composta pela família, os amigos, os vizinhos, os colegas de trabalhos, o grupo de apoio, os profissionais da saúde e a religião. A rede de apoio contribui para enfrentamento do câncer, assim como a espiritualidade e religiosidade, sendo responsáveis pela recuperação e motivação dessas mulheres frente ao processo de adoecimento. Observou-se também a ligação estabelecida entre os sistemas de cuidado em saúde. A equipe de enfermagem constitui um fator indispensável para assistência oncológica, de forma humanizada, holística e individualizada.

Descritores: câncer de mama; redes de apoio; apoio social; sistema de cuidado em saúde.

ABSTRACT

Breast cancer is a public health problem with high incidence and mortality rates. This disease occurs on the main symbol bodiced of femininity, sexuality, motherhood and sensuality of women, and goes beyond physical condition can affect mental health. In this context, the social support network come to meet all the psychosocial needs and to assist the individual.

OBJECTIVES: To know the support network of family, social and professional system of health of women diagnosed with breast cancer; Identify perceptions, feelings and attitudes toward seeking and receiving the support networks; Describe what they know, do and how they move within the support networks; To know established connection between the health care systems family and health professionals.

METHODS: field qualitative study with seven women diagnosed with breast cancer in the city of Sobradinho. Data collection was performed by interview with the support of another technique called "snowball" where participants will indicate others. The data were subjected to content analysis, which also featured the daily research notes that guided the entire process of data analysis.

RESULTS: This study showed that the support network of participants is made up of family, friends, and neighbors, colleagues of work, the support group, health professionals and religion. The support network contributes to cancer coping, as well as spirituality and religiosity, being responsible for the recovery and motivation of these women against the disease process. It also observed the established connection between the health care systems. The nursing staff is an indispensable factor for cancer care, in a humanistic way, holistic and individualized.

Keywords: breast cancer; support networks; social support; health care system.

1. INTRODUÇÃO

O câncer de mama é o mais incidente em mulheres a nível mundial, sendo a quinta causa de morte por câncer em geral e causa mais frequente da mortalidade em mulheres. No Brasil, excluídos os tumores de pele, este é o mais incidente em mulheres, exceto na Região Norte onde câncer de colo de útero ocupa o primeiro lugar (BRASIL, 2013).

A taxa de mortalidade por câncer de mama, a nível mundial, apresenta uma curva ascendente e representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina brasileira, com onze óbitos a cada cem mil mulheres em 2009. As regiões Sul e Sudeste são as que apresentam as maiores taxas, com treze óbitos a cada cem mil mulheres em 2009 (BRASIL, 2013).

As altas taxas de mortalidade devem-se ao diagnóstico tardio da doença. Porém se, diagnosticado precocemente e tratado de forma correta, o prognóstico é bom. O câncer de mama é a proliferação incontrolável de células anormais, que podem ser decorrentes de alterações genéticas, sejam hereditárias ou adquiridas por exposição a fatores ambientais e fisiológicos. (BRASIL, 2013) (ALBARELLO et al, 2012).

Estando associada a alguns fatores como o envelhecimento, história familiar de câncer, menopausa tardia, menarca precoce, nuliparidade, primeira gestação após 30 anos, exposição à radiação, terapia de reposição hormonal e aos hábitos de vida como a ingestão regular de álcool. A obesidade também aumenta o risco de desenvolver o câncer de mama, por isso recomenda-se dieta equilibrada e a prática de exercícios físicos, como forma de preveni-la (ALBARELLO et al, 2012) (BRASIL, 2013).

Para o diagnóstico precoce de câncer de mama existem três ações em saúde que são consideradas fundamentais: autoexame das mamas, quando realizado de forma correta, o exame clínico das mamas e mamografia, realizadas por profissional habilitado. Estas ações de detecção precoce evitam que futuramente sejam realizadas intervenções radicais no corpo dessas mulheres (ALBARELLO et al, 2012).

Como citado por vários autores em Menezes (2012), o câncer de mama incide sobre o principal símbolo corpóreo da feminilidade, da sensualidade, da sexualidade e da maternidade, sendo que não afeta somente a condição física, mas a saúde mental da paciente. O impacto do diagnóstico do câncer tem profundo impacto psicossocial no paciente e familiar podendo gerar desordens psíquicas e sexuais, depressão, quadros de ansiedade (ALBARELLO et al, 2012).

1.1 Problema da pesquisa

Frente ao processo de adaptação a nova condição física e psicológica da mulher com câncer de mama, a questão que se coloca por este estudo é: “Qual é a rede de apoio do sistema familiar e como se conecta ao sistema profissional de saúde?”.

1.2 Justificativa

A ideia de desenvolver este projeto surgiu a partir da oportunidade que tive vivenciar a rotina de um serviço oncologia do município de Santa Cruz do Sul, Rio Grande do Sul, ao lado de um profissional enfermeiro que atuava diretamente sobre os cânceres do aparelho reprodutor feminino. A partir disso percebi a necessidade de aprofundar meus conhecimentos sobre o câncer de mama, já que este tem grandes repercussões na vida dessas mulheres.

No último ano convivi com dois diagnósticos de câncer em pessoas próximas e durante o período pré-diagnóstico, a confirmação do problema de saúde e o tratamento e seus efeitos adversos, percebi o quanto o paciente oncológico vive um turbilhão de sentimentos. Neste contexto a família, os amigos e profissionais têm se mostrado importante no sucesso do tratamento e no bem estar do paciente.

1.3 Objetivos

1. Conhecer a rede de apoio do sistema familiar, social e profissional de saúde de mulheres com diagnóstico de câncer de mama;
2. Identificar percepções, sentimentos e atitudes em relação ao que buscam e recebem nas redes de apoio;
3. Descrever o que sabem, fazem e como se movimentam dentro das redes de apoio;
4. Conhecer as conexões estabelecidas entre o sistema familiar e o sistema oficial de saúde

2.REVISÃO BIBLIOGRÁFICA

2.1 Conceito de saúde

A Organização Mundial da Saúde (OMS) citado em Dalmolin (2011) conceitua saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças ou enfermidades. Os estudiosos questionam este conceito, visto que conduz a ideia de equilíbrio, entra em contradição frente as condições antagônicas dos dias atuais.

O processo de viver com ou sem saúde está intimamente relacionada às características de cada contexto sociocultural e aos significados que cada indivíduo atribui ao seu processo de viver. O processo saúde-doença depende da articulação de diferentes determinantes de saúde, que inclui o contexto social, como também a condição de vida e de trabalho, as condições culturais, ambientais, entre outras (DALMOLIN, 2011).

Conforme Leininger citada em Leopardi (1999), acredita que a bem estar é influenciado pela visão de mundo dos indivíduos ou grupos, ou seja, o modo pelo qual eles vêem o mundo, para formar uma imagem de suas vidas sobre o mundo que os rodeia, como também pelo seu contexto ambiental, que vêm a ser a totalidade de experiências particulares, que atribuem um sentido às expressões, interpretações e interações sociais humanas em dimensões físicas, ecológicas, sócio-políticas e culturais.

O processo de adoecer pelo câncer tem um significado diferenciado para cada pessoa, levando em conta as suas experiências individuais, o contexto sociocultural. O câncer sempre foi uma doença temida e possui um estigma social muito forte, as pessoas associam ela com a finitude da vida.

2.2 O Câncer e seus impactos emocionais

A palavra câncer tem estigma social relacionado com a morte, visto muitas vezes como um castigo, uma punição, que é possibilitado por este turbilhão de sentimentos que são difíceis de administrar. O câncer de mama é o mais temido pelas mulheres, devido sua alta frequência e sobretudo seus efeitos psicológicos, que afetam a autoimagem e a percepção da sexualidade (CHEVALIER-MARTINELLI, 2006) (HART et al, 2008).

Conforme Angerami – Camon citado em Hart (2008, pág.59), “O câncer pode roubar-lhe aquela alegre ignorância que uma vez o levou a acreditar que o amanhã se estenderia para sempre”, esta frase nos revela o choque que o diagnóstico de câncer causa nos pacientes, como se sua vida desabasse, seus planos fossem interrompidos e a rotina diária nunca mais se tornaria a mesma. Uma infinidade de dúvidas passa pela sua cabeça, se há tratamento, se conseguirá suportar e se isso implicará em mudanças convívio com seus amigos e familiares (CHEVALIER-MARTINELLI, 2006).

Para quem recebe a notícia, o impacto psicológico inicial pode ser decisivo para modo como cada pessoa vai lidar com as pessoas próximas a ela, para definir sua capacidade psicológica e fisiológica ao tratamento e à evolução a doença, de modo a favorecer o prognóstico. (CHEVALIER-MARTINELLI, 2006) (HART et al, 2008).

Em Chevalier – Martinelli (2006), refere a dificuldades dos médicos oncologistas que são encarregados de comunicar os doentes sobre seu diagnóstico e de saber como o paciente irá enfrentar, quais as suas reações e se estas vão interferir no processo da doença. No entanto em Golik e Lenzi (2010), refere que a forma como a pessoa é tratada pelos profissionais de saúde faz toda diferença do início ao fim do tratamento, por isso sensibilidade e compreensão dos mesmos para com os paciente, sendo capaz de ouvir, compreender suas angústias, sofrimentos sem menosprezar ou julgar as mesmas.

Porém Golik e Lenzi (2010), traz para discussão o modelo biomédico mecanicista que menospreza muitas vezes as necessidades emocionais e afetivas dos paciente, que trata a doença e não a pessoa. Já Chevalier-Martinelli (2006), nos questiona sobre o que tratamos a doença ou o paciente e até quando vamos dissociar o corpo físico da mente.

2.3 Enfrentamentos do diagnóstico de “câncer”

Os autores Ismael & Santos (2013) e Silva & Paraíba (2008) admitem a ideia que o paciente com câncer percebe-se com limitações físicas, perdendo suas habilidades funcionais, experimentando impossibilidades e frustrações, sentido dores, sintomas que lhe aproximam da finitude. Isto pode despertar do indivíduo várias emoções, muitas vezes negativas, necessitando de auxílio externo neste processo. A mulher acometida sofre um impacto emocional, que também afeta todas as pessoas ao seu redor, provocando mudanças no modo de perceber, ver o mundo.

Em seu trabalho Silva & Paraiba (2008), nos diz que as reações emocionais de cada paciente depende de sua personalidade, do estilo e modo de vida pregressos. A rejeição é a reação mais comum entre as pessoas. A aceitação está mais relacionada as situações anteriores, o qual o paciente adotou está postura. Os autores Ismael & Santos (2010), confirmam este pensamento, citando também a importância da fase da doença e as proporções da mesma, para que o paciente elabore estratégias de enfrentamento, sendo que as mesmas se alteram durante a evolução do doença.

Sob este enfoque Silva & Paraiba (2008), classifica os estágios que os pacientes e seus familiares passam ao receber uma má notícia. Baseado nos estudos da norte-americana Elizabeth Kubler – Ross, que realizou um trabalho pioneiro sobre pacientes terminais e morte, enfocando o câncer como patologia causal.

Os estágios são os seguintes, a negação e o isolamento, o paciente fica convicto que os exames poderiam ter sido trocados ou o médico poderia estar enganado no diagnóstico. Não raro, o paciente procurar outros médicos, realizar outros exames, com a esperança de o primeiro diagnóstico estar errado, chegando abandonar o tratamento, negando ter está doença (SILVA & PARAIBA, 2008).

A negação inicial é percebida em todos os paciente, independente da fase de descoberta da doença. É vista pelo paciente como um forma saudável, já que vão conviver com isto por longo tempo (SILVA & PARAIBA, 2008).

Quando não é possível manter firme o primeiro estágio de negação, ele é substituído por sentimentos de raiva, de revolta, de inveja e de ressentimentos. Está é uma fase muito difícil tanto para família quanto para os profissionais da saúde, se fazendo necessário tolerar as crises de raiva do sujeito. Frente a está atitude muitas vezes ocorre um ciclo de raiva entre esses indivíduos, podendo prejudicar o atendimento e cuidado para com o paciente (SILVA & PARAIBA, 2008).

A barganha esse estágio é o menos conhecido, útil para o paciente e têm curta duração. Na tentativa de adiamento, de um prêmio ganho pelo “bom comportamento”. Ele estabelece uma meta e faz uma promessa de que não pedirá nada mais, se o primeiro for concedido. A maioria das barganhas são feitas com Deus (SILVA & PARAIBA, 2008).

De Marco (2012) reconhece que a tristeza, a desesperança e a preocupação são sentimentos esperados em pacientes que enfrentam doenças graves, é importante não confundir esses sentimentos com quadros depressivos.

Em Silva & Paraiba (2008), esses sentimentos depressivos se distinguem em dois tipos, a depressão reativa que é a aflição inicial do paciente frente à sua finitude e a preparatória, onde paciente aceita e se prepara para perda de pessoas, objetos amados e queridos.

A aceitação dependerá do tempo e da ajuda para superar os estágios anteriores, o paciente não sentirá mais raiva, depressão quanto ao seu “destino”. Nessa fase ele terá podido externar seus sentimentos de culpa, de inveja pelas pessoas sadias que não precisaram ter convivido tão cedo com a finitude. Irá lamentar pela perda de pessoas e lugares queridos, aceitaram o seu fim com certa tranquilidade (SILVA & PARAIBA, 2008)

2.4 A imagem corporal após procedimento cirúrgico

No que diz respeito a imagem corporal, Gonçalves et al (2012) considera que esta seja a maneira que pensamos no nosso corpo e como nosso corpo é representado em nossa mente. Complementada esta definição, Santos & Vieira (2011) considera que a elaboração da imagem corporal pelas pessoas é multidimensional, pois envolvem aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afetam as emoções, pensamentos e modo como mesma interage com os outros, influenciando diretamente sua qualidade de vida.

Sob este enfoque Silva & Paraiba (2008), o câncer de mama e seu tratamento constituem em traumas psicológicos para maioria das mulheres, já que representa para elas a feminilidade, sexualidade e maternidade. Ocorre à danificação da mama símbolo da sensualidade, altera sua autoimagem, gerando inferioridade e rejeição. Muitas vezes sentem-se envergonhadas, mutiladas e sexualmente repulsivas, o que acaba por interferir em sua vida.

Segundo Gonçalves et. al (2012), a investigação da imagem corporal em pessoas com câncer é de extrema importância para entendimento do estresse gerado pelas mudanças e pelo tratamento da doença. Sob outro ponto vista Santos & Vieira (2011), citam além da mudança da imagem corporal que depende do tratamento seguido, a perda da funcionalidade do membro ocasionado pelo linfedema após retirada dos linfonodos axilares e alteração da sensação tátil da mama reconstruída.

No que se refere ao tratamento Santos e Vieira (2011), citam cirurgia mamária o principal tratamento utilizado na maioria dos casos, sendo que as mesmas podem ser conservadoras ou não. Em Majewski et al (2012) nos traz informações bem pertinente, de que o número de diagnóstico em estágio inicial é insuficiente, pois 80% dos que casos que são diagnosticados apresentam tumores em estágios avançados, sendo a cirurgia invasiva e radical a terapêutica mais recomendada.

Segundo INCA (2008), os diferentes tipos de cirurgia dependem do estadia mento clínico e tipo histológico, podendo ser conservadora quando é retirada parte da mama que engloba a setorectomia, tumorectomia alargada e a quandrantectomia, com retirada dos gânglios axilares, que segundo Majewski (2012) aumenta a taxa de recidiva local do tumor ou não conservadora que seria mastectomia, que consiste na retirada de toda a mama, que visa reduzir a incidência e melhoria da qualidade de vida dessas mulheres.

Existem várias modalidades de mastectomia dentre elas a simples ou total; radical modificada com preservação de um ou dois músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar; radical com retirada dos músculos peitorais acompanhada de linfadenectomia axilar; com reconstrução imediata e poupadora de pele (INCA, 2008).

Em sua pesquisa Majewski (2012) cita estudos de outros autores sobre a qualidade de vida em mulheres com câncer de mama, que há grande diferença entre mulheres que foram submetida a mastectomia e que as não passaram por este procedimento. No que se refere a autoimagem foi comprovado a percepção negativa que as mulheres mastectomizadas tinha de si mesma. Estes dados são confirmados no estudo de Santos e Vieira (2011), que há melhor satisfação e melhor imagem corporal entre os grupos de reconstrução e conservação da mama, é menores índices entre o grupo de mastectomizadas.

2.5 As Redes e os sistemas de apoio

Há vários estudos citados em Andrade et. al (2011), que comprovam que a presença de redes sociais de apoio, ajudam na melhor condução das questões inerentes à vivência do câncer e são capazes de promover auxílio biopsicossocial no enfrentamento da doença.

Em Hoffmann e Muller(2006), a rede de apoio é constituída pelo ser humano desde do início da sua vida. Pode ser considerada uma trama interpessoal, está é composta primeiramente pela família e, à medida que o indivíduo cresce integram os amigos, colegas de trabalho, profissionais da saúde, entre outros.

A rede social pessoal é definida como a soma de todas as relações que o indivíduo percebe como significativas e diferenciadas da massa anônima da sociedade e inclui todos os indivíduos com que uma determinada pessoa relaciona-se na vida. Podemos sistematizar está rede em quatro quadrantes: família; amizades; relações de trabalho/escolares; e as relações comunitárias, de serviço (de saúde e de religião) (HOFFMANN e MULLER, 2006).

Sob este enfoque Canieles et. al (2014), acredita que a rede social é um conjunto de conexões e vínculos significativos. E fazem parte dessa rede pessoas que interagem regularmente com a pessoa como já citado anteriormente, os familiares, os vizinhos, os amigos, profissionais de saúde, colegas de trabalho. Assim, essa rede, através dos seus diversos componentes e vínculos estabelecidos faz intersecção com outras redes, influenciando e sofrendo influência dela.

Para estas mulheres que experienciam o processo de estar doente, o apoio emocional e até material, são extremamente importantes, pois ocorre mudanças no cotidiano e às pessoas recorrem a sua rede a fim de obter apoio para se reestruturarem e se adequarem à nova condição (CANIELES, 2014).

Romeiro et al (2012) considera que a relação entre o apoio social e câncer de mama é importante na adaptação à doença, pois a rede de apoio é considerada como fator protetor e recuperador da saúde da mulher com câncer, tornando o enfrentamento da doença e do tratamento mais positivo.

As redes sociais e o apoio social são conceito distintos, mas estão diretamente interligados. Enquanto a rede social se constitui na dimensão estrutural associada a um indivíduo tais como: sistema de saúde, vizinhança, instituições religiosas e escola. Por sua vez o apoio social possui dimensão individual, sendo constituído por membros da rede social, considerados importante para a pessoa (COSTA-JUNIOR, 2013).

O apoio social é fornecido por transações interpessoais. Estas transações incluíram três componentes: o afeto (positivo de uma pessoa em relação à outra), a afirmação (de outras pessoas sobre os comportamentos e percepções) e a ajuda (simbólica ou material para o outro) (HOFFMANN e MULLER, 2006).

Conforme Hoffmann e Muller (2006), há algumas hipóteses explicativas sobre o efeitos do apoio social na saúde e nas doenças entre elas : (1) a hipótese de o apoio social ter efeitos nas respostas neuroendócrinas, diminuindo a ansiedade e tensão muscular; (2) ter efeitos na auto-estima, aumentando-a; (3) ter efeitos na depressão, diminuindo-a e levando a reavaliar os estressores, o que aumentaria a capacidade da pessoa em lidar com situações estressantes.

Em seus estudos Costa-Junior (2013) e Hoffmann e Muller(2006), descrevem as principais fontes de apoio dessas mulheres com câncer de mama, são os maridos e os membros da família, sendo também citados os médicos e enfermeiros. Também revelam que os pacientes avaliaram que o apoio da família e da equipe de saúde contribuíram para manutenção de sua qualidade de vida.

Segundo Romeiro et. al (2012), a família ou cuidador exercem papel importante e de fortalecimento na vida dessas mulheres, oferecendo apoio e ajudando-as a suportarem melhor o diagnóstico da doença. A compreensão e aceitação da família são importantes para que essa mulher aceite o tratamento com mais confiança.

A família neste momento é de extrema importância na vida dessas mulheres, uma vez que está desempenha o papel de assistir seus membros quando acometidos por uma doença. Os cuidados dispensados a ela tendem a ser valorizado ainda mais. A preocupação dos seus entes queridos com sua saúde torna-se visível, fazendo com aumente assim o vínculo afetivo entre eles (ANDRADE et al, 2011).

2.6 O apoio da família

De acordo com Mioto citado em Carvalho (2008),

A família pode ser definida como núcleo de pessoas que convivem em determinado lugar, durante um lapso de tempo mais ou menos longo e que se acham unidas (ou não) por laços consangüíneos. Ela tem como tarefa primordial o cuidado e a proteção de seus membros, e se encontra dialeticamente articulada com a estrutura social na qual está inserida (CARVALHO, 2008, p.98)

Já Silva & Paraiba (2008) considera família sendo o primeiro e principal grupo em que o ser humano está inserido desde do nascimento e é definida como um sistema complexo e tudo o que o afeta como um todo afetará cada indivíduo e tudo que afeta o indivíduo afetará a família como um todo. Toda família tem seu estilo e tenta manter-se em equilíbrio através de papéis, regras, comunicação, expectativas, padrões de comportamento que são refletidas em suas crenças, estratégias de enfrentamento, acordos.

Ainda em Silva e Paraiba (2008), menciona que a família passa pelas mesmas manifestações psíquicas e comportamentais que o paciente quando é diagnosticado, tais como: medo, ansiedade, impotência, fracasso, frustração, desamparo, insegurança, raiva, fantasias, sentimentos de vulnerabilidade. Tais sentimentos podem desencadear uma intensa desestruturação familiar e sofrimento causado pela angústia que atinge todos os membros.

Mediante a estas situações, Nascimento et al (2011) cita que o adoecimento em um dos membro da família reflete no estado emocional e fisiológico dos outros membros. A família passa por vários estressores que interferem na unidade familiar como a notícia do câncer, o tratamento cirúrgico, a quimioterapia que tem vários efeitos adversos, a incerteza quanto à cura e letalidade da doença.

O impacto no ciclo familiar é claro, há mudanças de papéis nas funções e funcionamento desse sistema e em meio a desestruturação há busca de uma forma de adaptação, que exige esforços de todos os membros, para que assim a família se mantenha em equilíbrio (NASCIMENTO, 2011).

Silva e Paraiba (2008) foram categóricos ao dizer que a formação dos profissionais da área da saúde, em geral, tende a trabalhar de forma individualizada e objetivada do corpo e doença, há exceções, mas na maioria das vezes o ser humano é visto de forma isolada do grupo familiar. Sob este enfoque os autores citam a importância do trabalho do profissional da psicologia, pois quando a família e o paciente não recebem o devido apoio pode desencadear um adoecer coletivo no âmbito familiar.

2.7 A espiritualidade

De acordo com Coelho e Geronasso (2012), a religião significa em sua origem religar, restabelecer ligação. Os autores distinguem religiosidade e espiritualidade. Sendo a religiosidade considerada crenças associada a uma instituição religiosa, caracterizada pela prática de rituais públicos que são compartilhado entre pessoas que acreditam nas mesmas crenças religiosas. Já a espiritualidade está ligada a crença de um ser maior, estaria mais ligado a atividades individuais, como preces e leituras religiosas.

Sob este enfoque Coelho e Geronasso (2012), entende que a religiosidade e espiritualidade buscam um consolo, uma força um sentido para suas vidas e influência no enfrentamento de forma a suportar os sofrimentos, a dor e os sintomas. Fornazari & Ferreira (2010), citam também que através delas o indivíduo buscam compreender e dar significado a doença, o sofrimento, a morte e a existência.

Na perspectiva de Fornazari & Ferreira (2010), a religiosidade e espiritualidade constitui uma estratégia de enfrentamento importante frente a situação difíceis, como no caso de diagnóstico de câncer que produz um forte impacto na vida do indivíduo e cujo o tratamento é permeado de eventos estressores.

Ainda em Fornazari & Ferreira (2010), o enfrentamento religioso pode ser interpretado de duas formas pelos pacientes, como forma positiva que resultam na melhoria da saúde mental, redução do estresse, “crescimento espiritual” e cooperatividade e como forma negativa que tem correlação negativa com à qualidade de vida, depressão e saúde física, como a atitude de não adesão do tratamento por acreditar na cura divina.

Cabe destacar que o enfrentamento religioso pode apresentar-se como elemento que contribui na adesão ao tratamento, no enfrentamento da problemática, na redução do estresse e ansiedade e na busca de um significado para a nova situação. Já há estudos nesta que área que apontam a relação habitualmente positiva entre envolvimento religioso e a saúde mental (FORNAZARI & FERREIRA, 2010).

Mediante as situações Fornazari & Ferreira (2010), os profissionais de saúde não devem considerar o paciente apenas como um corpo doente, mas um ser que carrega consigo uma história constituída pela interação entre fatores biológicos e ambientais. O equipe profissional dever se manter aberta para estes aspectos, tendo a possibilidade de novo espaço com significativo nessa relação entre paciente e profissional.

2.8 A teoria da enfermagem transcultural de Madeleine Leininger

Em Leopardi (1999, pág.95), descreve toda a história e a teoria de enfermagem transcultural de Madeleine Leininger, tem como pressupostos básicos que: “culturas diferentes percebem, conhecem e praticam cuidado de diferentes maneiras, ainda que alguns elementos comum existam, em relação ao cuidados, em todas as culturas do mundo”.

Leininger construí sua teoria com base na crença de que:

Os povos de cada cultura são capazes de conhecer e definir as maneiras, através das quais eles experimentam e percebem o cuidado de enfermagem, sendo também capazes de relacionar essas experiências e percepções às suas crenças e práticas gerais de saúde [...] O cuidado sempre foi considerado essencial à sobrevivência e desenvolvimento humano [...] (LEOPARDI, 1999, pág. 95).

Através da teoria de Leininger podemos perceber, o quanto as práticas de cuidado de enfermagem estão intimamente relacionadas e ligadas a cultura de cada indivíduo. Para ela também, o cuidado é uma necessidade humana essencial para desenvolvimento e manutenção da saúde e sobrevivência dos seres humanos em todas as culturas do mundo.

E o cuidado é a essência da enfermagem e também seu foco, único, unificador e dominante. Leininger cita também em Leopardi (1999, pág. 97), que acredita que “não se pode produzir cura sem cuidados, mas pode haver cuidado sem que se produza cura”. Neste contexto, o cuidado cultural têm um significado holístico importante para conhecimento, explicação e interpretação do fenômeno “cuidar” em enfermagem (LEOPARDI, 1999).

O cuidado cultural é aquele em que os valores, crenças e modos de vida padronizados, aprendidos e transmitidos subjetivamente ou objetivamente, assistem, apoiam, facilitam ou capacitam outro indivíduo ou grupo a manter o seu bem-estar, a melhorar suas capacidades e modo de vida, a enfrentar doenças ou incapacidades ou a morte (LEOPARDI, 1999).

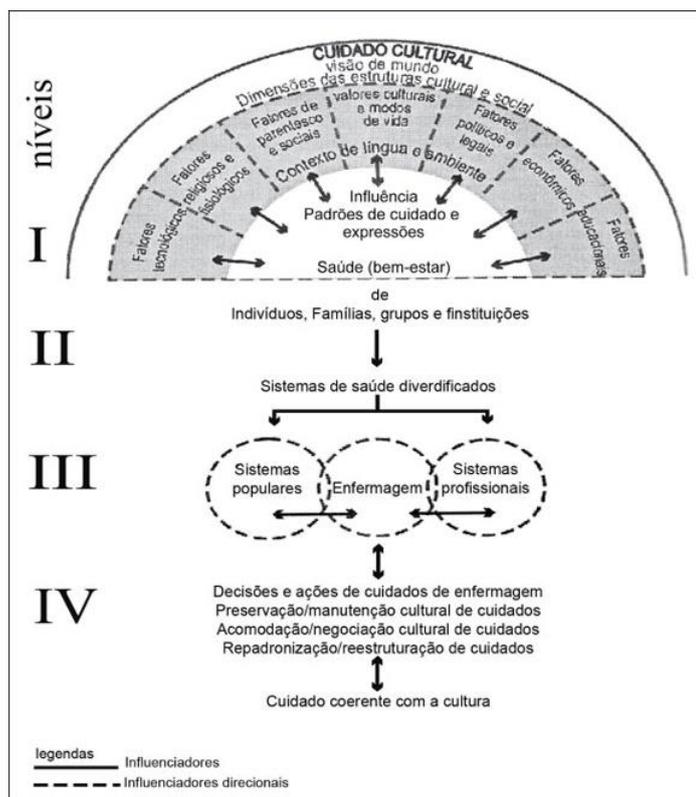
Só existe cuidado cultural congruente, na medida em que ocorrem decisões assistenciais, de suporte, de facilitação ou capacitação embasadas cognitivamente e do indivíduo, grupo ou instituição com a finalidade de promover cuidados de saúde significativos, satisfatório e benéficos (LEOPARDI, 1999).

Para Leininger existem três formas de estabelecer um cuidado cultural congruente:

- I. Cuidado cultural preservado ou mantido: quando as ações ou decisões profissionais auxiliam as pessoas de uma determinada cultura a manter, preservar valores relevantes acerca do seu cuidados, de modo de manter seu bem-estar, recuperar-se da doença ou enfrentar as incapacidades ou a morte;
- II. Acomodação ou negociação do cuidado cultural: quando as ações ou decisões dos profissionais, estimulam as pessoas de um determinado grupo cultural para uma adaptação ou negociação. Prestando cuidados de acordo com valores culturais, crenças e modos de vida, visando resultados benéficos e satisfatórios.
- III. A repadronização ou reestruturação do cuidado cultural refere-se as ações que ajudem o cliente a reorganizar, substituir ou modificar seus modos de vida com padrões de cuidados de saúde novos, diferentes e benéficos, procurando respeitar os valores culturais e crenças e propondo um modo de vida mais sadio e benéfico do que aquele anteriormente estabelecido.

A autora não aponta nenhuma metodologia para realização do processo de enfermagem, porém cita o modelo do sol nascente (Figura 1) que serve de guia para planejamento e intervenção da enfermagem. Os três primeiros níveis do modelo envolvem o reconhecimento da situação cultural, podendo prevenir o choque da imposição cultural. Buscando reconhecer o cuidado cultural estabelecido e prover cuidados culturalmente congruentes (LEOPARDI, 1999).

Ilustração 1 – O modelo Sunrise, segundo Leininger.



Fonte: Leopardi, 1999, pág. 100.

O próximo passo é reconhecer o cliente nos sistemas de saúde, de modo que a enfermagem estabeleça inter-relação entre o sistemas popular e profissional, identificando as características comuns e as específicas de cada grupo. Após este passo o enfermeiro vai planejando com o cliente os cuidados, que precisam ser preservados acomodados ou reestruturados (LEOPARDI, 1999).

2.9 O papel do enfermeiro na atenção ao paciente oncológico

Conforme Costa et al (2012), o enfermeiro é visto como um cuidador, que compõem com outros profissionais a equipe multiprofissional que presta assistência aos pacientes oncológicos, muitas vezes ele é visto pelo paciente e família como elo de ligação com os demais membros da família. Mas para sua inserção na equipe de enfermagem, no cuidado do paciente oncológico requer conhecimentos, habilidades e responsabilidades (MINEO et al, 2013).

Neste contexto Cruz e Silva (2011), cita a importância dos profissionais de enfermagem terem uma visão mais ampla, não focado apenas nos conhecimentos teóricos e práticos, deve-se considerar as dimensões físicas, emocionais, sociais e espirituais dos pacientes. Salienta o despreparo dos profissionais de saúde para lidar com a dimensão subjetiva que a prática de saúde propõe.

Neste sentido para Costa et al (2011), o profissional de enfermagem deve conhecer a caminhada deste paciente, individualizar o atendimento e atentar para forma singular de enfrentamento da doença, os determinantes sociais. Por isso a importância da relação profissional-paciente na adesão do tratamento, só através do entendimento mútuo e compartilhamento com paciente e família, é que haverá troca e interação entre eles.

Em seu estudo Mineo et al (2013), traz que o principal ponto abordado na assistência de enfermagem oncológica é o aspecto psicológico do paciente e sua família, um tema que não era tão valorizado antigamente e hoje é o foco do cuidado prestado ao enfermeiro. A assistência de enfermagem está presente em todas as fases pelas quais o paciente com câncer de mama passa, desde do diagnóstico positivo, a reabilitação e alguns casos até a morte.

Em Mineo et al (2013), cita que a prevenção de câncer de mama pode ser primária e secundária, sendo a primária responsável por modificar ou eliminar fatores de risco para neoplasia; já a secundária refere-se o diagnóstico e tratamento dos cânceres precoce. A detecção precoce ainda é a melhor forma de combater esta doença, sendo que as chances de cura são maiores.

No que se refere a assistência de enfermagem na atenção primária no câncer de mama, podemos discorrer algumas atividades desenvolvidas pelo enfermeiro como exame clínico de mamas anualmente e mamografia de rastreamento periodicamente. Realiza também orientações sobre o autoexame das mamas, onde o profissional incentiva a mulher a conhecer seu corpo e detectar alterações nas mamas (MINEO et al, 2013).

A Unidade de Saúde Básica de Saúde (UBS) é responsável por realizar essas atividades, receber resultados e encaminhá-los a investigação mais profunda em casos que indiquem risco de serem neoplasias malignas (MINEO et al, 2013).

Na atenção secundária tem por fim a detecção precoce através da mamografia diagnóstica além do tratamento primário. O tratamento primário do câncer de mama é a cirurgia, que pode ser conservadora ou não conservadora, dependendo do estadiamento e infiltração do tumor. A comunicação se faz importante durante todo o tratamento vez ganhando cada vez mais espaço, através desta interação profissional/paciente, há melhor compreensão e aceitação do tratamento (MINEO et al, 2013).

O enfermeiro na fase pré-operatória têm por objetivo amenizar o desconforto, implementando medidas que reduzam o medo e ansiedade, promovendo a tomada de decisões pelo paciente, o autocuidado, enfim estabelecer um tratamento visando a prevenção de complicações. No pós-operatório visa a prevenção de complicações relacionadas a incisão cirúrgica, dreno, a reabilitação física e em especial questões relacionadas aos sentimentos e ao medo dessa paciente (MINEO et al, 2013).

Por último a atenção terciária, a paciente se encontra fragilizada, a autoimagem alterada, logo necessita de tratamento complementar que pode ser quimioprevenção, a radioterapia ou hormonioterapia, nesta fase a enfermagem torna-se essencial, já que o paciente encontra-se totalmente desacreditado com cura ou até mesmo a sobrevida (MINEO et al, 2013).

Cabe a enfermagem atuar nesta área de maneira efetiva, orientando quanto aos objetivos e efeitos colaterais do tratamento quimioterápico, além do suporte emocional para com o paciente e a sua família. Mediante estas situações se faz importante a consulta de enfermagem a fim de detectar problemas, elaborar intervenções, orientar e ouvir a paciente reconhecendo seus medos, receios, enfim prestando assistência integral ao paciente (MINEO et al, 2013).

3. METODOLOGIA

Neste capítulo apresenta-se o caminho metodológico, que foi utilizado para realização do estudo sobre redes de apoio e sistemas de cuidado em saúde à mulheres com câncer de mama. A trajetória utilizada pela autora para busca desse conhecimento foi a busca ativa, através de indicação dos serviços de saúde, participação no grupo da liga de combate ao câncer, retornos aos domicílios e incansáveis reflexões, registro de dados até sua finalização na análise de dados e confecção do trabalho final.

Conforme citado por Gil (1999), a pesquisa pode ser definida como processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo principal da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante procedimentos científicos.

Em Vianna (2001), define metodologia como um conjunto de ações que de algum forma atinjam os objetivos propostos da pesquisa, sendo que estas ações devem ser elaboradas com pertinência, objetividade e fidedignidade. Já método significa portanto o caminho para atingir um fim, um conjunto de ações necessárias para atingir os objetivos propostos, em um determinado período e com recursos disponíveis.

A pesquisa de campo sobre redes de apoio e sistemas de cuidado em saúde à mulheres com diagnóstico de câncer de mama tem base qualitativa descritiva exploratória, que conforme Vianna (2001) é centrada na forma como as pessoas se sentem, interpretam, dão sentido às coisas, situações e vida. Este estudo buscou conhecer as percepções e sentimentos frente ao diagnóstico de câncer de mama, a dinâmica de funcionamento das redes de apoio e a relação entre os sistemas de cuidados familiar, social e profissional e como estes auxiliam estas mulheres.

Gil (1999), complementa dizendo que pesquisa descritiva têm como objetivo primordial descrever as características de uma determinada população ou fenômeno, bem como estabelecimento de relações entre as variáveis. Já o caráter exploratório da pesquisa busca desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e ideias sobre assunto estudado, buscando ter uma visão geral sobre o tema.

O estudo sobre redes de apoio e sistemas de cuidado em saúde à mulheres com câncer de mama foi desenvolvido em um município de pequeno porte situado na região centro serra, do estado do Rio Grande do Sul, que segundo dados do censo 2010, possui 14.283 habitantes, ocupando uma área de 130,290 Km quadrados.

Os participantes da pesquisa foram mulheres atendidas inicialmente pelas unidades de baixa complexidade, neste caso Estratégia da Saúde da Família, que é porta de entrada para serviços de saúde de média e alta complexidade, em um quantitativo de 7 mulheres. Os critérios para inclusão na pesquisa eram: ser mulheres com diagnóstico de câncer de mama; residirem no município de Sobradinho, Rio Grande do Sul e em território coberto pela Estratégia da Saúde da Família; Estar ou ter passado por tratamento, seja ele cirúrgico ou medicamentoso; Participar voluntariamente da pesquisa.

Para participação na pesquisa se fez necessário a assinatura do termo de consentimento livre e esclarecido, que assegura o sigilo das informações, assim como a livre e espontânea vontade do participante se retirar da pesquisa a qualquer momento, contemplando a Resolução 196/96 e resolução nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde que rege sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

Os dados foram coletados através de pesquisa em campo, realizada com mulheres que vivenciaram ou vivenciam o câncer de mama, sendo as mesmas residentes no município de estudo. O período de coleta prolongou-se entre os meses de julho e agosto de 2015.

Os dados foram coletados pela autora, utilizando-se de um roteiro semiestruturado que consta no (APÊNDICE A) e a técnica foi a entrevista com apoio de outra técnica secundária denominada “bola de neve” que de acordo com Munhoz e Baldin (2011) é técnica muito utilizada em pesquisas sociais, onde os participantes iniciais indicam novos participantes até que atinjam um “ponto de saturação”, que é quando os novos entrevistados passam a repetir os conteúdos já obtidos nas referências anteriores.

Ainda em Munhoz e Baldin (2011), estes referem que está é uma técnica não probabilística, pelo fato de ser possibilidade da seleção de cada participante. Uma das vantagens desse método que utilizam cadeias de referência, em que um membro da população pesquisada conhece outro membro, o que torna mais fácil para pesquisador identificar o membros da população estudada.

Os instrumentos de coleta foram à pesquisadora e o roteiro orientador para entrevistas, este foi dividido em duas partes, uma com cabeçalho com questões para caracterização da população estudada como dados de identificação, histórico familiar, tipo de tratamento cirúrgico e medicamentoso realizado. A outra dedica a perguntas voltadas à percepção e aos sentimentos dessas mulheres frente ao seu problema de saúde e a delineação das redes de apoio e dos cuidados realizados pelos sistemas de cuidado em saúde sejam eles familiar, social e oficial de saúde.

Este instrumento torna a entrevista flexível, permite que participante tenha liberdade de falar sobre o assunto. Sendo que conforme citado por Carolyn Baker (1982) em Silverman (2009), a relação entrevistador e entrevistado pode ser vista da seguinte forma:

“Quando falamos sobre o mundo em que vivemos, nos engajamos na atividade de lhe dar um caráter particular. Inevitavelmente, atribuímos características e fenômenos a ele e o fazemos funcionar de uma maneira particular. Quando falamos com alguém sobre o mundo, levamos em conta quem o outro é, o que se supõe que a outra pessoa sabe, “onde” esse outro está em relação a si mesmo no mundo ao qual nos referimos” (SILVERMAN, pág.114, 2009).

A entrevista aberta é um material privilegiado, pois se trata de um discurso dinâmico onde a espontaneidade e o constrangimento são simultâneos. Em termos operacionais a análise do conteúdo segue o seguinte roteiro: a) delimitação do número de entrevistas a serem trabalhadas, a qualidade da análise substitui a quantidade de material; b) Preparação do material, neste caso a entrevista e a transcrição da mesma; c) Análise da entrevista em totalidade organizada e singular (MINAYO, 2007).

Antes de realizar as entrevista, observou-se a necessidade de acrescentar duas questões para ter uma visão mais ampliada de todo esse processo de descoberta do problema de saúde e posterior adaptação dessa mulher a nova condição. Durante as entrevistas, de acordo com a necessidade, adaptava as questões de modo a favorecer o entendimento do participante.

Para início da coleta de dados foi importante a ajuda de uma agente comunitária de saúde, que me indicou alguns pacientes que conhecia e a partir da indicação dos mesmos consegui completar a amostra necessária para o estudo. Durante as entrevistas várias participantes referenciaram a Liga de Combate ao Câncer, como local onde encontraria mais mulheres na mesma situação clínica que elas.

Então acreditei ser importante realizar uma a visita a Liga de Combate ao Câncer do município em estudo, em busca de mais participantes, em um dia que os pacientes se encontravam para desenvolver atividades com a fisioterapeuta, mas a coleta de dados não foi possível, pois os mesmos foram realizar visita há um colega que estava acamado. No entanto foi muito proveitoso, pois a presidente da Liga, apresentou toda a estrutura física, o fluxo de pacientes, as atividades e ações desenvolvidas e as condições financeiras da instituição.

Cabe registrar que a pesquisadora não teve nenhum contato com as participantes antes da primeira entrevista. Só através das informações da agente comunitária de saúde e as primeiras entrevistas, consegui localizar as mulheres para posterior visita. Por não ser agendando, os desencontros foram muitos, o que fez com que o trabalho se estendesse por mais tempo.

3.1 Questões éticas e proteção dos participantes

Para realização da pesquisa, a autora inicialmente apresentou-se, conversou com os possíveis participantes do estudo, no sentido de estabelecer uma relação de confiança acerca de quem é autora, o que deseja fazer e explicação dos objetivos, a relevância do estudo e forma de coleta de dados, finalizando com a solicitação de permissão das mesmas para fazer parte do estudo.

Todos os sujeitos foram informados que poderiam desistir de participar da pesquisa, a qualquer momento, sem que isso lhe prejudique. E que estes teriam acesso a transcrição da entrevista como também ter acesso aos resultados da pesquisa. No caso dos indivíduos participantes, para manter o sigilo das informações serão identificados por codinomes.

Além disso, foram informados que a participação na pesquisa não implicará em riscos ou prejuízos, sendo respeitados os seus costumes, conceitos morais e éticos, conforme preconiza a Resolução 196/96 que trata sobre a pesquisa com seres humanos (BRASIL,1996).

A resolução 466/2012 do Conselho Nacional da Saúde, que têm disposições gerais:

A presente Resolução incorpora, sob a ótica do indivíduo e das coletividades, referenciais da bioética, tais como, autonomia, não maleficência, beneficência, justiça e equidade, dentre outros, e visa a assegurar os direitos e deveres que dizem respeito aos participantes da pesquisa, à comunidade científica e ao Estado. Projetos de pesquisa envolvendo seres humanos deverão atender a esta Resolução (BRASIL, pág.1, 2012).

Essa resolução incorpora uma série de termos e condições a serem seguidos durante a realização da pesquisa bem como achados da pesquisa, assistência ao participante da pesquisa, benefício da pesquisa, benefício indireto, Consentimento livre e esclarecido, questões éticas relacionadas a pesquisa, entre outros.

Após leitura do termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B), o participante que aceitou participar da pesquisa, assinou o mesmo em duas vias uma do entrevistado e outra do pesquisador, sendo que uma via permaneceu com o entrevistado e a outra será guardada pelo pesquisador em local seguro por um período de cinco anos. Os dados obtidos serão utilizados exclusivamente para fins científicos e eventuais publicações em artigos científicos

Em seguida deram-se início as entrevistas com as mulheres diagnosticadas com câncer de mama, contando com um roteiro orientador com questões abertas e fechadas. Cabe salientar que as respostas foram anotadas no material utilizado para pesquisa. Os sujeitos foram identificados com nomes de flores, mantendo seu anonimato, o que fornece maior fidedignidade as informações.

Elas receberam nome de flores comuns do município de estudo, dentre elas: azaléia e gérbera presente em vários domicílios; amor perfeito, violeta e o cravo que enfeita a faixa da prefeitura; rosa em homenagem a liga de combate ao câncer e a orquídea que embeleza vários locais público.

Sendo que algumas participantes da pesquisa receberam duas visitas e outras apenas uma. A primeira era para esclarecimentos sobre o projeto e a coleta de dados e a segunda para mostrar a participante a transcrição da entrevista e se está de acordo com as informações disponibilizadas. Os dados coletados com a entrevista serão guardados pela pesquisadora em local seguro e apenas serão descartados em após um período de cinco anos, de forma adequada.

1.2 Análise de dados

Conforme Bardin citado em Minayo (2007), a análise de conteúdo pode ser definida como:

Um conjunto de técnicas de análise de comunicação visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo de mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção de mensagens (MINAYO, pág. 199, 2007)

A análise de conteúdo foi feita através da análise temática, que segundo Minayo (2007), consiste em descobrir os núcleos de sentido que compõem o discurso dos participantes, cuja a frequência ou a presença signifiquem alguma coisa para objetivos do estudo. O material produzido pelas entrevistas passou por análise de conteúdo, sendo que as questões de pesquisa nortearam todo o processo de análise, as anotações do diário de pesquisa foram muito importantes neste processo.

Para proceder à análise das informações foi necessário: transcrever integralmente cada entrevista; realizar leituras e releituras dos textos transcritos para compreender o que as falas diziam; após conforme a similaridade foram agrupadas em unidades temáticas; as unidades temáticas foram analisadas conforme o referencial bibliográfico que subsidia o estudo.

Análise de temática dos dados foi realizada com base em Minayo (2007), que se dividem em três etapas: primeiro a pré-análise, na qual é realizada uma leitura flutuante que nos permite orientar quanto ao conteúdo do enunciado. Depois a segunda etapa é a exploração do material, organização dos dados brutos obtidos, para identificar um núcleo significativo dos mesmos, bem como delimitar categorias. Fechando com à terceira etapa, que está é direcionada ao tratamento dos resultados obtidos e interpretação dos mesmos, o que norteará o referencial teórico posteriormente (MINAYO, 2007).

4. RESULTADOS

4.1 Caracterização do cenário de pesquisa

O estudo sobre redes de apoio e sistemas de cuidado em saúde à mulheres com câncer de mama foi desenvolvido num município de pequeno porte situado na região centro serra, do estado do Rio Grande do Sul, que segundo dados do censo 2010, possui 14.283 habitantes, ocupando uma área de 130,290 Km quadrados (IBGE, 2015).

Desses 11.437 são moradores de zona urbana e 2.936 são moradores da zona de rural, o que corresponde respectivamente a oitenta e vinte por cento. Desse quantitativo de número, cinquenta e um por cento são do sexo feminino e quarenta e nove por cento são do sexo masculino (IBGE, 2015).

Os principais produtos industriais fabricado no município são estofados, laticínios, confecções de couro, tecido e malha, calçados, produtos derivados da madeira, metalurgia, carnes e vinho. Os principais produtos agrícolas fumo, feijão, milho, soja e uva e o principal produto agropecuário é o leite (SOBRADINHO, 2015).

O município conta com quatros escolas estaduais de ensino fundamental, sete escolas municipais de ensino fundamental, uma de ensino médio e uma faculdade. Quanto aos estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde, são total de nove instituições como descrito na tabela abaixo:

Tabela 1 – Estabelecimentos de saúde credenciados ao Sistema Único de Saúde do município em estudo

ESTABELECEMENTOS DE SAÚDE	ENDEREÇO
Hospital Sebastiany	Avenida João Antônio, bairro centro
Hospital Dr. Homero	Rua Dr. Homero Lima Menezes, bairro centro
Ambulatório Central	Rua Pedro Álvares Cabral, centro
Posto de Saúde Central	Rua João Alfredo, bairro centro
Posto de Saúde Vila Gramado	Vila gramado, interior
Programa Saúde da Família 1	Rua Arão Rodrigues de Souza, bairro Copetti
Programa Saúde da Família 2	Rua Frederico Mundstock, bairro Baixada
Programa Saúde da Família 3	Rua Arnaldo y Castro, bairro Rio Branco
Vigilância em Saúde	Rua General Osório, centro

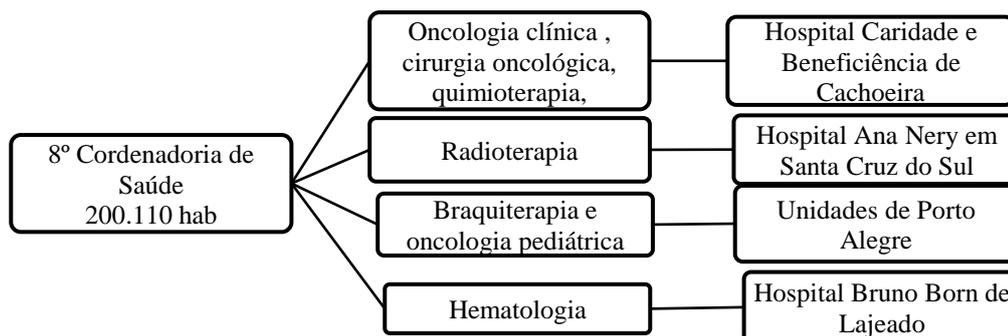
Fonte: disponível no site da Prefeitura Municipal de Sobradinho, acesso em outubro de 2015.

A Saúde é um direito de todos, cabe ao Estado e União promover as condições para seu pleno exercício e estabelecendo princípios norteadores como a universalidade de acesso à todos níveis de atenção, equidade e integralidade da assistência exigidos para cada caso. A regionalização das ações e serviços vem para organizar as redes de atenção à saúde e busca a melhoria dos serviços (BRASIL, 2011).

A Política de Atenção Oncológica envolve ações de promoção, prevenção, diagnóstico, tratamento, reabilitação e cuidados paliativos, articuladas e organizadas entre as três esferas de governo, constituindo as redes estaduais ou regionais de atenção oncológica (BRASIL, 2011).

A Resolução 108/13 da Comissão Intergestores Bipartite do Rio Grande do Sul (RS), define em conjunto com a Comissões Intergestores Regionais a proposta de referências na Alta Complexidade em Oncologia, abaixo um fluxograma com respectivo tratamento oferecido por cada instituição na 8ª Coordenadoria Regional de Saúde:

Fluxograma 1 – Referência em oncologia para 8ª Coordenadoria Regional de Saúde RS



Fonte: disponível em < <http://www.saude.rs.gov.br> > CIB/RS, pág. 4, 2013.

As participantes do município em estudo realizavam acompanhamento periódico e tratamento cirúrgico, quimioterápico e radioterápico nas seguintes instituições: hospital Ana Nery, Hospital Caridade e Beneficência de Cachoeira e unidades de Porto Alegre.

4.2 Caracterizando os sujeitos da pesquisa

As participantes desta pesquisa foram sete mulheres que residiam no município escolhido para desenvolver o estudo, não apresentavam faixa etária única, mas pode-se se dizer que se situam-se na faixa etária entre 49 e 70 anos de idade.

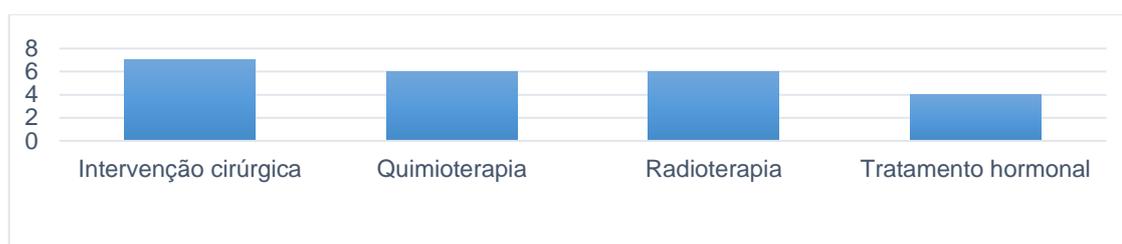
Em relação a escolaridade, cinco mulheres possuíam ensino fundamental incompleto, uma ensino médio completo e uma ensino superior completo. Sobre estado civil e número de filhos, respectivamente quatro mulheres eram casadas, duas viúvas e uma solteira e apenas uma não tinha filhos.

Quanto questionadas sobre sua ocupação atual, todas as participantes responderam que eram mulheres do lar, isto estava diretamente relacionado a nova condição de saúde. A respeito de quanto tempo as mesmas residiam no município e no endereço atual, a faixa de tempo se situou-se entre 15 e 45 anos.

O histórico familiar de câncer se mostrou presente nos relatos de seis participantes, sendo que os órgãos acometidos por esta doença variam, mas observa-se um número expressivo de mulheres referiram histórico familiar de câncer de mama.

Quando questionadas sobre tratamento terapêutico que realizaram e que realizam, as respostas foram as tabuladas no gráfico abaixo:

Gráfico 1 – Tratamento terapêutico realizado pelas participantes



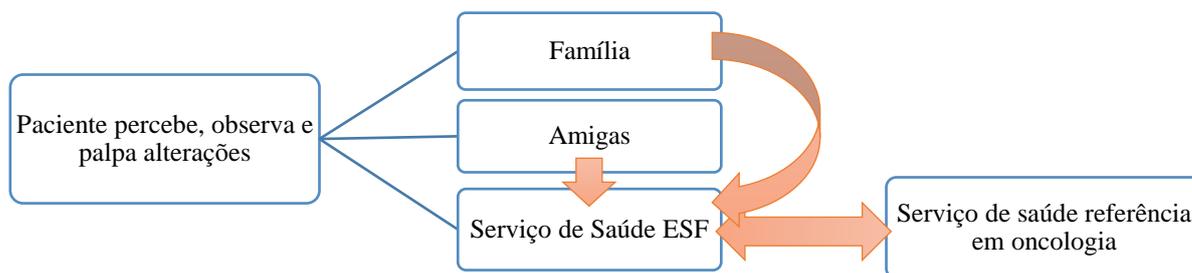
Fonte: coleta de dados realizada pela autora.

Todas as entrevistadas passaram por intervenção cirúrgica, dessas três foram cirurgia conservadoras, onde era retirado o nódulo, os linfonodos contaminados ou parte da mama e o restante foram cirurgias radicais, com retirada total da mama afetada. Apenas uma das entrevistadas não realizou quimioterapia e nem radioterapia. As que seguem em tratamento hormonal no domicílio são apenas quatro mulheres.

4.3 O caminho da descoberta do problema de saúde

A descoberta do problema de saúde dessas mulheres se deu de suas formas, uma através do autoexame de mama, onde através da palpação e observação, cinco mulheres notaram alterações mama e então procuram atendimento, estes fizeram os devidos encaminhamentos. O fluxograma abaixo mostra o caminho dessa mulher até o diagnóstico.

Fluxograma 2 – Caminho para descoberta do problema de saúde

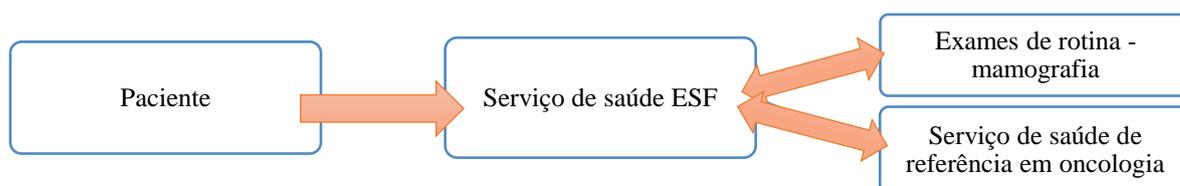


FONTE: coleta de dados realizada pela autora

Conforme o fluxograma, alguns membros da família como filhas, irmãs, marido e as amigas foram os grandes motivadores dessas mulheres, para que estas procurasse o atendimento de saúde para investigar essas alterações. A atenção primária em saúde acabava por fazer o seu papel, investigando e encaminhando esta mulher para serviços especializados.

Apenas duas participantes da pesquisa realizavam periodicamente seus exames, dentre eles a mamografia, que conforme o risco desta mulher era realizado semestralmente ou anualmente. Através dela que os profissionais da saúde identificaram alterações e fizeram devidos encaminhamentos, conforme o fluxograma ilustra:

Fluxograma 2 – Exames periódicos realizados por algumas das participantes



FONTE: coleta de dados realizada pela autora

No entanto, percebe-se o medo que essas mulheres têm quando o resultado do exame mostra alterações, que precisam ser mais bem investigadas. Algumas negam para si a possibilidade de ser algo ruim e acabam por escolhem em adiar a biópsia, isso só vem a diminuir a possibilidades de cura do câncer de mama.

4.4 Os sentimentos e as percepções frente ao problema de saúde

Quanto ao conhecimento que essas mulheres tinham sobre o seu problema de saúde, algumas associaram o câncer de mama como uma doença ruim, traiçoeira e perigosa pelo risco de metástases. Assim como relacionaram com um sentimento de surpresa, um processo difícil e doloroso, como também aos efeitos adversos da quimioterapia, essas informações condizem com as falas abaixo:

“Foi uma surpresa muito grande, perdi os cabelos [...]. Foi muito sacrificante, difícil, passei por muita coisa ruim”. (AMOR PERFEITO)
 “É uma doença traiçoeira [...] Se sentir um nódulo procure atendimento [...]”. (ORQUÍDEA)

Os autores Chevalier – Martinelli (2006) e Albarello et. al (2012), referem que a palavra câncer tem estigma social relacionado com a morte, visto muitas vezes como um castigo, uma punição, que é possibilitado por este turbilhão de sentimentos que são difíceis de administrar. A mulher passa por uma experiência única que dificilmente conseguiram retorna a sua vida normalmente e a fará perceber o mundo que a acerca de outra forma.

Outras destacaram em suas falas a importância da mamografia, de descobrir a doença o mais precoce possível, para melhor prognóstico, reduzir número de intervenções radicais e gerando assim menos sofrimento, como as frases abaixo confirmam:

“[...] A mamografia tem que ser feita, assim como exames, não é procurar doença.
 “[...] quanto mais cedo descobrir melhor.” (AZALÉIA)
 “[...] Quanto mais cedo descobrir melhor, as chances são maiores e é menos sofrimento.” (VIOLETA)

Mineo et. al (2013) enfatiza em seu estudo que, tanto o ministério da saúde e quantos os profissionais da saúde estão se esforçando através de campanhas educativas e preventivas para detecção precoce, incentivando à realização do autoexame das mamas pelas mulheres, mamografia anualmente, uso de uma terapêutica adequada e de tratamento multidisciplinar, ou seja, definindo estratégias para detecção precoce e controle do câncer. No entanto, o câncer de mama continua sendo a primeira causa de morte entre as mulheres, pois estas ainda procuram o atendimento médico tardiamente, quando o câncer está em estágio avançado, fazendo com que o prognóstico não seja tão bom.

O medo também é um dos sentimentos presente na vida dessas mulheres, no começo está associado com a possibilidade da finitude e ao tratamento terapêutico, onde tudo é novo e causa muita insegurança.

Depois, de todo tratamento, o medo está mais relacionado a chance do retorno da doença, as frases abaixo expressam esse sentimento:

“[...] senti muito medo, mas tentei não me deixar abater, sou mais forte que está doença [...]” (AZALÉIA)

“[...] agora me sinto bem, tenho medo que volte, continuo fazendo acompanhamento.” (GÉRBERA)

Costa et. al (2012), define bem este sentimento que está presente em todos os momentos que está mulher passa. O câncer talvez seja a doença que paciente percebe-se vulnerável, este é carregado de estigma, que justificava muitas vezes o medo e ansiedade de encarar o problema. Estes sentimentos muitas vezes se acentuam quando há o aparecimento de sinais e sintomas, da hospitalização, da quimioterapia, da radioterapia, dos efeitos adversos, do medo da recidiva e da morte.

A família frente a este contexto também passam por um processo difícil de adaptação a nova condição de seu membro, ao mesmo tempo que tem que dar suporte ao seu familiar, eles se sentem bem fragilizados e sensíveis, o relato abaixo ilustra esse choque inicial:

“Não me assustei, quando descobri que tinha câncer de mama e depois de útero, a minha filha e meu filho se assustaram, ainda mais quando disseram que tinha que fazer cirurgia.” (ROSA)

Como citado em Nascimento et. al (2011), o diagnóstico do câncer nas famílias desestrutura e afeta todos os demais membros. O adoecimento de um membro reflete sobre o comportamento e no estado emocional e biológico dos outros. A família passa a enfrentar diversos estressores que interferem na dinâmica familiar, como a notícia do câncer, os efeitos adversos da quimioterapia, a incerteza da cura e a letalidade da doença. Para que a unidade familiar não entre em sofrimento, é preciso que ocorra a adaptação da mesma as novas condições.

A forma como os médicos, equipe de enfermagem e outros profissionais se comunicam com o paciente, o simples ato de conversar, ouvir, acolher este indivíduo, faz toda a diferença na adesão ao tratamento e diminui muitas vezes o sofrimento do mesmo, como dizem os relatos abaixo:

“Os profissionais têm que ser mais humanos, não ficar olhando para relógio, se preocupando com quanto tempo vai demorar ou em dar remédio, as vezes uma conversa vale muito mais do que um remédio”. (AZALÉIA)

“O jeito que os médicos e equipe falam contigo, te anima a enfrentar o tratamento”. (VIOLETA)

Neste contexto, o profissional enfermeiro por meio de uma conduta cuidadosa e calma, pode estar diminuindo a ansiedade diante do diagnóstico e durante o tratamento, sabendo que os medos podem influenciar na terapia e comprometer a promoção em saúde. Assim, a mulher com câncer precisa de ajuda profissional, e o enfermeiro pode ser o facilitador do processo educativo e terapêutico e auxiliá-lo (COSTA et. al, 2012).

4.5 Os enfrentamentos

As formas de enfrentamento podem ser conforme Nascimento et. al (2011), centradas no problema e/ou na emoção. Quando centradas no problema, referem-se aos esforços para administrar, alterar o problema ou melhorar o relacionamento entre a pessoa e seu meio, essas são as estratégias mais adaptáveis, pois estas buscam minimizar ou remover a fonte estressora.

Quando centradas na emoção são voltadas para tentativa de substituir ou regular o impacto emocional do estresse no indivíduo. Geralmente são os processos defensivos, o que levam os indivíduos a evitarem se confrontar a realidade com a ameaça, o que torna os movimentos da família ineficazes (NASCIMENTO et. al, 2011).

As formas de enfrentar a diagnóstico de câncer de mama são vários e está relacionado a história pregressa do paciente, a forma como o mesmo vê e interpreta o mundo que o cerca. Observou em alguns relatos dessas mulheres a negação inicial, que é primeira reação dos pacientes frente a notícia ruim, conforme as falas abaixo:

“Porque aconteceu comigo, isso não acontece com a gente, só com os outros”. (AZALÉIA)

“Quando o doutor disse que tinha câncer, não acreditei, pensei que tinha me machucado e só isso.” (GÉRBERA)

Como dito por Albarello et. al (2012), algumas mulheres tendem a utilizar mecanismos de defesa inconscientes para lidar com a situação. Inicialmente algumas negam a doença, no entanto cada pessoa necessita de um tempo para lidar com as consequências do diagnóstico e estabelecer formas de lidar com isso. Muitas vezes elas passam a negar os indícios que levariam ao diagnóstico de câncer de mama e outras vezes citam a de compreensão em entender porque ela foi “escolhida” para estar doente.

A busca por mais informações sobre seu problema de saúde, seja através dos sistemas de informação como a internet como também os profissionais de saúde, foi uma das primeiras reações apresentada por uma das participantes da pesquisa, ilustrado pelo relato abaixo:

“A primeira coisa que fiz, foi procurar saber mais sobre a doença, ter mais informações através dos profissionais de saúde, da internet [...]” (AZALÉIA)

Nesse sentido, a comunicação da equipe de enfermagem, conforme Cruz e Silva (2011), favorece a interação social e pode contribuir para melhor compreensão e colaboração no tratamento. Complementando isso, Nascimento et. al (2011) cita também que a clareza de informações e repasse de orientações possibilitarão uma reorganização da vida não somente da mulher, mais da unidade familiar também.

A aceitação inicial da sua nova condição de saúde se fez presente em vários relatos e estava associado a percepção que essas mulheres tinha sobre seu corpo e as mudanças observadas, que as levavam a crer que algo estava errado, conforme as falas abaixo:

“Sabia que tinha algo de errado, a surpresa não foi tão grande [...]”
(VIOLETA)

“Aceitei numa boa, senti um pouco, mas não deixei me abater [...]” (ROSA)

A espiritualidade é outra forma de enfrentamento, onde a mulher encontra um consolo, uma razão para continuar, acaba por estabelecer uma relação com um ser superior, conforme o relato abaixo:

[...] Caiu meu chão naquela hora, entreguei na mão de Deus” (CRAVO)

Em seu estudo Canieles et. al (2014), notou que a religiosidade exerce influência sobre as mulheres com câncer de mama, a fé é tida como responsável pela cura e superação durante esta fase difícil. A mulher que possui uma fonte de fé, o fato de vivenciar o câncer passa a ter outro significado, o que auxilia no maior controle da doença e à mobilização de esperança em direção à cura.

Ainda em Canieles et. al (2014), a busca muitas vezes vai além da fé, perfazendo um sentido espiritual que incentive a seguir o tratamento, ou seja, enfrentar as adversidades da doença. Outra forma de auxílio que a religião representa a estas mulheres ocorre no grupo de orações e o apoio de outras pessoas.

Cada indivíduo é um ser único, a aceitação para alguns pode demorar mais do que para os outros, no entanto esse é um estágio que todos pacientes irão alcançar. Percebeu que com o passar do tempo e no decorrer do tratamento, todas as participantes chegaram a esta fase, conforme alguns relatos abaixo:

“[...] Como a psicóloga me disse, a gente tem que ver o lado bom de tudo e meu lucro disso tudo foi conseguir parar de fumar.” (AZALÉIA)

“Agora estou mais tranquila, mais calma. Realizei os exames de ecomamografia e mamografia e o médico disse que não era para me preocupar, que não tinha mais nada.” (AMOR PERFEITO)

Silva e Paraiba (2008) a aceitação dependerá do tempo e da ajuda para superar os estágios anteriores, sendo processo lento e gradual de aceitação da doença, o paciente não sentirá mais raiva, depressão quanto ao seu “destino”. Nessa fase ele terá podido externar seus sentimentos de culpa, de inveja pelas pessoas sadias que não precisaram ter convivido tão cedo com a finitude.

4.6 Mudanças em suas vidas

A confirmação do diagnóstico de câncer de mama e o posterior tratamento do mesmo provocam mudanças na vida dessas mulheres, dentre eles o afastamento do seu trabalho, o que condiz com as falas a seguir:

“[...] Larguei o emprego de doméstica. As atividades de casa eram bem restritas [...]”
(AZALÉIA)

“Minha vida virou de ponta cabeça. Parei de trabalhar [...]” (VIOLETA)

“[...] Durante as primeiras quimios, os dias em que me sentia bem atendia no salão [...]” (ORQUÍDEA)

Como uma das consequências pós-mastectomia Lago et. al (2015), refere que as algumas mulheres deixaram de trabalhar fora da residência em consequência do tratamento cirúrgico, enquanto outras não abandonaram o emprego devido a doença ou a cirurgia.

Outra mudança citada pelas mulheres, deixaram de desenvolver algumas atividades domésticas, fazendo com que as mesmas perdessem sua autonomia e a se sentisse desmotivadas a enfrentar as dificuldades impostas pelo tratamento, conforme os relatos abaixo:

“Deixei de fazer muita coisa, não podia varrer a casa, fazer muito esforço por causa do braço. Perdi o ânimo, a vontade de viver [...]”. (GÉRBERA)

“Não consegui fazer mais nada em casa, não podia mexer muito e nem fazer esforço [...]”. (AMOR PERFEITO)

Além de deixarem de trabalhar em casa Lago et. al (2015), revela as alterações vivenciadas por estas mulheres após cirurgia são principalmente o abandono ou diminuição de suas atividades, em decorrência das limitações impostas pela mastectomia, como exemplo, não pode carregar peso e fazer trabalho que demande força física, por gerar dor, além de outras mudanças na alimentação.

4.7 As redes de apoio

Em seu estudo Canieles et. al (2014) considera que, rede de apoio social pode ser entendida como um conjunto de conexões ou vínculos, fazendo parte dela pessoas que interagem regularmente com a pessoa. Essa rede por seus diversos componentes e vínculos estabelecidos, consegue estabelecer relação com outras redes, influenciando ou sofrendo influência delas.

A rede de apoio das participantes é formada basicamente pela família, os amigos, os colegas de trabalho, os vizinhos, os profissionais da saúde, a religião e grupos de apoio são as principais fontes de apoio para essas mulheres. A ilustração abaixo ilustra bem a rede de apoio desta mulher:

Ilustração 2 – Redes de apoio à mulher com câncer de mama



Fonte: dados colhidos pela autora

Esse suporte emocional, social e psicológico influenciaram positivamente no enfrentamento e na adaptação dessas mulheres frente a nova condição de saúde, conforme as falas abaixo:

“[...] O médico, marido, família e na igreja “quando vou na igreja me sinto tão bem e quando não vou sinto falta.” (GÉRBERA)

“Na família, nos amigos, em Deus e em orações, os terços me ajudaram muito”. (VIOLETA)

Em seu estudo Nascimento et. al (2011), destacou o suporte social como forma de enfrentamento. Durante o tratamento e a reabilitação da mulher mastectomizada, o apoio dos familiares, amigos e outras pessoas se mostraram de extrema importância, pois contribuir de forma positiva na trajetória dessa mulher nesse período.

Ainda em Nascimento et al (2011), o suporte social é uma estratégia que traz muitos benefícios para saúde física e emocional dos pacientes e de sua família, e está relacionado com a adaptação social e qualidade de vida, auxiliando muitas vezes na proteção dos efeitos danosos do tratamento.

4.7.1 O sistema de cuidado de saúde familiar

A família acabava por se adaptar à nova condição de saúde da mulher e como forma de ajudá-la, os integrantes da família se organizam de forma de realizar as atividades domésticas, cuidados com curativos, assim como acompanhamento durante as sessões de quimioterapia e radioterapia, conforme relatos abaixo:

“A família ajudou muito, o meu marido varre a casa, lava louça, faz almoço [...] Depois que fiz a cirurgia, ele que fazia os curativos [...]”. (AZALÉIA)
“A família foi muito importante para mim. O meu marido ficou 38 dias comigo, enquanto fazia tratamento em Porto Alegre”. (GÉRBERA)
“A família fazia de tudo, serviço da casa e levantavam minha autoestima”. (VIOLETA)

No estudo de Canieles et. al (2014), a família é referida como rede de apoio social importante, sendo fonte de suporte, apoio e carinho. O afeto familiar traz inúmeros benefícios para mulher vítima do câncer, pois além de estimulá-la a lutar contra a doença, além de suprir suas carências emocionais e favorecer a aceitação. O impacto desta doença demanda da família a reorganização na dinâmica familiar, para que se incorpore as atividades diárias, os cuidados que a doença e o tratamento exigem.

No entanto, as famílias podem enfrentar de outra forma o adoecimento de um dos seus integrantes, omitindo-se de falar sobre o assunto, como se negassem a realidade, a fala abaixo condiz com afirmação anterior:

“Eles procuravam não fazer muito comentário [...] elas queriam dizer eu te amo, mas não conseguiam expressar”. (ORQUÍDEA)

As formas de enfrentamento menos vivenciadas pelas famílias como citado em Nascimento et. al (2011), são o afastamento, o confronto, fuga e esquivas. Nesse tipo de enfrentamento, o foco é a emoção e ocorre a utilização de estratégias cognitivas e comportamentais de esquivas, negação, expressão de sentimentos negativos, em busca do distanciamento do mesmo, o que provoca a má adaptação biopsicossocial.

O marido tem um importante papel na adaptação de sua companheira a nova condição de vida, durante a entrevista, umas das participantes ficou muito emocionada ao relatar a experiência da morte de seu companheiro, o qual desestabilizou sua vida, conforme o relato abaixo:

“Eu e meu marido sempre fomos companheiros, quando não estava bem ele fazia um chazinho pra mim. Quando ele faleceu estava me tratando, foi muito difícil enfrentar as duas coisas, tive que ir na psicóloga”. (ROSA)

Canieles et. al (2014) comprovou em seu estudo a importância que o apoio do parceiro representa para mulher a luta contra a doença, pois o diagnóstico de câncer de mama não implica, necessariamente, no término do relacionamento sexual. Manutenção de uma relação saudável auxilia a reestruturação da integridade da mulher mastectomizada.

Complementando isso, Canieles et. al (2014), cita o cônjuge exerce um papel de suporte emocional, esse foi percebido de forma bastante positiva, até mesmo na colaboração para prevenção e melhora do tratamento. Na fase de recuperação, ele é uma fonte importante no amparo à mulher com câncer de mama.

4.7.2 O Sistema de cuidado cultural de saúde do ponto de vista dos sujeitos do estudo

A liga de combate ao câncer foi citada pela maioria das mulheres como sendo uma importante fonte de apoio. É um local onde elas convivem com outras pessoas com o mesmo problema de saúde o câncer e desenvolvem diversas atividades que a instituição oferece, como enfatizada por uma das participantes:

“[...] quando vou na liga me sinto tão bem e quando não vou sinto muita falta.”
(GÉRBERA)

Os grupos de apoio conforme citado em Canieles et. al (2014), auxiliam a mulher no processo de enfrentamento, fazendo com que ela estabeleça outro significado a doença, conforme descrito abaixo:

A participação em grupos de apoio proporciona às mulheres um local de acolhimento ao mesmo tempo em que é potencializador de recursos de enfrentamento, ajudando-as a terem percepções mais positivas sobre os eventos estressores. Configura também um suporte importante para os familiares, pois nos grupos podem ser acolhidos e confortados para que consigam significar esse processo de maneira positiva. (CANIELES et. al, pág. 455, 2014)

Os vizinhos se mostram muito presente nas entrevista dessas mulheres e quando o assunto é saúde isso comove muito as pessoas, faz com que elas se unam para ajudar uma pessoa próxima a elas, que passa por um momento difícil. Eles prestavam auxílio a essas mulheres através de uma conversa, no transporte, até com uma comidinha diferente, conforme as falas abaixo:

“As vizinhas estavam um dia sim e outro também, elas se preocupam comigo, em ver como estava”. (AZALÉIA)

“Eles até traziam uma comidinha diferente, porque a gente fica bem enjoada, sem vontade de comer”. (GÉRBERA)

“Se não abro a janela de manhã, eles vem ver o que aconteceu comigo.” (ROSA).

Para Canieles et. al (2014), a participação dos amigos têm grande contribuição na recuperação e manutenção da saúde dessas mulheres, configuram-se como apoio para as mesmas desempenharem seus papéis na família e sociedade. A rede de apoio social presente se faz importante à medida que, não permita que essa mulher desista, contribuindo para melhor enfrentamento da doença.

Tanto os vizinhos quanto os amigos se preocupam como elas estão se sentindo, com os resultados dos exames e até realizavam orações para está mulher, essas pequenas ações é que faziam muita diferença na vida dessas mulheres, o que condiz com as falas abaixo:

“Eles faziam de tudo, sempre se preocupavam com resultados dos exames” (AMOR PERFEITO)

“A família e amigos faziam orações, eles tinham muita fé”. (CRAVO)

Fornazari e Ferreira (2010) entende oração como uma comunicação viva do devoto com Deus de uma forma pessoal, o que reflete as formas das relações humanas sociais. As orações, devoções e busca por líder, constitui a religiosidade, funcionando como práticas de uma determinada religião, o que confere como um dever e uma possível salvação e confiança. Essa confiança aprece como uma importante aliada para redução do estresse.

4.7.3 O sistema de cuidado oficial de saúde

As participantes da pesquisa quando necessitavam de atendimento de saúde buscavam primeiramente a unidade de estratégia da saúde da família do seu respectivo bairro, sendo que está era procurada em quadros agudos que estavam ou não associados a quimioterapia, o que condiz com as falas abaixo:

“Procuo ESF quando tive diarreia, vômito, porque já não dava para esperar, eles me atenderam”. (AZALÉIA)

“Quando estou doente procuro o posto, não tenho médico particular, tudo pelo SUS”. (AMOR PERFEITO)

Atenção para cuidado com o paciente com câncer de mama conforme Brasil (2013), dever ser ação prioritária de todos os profissionais de saúde, nos diversos níveis de atendimento, contribuindo assim para melhoria na assistência e conseqüentemente da qualidade devida dessa população.

Sendo que algumas das entrevistas citaram ser usuárias de outros convênios de saúde e fazer acompanhamento com médicos particulares, como clínico geral, cardiologista, conforme as falas abaixo:

“Procuro ir no médico do ypê, sei que tem gente muitas pessoas que não tem condições de pagar e precisam ser atendidas no posto” (AZALÉIA)
 “Agora estou com problema de coração, vou em um médico particular” (AMOR PERFEITO)

Essas mulheres realizam acompanhamento periódico nos serviços de saúde referência do município em oncologia, que de acordo com diagnóstico clínico, tratamento terapêutico e situação clínica pode ser encaminhado para instituições de Cachoeira do Sul, Santa Cruz do Sul ou de Porto Alegre. Estes serviços realizam também o acompanhamento multiprofissional, que atende todas as necessidades individuais, fornecendo atendimento psicológico, odontológico e nutricional, conforme as falas abaixo:

“Lá em Cachoeira tinha atendimento da nutricionista, psicóloga, dentista”.
 (AZALÉIA)
 “Faço acompanhamento na PUC, em Porto Alegre” (AMOR PERFEITO)

Brasil (2013), diz que o tratamento do câncer de mama, conforme estabelecido pela Política Nacional de Atenção Oncológica, deve ser feito em Unidade de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Unacon) e Centros de Assistência de Alta Complexidade em Oncologia (Cacon), que fazem parte de hospitais de nível terciário. Este nível deve estar capacitado para determinar o estadiamento da neoplasia, tratar, cuidar e assegurar a qualidade da assistência.

4.7.4 A percepção dos cuidados realizados pela equipe de enfermagem

As mulheres parecem excitar em uma resposta mais objetiva em relação ao trabalho da enfermagem por pelo menos duas razões, uma delas porque não distinguem o trabalho do enfermeiro e dos técnicos de enfermagem e não tem clareza sobre quem está fazendo o que. Algumas delas mencionam atividade técnicas tais como: administração de medicação para dor, para enjoo entre outros.

No entanto, são enfáticas ao relatar a forma que são atendidas pela equipe de enfermagem, dizendo que se sentem escutadas e acolhidas. Especialmente as falas abaixo traduzem um pouco a maneira como se referem à enfermagem:

“Muito bom o atendimento dos profissionais, a enfermeira coloca o remédio e diz este para enjojo, este é para dor, este é a quimioterapia e eles sempre perguntam como a gente está se sentido”. (AZALEÍIA)

“Lá em Cachoeira, eles são educados, atenciosos desde da faxineira até o médico. Eles sempre perguntavam se estava bem”. (ROSA).

A humanização no universo da enfermagem para Costa et. al (2012) representa um instrumento de trabalho, o cuidado é muitas vezes caracterizado pela relação de ajuda, o que constitui uma atitude humanizada. O cuidado pode ser considerado a essência da enfermagem e resulta dessa troca de energia e valores, o que transcende os aspectos técnicos-científicos, estabelecendo assim interação humanizada.

Costa et. al (2012), observou em seu estudo que as mulheres não diferenciam o enfermeiro da equipe de enfermagem, pois estas remete a expressão pluralizada, sendo que há só um profissional por turno. Sendo os técnicos de enfermagem que administram com mais frequência os medicamentos, os enfermeiros se ocupam mais com as funções gerenciais.

Sobre os cuidados de enfermagem as entrevistadas falam sem muita distinção entre a atenção recebida por estes profissionais na atenção básica e no hospital, para elas parecem ser um contínuo onde elas enxergam os profissionais em conjunto e tem experiências diversificadas como as que ilustram abaixo:

“Foi bom eles são bem queridos e atenciosos, só não gostei que quando fiz a cirurgia, esqueceram de mim, nem deram bola antes de fazer a cirurgia e depois pedi várias vezes “por favor”, para retirar o travesseiro e nem se quer vieram até a cama”. (VIOLETA)

“Tem profissionais que são bons, outros meio termo e os ruins. O atendimento no posto não é muito bom [...]”. (ORQUÍDEA)

Em Costa et. al (2012), diz que na prática do cuidado, há uma atitude favorável à nossa natureza que nos impede de ser desumanos no sentido comportamental, o que percebe-se é que muitas vezes se perde isso, como encontrado neste estudo. Enfatiza também a importância de um cuidado mais qualitativo e humano em oncologia e a importante contribuição do enfermeiro pode ser dada através do cuidado diferenciado.

Uma participante fez uma comparação entre os serviços prestados no município de origem com os que eram prestados em Cachoeira, município referência em oncologia, ela retrata em sua fala, o quanto o último exerce com êxito a humanização, conforme a fala abaixo:

“Não dá para acreditar que uma cidade tão próxima da gente, seja tão diferente, é outro mundo. Lá o atendimento é muito bom, eles são educados. A gente pode até conversar com a faxineira que ela te trata muito bem, os médicos, os enfermeiros também. Durante a cirurgia, eles sempre perguntavam se estava bem, que eles estariam ali cuidando dela e diziam coisas que me deixavam segura.” (ROSA).

Takaki & Sant’Ana (2004) são muito categóricas em reconhecer que o conhecimento científico e habilidade técnica do profissional são importantes, mas pouco adiantarão se este profissional não ser um bom relacionamento interpessoal, ser empático, assertivo. É preciso encontrar o equilíbrio entre conhecimento científico e comportamento humanístico.

Através da empatia o enfermeiro se encontra em uma relação “eu – tu”, envolve a natureza intelectual e emocional do homem, sendo imprescindível que, nos coloquemos no lugar do outro. Como enfermeiros nos empenhamos no profissionalismo, na ciência e arte da enfermagem, que envolve o aspecto humano, acaba sendo negligenciado (TAKAKI & SANT’ANA, 2004).

4.8 Conexões encontradas: rede de apoio familiar e sistema oficial de saúde

O acompanhamento dos pacientes pelos profissionais da saúde nos diferentes níveis de atenção em saúde para Silva et. al (2012), propicia o estabelecimento de vínculos, isso só torna possível através da escuta sensível das necessidades desse indivíduo e acolhimento mútuo. Estes aspectos possibilitam que os grupos de familiares ou comunidades possuam subsídios necessários para promoção de melhores condições de saúde, buscando a independência total ou parcial dos cuidados profissionais.

Nesse sentido, Silva et. al (2012) acredita na existência de uma relação de interdependência, visto que a promoção da saúde é alcançada através do binômio relacional família-serviço de saúde. A família é vista como a primeira unidade de cuidados para seus membros e sistema de saúde como ferramenta para o alcance do sistema familiar na sua globalidade.

A educação em saúde neste contexto, se mostra ferramenta importante no diagnóstico precoce do câncer de mama e percebe nos relatos das participantes que o conhecimento pregresso das mesmas e dos seus familiares foram importantes para busca ou não do atendimento de saúde. Estas referem que os profissionais da saúde são os principais fornecedores de informações sobre seu problema de saúde e cuidados que o mesmo exige.

Os familiares acompanhavam esta mulher durante as consultas, na internação cirúrgica, como aconteceu com uma das participantes do estudo, onde o marido ficou com sua companheira no hospital durante trinta e oito dias. A família e a mulher também passaram por mudança na rotina diária principalmente após a mastectomia, sendo que os integrantes passaram a realizar as atividades domésticas e curativos, em função dos cuidados no pós-operatório.

As reações adversas esperadas após o tratamento quimioterápico e radioterápico, eram explicadas pelos profissionais da saúde e estes orientavam sobre as condutas a serem tomadas. A família, os amigos e até mesmos os vizinhos ajudavam no que fosse necessário escutando e ouvindo essa mulher, fazendo um chá ou uma até comida diferente, afim de motivar a nutrição e recuperação da sua saúde dessa mulher.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A realização deste estudo demonstrou o estigma social que a palavra câncer têm relacionado com finitude da vida, sendo algo ainda muito presente e cercado de um turbilhão de sentimentos. O câncer de mama ocorre sobre o principal símbolo corpóreo de feminilidade, sensualidade, sexualidade e maternidade e as repercussões transcendem a condição física influenciado na saúde mental da mulher.

O modo como essas mulheres enfrentam a doença depende muito da sua história pregressa, sendo que a negação inicial, busca por mais informações sobre a doença, a espiritualidade, aceitação inicial foram os primeiros mecanismos de enfrentamento. Com o passar do tempo, com o tratamento e acompanhamento periódico, essas mulheres aceitaram a sua nova condição de saúde e começaram a encarar a situação de outra forma.

A rede de apoio formada pelos familiares, amigos, vizinhos, grupo de apoio, profissionais da saúde e religião motivam essa mulher a enfrentar as dificuldades do tratamento e da recuperação, fazendo com que a mesma enfrente a doença de forma mais positiva e como consequência minimizava os efeitos adversos do tratamento.

A família nesse meio é principal fonte de apoio dessa mulher, acaba passando por um processo de adaptação frente à nova condição de saúde do seu membro. Os profissionais da saúde, principalmente a equipe de enfermagem que acompanham essa família, deve estar atento para identificar se processo de enfrentamento é saudável ou não, se ela necessita de ajuda profissional para enfrentar esse processo de adoecimento.

O campo da oncologia é muito amplo e para que o profissional exerça com propriedade suas funções na área, carece de uma especialização na área. Através deste estudo percebi que a oncologia tem duas faces, uma que envolve muitos sentimentos, sofrimento e perdas e a outra que do ponto de vista profissional é apaixonante, na medida em que a mesma proporciona realização, reconhecimento social e nos torna mais humano frente à vulnerabilidade do paciente.

Como enfermeiro e integrante da equipe de saúde, devemos realizar a educação em saúde, pois essa ação se faz necessária, à medida que se orienta essa mulher a realizar o autoexame, a identificar as alterações baseado nos sinais e sintomas da doença e incentivar que a mesma retorne ao serviço se perceber algo diferente. Além dessas mulheres, os familiares, os amigos, enfim a sociedade têm que estarem preparados também para detecção precoce do câncer de mama, pois muitas vezes são eles os primeiros a serem consultados antes do serviço de saúde.

A enfermagem se define como “arte cuidar”, onde cuidar é ação fundamental para promoção e recuperação da saúde de forma integral, seja ela física, mental, emocional ou espiritual. O enfermeiro no campo assistencial deve estar atento aos efeitos das medicações, complicações da cirurgia e atuar na oncologia de maneira a cumprir as atribuições a ele destinadas, conforme rege a legislação da área. No entanto não deve-se esquecer, de prestar atendimento humanizado, compreendendo o ser humano na sua integralidade durante o processo do adoecimento.

Finalizando, o estudo proporcionou grande crescimento tanto na esfera profissional como pessoal. Me fez refletir e questionar, se os profissionais da saúde, principalmente da enfermagem, estão preparados emocionalmente para atender essa mulher na sua totalidade. As condições do ambiente, o sofrimento, a dor, a finitude da vida faz com que os profissionais se sintam impotentes e frente a isso acaba por desenvolver mecanismos de defesas, eles merecem também atenção e deve ter acompanhamento psicológico periódico.

Como líder da equipe, o enfermeiro deve proporcionar este acompanhamento periódico a sua equipe, pois antes de ser profissionais, somos seres humanos, nos emocionamos e nos sensibilizamos frente ao sofrimento do próximo e para não absorver tanto sentimentos ruins, acabamos por traçar formas de enfrentar essa nossa impotência, sofrimento. Para desenvolver com êxito as atividades que nos são propostas, a nossa saúde, principalmente mental devem estar em perfeita sintonia com o nosso corpo.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALBARELLO, R. et al. Percepções e enfrentamentos de mulheres que vivenciaram diagnóstico de câncer de mama. *Revista de Enfermagem | FW | v. 8 | n. 8 | p. 31-41 | 2012.*

ANDRADE, Gabriella Novaes de; PANZA, Ana Renata Panza; VARGENS, Octavio M. da Costa. As redes de apoio no enfrentamento do câncer de mama: uma abordagem compreensiva. *Cienc Cuid Saude 2011 Jan/Mar; 10(1):082-088.*

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Controle dos cânceres do colo do útero e da mama. 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 124 p.: il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 13).

BRASIL. Ministério da saúde (BR). Conselho Nacional de Saúde. Resolução CNS nº196, de 10 de outubro de 1996. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília (DF): Ministério da Saúde, Conselho Nacional de Saúde; 1996.

BRASIL. Política Nacional de Atenção Oncológica / Tribunal de Contas da União; Relator Ministro José Jorge. – Brasília: TCU, Secretaria de Fiscalização e Avaliação de Programas de Governo, 2011. 132 p

CANIELES, Inajara M.; MUNIZ, Rosani M.; CORRÊA, Ana C. L.; MEINCKE, Sonia M. K.; SOARES, Lenícia C.. Rede de apoio a mulher mastectomizada. *Revista de Enfermagem da UFSM, 2014 Abr/Jun;4(2):450-458.*

CHEVALIER-MARTINELLI, Chantal. Convivendo com o câncer. São Paulo: Larousse do Brasil, 2006. 151 p.

CIB/RS. Comissão Intergestores Bipartite RS. Resolução Nº 108/13 que aprova a proposta de referências na Alta Complexidade em Oncologia. Porto Alegre, 11 de abril de 2013.

COELHO, Denise Coelho; GERONASSO, Martha Caroline Henning. A influência da religiosidade/espiritualidade na qualidade de vida das pessoas com câncer. *Saúde Meio Ambiente v. 1, n. 1, jun. 2012. 173-187.*

COSTA-JÚNIOR, Florêncio Mariano e ANRADE-LOPES, Alessandra. Apoio social prestado a paciente com câncer da mama: o ponto de vista de profissionais da saúde. *SALUSVITA, Bauru, v. 32, n. 3, p. 227- 241, 2013.*

COSTA, Wagner Barreto; VIEIRA, Marta Raquel Mendes; NASCIMENTO, Weide Dayane Marques; PEREIRA, Luciana Barbosa; LEITE, Maisa Tavares de Souza. Mulheres com câncer de mama: interações e percepções sobre o cuidado do enfermeiro. *REME rev. min. enferm;16(1):31-37, jan.-mar. 2012.*

DALMOLIN, Bárbara Brezolin et al. Significados do conceito de saúde na perspectiva de docentes da área da saúde. *Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15, n.2, pp. 389-394*

DE MARCO, Mario Alfredo et al. *Psicologia médica: abordagem integral do processo saúde-doença*. Porto Alegre: Artmed, 2012. 383 p.

FORNAZARI, Silvia Aparecida and FERREIRA, Renatha El Rafihi. Religiosidade/espiritualidade em pacientes oncológicos: qualidade de vida e saúde. *Psic.: Teor. e Pesq.* [online]. 2010, vol.26, n.2, pp. 265-272.

GIL, Antonio Carlos. *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 5. ed. São Paulo: Atlas, 1999. 206 p.

GOLIK, Vera; LENZI, Hugo. *De peito aberto: a autoestima da mulher com câncer de mama, uma experiência humanista*. São Paulo: Alaúde, 2010. 126 p.

HOFFMANN, F. S., MULLER, M.C., Frasson (2006). Repercussões psicossociais, apoio social e bem-estar espiritual em mulheres com câncer de mama. *Revista: Psicologia, Saúde & Doenças*, v. 7, n. 2, ano 06.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatísticas. Acesso aos infográficos referente ao município de Sobradinho/RS, em 30 de outubro de 2015, no seguinte endereço eletrônico < www.ibge.gov.br >.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER (BRASIL). *Ações de enfermagem para o controle do câncer: uma proposta de integração ensino-serviço*. 3. ed., rev., atual. e ampl. Rio de Janeiro: INCA, 2008. 628 p.

ISMAEL, Silvia Maria Cury; SANTOS, Janaina Xavier de Andrade dos (Coord.). *Psicologia hospitalar: sobre o adoecimento -- : articulando conceitos com a prática clínica*. São Paulo: Atheneu, 2013. 102 p.

LAGO, Elenir de Araújo; Nathalia Kelly de Sousa Andrade; Inez Sampaio Nery; Fernanda Valéria Silva Dantas Avelino. Sentimento de mulheres mastectomizadas acerca da autoimagem e alterações na vida diária. *Revista Ciência e Saúde*, jan.-abr. 2015;8(1):15-18.

LEOPARDI, Maria Tereza. *Teorias em enfermagem: instrumentos para a prática*. Florianópolis: Papa-Livro, 1999. 226 p.

MAJEWSKI, Juliana Machado; LOPES, Aline Daniela Fernandes; DAVOGLIO, Tércia and LEITE, José Carlos de Carvalho. Qualidade de vida em mulheres submetidas à mastectomia comparada com aquelas que se submeteram à cirurgia conservadora: uma revisão de literatura. *Ciênc. saúde coletiva* [online]. 2012, vol.17, n.3, pp. 707-716.

MENEZES, Natália Nogueira Teixeira de; SCHULZ, Vera Lucia and PERES, Rodrigo Sanches. Impacto psicológico do diagnóstico do câncer de mama: um estudo a partir dos relatos de pacientes em um grupo de apoio. *Estud. psicol. (Natal)* [online]. 2012, vol.17, n.2, pp. 233-240.

MINAYO, Maria Cecília de Souza. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. 10. ed. São Paulo: HUCITEC, 2007.

MINEO, F. L. V; MATTOS, L.F.B, LIMA, S.S.; DELUQUE, A. L.; FERRARI, R. Assistência de enfermagem no tratamento do câncer de mama. Revista Eletrônica Gestão & Saúde Vol.04, Nº. 02, Ano 2013 p.366-88.

MUNHOZ, Elzira M. Bagatin; BALDIN, Nelma. SNOWBALL (BOLA DE NEVE): uma técnica metodológica para pesquisa em educação ambiental comunitária. X Congresso Nacional de Educação, I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Curitiba 2011.329-341

NASCIMENTO A.N.; CASTRO D.S.; AMORIM M.H.C.; BICUDO S.D.S. Estratégias de enfrentamento de familiares de mulheres acometidas por câncer de mama. Ciência, Cuidado e Saúde 2011; 10(4):789-794.

SOBRADINHO. Acesso ao site da Prefeitura Municipal de Sobradinho/RS, em 28 de outubro de 2015, com seguinte endereço eletrônico < <http://www.sobradinho.rs.gov.br>>

ROMEIRO, F. B., BOTH, L. M., MACHADO, A. C. A., LAWRENZ, P., & CASTRO, E. K. (2012). O apoio social das mulheres com câncer de mama: revisão de artigos científicos brasileiros. Revista Psicologia e Saúde, 4(1), 27-38.

SANTOS, Daniela Barsotti and VIEIRA, Elisabeth Meloni. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. Ciênc. saúde coletiva [online]. 2011, vol.16, n.5, pp. 2511-2522.

SILVERMAN, David. Interpretação de Dados Qualitativos: Métodos para Análise de Entrevistas, Textos e Interações. Editora Artmed, Bookman, 2009.

SILVA, Rita de Cássia Velozo da and CRUZ, Enêde Andrade da. Planejamento da assistência de enfermagem ao paciente com câncer: reflexão teórica sobre as dimensões sociais. Esc. Anna Nery [online]. 2011, vol.15, n.1, pp. 180-185.

SILVA, M. Regina da; PARAIBA, Márcio (Coord.). Câncer: uma abordagem psicológica. Porto Alegre: AGE Ed., 2008. 168 p.

SILVA, Luzia W. S. da; LIMA, Alice A.; SANTOS, Flávia F.; OLIVEIRA, Jackeline A. L.; ARAUJO, Taise C.; A necessidade de capacitar a família para cuidar em seu ambiente domiciliar: um relato de experiência. Revista Conexão, Universidade Estadual de Ponta Grossa, v.6, n.1, capa, 2010.

TAKAKI, Maria Harue Takaki; SANT'ANA, Débora de Mello Gonçalves. A empatia como essência no cuidado prestado ao cliente pela equipe de Enfermagem de uma unidade básica de saúde. Cogitare Enferm., Curitiba, v. 9 n. 1, p. 79-83, jan./jun. 2004.

VIANNA, Ilca Oliveira de Almeida. Metodologia do trabalho científico: um enfoque didático da produção científica. São Paulo: EPU, 2001. 288 p.

7. ANEXO

7.1 Anexo A – Roteiro de avaliação do trabalho escrito

DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
ROTEIRO DE AVALIAÇÃO - DISCIPLINA DE TRABALHO DE CURSO II
TRABALHO ESCRITO

Nome do Aluno: _____

Título da Monografia: _____

Professor Orientador: _____

Nome do Avaliador: _____ Data: _____

Itens de Avaliação	Peso	Nota Atrib.
1. Respeito às normas técnicas de apresentação de trabalho científico	0,5	
2. Redação clara e coerente das idéias	0,5	
3. Adequação ortográfica (inexistência de erros de português, etc)	0,5	
4. Argumentação da relevância do tema para Enfermagem	0,5	
5. Título: Compreensível, conciso e retrata o conteúdo do trabalho.	0,5	
6. Resumo: O resumo descreve o(s) objetivo(s), método, principais resultados e conclusões.	0,5	
7. Introdução: Apresenta a contextualização do tema em sequência lógica. Os objetivos e/ou hipóteses estão bem formulados.	1,0	
8. Revisão de literatura suficiente para basear as associações das idéias.	1,0	
9. Rigor metodológico - Apresenta informações adequadas sobre: tipo de estudo, local, amostra, período e processo de coleta de dados, instrumentos utilizados, método de análise dos dados. Referência à solicitação de consentimento informado e aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. *	1,0	
10. Interpretação e análise dos resultados claramente baseada nos dados obtidos Descrição científica do relato de prática assistencial	1,0	
11. Referências: são seletivas, pertinentes e atualizadas para o tema.	0,5	
12. Considerações finais/Conclusão que apresentam idéias de finalização do estudo, com reflexão crítica, sugestões/recomendações e cumprimento dos objetivos	1,0	
13. Congruência de idéias nas diferentes fases do trabalho (objetivos de acordo com o tema; metodologia, análise dos dados – se for o caso - e considerações finais)	1,0	
14. Cumprimento dos prazos. **	0,5	
TOTAL:	10,0	

* Adequar itens ao formato de prática assistencial.

** Acordado com o professor orientador da monografia.

7.2 Anexo B – Roteiro de avaliação da apresentação pública

UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL – UNISC
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM E ODONTOLOGIA
CURSO DE GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

ROTEIRO DE AVALIAÇÃO - DISCIPLINA DE TRABALHO DE CURSO II

APRESENTAÇÃO PÚBLICA

DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

Nome do Aluno: _____

Título da Monografia:

Professor Orientador: _____

Nome do Avaliador: _____ Data: _____

Ítems de Avaliação	Peso	Nota Atrib.
1. Seqüência lógica da apresentação	1,0	
2. Domínio do conteúdo	1,5	
3. Capacidade de síntese do trabalho	1,0	
4. Argumentação e linguagem científica	1,5	
5. Distribuição adequada do tempo.	1,0	
6. Elaboração adequada dos recursos audiovisuais e outros	1,5	
7. Envolvimento com o tema.	1,5	
8. Envolvimento com o público	1,0	
TOTAL:	10,0	

Assinatura Avaliador

8. APÊNDICE

8.1 Apêndice A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezada Senhora:

Esta é uma pesquisa sobre redes de apoio e sistemas de cuidado em saúde à mulheres com câncer de mama, sendo que o principal objetivo conhecer e descrever quais as fontes de apoio e quais os cuidados que estas mulheres acometidas pelo câncer de mama recebem da família, da sociedade e dos profissionais de saúde.

A participação no estudo é voluntária, você ficará totalmente à vontade para participar ou não do estudo. Trata-se de uma entrevista com perguntas acerca de sua história relacionada ao Câncer de mama e se permitir poderá ser gravada para melhor armazenar os dados que serão sigilosos. A pesquisa não representa nenhum risco ao participante e você estará contribuindo para a compreensão do assunto estudado e para a produção de conhecimento nesta área.

Pelo presente Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, declara-se que autoriza a sua participação neste projeto de pesquisa, mediante informação clara e detalhada sobre o estudo. Fui, igualmente, informada sobre a garantia do sigilo das informações e da não identificação do participante, assim como a liberdade de deixar a qualquer momento o estudo, contemplando a Resolução 196/96e 466 de 13 /06/2012 do Conselho Nacional de Saúde que rege a pesquisa com seres humanos (BRASIL, 1996).

O Pesquisador Responsável: Ac. de Enf. Francieli R. Dalberto Claas. Fone (51) 98352070.

Professor Orientador: Prof. Ms.Enf^ª. Maria Salete Sartori. Fone: 51 37177542

O presente documento foi assinado em duas vias de igual teor, ficando uma com o voluntário da pesquisa ou seu representante legal e outra com o pesquisador responsável.

Data __ / __ / __

Nome e assinatura do paciente ou voluntário

Nome e assinatura do responsável legal pela
obtenção do presente consentimento

8.2 Apêndice B – Roteiro orientador para entrevista

ROTEIRO ORIENTADOR PARA ENTREVISTA

DADOS DO PACIENTE

Codínome:	Idade:
Escolaridade:	Você tem algum trabalho fora de casa?
Você têm filhos: sim () não () quantos? ()	O que você faz como lazer?
A quanto tempo você mora em Sobradinho? E neste endereço?	Estado civil:
	Com quem você mora?

HISTÓRICO DO PACIENTE

Histórico familiar:	Ano do diagnóstico:
Realiza quimioterapia:	Realiza radioterapia:
Realizou intervenção cirúrgica:	
O seu bairro possui ESF?	

1. Como você descobriu que tinha este problema de saúde?
2. O que você sabe sobre ele?
3. Como você se sentiu ao saber que estava com este problema? E como você se sente agora?
4. O que mudou em sua vida? Mudou sua rotina diária, seus hábitos?

5. **Onde você encontrou apoio para enfrentar este problema de saúde?**

6. **Quais pessoas te ajudaram a enfrentar este problema ? O que a família faz para te ajudar? E a vizinhança?**

7. **Você acredita que todo esse suporte, ajuda foi suficiente para enfrentar as dificuldades?**

8. **Quando a senhora precisa de ajuda de saúde onde você vai primeiro (trajetória) ? E onde mais a sra. Vai?**

9. **Qual percepção ou entendimento que têm sobre os cuidados em saúde realizados pelo profissional da enfermagem?**

