

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL  
ESCOLA DE ENFERMAGEM

ANNE ALLYUCHA GODINHO

A large, stylized pink ribbon graphic is centered on the page. The ribbon is composed of several overlapping, semi-transparent pink shapes that form a continuous loop, symbolizing breast cancer awareness. The background of the entire page is a light pink color.

**CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ:  
UM OLHAR SOCIOCULTURAL**

Porto Alegre  
2012

ANNE ALLYUCHA GODINHO

**CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ:  
UM OLHAR SOCIOCULTURAL**

Trabalho de Conclusão de Curso  
apresentado ao curso de Enfermagem da  
Universidade Federal do Rio Grande do  
Sul, como requisito parcial para a  
obtenção do título de Enfermeiro.

**Orientadora: Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer**

**Co-Orientadora: Enfa. Doris Baratz Menegon**

Porto Alegre  
2012

*A Deus e a Santa Terezinha  
pelos bons caminhos que me guiaram, agradeço pela  
oportunidade da realização desse sonho.  
Obrigada por ter meus pais em um momento tão  
importante.*

## AGRADECIMENTOS

Sou muito grata a todas as pessoas que, de alguma forma, contribuíram para a realização deste trabalho.

Gostaria, contudo, de agradecer de forma especial às seguintes pessoas:

Aos meus pais, **Madalena e Celso**, que me educaram nos valores de uma família cristã, que investiram e acreditaram na educação da filha. Se eu sou o que sou, e se estou aqui, alcançando êxito, devo tudo a vocês.

Ao meu noivo, **Roberto**, que me acompanhou esses anos de graduação com afinco e dedicação sempre me impulsionando para que eu fizesse e mostrasse o meu melhor. Obrigada por acreditar em mim.

A cada uma das mulheres que fazem parte deste estudo, meu agradecimento especial. Elas compartilharam suas histórias, suas dores e alegrias, seus mundos e suas lutas na busca da superação de sua doença. A elas, meu muito obrigada.

A minha orientadora querida, Anne Marie Weissheimer, que permitiu a construção desse trabalho, que acreditou e investiu na minha ideia de trabalhar um assunto tão relevante e dedicou seu tempo compartilhando seus conhecimentos. Sou tua fã.

Aos membros da banca examinadora, professoras Helga Geremias Gouveia e Ivana de Souza Karl, que acompanharam os passos iniciais do meu projeto e, agora finalizado, se dispuseram a abrir espaço nas suas prioridades para investir na análise e no aprimoramento do meu desenvolvimento acadêmico.

## RESUMO

O câncer de mama, que em geral é associado à idade mais avançada, tem acontecido com maior frequência em mulheres mais jovens e em idade fértil. O presente estudo objetivou conhecer o significado da gravidez para as mulheres que vivenciaram a gestação e o câncer de mama e, analisar os significados socioculturais da concomitância dos fenômenos câncer de mama e gravidez. O desenho metodológico empregado foi o estudo exploratório, sob a perspectiva qualitativa. A coleta dos dados foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), junto aos serviços de oncologia, mastologia, ginecologia e obstetrícia. Os dados foram coletados através de entrevistas semi-estruturadas, e a análise foi feita utilizando a técnica de análise de conteúdo, modalidade temática. A amostra foi por conveniência e foi composta por cinco mulheres que vivenciaram a gestação concomitantemente ou posteriormente ao diagnóstico de câncer de mama. Após repetitivas audições das entrevistas e leitura das transcrições, foram obtidos quatro temas: Estigma e medo: a descoberta do câncer; Susto e surpresa: a descoberta da gravidez; Sobre as dificuldades do tratamento, superação e apoio recebido; e o Significado de ser mãe após o diagnóstico de câncer de mama. Em termos conclusivos, destaca-se que para as participantes ser mãe, após o diagnóstico do câncer de mama, é a realização de um sonho. Engravidar demonstrava que tinham, ou têm saúde, que podem superar o medo da morte e receber uma dádiva divina. O significado da maternidade, para todas elas, foi de vida, de esperança, de confiança e de bons presságios. Os significados socioculturais da associação do câncer de mama à gravidez obedecem ao padrão socialmente aceito do papel da mulher em nossa cultura. Verifica-se que há necessidade de estudos posteriores, com diferentes abordagens qualitativas que permitam a compreensão ampla da subjetividade da situação, para uma discussão ainda mais abrangente da associação do câncer de mama e da gravidez.

Descritores: neoplasias da mama; gravidez; enfermagem; características culturais.

## SUMÁRIO

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>6</b>
<b>2 OBJETIVOS.....</b>	<b>8</b>
<b>3 REVISÃO DA LITERATURA.....</b>	<b>9</b>
<b>3.1 O câncer de mama.....</b>	<b>9</b>
<b>3.2 Câncer de mama e gestação.....</b>	<b>15</b>
<b>3.3 Abordagem sociocultural do câncer de mama e da gestação.....</b>	<b>17</b>
<b>4 MÉTODO.....</b>	<b>20</b>
<b>4.1 Tipo de estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>4.2 Campo de estudo.....</b>	<b>20</b>
<b>4.3 Amostra.....</b>	<b>20</b>
<b>4.4 Coleta de informações.....</b>	<b>21</b>
<b>4.5 Análise das informações.....</b>	<b>22</b>
<b>4.6 Aspectos éticos.....</b>	<b>23</b>
<b>5 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....</b>	<b>24</b>
<b>5.1 Estigma e medo: a descoberta do câncer.....</b>	<b>26</b>
<b>5.2 Susto e surpresa: sobre a descoberta da gravidez.....</b>	<b>30</b>
<b>5.3 Sobre as dificuldades do tratamento, superação e apoio recebido.....</b>	<b>35</b>
<b>5.4 O significado de ser mãe após o diagnóstico de câncer de mama.....</b>	<b>39</b>
<b>6 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>45</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>48</b>
<b>APÊNDICE A - Roteiro da Entrevista Semi-estruturada.....</b>	<b>52</b>
<b>APÊNDICE B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....</b>	<b>53</b>
<b>ANEXO A - Carta de aprovação da COMPESQ.....</b>	<b>54</b>
<b>ANEXO B - Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa.....</b>	<b>55</b>
<b>ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA.....</b>	<b>57</b>

## 1 INTRODUÇÃO

O interesse em estudar câncer de mama associado à gravidez surgiu da vivência assistencial no ambulatório de quimioterapia do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA). O atendimento à paciente com câncer de mama é baseado, naquela unidade, na aplicação do protocolo de quimioterapia pelo enfermeiro. Essa aplicação leva, em média, 30 minutos. O quimioterápico é infundido em *bolus* em um acesso venoso periférico. Durante o período de aplicação, o contato da enfermeira com as pacientes é direto e intenso, assim, devido ao contato com essas pacientes, e suas situações tão particulares, emergiu interesse em estudar a situação do câncer de mama associado à gestação, de forma a sugerir mudanças no paradigma atual de assistência baseada na abordagem patológica, para uma visão sociocultural da situação.

O câncer de mama é uma patologia heterogênea, com comportamento distinto. Isto pode ser observado pelas diferentes manifestações clínicas e morfológicas, os fatores genéticos e, conseqüentemente, diferentes respostas terapêuticas, influenciando, assim, seu prognóstico (INCA, 2010a).

No Brasil, excluindo os casos câncer de pele não melanoma, o câncer de mama é o mais incidente em mulheres, principalmente nas regiões Sudeste e Sul, locais que apresentam as maiores taxas. Para o ano de 2012 é estimado uma incidência de 52 casos por 100 mil mulheres (INCA, 2011).

O programa nacional de controle do câncer de mama preconiza o diagnóstico precoce e o rastreamento do câncer de mama para diminuição da mortalidade e, traz três faixas etárias de atenção: mulheres de 50 a 69 anos; mulheres de 40 a 49 anos e, além desses dois grupos, há também a recomendação para o rastreamento de mulheres com risco elevado de câncer de mama, cuja rotina deve se iniciar aos 35 anos (INCA, 2004). O Instituto Nacional do Câncer informa que o câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos, acima desta faixa etária sua incidência cresce rápida e progressivamente, mas, que a forma de rastreamento da mulher de alto risco não tem ainda suporte nas evidências científicas atuais e é variada a abordagem deste grupo nos programas nacionais de rastreamento (INCA, 2004).

Em contrapartida, Vieira, Gomes e Trajano, (2005) mostram uma grande incidência de câncer de mama em mulheres jovens com histórico familiar de risco. Esse fenômeno associado ao fato de que, cada vez mais as mulheres estão postergando a gestação para a terceira e quarta décadas de sua vida, doenças que mulheres em idade mais avançadas associam-se à gestação (MOTTOLA JR *et al.*, 2002).

Tendo em vista que as neoplasias mamárias acometem mulheres cada vez mais jovens e/ou as mulheres tem postergado sua prole, a gravidez associada ao câncer de mama é uma realidade que os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para lidar (MOTTOLA JR *et al.*, 2002; VIEIRA; GOMES,; TRAJANO, 2005). Frente ao interesse no tema e a busca na literatura para embasar esse estudo, encontrou-se um artigo chamado: “Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural” de Roberto José da Silva Vieira, Romeu Gomes e Alexandre José Baptista Trajano. Ao ler o estudo, surgiu a ideia de replicar tal pesquisa para o cenário de Porto Alegre, segunda capital brasileira de maior incidência de neoplasia maligna das mamas (INCA, 2011). Entretanto, acredita-se que a abrangência marco referencial das representações sociais, utilizado naquele estudo, é inviável para um trabalho de conclusão de curso da graduação.

Assim, propomos discutir a visão sociocultural do câncer de mama associado à gestação e responder ao seguinte questionamento: *Qual o significado da gravidez para mulheres que vivenciaram a situação de engravidar durante ou após terem sido acometidas pelo câncer de mama e submetidas ao seu tratamento?*



## **2 OBJETIVOS**

2.1 Conhecer qual o significado da gravidez para as mulheres que vivenciaram a gestação e o câncer de mama.

2.2 Analisar os significados socioculturais da concomitância dos fenômenos câncer de mama e gravidez.

### 3 REVISÃO DA LITERATURA

#### 3.1 O Câncer de mama

O termo *câncer* é utilizado genericamente para representar um conjunto de mais de 100 doenças, incluindo tumores malignos de diferentes localizações. Importante causa de doença e morte no Brasil, as neoplasias malignas constituem-se na segunda causa de morte na população, representando quase 17% dos óbitos de causa conhecida, notificados em 2007 no Sistema de Informações sobre Mortalidade. As principais causas de morte por câncer no sexo masculino foram de pulmão, próstata e estômago, enquanto no sexo feminino foram de mama, pulmão e intestino (INCA, 2008; INCA, 2010b).

Especificamente em relação ao câncer de mama, ele é o mais incidente na população feminina mundial e brasileira, excetuando-se os casos de câncer de pele não melanoma (INCA, 2004). Estima-se que, para o ano de 2012 o número de casos novos de câncer de mama será de 52.680 (INCA, 2011). Sem considerar os tumores de pele não melanoma, este tipo de câncer apresenta curva ascendente a partir dos 25 anos de idade e concentra a maioria dos casos entre os 45 e 50 anos. É o mais frequente nas mulheres das regiões Sul (65/100.000) e Sudeste (69/100.000), sendo o Rio de Janeiro, o estado e a capital brasileira de maior incidência de neoplasia maligna das mamas e, Porto Alegre, a segunda capital brasileira de maior número de casos por 100 mil habitantes (125,63/100.000) (INCA, 2002; INCA, 2011).

As mamas são constituídas de tecido adiposo, conjuntivo e epitelial glandular os quais contem lóbulos e ductos. As mulheres mais jovens apresentam mamas com maior quantidade de tecido epitelial glandular, o que torna esses órgãos mais densos e firmes. Ao se aproximar da menopausa, o tecido mamário vai se atrofiando e sendo substituído progressivamente por tecido adiposo, até se constituir, quase que exclusivamente, de gordura e resquícios de tecido glandular na fase pós-menopausa (INCA, 2002; BRASIL,2006).

O câncer não é uma doença isolada, mas um grupo de alterações proveniente do crescimento celular desordenado e, o câncer de mama, tem início nas células epiteliais que revestem os ductos mamários no interior das mamas (RICCI, 2008). Tem como característica sua heterogeneidade, pelas múltiplas formas de

apresentação clínica, morfológica e histológica, pelas diferenças pré e pós-menopausa, pelos diferentes graus de agressividade e pelo potencial metastático (MENKE *et al.*, 2011).

Os fatores de risco para o desenvolvimento do carcinoma de mama compreendem fatores internos - dependente da constituição hormonal ou da predisposição hereditária - e fatores externos (esporádicos) - ambientais, constituídos pelos agentes físico, químico e biológico capazes de causar danos ao genoma, sejam eles relacionados com o estilo de vida, à vida reprodutiva ou a outros fatores que possam favorecer o desenvolvimento do carcinoma (AMENDOLA; VIEIRA, 2005).

Sabe-se que apenas entre 5 e 10% de todos os casos de câncer de mama estão relacionados à herança de mutações genéticas e a alta penetrância de oncogenes, como as mutações no gene BRCA1 e BRCA2. Mulheres portadoras de mutações no gene BRCA1 têm 50% de chances de desenvolver câncer de mama durante a vida, tendo como característica a instalação da doença em mulheres jovens (PEREIRA; FERRAZ, 2011; MENKE *et al.*, 2011). Cerca de 80% dos casos de câncer de mama são do tipo esporádico, em que o processo da oncogênese é gerado por meio de mutações ocorridas durante a vida, por fatores externos como estilo de vida, alimentação, entre outros (AMENDOLA; VIEIRA, 2005; MENKE *et al.*, 2011).

Embora estejam identificados alguns fatores ambientais ou comportamentais associados a um risco aumentado de desenvolver o câncer de mama, estudos epidemiológicos não fornecem evidências conclusivas que justifiquem a recomendação de estratégias específicas de prevenção. Os fatores hereditários e os relacionados ao ciclo reprodutivo da mulher não são, em princípio, passíveis de mudança, porém fatores relacionados ao estilo de vida como obesidade, sedentarismo, consumo excessivo de álcool e terapia de reposição hormonal podem ser modificáveis. Estima-se que por meio da alimentação, nutrição e atividade física é possível reduzir em até 28% o risco de ter câncer de mama (INCA, 2004; INCA, 2010a).

O programa nacional de controle do câncer de mama preconiza o diagnóstico precoce e o rastreamento do câncer de mama para diminuição da mortalidade. O câncer de mama identificado em estágios iniciais, quando as lesões são menores de

dois centímetros de diâmetro, apresenta prognóstico mais favorável e elevado percentual de cura (INCA, 2010a; INCA, 2010b).

As estratégias para a detecção precoce são o diagnóstico precoce, que contribui para a redução do estágio de apresentação do câncer, baseada na educação da mulher, dirigida para autopalpação da mama (exame das mamas sem qualquer recomendação de técnica específica, valorizando-se a descoberta casual de pequenas alterações mamárias), e dos profissionais de saúde para o reconhecimento dos sinais e sintomas do câncer de mama, bem como do acesso rápido e facilitado aos serviços de saúde. Essa estratégia mostrou-se mais efetiva do que o autoexame das mamas, isto é, a maior parte das mulheres com câncer de mama identificaram o câncer por meio da palpação ocasional em comparação com o autoexame (aproximadamente 65% das mulheres identificam o câncer de mama ao acaso e 35% por meio do autoexame) (BRASIL, 2010) e com o rastreamento, estratégia dirigida às mulheres na faixa etária em que o balanço entre benefícios e riscos do rastreamento é mais favorável, com maior impacto na redução da mortalidade. Os benefícios são o melhor prognóstico da doença, com tratamento mais efetivo e menor morbidade associada, enquanto os riscos incluem os resultados falso-positivos e falso-negativos, o risco da exposição à radiação ionizante, se excessiva ou mal controlada, entre outros. Estima-se que cerca de 25% a 30% das mortes por câncer de mama na população entre 50 e 69 anos podem ser evitadas com estratégias de rastreamento populacional que garantam alta cobertura da população-alvo, qualidade dos exames e tratamento adequado (BRASIL, 2010; INCA, 2010a). Em ambas as estratégias é fundamental que a mulher esteja bem informada e atenta às possíveis alterações nas mamas e, em caso de anormalidades suspeitas, busque prontamente o serviço de saúde (INCA, 2010a).

Para a detecção precoce do câncer de mama, o Documento de Consenso do INCA (2004) preconiza as recomendações relacionadas no Quadro 1.

Como já foi dito anteriormente, o diagnóstico precoce é um predisponente para um bom prognóstico da doença. A velocidade de crescimento tumoral depende de influências hormonais, principalmente de estrogênio e progesterona. Quando o tumor atinge o limiar de detecção clínica em tamanho em torno de um (1) centímetro de diâmetro, ele apresenta uma massa celular de aproximadamente 10<sup>9</sup> células, tendo-se duplicado 30 vezes, em média. Estima-se que o tumor de mama duplique

de tamanho em média, a cada 100 dias. Dessa maneira, a neoplasia considerada precoce já existe, em fase pré-clínica de dois a 17 anos (BRASIL,2006; RICCI, 2008; MENKE *et al.*, 2011).

População alvo	Periodicidade dos exames de rastreamento
Mulheres de 40 a 49 anos	Exame clínico das mamas (ECM) anual e, se este estiver alterado, mamografia
Mulheres de 50 a 69 anos	ECM anual e mamografia de dois em dois anos.
Mulheres de 35 anos ou mais e com risco elevado	ECM e mamografia anual

Quadro 1: População-alvo e periodicidade dos exames no rastreamento do câncer de Mama: recomendações do INCA (2004).

O diagnóstico inicia-se na anamnese detalhada e no exame clínico das mamas, que deve ser realizado anualmente, fazendo parte do exame físico e ginecológico, constitui a base para a solicitação dos exames complementares. Deve ser realizada a inspeção estática e dinâmica, palpação das axilas e palpação da mama com a paciente em decúbito dorsal (INCA, 2004).

Em caso de lesões palpáveis, a ultrassonografia é o método de escolha para avaliação por imagem das lesões palpáveis, em mulheres com menos de 35 anos. Naquelas com idade igual ou superior a 35 anos, a mamografia é o método de eleição. Se houver lesões suspeitas, deve-se buscar a confirmação do diagnóstico, que pode ser citológico, por meio de punção aspirativa por agulha fina (PAAF), ou histológico, quando o material for obtido por punção, utilizando-se agulha grossa (PAG) ou biópsia cirúrgica convencional. A PAG ou *core biopsy* é também um procedimento ambulatorial, realizado sob anestesia local, que fornece material para diagnóstico histopatológico (por congelação, quando disponível), permitindo inclusive a dosagem de receptores hormonais (INCA, 2004).

Em lesões não palpáveis, a proposta que o Instituto Nacional do Câncer (INCA) segue é do sistema BI-RADS (*Breast Imaging Reporting and Data System*), publicado pelo Colégio Americano de Radiologia (ACR) e recomendada pelo Colégio Brasileiro de Radiologia (CBR), em reunião de Consenso em 1998 (INCA, 2004).

O BI-RADS tem como objetivo a sistematização do laudo médico, padronizar os achados de exames de imagem, estabelecer uma categoria para os achados e

sugerir condutas para essa categoria. A ACR em sua última edição, em 2003, acrescentou a padronização dos achados, antes todas voltadas para mamografias, para ultrassonografia e ressonância magnética das mamas (SILVA, 2011).

Nesse sistema, os exames são classificados com base no grau de suspeita da lesão. Categoria 1 – achados negativos; categoria 2 – achados benignos; categoria 3 – achados provavelmente benignos; categoria 4 - achados suspeitos; categoria 5 - achados altamente suspeitos e categoria 6 - lesões já com o diagnóstico histológico em avaliação durante a quimioterapia, por exemplo (SILVA, 2011).

O relatório histopatológico deve conter todos os elementos necessários para o adequado manuseio clínico da paciente sob o ponto de vista prognóstico e terapêutico, apresentando a descrição das características da neoplasia, do estado linfonodal, do comprometimento das margens cirúrgicas de ressecção e o resultado dos marcadores prognósticos avaliados por imunohistoquímica (INCA, 2004).

O carcinoma mamário consiste em um grupo de neoplasias epiteliais malignas com grande heterogeneidade estrutural. Existem duas principais categorias quanto ao comportamento do câncer de mama: os cânceres de mama não invasivos- *in situ*- neoplasia se desenvolve no interior do tecido de origem, sem ultrapassar os seus limites, definidos pela membrana basal, e os invasivos - ou infiltrativos - é assim definido quando se verifica a infiltração, com invasão mais profunda dos tecidos adjacentes, com possibilidade de metástase. Sabe-se que muitos cânceres não invasivos tem atividade precursora nos cânceres invasivos (RICCI, 2008; MENKE *et al.*, 2011).

O câncer de mama mais comum, com 70-80% dos casos é o carcinoma ductal invasor. Aproximadamente 90% dos carcinomas são do tipo ductal e suas variantes. Os lobulares correspondem a menos de 10% (RICCI, 2008; MENKE *et al.*, 2011 ). Menke e colaboradores (2011) informam que é importante que se faça distinção do tipo histológico especial, pois, existem oito variantes de carcinoma ductal invasor - medular; papilar; colóide; tubular; secretor; adenoscístico; Paget e tipo não especial – e , os tipos histológicos como medular, papilar e adenocístico apresentam melhor prognóstico.

Existem muitos tratamentos disponíveis para as mulheres com diagnóstico de câncer de mama. Importantes avanços na abordagem do câncer de mama

aconteceram nos últimos anos, principalmente no que diz respeito a cirurgias menos mutilantes, assim como a busca da individualização do tratamento. De maneira geral, existe duas categorias de tratamento: local e sistêmico, como cirurgia, irradiação e quimioterapia, respectivamente (RICCI, 2008; INCA, 2010a).

Os planos de tratamento levam em consideração múltiplos fatores: comportamento tumoral invasivo ou não, tamanho e estadiamento tumoral, linfonodos axilares comprometidos ou não, receptor hormonal envolvido, mutação genética em BRCA1 ou BRCA2 (RICCI, 2008).

O estadiamento do câncer de mama é baseado na classificação dos Tumores Malignos TNM, proposta pela União Internacional Contra o Câncer (UICC), conforme as características do tumor primário (T), dos linfonodos das cadeias de drenagem linfática (N) do órgão em que o tumor se localiza, e a presença ou ausência de metástases à distância (M). Na interpretação de cada fator são analisadas as diversas variações que, para o tumor primitivo, vão de T1 a T4, para o comprometimento linfático, de N0 a N3, e, para as metástases a distância, de M0 a M1 (INCA, 2004; INCA, 2008; RICCI, 2008).

Hoje, mais do que a graduação, o estadiamento clínico representa o mais importante meio de que dispõe o oncologista para definir o prognóstico e a terapêutica dos pacientes. O prognóstico do câncer de mama depende da extensão da doença (estadiamento). Quando a doença é diagnosticada no início, o tratamento tem maior potencial curativo. Quando há evidências de metástases (doença à distância), o tratamento tem por objetivos principais prolongar a sobrevida e qualidade de vida (INCA, 2008).

O Programa Nacional do Controle do Câncer de Mama (INCA, 2010a) preconiza o tratamento conforme o estadiamento da doença.

Nos estádios I e II, a conduta habitual consiste de cirurgia, que pode ser conservadora, com retirada apenas do tumor; ou mastectomia, com retirada da mama. A avaliação dos linfonodos axilares tem função prognóstica e terapêutica. Após a cirurgia, o tratamento complementar com radioterapia pode ser indicado em algumas situações. Já a reconstrução mamária deve ser sempre considerada nos casos de mastectomia. O tratamento sistêmico (quimioterapia, hormonioterapia) será determinado de acordo com o risco de recorrência (idade da paciente, comprometimento linfonodal, tamanho tumoral, grau de diferenciação), assim como

das características tumorais que irão ditar a terapia mais apropriada (INCA, 2004; INCA, 2010a).

Os tumores maiores, porém localizados, enquadram-se no estágio III. Nessa situação, o tratamento sistêmico (na maioria das vezes, com quimioterapia) é a modalidade terapêutica inicial. Após resposta adequada, segue-se com o tratamento local (na maioria das vezes, radioterapia e/ou cirurgia) (INCA, 2004; INCA, 2010a).

O estágio IV é fundamental que a decisão terapêutica busque o equilíbrio entre a resposta tumoral e o possível prolongamento da sobrevida, levando-se em consideração os potenciais efeitos colaterais decorrentes do tratamento. A modalidade principal nesse estágio é sistêmica, sendo o tratamento local reservado para indicações restritas (INCA, 2004; INCA, 2010a).

### **3.2 O câncer de mama e a gestação**

A ocorrência de câncer durante a gestação não é um fenômeno habitual. Essa associação torna-se incomum devido ao pico de incidência dessa neoplasia ser na quinta década de vida e, o da gestação, entre a segunda e terceira décadas. (MONEGO *et al.*, 2006; BRASIL, 2010).

Segundo Rezende e colaboradores (2005) define-se câncer de mama na gestação como a neoplasia identificada durante o período gravídico e até um ano após o parto. Apresenta-se como a segunda causa de neoplasia associada à gravidez e, representa 0,2% a 3,8% dos cânceres que acometem a gestação. (DEQUANTER *et al.*, 2001; MOTTOLA JR *et al.*, 2002; REED *et al.*, 2003; REZENDE *et al.*, 2005; VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). A maioria dos tumores encontrados em gestantes é do tipo carcinoma ductal invasivo (80 a 100% dos casos) (BRASIL, 2010).

Menke e seus colegas (2011) trazem que é esperado o aumento dessa incidência já que o câncer de mama está cada vez mais atingindo mulheres abaixo dos 35 anos, as quais têm postergado a maternidade para depois dos 30 anos.

As alterações fisiológicas provocadas pela gestação como o aumento do volume mamário e o ingurgitamento, provocados pela gravidez, dificultam o diagnóstico clínico e radiológico. A doença é diagnosticada, em média, quando a gestação tem entre 17 e 25 semanas. Mais de 50% dos casos não são



diagnosticadas durante a gravidez, apesar dos sinais e sintomas terem aparecido antes ou durante a gestação (BRASIL, 2010; MENKE *et al.*, 2011).

Entre 40% e 84% dos tumores na gestação são menos diferenciados, comparado com a mesma faixa etária em mulheres não gestantes. Na gestação ocorrem mais comprometimentos linfonodais, tumores de maior tamanho, maior comprometimento vascular sanguíneo e linfático e 20% deles são carcinomas inflamatórios. Esse fato talvez se deva ao aumento da circulação sanguínea linfática da gravidez (MONEGO *et al.*, 2006; BRASIL, 2010).

Antigamente, o câncer de mama durante a gravidez era relacionado a um prognóstico pior. Por isso, pensava-se que a interrupção da gestação poderia melhorar o resultado terapêutico, o que não foi comprovado. Isso não ocorre com os tratamentos atuais. Houve algumas mudanças na abordagem, passando da total desconsideração da gravidez, frequentemente com sua interrupção imediata, a uma conduta mais ponderada, que busca o equilíbrio e o risco da progressão da doença e a viabilidade fetal. O retardo no diagnóstico é a principal causa de mau prognóstico do câncer de mama associado à gestação. Para permitir diagnóstico mais precoce, as gestantes devem ser submetidas ao exame rotineiro das mamas nas consultas de pré-natal e orientadas a realizar a autopalpação. Qualquer anormalidade encontrada, ela deve ser submetida à tríade: exame físico, estudo por imagem e estudo histopatológico (SCHÜNEMANN JR *et al.*, 2007; BRASIL, 2010; MENKE *et al.*, 2011).

Sendo estabelecido o diagnóstico, é necessário para que seja dado o tratamento adequado a essa gestante. Essa classificação é feita de maneira semelhante ao que se faz no câncer de mama de não grávidas. É usado o sistema TNM (relatado na seção anterior) diferindo-se nas possibilidades terapêuticas (COSTA *et al.*, 2006).

No primeiro trimestre, mesmo com baixas doses, o exame radiológico pode provocar riscos de microcefalia, restrição de crescimento permanente ou retardo mental. Também não é aconselhável também o uso de quimioterapia, pois, o feto torna-se especialmente vulnerável quando exposto no período embrionário de quatro a oito semanas após a concepção. Neste período, a administração de quimioterápicos é mutagênico e teratogênico. O ideal para tratamento para câncer

de mama na gestação no primeiro trimestre é a mastectomia radical ou modificada (MOTTOLA JR *et al.*, 2002; COSTA *et al.*, 2006; SCHÜNEMANN JR *et al.*, 2007).

A administração de fármacos antineoplásicos durante o segundo e terceiro trimestres é relativamente seguro. O risco de anomalias fetais e malformações é praticamente igual ao da população em geral que é em torno de 3 a 4 % (COSTA *et al.*, 2006; SCHÜNEMANN JR *et al.*, 2007). Durante a quimioterapia a gestante deve ser monitorada para evitar a ocorrência da mielossupressão próxima ao parto, que aumenta o risco de hemorragia e sepse para a mãe e o feto. O ideal é não administrar quimioterápicos depois da 35<sup>o</sup> semana de gestação. A quimioterapia pode ocasionar trabalho de parto prematuro e baixo peso ao nascer (BRASIL, 2010).

A radioterapia não é segura durante a gestação. Caso seja necessária, deve ser adiada para o pós-parto. Entretanto, o adiamento por um período superior a oito semanas pode comprometer o resultado final do tratamento (BRASIL, 2010).

Às mulheres em idade reprodutiva que tiveram diagnóstico de câncer de mama, é dada a recomendação para aguardarem de dois anos, quando a pesquisa de linfonodo sentinela for negativa, e três a cinco anos, quando na dissecação apresentar metástases para os gânglios, para engravidarem após o tratamento. Não há comprovação que a gestação tenha efeito deletério sobre a mãe. Esse período justifica-se, devido à tendência das neoplasias mais agressivas recidivarem, e a gestação seria um obstáculo para as intervenções terapêuticas necessárias (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005; MENKE *et al.*, 2011).

### **3.3 Abordagem sociocultural do câncer de mama e da gestação**

Historicamente o câncer tem sido associado a experiências malditas, como uma doença cruel e misteriosa. Apesar da sua história e terapêutica é visto como algo que cresce e destrói, sendo associado à punição em muitas culturas. Essas crenças podem ser desastrosas para o emocional frente ao adoecimento pelo câncer (GOMES, SKABA; VIEIRA, 2002).

Devido ao estigma social, o portador de câncer é visto como uma pessoa que vai morrer. Dentre esse imaginário social construído, a abordagem do câncer envolve sentimentos difíceis de serem administrados por parte das pessoas em geral (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005)

Gomes, Skaba e Vieira (2002) trazem que por trás de toda a problemática que envolve o tema, a discussão não pode ficar estagnada ao aspecto patológico. Nela deve ser considerada a necessidade da discussão dos desdobramentos sociais que seguem à descoberta do câncer.

Além dos fatores relacionados ao câncer, especificamente o câncer de mama, pode ocorrer o comprometimento da função social do corpo da mulher. Mulheres acometidas pelo câncer de mama passam por mudanças significativas, como mudanças no âmbito do trabalho, na sexualidade, dentro da sociedade, tendo em vista que a mama é considerada um dos principais símbolos da identidade feminina (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Quando a mulher descobre-se com câncer de mama, ela adquire uma nova identidade, pois o seio é o órgão do corpo feminino associado ao prazer e à vida. É ele que amamenta o bebê após a gestação. A mama também é considerada um símbolo de fertilidade e saúde durante as etapas da vida dessa mulher. A possibilidade de uma doença acometer as mamas compromete toda essa construção da existência feminina (BERGAMASCO; ANGELO, 2001; VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

Assim como a mama, a gestação associa-se à representação do papel feminino na sociedade e está envolta em significados culturais, como uma transição social do *status* de mulher para mãe. Nesse contexto, a mulher confronta-se, também, com as normas de gênero - papéis pré determinados e imposições sociais - que indicam quais funções devem ser assumidas em função do seu gênero. Assim, as mamas e a gestação representam simbolização da mulher enquanto ser feminino e suas funções na sociedade (GOMES, SKABA, VIEIRA, 2002; VIEIRA, GOMES, TRAJANO, 2005; VIEIRA, LOPES, SHIMO, 2007).

Na associação de câncer e gestação coexistem na mesma pessoa o início da vida e a ameaça da morte, conforme o estigma que a doença traz consigo. A contradição entre a vida e a morte acarreta inúmeros conflitos emocionais e psicológicos. Ter câncer de mama e estar grávida faz com que a mulher, como ser feminino na sociedade, continue exercendo seu papel, sua função de gênero, e tenha o direito de escolhas que muitas vezes a doença, pelo seu contexto sociocultural e patológico, não lhe é permitido (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007). Como bem dizem Vieira, Gomes e Trajano (2005,

p.103): “A mulher com câncer que faz a opção pela gravidez toma em suas mãos as rédeas de sua vida e faz escolhas”.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

O desenho metodológico empregado foi o estudo exploratório, que conforme Vieira, Gomes e Trajano, (2005) é uma sondagem acerca de problemas com escasso conhecimento acumulado, sob a perspectiva qualitativa. A pesquisa qualitativa foi a de escolha, pois ela permite situar-se no contexto do descobrimento e ocupar-se mais dos significados do que da frequência dos fatos (TOBAR; YALOUR, 2001).

### **4.2 Campo de estudo**

A coleta de dados foi realizada no Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), junto aos serviços de oncologia, mastologia, ginecologia e obstetrícia.

### **4.3 Amostra**

A amostra foi composta por cinco mulheres que vivenciaram a gestação concomitantemente ou posteriormente ao diagnóstico de câncer de mama. Foi usado como critério de inclusão no estudo que as mulheres estivessem grávidas e tivessem o diagnóstico de câncer de mama ou que tivessem tido gestações após o diagnóstico de câncer, cujo desfecho foi o nascimento de um recém-nascido vivo.

Eram critérios de exclusão as mulheres que não apresentassem condições clínicas e/ou psicológicas de participar do estudo, por estarem fragilizadas física e/ou emocionalmente, conforme avaliação das pesquisadoras ou da própria paciente, ou as pacientes que tiveram alguma intercorrência durante a gestação que pudesse ter resultado danos para mulher e/ou bebê. Não aconteceram exclusões.

A amostra foi por conveniência, que é o tipo de amostragem na qual o pesquisador seleciona os participantes aos quais tem acesso, considerando que estes possam representar o universo a ser estudado (GIL, 1999). Aplica-se este tipo de amostragem em estudos exploratórios e/ ou qualitativos nos quais não é

requerido elevado nível de precisão, porém é valorizada a subjetividade das informações (GIL, 1999).

Na pesquisa original (VIEIRA, GOMES, TRAJANO, 2005), que aqui foi replicada, foram estudadas três participantes. Neste estudo foram coletadas informações com cinco mulheres.

Em relação às participantes do estudo, foi definido que seriam mulheres selecionadas a partir da busca no sistema de dados dos serviços de oncologia, mastologia, ginecologia e obstetrícia do HCPA que se encaixavam nos critérios de inclusão do estudo. Nesses registros procurou-se identificar casos de gravidez concomitante ou subsequente ao câncer de mama. A partir desses registros conseguimos ter acesso a cinco mulheres.

#### **4.4 Coleta de informações**

Inicialmente foi realizado um mapeamento das possíveis participantes do estudo. A pesquisadora, com o parecer consubstanciado do GPPG (Grupo de Pesquisa e Pós Graduação do HCPA) em mãos, apresentou-se no serviço de mastologia/ginecologia e obstetrícia, zona 6, HCPA apresentando o projeto e pedindo informações sobre possíveis candidatas, que se encaixassem nos critérios de inclusão para o estudo. Foi realizada, também, pesquisas no sistema Aplicativos de Gestão Hospitalar (AGH), nas agendas da especialidade mastologia no período de janeiro de 2011 até maio de 2012, pesquisando pacientes com critérios de inclusão para o estudo.

Após, foi realizada a aproximação das mulheres que preenchiam os requisitos para a pesquisa, no total de cinco, e o convite para participarem do estudo. Todas aceitaram, sendo combinado com as mesmas o local e hora da entrevista. Antes de iniciar a entrevista, foi apresentado e lido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que foi assinado em duas vias, ficando uma em posse da participante e outra das pesquisadoras.

As entrevistas foram realizadas com auxílio de um roteiro de entrevista semi-estruturada (APÊNDICE A). Conforme a definição de Triviños (2007), a entrevista semi-estruturada é um dos principais meios que o investigador tem para realizar a coleta de dados. Essa modalidade parte de questionamentos básicos, apoiados em

teorias e hipóteses que interessam à pesquisa. O entrevistado segue espontaneamente a linha de seus pensamentos e de suas experiências, participando da elaboração do conteúdo do estudo.

Apesar de ser oferecido que as entrevistas pudessem ser realizadas no local de escolha da mulher, todas aconteceram HCPA, em salas que ofereciam privacidade, sendo três no ambulatório (zona 6), uma na Unidade de Radiologia e uma na Unidade de Quimioterapia Ambulatorial.

As entrevistas duraram entre 25 minutos e uma hora, sendo gravadas e posteriormente transcritas literalmente e na íntegra, para análise.

#### **4.5 Análise das informações**

Após a transcrição das entrevistas, o material foi analisado utilizando a técnica de análise de conteúdo, segundo Gomes (1994, p.74), modalidade temática para desconstruir a fala e, buscar o “que está por trás dos conteúdos manifestos”, indo além das aparências do que está sendo comunicado e, foram seguidas as seguintes fases para esse tipo de análise:

- 1) Foi realizada a leitura exaustiva do material das entrevistas: pré-análise (organização do material a ser analisado) e identificado trechos das entrevistas mais significativos.
- 2) Exploração do Material: Foram constituídas categorias iniciais e identificados núcleos de sentido dos depoimentos (palavras) e, posteriormente, realizado a agregação e a classificação dos dados, escolhendo as categorias que conduziram à especificação dos temas abordados.
- 3) Tratamento dos Resultados Obtidos e Interpretação: nessa etapa, segundo Gomes (1994, p.76): “devemos tentar desvendar o conteúdo subjacente ao que está sendo manifesto”. Para isso foram identificados núcleos de sentidos, categorizados os sentidos presentes nas falas, selecionados trechos emblemáticos, e confrontados com a literatura pertinente ao assunto e com as inferências e interpretações.

Assim, foram alcançados os seguintes temas: *Estigma e medo: a descoberta do câncer*; *Susto e surpresa: a descoberta da gravidez*; *Sobre as dificuldades do tratamento, superação e apoio recebido*, e *O significado de ser mãe após o*

*diagnóstico de câncer de mama*, os quais serão apresentados e discutidos no capítulo de Resultados e Discussão.

#### **4.6 Aspectos éticos**

O presente projeto foi analisado e aprovado pela Comissão de Pesquisa da Escola de Enfermagem da UFRGS (ANEXO A).

Posteriormente, foi cadastrado na Plataforma Brasil, sistema virtual de cadastramento de projetos de pesquisa do Conselho Nacional de Pesquisa que direcionou o projeto ao Comitê de Ética do Grupo de Pesquisa e Pós- Graduação do HCPA. Após análise e aprovação (ANEXO B), o projeto foi ainda cadastrado e aprovado pela Comissão Científica do HCPA (ANEXO C).

Por se tratar de uma investigação envolvendo seres humanos, foram assegurados os aspectos éticos de pesquisa, obedecendo a Resolução número 196/96 do Conselho Nacional de Saúde – CNS (BRASIL, 1996), considerando questões como a livre participação do sujeito no estudo: o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) que foi apresentado anteriormente a coleta das informações através da entrevista, sendo assim lido e assinado em duas vias, ficando uma com as pesquisadoras e outra com a participante.

Faz-se relevante destacar, ainda, que houve uma análise criteriosa entre os riscos e os benefícios advindos deste estudo, chegando-se à conclusão de que esta investigação proporcionou mínimos danos e/ou riscos à população participante (relacionados ao tempo de envolvimento com a pesquisa durante a realização das entrevistas; a mobilização de sentimentos e emoções durante e após a coleta das informações; entre outros). Sendo assim, ressalta-se que não percebeu-se qualquer tipo de sofrimento emocional que causasse a necessidade de atendimento, ou encaminhamento ao Serviço de Psicologia do HCPA.

As entrevistas e suas transcrições serão mantidas em posse das pesquisadoras, em local seguro, durante um período de cinco anos e após serão então descartadas.



## 5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

“Os seios da mulher simbolizam, ao mesmo tempo, a maternidade – central para a tradicional identidade das mulheres – e o erotismo feminino – chave para a atração sexual. Eles são, assim, um sinal de feminilidade importante e potencialmente contraditório. O câncer de mama dramatiza a ameaça social colocada pelas mudanças no equilíbrio de poder entre homens e mulheres. As imagens populares do câncer de mama refletem crenças culturais sobre papéis ‘ideais’ para as mulheres, corpo feminino ‘perfeito’ e o perigo para ambos – e para a sociedade como um todo – das mudanças nos papéis prescritos para as mulheres e os comportamentos tradicionais”

(LANTZ; BOOTH,1998, p.910)

Ao iniciar-se a apresentação dos resultados, faz-se necessário caracterizar a amostra que participou deste estudo. Cabe também esclarecer que, para fins da manutenção do anonimato, os trechos das falas das participantes receberam indicações como P.1 (participante 1), P.2 (participante 2), P.3 (participante 3) P.4 (participante 4) e P.5 (participante 5).

- Participante 1: 27 anos, está na primeira gestação, desconhece história familiar de câncer de mama, ovário e endométrio, bióloga, casada, diagnóstico de câncer de mama em outubro de 2011, submetida à setorectomia, biópsia de linfonodo sentinela e *lipofilling* em novembro de 2011, diagnóstico de gestação em dezembro de 2011, tratamento quimioterápico de fevereiro a abril de 2012, plano de radioterapia após nascimento do bebê. No momento em acompanhamento pré-natal.
- Participante 2: 38 anos, teve três gestações, dois partos e um aborto, uma filha viva, desconhece história familiar de câncer de mama, ovário e endométrio, comerciária, casada, diagnóstico de câncer de mama em julho de 2002, submetida à adenomastectomia radical bilateral e colocação de prótese de silicone bilateral; em setembro de 2007, foi submetida à exereses de mamilo esquerdo por Doença de Paget. Diagnóstico de gestação em março de 2009. Em investigação para síndrome de Li-Fraumeni.
- Participante 3: 38 anos, está na segunda gestação, um filho vivo, desconhece história familiar de câncer de mama, ovário e endométrio, cozinheira, casada, diagnóstico de câncer de mama em dezembro de 2009 quatro meses após dar a luz, submetida à quimioterapia neoadjuvante de fevereiro a abril de

2010, setorectomia e esvaziamento axilar à direita e colocação de DIU (dispositivo intra-uterino) em maio de 2010, radioterapia de setembro a outubro de 2010. Diagnóstico de gestação em abril de 2012. No momento em acompanhamento pré-natal.

- Participante 4: 36 anos, teve uma gestação, um filho vivo, desconhece história familiar de câncer de mama, ovário e endométrio, produtora de eventos, solteira, diagnóstico de câncer de mama em dezembro de 2007, submetida à quimioterapia neoadjuvante de dezembro de 2007 a junho de 2008, setorectomia e esvaziamento axilar à direita em julho de 2008, radioterapia adjuvante de outubro a novembro de 2008. Diagnóstico da gestação em janeiro de 2009. No momento em seguimento de metástases ósseas.
- Participante 5: 35 anos, teve uma gestação, um filho vivo, desconhece história familiar de câncer de mama, ovário e endométrio, comerciária, casada, diagnóstico de câncer de mama em abril de 2010, em Cruz Alta, com 33 anos, diagnóstico de gestação em maio de 2010, encaminhada para o HCPA para pré-natal de alto risco, submetida a *core biopsy* em agosto de 2010, submetida à mastectomia radical à esquerda em setembro de 2010 (com 18 semanas de gestação), início da quimioterapia em novembro de 2010 (com 25 semanas e 3 dias de gestação), cesariana de urgência devido a pré-eclampsia em janeiro de 2011 com 34 semanas de gestação, término da quimioterapia em maio de 2011, radioterapia de agosto de 2011 a setembro de 2011. No momento segue em acompanhamento semestral.

Após repetitivas audições das entrevistas e leitura minuciosa das transcrições, foram obtidos quatro temas considerados pertinentes para nossa análise. Esses temas são os que se seguem, e serão discutidos posteriormente: *Estigma e medo: a descoberta do câncer; Susto e surpresa: a descoberta da gravidez; Sobre as dificuldades do tratamento, superação e apoio recebido; e O significado de ser mãe após o diagnóstico de câncer de mama.*

## 5.1 Estigma e medo: a descoberta do câncer

O câncer de mama é uma doença temida pelas mulheres. Descobrir-se com câncer de mama é, geralmente, uma surpresa. O diagnóstico é vivido pela paciente como um momento de muita angústia onde a possibilidade de morte e mutilação fazem-se presentes. Os relatos demonstram que o recebimento do diagnóstico promove uma desestruturação no nível biopsicossocial dessa mulher.

Como eu vou te dizer? Quando eu descobri foi um susto... (P.1)

Olha, eu fiquei apavorada porque não... no meu caso, na minha família não tem caso nenhum. [...] então pra mim foi pavoroso... (P.3)

Foi uma coisa assim muito horrível... cai uma pedra na tua cabeça... horrível (P.4)

A possibilidade do diagnóstico de câncer de mama parece irreal, tendo em vista que, mulheres relativamente jovens acreditam que essa doença acomete pessoas de idade avançada. Percebe-se também nas falas das entrevistadas que, os profissionais de saúde, baseados em generalizações, não acreditavam na possibilidade do diagnóstico, devido à idade das pacientes e história negativa de câncer de mama na família.

Eu fiz uma ecografia e na ecografia apareceu que eu tinha só nódulos no seio. Daí a doutora disse: por descargo de consciência vamos fazer uma biópsia... daí eu fiz a biópsia, para descargo de consciência, por que a médica disse: 'tu é muito nova, sem casos na família'... aí, apareceu que era um tumor... (P.1)

Por causa que eu senti uma bolinha ...Tava amamentando,tinha uma bolinha dura ... parei ...a médica disse, pode ser leite, pode ser leite empedrado, mas daí eu fui a fundo e não era, era câncer (P.3)

Eu palpei, senti uma bolinha meio dolorida, que era bem em cima do seio... Aí, fui no posto de saúde, daí a médica achou que eu era muito nova mas, pediu a mamografia porque ela também viu a bolinha né ...na mamografia deu que era...altamente suspeito. Aí eu vim pra cá fazer biópsia e aí depois o resultado saiu tudo aqui (P.4)

Eu nem cogitei [que era câncer de mama]. Tanto que os médicos aqui, pela minha idade, histórico familiar eles achavam que não podia ser câncer. Até no dia antes da cirurgia o médico veio, me examinou e ele também não acreditava que era câncer, isso que já tinha saído o resultado da biópsia. Aí, ele achava que era uma outra coisa que ele disse o nome lá... (P.5)

O Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama preconiza o diagnóstico precoce para o bom prognóstico da doença. Há recomendações nesse

protocolo para rastreamento de mulheres de elevado risco com idade igual ou superior a 35 anos e, segundo Instituto Nacional do Câncer (INCA, 2004), o câncer de mama é relativamente raro antes dos 35 anos e não há consenso sobre o rastreamento de mulheres abaixo dos 35 anos. Observa-se que, como dito anteriormente, os profissionais procurados pelas participantes do nosso estudo, apesar das evidências do exame físico acreditam que a pouca idade (as pacientes citadas tinham 27, 34, 31 e 32 anos, respectivamente) seriam de baixo risco para o desenvolvimento do câncer de mama. Clagnan e colaboradores (2008) informam que 6,5% dos casos de câncer de mama ocorrem em mulheres com menos de 40 anos e 0,6% em mulheres com menos de 30 anos. Tendo em vista que a estimativa para 2012 é de 52.680 novos casos de câncer de mama no Brasil (INCA, 2011), e seguindo-se essas proporções, estima-se que para o ano de 2012 teremos, aproximadamente, 3.425 novos casos de câncer de mama em mulheres com menos de 40 anos e 316 novos casos de câncer de mama em mulheres com menos de 30 anos.

Segundo Ruiz (2006) o câncer de mama atinge o tamanho de um centímetro em um período médio de 8 a 10 anos. Como o tamanho do nódulo está relacionado ao risco de metástase, quanto antes diagnosticado maior a probabilidade de cura. É necessário que os profissionais de saúde tenham o olhar específico para essas mulheres, as quais não se sabe quem são, mas que serão recebidas em serviços de saúde e necessitam de avaliação criteriosa. É fundamental que esses profissionais não se deixem levar pelos resultados gerais apresentados pela literatura.

Agora eu acho, que tinha que mudar, é o que eu tava te falando, as mulheres elas tem que... tem que ser falado que câncer não dá só em mulheres depois de 40 anos, eu não sei se as outras se tocam, se tem essa...conhecer o seu corpo o seio né, porque eu foi assim, 32 anos (P.5)

Após a confirmação do diagnóstico, a mulher com câncer de mama passa por uma mudança completa em suas relações sociais, familiares e com ela mesma. O câncer de mama afeta as mulheres em muitos aspectos, dentre eles a sexualidade em sua dimensão física e emocional, pois, a mama é o órgão associado à identidade feminina, abrangendo características de sexualidade, feminilidade e também amamentação. Quando acometida pelo câncer de mama, a paciente teme pelos efeitos agressivos do tratamento como, por exemplo, a queda de cabelo, o

comprometimento da imagem corporal e a perda de sua referência como mulher (GRZYBOWSKI, SCHMIDT, BORGES, 2008).

As participantes do estudo trazem esses sentimentos de medo, da perda da feminilidade, medo da perda da mama em seus relatos, indo ao encontro da literatura apresentada.

A primeira coisa que tu pensa quando tu descobre, principalmente o câncer de mama, é assim: 'ai, se eu perder meu seio', é a primeira coisa que tu pensa... isso é mexer na feminilidade da mulher... daí tu pensa também nos tratamento que vão vir... quimioterapia... tu perde cabelo e... nossa, como mulher é horrível de descobrir que tu tem câncer de mama. (P.1)

Na época foi horrível por que... é uma mutilação. (P.2)

Ai, foi complicado, por que, a gente feminina né...mulher assim, feminina...ficar careca foi o que mais me deixou abalada...foi ficar careca. ... E aí também o médico disse que no começo eu ia ter que tirar toda mama. Aí, foi bem ruim.... Mas assim... eu tive que tomar remédio, pra depressão, porque eu fiquei revoltada ... É porque eu não podia imaginar que... porque eu pensava que câncer de mama era pra mulheres de... acima de 40, e eu tinha 31 anos, quando eu descobri. Então eu não... não pode ser comigo isso né, acho que tá errado ... não pode. Comigo não tá acontecendo isso e... não tem histórico na família, né? (P.4)

O primeiro impacto de tu se ver sem mama é complicado... mutilada, seria a palavra. (P.5)

Nos relatos são utilizadas expressões como 'horrível' e 'pavoroso', referentes à descoberta do câncer de mama. Essas expressões trazem consigo todos os medos das pacientes quanto à possível destruição que a doença poderia causar em suas vidas. Essa visão que o 'câncer mata' é presente na cabeça da mulher que recebe seu diagnóstico, embora ela não seja, necessariamente, verdadeira. Para Bergamasco e Ângelo (2001) os significados atribuídos ao câncer afetam profundamente a maneira como a mulher percebe sua doença e as respostas de outras pessoas com relação a sua nova condição.

... quando a gente escuta [o diagnóstico] isso é como se fosse dada uma sentença de tristeza, sofrimento, não pensei na morte... só no caminho ruim da situação.... Pode ter certeza que se tu ouvir de um médico que tu tem câncer é isso que tu vai pensar... eu não acredito que tenha alguém que escute isso vá pensar: 'eu vou ficar bem'... no momento que tu escuta, não é isso que tu vai pensar... até tu assimilar, entender... aí só passam coisa ruins na tua cabeça... (P1)

Ai, tudo que tu imagina, né? Só as coisas ruins... porque nesse momento não se pensa coisa boa... só coisa é ruim... é bem apavorante mesmo... e todo mundo te vê como uma coitadinha. (P3)

Essas falas nos apontam o sentimento frente ao câncer como uma doença destrutiva, na descrença que a descoberta da doença traz de que tudo ficará bem. Embora o prognóstico seja otimista para a maioria das mulheres diagnosticadas no estágio inicial da doença, permanece no imaginário coletivo a certeza sobre o sofrimento que seu diagnóstico carrega. As participantes são enfáticas em dizer que só ‘coisas ruins’, vieram acompanhadas do seu diagnóstico. Infere-se que nas ‘coisas ruins’ estão inclusas seu tratamento, como cirurgias que podem trazer consigo a mutilação, e a perda do referencial feminino maior, a mama, bem como a quimioterapia, trazendo a perda do cabelo, o mal-estar e as tristezas.

A negação do diagnóstico é presente nas falas das participantes. Junto vem questionamento de o porquê ‘daquilo’ estar acontecendo. Algumas mulheres julgam como destino, outras, como castigo.

A gente passa o que tem que passar. Não é por descuido ou... câncer na minha família não teve até hoje, eu sou o primeiro caso, então, aconteceu, é pra acontecer, as coisas acontecem quando tem que acontecer. (P.5)

Infelizmente ‘isso’ [o câncer de mama] tinha que acontecer comigo. É, isso, tinha que acontecer (P.2)

Infere-se que a paciente usa o termo ‘isso’ para manter o distanciamento do seu diagnóstico. Como se pronunciar a palavra ‘câncer’ pudesse atrair a doença novamente para si.

Comigo não tá acontecendo isso e... não tem histórico na família, né assim ... Deus tá me castigando, eu mereço (P.4)

... eu fui levar o exame pra ela ver e o médico disse que era. Daí eu até não acreditava também porque eu pensava, como é que ele vai saber se ele não fez o exame da biópsia. Eu só fui acreditar depois, no final ali, e olha lá... Daí eu queria ir em outro hospital, eu queria ir no [...], fazer tudo lá pra ver se era realmente, porque eu não imaginava. Daí, família ajudando, todo mundo ajudando né, aí eu me conscientizei que era mesmo e comecei de cara fazer as quimio, aí fiz as quimio e depois fiz a cirurgia (P.4)

Para Maluf, Mori e Barros (2005) havendo a confirmação do diagnóstico, a mulher passará por várias fases de conflito interno que oscilam desde a negação da doença, onde a paciente procura diversos profissionais na esperança de que algum deles lhe dê um diagnóstico contrário aos achados, até a fase final onde há a aceitação do tumor.

Como já visto acima, os achados evidenciam o medo das mulheres sobre a descoberta de ser portadora do câncer de mama e o estigma de fragilidade e finitude que carregam, fruto das representações associadas ao câncer, quase sempre negativas. Descobrir-se com câncer de mama coloca em xeque características inerentes e aceitas como sendo do gênero feminino, como os cabelos fartos e as mamas, além da fertilidade, que pode acarretar na inviabilidade da maternidade. Entretanto, pode acontecer o inesperado, quando as mulheres descobrem-se grávidas, tema descrito na próxima categoria.

## **5.2 Susto e surpresa: sobre a descoberta da gravidez**

Em geral, ao receberem a notícia do câncer de mama, as mulheres são esclarecidas sobre as consequências do câncer ou de seu tratamento. Entre essas, encontra-se o adiamento de um sonho, a maternidade, e, até, a possibilidade de infertilidade. Então, a descoberta da gravidez concomitante ou subsequente ao câncer de mama, para as entrevistadas, foi permeada pela ambiguidade da alegria e da vida, representadas pela gestação, e da morte e do medo, representados pelo câncer de mama.

Antes da cirurgia eles me avisaram que eu não ia poder ficar grávida pelo menos por uns dois anos, por questões do tratamento... em todas as consultas isso foi avisado para mim [...] eu queria muito ser mãe, na verdade eu sempre quis... quando eles me disseram que eu não podia engravidar por dois anos ou mais eu tinha ficado muito triste. (P.1)

A participante 1 é uma paciente jovem, em idade reprodutiva, nulípara, a qual informou a equipe o desejo de ser mãe. Às mulheres em idade reprodutiva que tiveram diagnóstico de câncer de mama, é dada a recomendação para aguardarem dois anos, quando a pesquisa de linfonodo sentinela for negativa, e de três a cinco anos, quando presente metástases para os gânglios, para engravidarem após o tratamento. Esse período justifica-se, devido à tendência das neoplasias mais agressivas recidivarem, e a gestação seria um obstáculo para as intervenções terapêuticas necessárias (VIEIRA, GOMES, TRAJANO, 2005; MENKE *et al.*, 2011).

Socialmente, a maternidade foi construída como o ideal maior da mulher, único caminho para alcançar a plenitude, a cabal realização da feminilidade e indispensável para a mulher normal, o que ainda hoje está fortemente presente no

pensamento social. Meninas nascem e lhes são dadas bonecas, as quais são ninadas e amamentadas como bebês. A representação de gênero está sendo transmitida nas gerações: mulheres engravidam, dão a luz e cuidam da sua prole.

Na impossibilidade de uma gestação, a mulher sente-se incompleta, sem função, sem vontade de viver como se maternidade fosse o objetivo maior, o que se observa na fala da participante 4:

[com o início da quimioterapia] Começou a parar... a menstruação não vinha mais e aí o médico disse, 'é, provavelmente tu não vai ter filhos porque a quimio destrói os ovários', aí eu comecei a ficar muito triste com aquilo né, porque meu sonho era ter um filho...no começo assim eu dizia, eu não vou mais fazer nada, porque meu sonho é ter um filho, se eu não vou poder ter um filho porque que eu quero viver? E aí eu ficava muito revoltada (P.4)

A possibilidade da infertilidade é melhor aceita quando a mulher já tem um filho. Percebe-se que a infertilidade não se torna um fardo com a expressão 'Alguma coisinha já tava ali', como se o papel feminino e com a sociedade estivesse cumprido.

Quando eu cheguei aqui, descobri o câncer, meu filho tava com cinco meses... O médico só falou pra mim, 'bah, tu tem filho?' 'Tenho!' 'Ah então, que bom', que com o tratamento pode ficar... perder fertilidade, aquela coisa assim, sabe? Eles me disseram então que eu podia ficar infértil, mas pra mim foi normal, tudo bem ...por causa eu tinha meu filho já, né. Alguma coisinha já tava ali. (P.3)

Na fala das entrevistadas elas citam que foram advertidas sobre a possibilidade de se tornarem inférteis. Sabe-se que quimio e a radioterapia podem levar à perda precoce da função ovariana, principalmente por um aumento da taxa de atresia folicular. O risco de amenorreia pode chegar a 40% em pacientes com menos de 40 anos e a 76% em pacientes com mais de 41 anos, quando se valem do esquema radioquimioterápico (FERREIRA; SOARES JR; MOTTA, 2011)

As participantes referem que antes do diagnóstico da gestação foram orientadas a não engravidarem, como se verifica nas falas delas:

Eles até me falaram na realidade... eles me falaram que se eu tivesse filho poderia voltar a doença, que tinha possibilidade pelos hormônios (P.2)

Meu ciclo menstrual voltou. Aí eu falei pro doutor, bem faceira, né? Aí ele só pegou e disse, 'é, mas então cuida pra tu não engravidar'. Por que, na verdade assim, eles não te falam muito o porquê das coisas, só falam assim... eu não sabia o porquê. Mas assim o porquê, eu só fiquei sabendo depois ... depois me que falaram que a gravidez gera



muitos hormônios, né? Como o tumor que tive já foi por um excesso de hormônios, então no caso corria o risco de a doença voltar ...(P.4)

A literatura justifica essa orientação, pois a gestação causa alterações endocrinológicas que afetam os níveis de estrogênio, de progesterona, de hormônio do crescimento e de fatores imunológicos. A mama sofre um grande estímulo desses hormônios, como a dilatação dos vasos sanguíneos o que aumenta o risco de disseminação das células cancerosas (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Devido às orientações que são dadas a essas pacientes de não engravidarem, são oferecidos às pacientes em idade fértil métodos anticoncepcionais não hormonais como a inserção de DIU e orientação do uso de métodos barreira. Quando chegam aos seus médicos com o diagnóstico de câncer de mama são lhes suspenso os anticoncepcionais orais, pois, há evidências científicas da dependência hormonal do câncer de mama.

Eu tomava comprimido e eles tiraram quando eu cheguei aqui, em outubro, eles disseram que eu não podia mais tomar comprimido, eu estava menstruada, daí a médica me disse que não era para eu começar a próxima cartela por questão dos hormônios... depois que eu voltei da cirurgia, ela disse que, quando eu ficasse menstruada eu ia colocar DIU, só que eu não fiquei.(P.1)

Não se deve perder a oportunidade de uma intervenção importante, como no caso, a colocação do DIU, na paciente. Ela informa que, quando lhe foi suspenso o anticoncepcional oral estava menstruada, a inserção poderia ter sido no momento da consulta, devido ser um procedimento ambulatorial, de baixa complexidade. A paciente informa que ficou grávida nesse período entre a retirada do anticoncepcional oral e sua cirurgia e após, não menstruou mais.

Botei DIU pra se proteger... Pra se proteger, por que como eu não posso tomar pílula, daí eu botei DIU... Botei o DIU em maio [2010], junto com a cirurgia. (P.3)

Eu não tava usando nada [método contraceptivo]... Eles disseram pra eu me proteger, mas eu me cuidava (P.4)

Dentre as cinco participantes do estudo, quatro estavam em uso de algum método anticoncepcional indicado na vigência do seu tratamento de câncer de mama. A participante 1, como exposto acima, estava sem proteção contraceptiva, pois desde a retirada do anticoncepcional oral aguardava a inserção do DIU. A participante 3 estava com DIU inserido. As participantes 4 e 5 usavam método de

barreira, mais especificamente, o preservativo masculino. A participante 2, retirou o DIU, pois desejava engravidar.

Todos os métodos anticoncepcionais apresentam uma taxa de falha. A taxa de falha do DIU de cobre é de 0,6 a 0,8% e do método de barreira mais utilizado, o preservativo masculino, é de 3 a 14% (BRASIL, 2002). A descoberta da gestação em um momento tão delicado pode causar sentimentos contraditórios como alegria e medo, a chegada de um novo ser, com toda carga de emoção positiva que isto representa, e por outro lado, a possibilidade de sofrimento e morte face ao diagnóstico de uma doença grave.

Quando eu tava esperando o resultado [exame de gravidez] eu pensei: meu Deus que isso, por favor, não aconteça agora, não é o momento, eu não posso estar grávida... eu estava desesperada e pensei meu Deus, vai dar positivo, eu não quero que aconteça isso nesse momento... Tu imagina como eu recebi essa notícia... Meu sonho sempre foi ter um filho, mas não nesse momento... nem deu pra gente ficar 100% feliz naquele momento...foi um susto... depois foi só melhorando. Isso aconteceu totalmente fora dos planos, não foi planejado mesmo. (P.1)

Quando eu vi tava grávida... quando a médica falou que o resultado tinha dado positivo, eu fiquei numa faceirice. Bah, fiquei muito feliz, só que eu fiquei com medo... Eu fiquei feliz, muito feliz, mas eu fiquei com muito medo... agora meu Deus, a doença vai voltar e eu vou ganhar o filho e vou morrer, eu pensava, né? (P.4)

Eu fui no ginecologista pra fazer a revisão do pré-câncer. [...] e ele fez o exame de toque [...] daí ele botou o aparelhinho na minha barriga e mostrou 'tuc tuc tuc'. Ele disse assim, 'tu tá escutando?', eu disse 'to!', 'esse é o coração do nenê'. Eu disse 'nenê!', que nenê? Ele assim, 'tu tá grávida, e não é de agora guria, tu tá de 4 a 5 meses já' [...] teu DIU tá deslocado. Ah, daí ... chorei muito ... chorei de medo, porque eu tava com DIU, eu tava grávida, no começo me apavorei né, que é [...] me apavorei mais pelo tratamento que tinha feito. Por causa que eu pensei assim ó...tu fez quimio que podia prejudicar minha gestação, na formação do nenê coisa assim, né? ...Fiquei com medo mais pelo...o nenê nascer com alguma sequela disso aí tudo né. Do tratamento que tinha feito. (P.3)

Esta dualidade impõe um esforço emocional a todas as pessoas envolvidas no processo, desde a paciente e seus familiares e dos profissionais de saúde. O preparo do profissional em um momento tão delicado é essencial. Tendo em vista que as neoplasias mamárias acometem mulheres cada vez mais jovens e, em alguns casos, as mulheres têm postergado sua prole, a gravidez associada ao câncer de mama é uma realidade que os profissionais de saúde necessitam estar capacitados para lidar.

Eles disseram, “nós te avisamos que tu não poderia ficar grávida pela questão hormonal tinha mais chance do meu tumor voltar”... eu me senti como se tivessem me culpando por estar grávida eu pensei... eu não deveria estar grávida mas não foi um erro só meu... talvez eu deveria ter feito um exame antes para saber se eu estava grávida ou não... eu fiz cirurgia grávida, RX, exames com contratos (P.1)

Eu só fui ver quando eu tava vomitando. Aí eu falei ‘doutor hoje eu tomei café e vomitei ‘e ele, ‘ué, tu não tá te cuidando?, eu falei pra ti te cuidar’, aí eu disse ai doutor...uma vez...aí ele, não vamos fazer, vou pedir o exame de gravidez porque como tu é nova, tua menstruação voltou normal pode ser que tu esteja normal. Aí deu que estava grávida ... daí ele disse’ eu te avisei que era pra ti te cuidar’(P.4)

A fala das pacientes revela o despreparo dos profissionais ao julgá-las por estarem grávidas. Nesse contexto, reitera-se a necessidade de mudanças no paradigma atual de assistência baseada na abordagem patológica, para uma visão sociocultural da situação.

Na emergência me falaram que geralmente acontece a interrupção da gravidez pra ti poder fazer a quimioterapia... eu passei a quarta inteira chorando e pensando que eu não ia interromper, mesmo que eles mandassem, não ia interromper minha gravidez. Eu tinha decidido que se eles mandassem eu fazer isso [interrupção da gestação] pra fazer quimioterapia eu não ia fazer... Mesmo que isso custasse a minha vida, eu estava decidida... mesmo que eu corresse risco de vida, eu faria essa troca, de dar a luz e não optar por mim (P.1).

A médica disse pra mim, pra tirar o nenê, porque ia ser uma gravidez de alto risco pra mim e não pro nenê. Aí ela disse, tu que sabe. Aí eu disse pra ela que não, que eu ia assumir o risco, né? E daí ...mas assim, as pessoas vão conversando né, a família...e eu também não ia tirar. (P.4)

Até a década de 1980, o câncer de mama durante a gravidez era relacionado a um prognóstico pior. Por isso, pensava-se que a interrupção da gestação poderia melhorar o resultado terapêutico, o que não foi comprovado. Isso não ocorre com os tratamentos atuais. Houve algumas mudanças na abordagem, passando da total desconsideração da gravidez, frequentemente com sua interrupção imediata, a uma conduta mais ponderada, que busca o equilíbrio entre o risco da progressão da doença e da viabilidade fetal (SCHÜNEMANN JR *et al.*, 2007; BRASIL, 2010; MENKE *et al.*, 2011).

Dentre as cinco participantes, quatro relataram que suas gestações não foram planejadas como demonstram as falas:

Não foi planejada,na verdade assim, aconteceu totalmente fora dos planos, não foi planejado mesmo,mas foi muito bem vinda (P.1)

Essa aqui eu ganhei, essa aqui eu não planejei (P.3)

Eu queria muito, né? mas não planejei assim [...] Aí deu que estava grávida (P.4)

Não planejei, planejava pra alguns anos depois, uns dois anos depois (P.5)

Apenas uma fala vem de encontro aos demais depoimentos. A participante 2 informa que sua gestação foi planejada e que, mesmo orientada dos possíveis riscos, ela retirou seu método contraceptivo, o DIU, para engravidar.

Eles [os médicos] me falaram que se eu tivesse filho poderia voltar a doença, que tinha possibilidade pelos hormônios, mas eu sempre pensei que eu arriscaria...na época que eles me falaram eu estava disposta a correr todos os riscos, pensei por mim, em mim... porque eu tentei uma vez, e perdi... daí eu botei o DIU, porque eu uso DIU, botei, tirei, fiz uma porção de tira e bota de DIU. Foi numa dessas retiradas que eu engravidei dela. Eu queria muito isso. Quando a gente quer uma coisa, não era isso [a possibilidade da recidiva do câncer] que ia fazer eu não tentar... essa gestação foi muito planejada, por mim... eu tirei o DIU para ficar grávida sem falar para meu esposo, sem falar para ninguém... eu tinha a intenção disso...Meu marido pensa que eu engravidei de DIU ... mas eu tirei o DIU e engravidei. Daí quando descobri liguei para ele e disse que estava grávida (P.2)

Essa fala revela a importância para essa mulher de ser mãe. Apesar de estar alertada sobre os riscos de uma futura gestação ela escolheu suspender o método contraceptivo e planejar essa gestação. Essa opção será discutida em uma categoria posterior: *Significado de ser mãe após o diagnóstico de câncer de mama*.

A categoria que foi aqui apresentada evidencia o susto que as mulheres têm ao descobrirem-se grávidas após tantas orientações médicas para que não engravidassem, bem como a surpresa de estarem grávidas após serem informadas da possibilidade da infertilidade. O câncer de mama associado à gravidez apresenta dúvidas no diagnóstico, incertezas com relação ao prognóstico e dificuldades no tratamento os quais serão discutidos na próxima categoria.

### **5.3 Sobre as dificuldades do tratamento, superação e apoio recebido**

A experiência do tratamento do câncer de mama é permeada por dificuldades, superações e pelo apoio recebido das pessoas próximas às mulheres.

Quando se recebe o diagnóstico de câncer de mama recebe-se junto o peso dos tratamentos que virão e suas consequências, como fica explícito nesta fala:

[Com a descoberta do câncer de mama] tu pensa, daí tu pensa também nos tratamento que vão vir... quimioterapia... tu perde cabelo. (P.1)

Os avanços tecnológicos dos tratamentos oferecidos às pacientes com câncer de mama têm contribuído para o aumento da qualidade de vida e sobrevivência dessas mulheres. Apesar disso, a quimioterapia ainda é vista como a pior parte do tratamento.

O pior [tratamento] foi a quimio...a quimio foi ruim porque eu enjoava muito, era muito assim...eu ficava muito enjoada, nauseada. Eu ficava uma semana, assim, só comendo coisinha bem leve sem muito cheiro, assim... é horrível (P.4)

[Sobre o primeiro ciclo de quimioterapia]... por que eu tinha me preparado a semana inteira para passar por aquilo, por que eu sabia que não era fácil (P.1)

Persiste no imaginário das mulheres que a quimioterapia é o pior dos tratamentos, aquele menos tolerado e que mais efeitos colaterais têm. É demonstrado, nas falas das participantes que se submeterem a protocolos quimioterápicos, sua preocupação com a 'vermelha'; maneira como se referem à ao quimioterápico Doxorubicina, por ser o responsável pelo mal-estar, enjoos e queda de cabelos.

Fiz quatro ciclos de quimioterapia, aquela vermelha... (P.1)

O cabelo eu perdi todo, quando eu vi que eu tinha câncer eu raspei... Que como falam que com a vermelha tu perde, em 10 dias já fui e já raspei. (P.3)

Fiz a quimio, a vermelha. Que daí 15 dias começou a cair o cabelo já. E aí fiz quatro sessões da vermelha e quatro da branca. Aí depois fiz a cirurgia e depois no final as rádio. (P.4)

O temor prévio que as mulheres têm da quimioterapia, especialmente gerado através do que ouvem falar da 'vermelha' torna-se, ao longo das sessões, um 'velho conhecido' sendo o quimioterápico responsável pela melhora e possível cura das pacientes. A quimioterapia perde o estigma de dor e sofrimento tornando-se estímulo para as demais sessões.

Meu tratamento foi bem bom porque eu tava vendo efeito, na primeira quimio reduziu, então aquilo ali me deu força, na terceira quimio eu já não sentia mais o tumor. Então pra mim, cada vez que eu vinha pra aqui é criar fôlego, né? Eu nem passei mal até nas quimio... o tratamento eu superei bem. (P.3)

As primeiras [quimioterapia] que eu fiz que foram as vermelhas,a quimio, pra mim foi normal, só que todo mundo que eu falava dizia que as vermelhas era as piores, só que daí eu grávida eu disse,

essas são as piores, como é que eu vou fazer...a vermelha, todo mundo que já tinha feito dizia que era horrível, que tu vomitava, que tu sentia dor, tudo de bom, só diziam isso, tu não encontra uma pessoa pra te dizer, não, olha, não dá nada, só botam pra baixo. Pra mim foi tranquilo, eu tava me tratando, graças a Deus não senti nada. (P.5)

Com relação às modalidades terapêuticas disponíveis para o tratamento do câncer de mama encontram-se: diferentes abordagens cirúrgicas, quimioterapia, radioterapia, hormonioterapia (MAKLUF; DIAS; BARRA, 2005).

O sofrimento causado pelas repercussões da quimioterapia e da mastectomia para auto-imagem da mulher é reconhecido pela maioria das participantes. As marcas deixadas no corpo pela mastectomia impressionam, como se pode verificar:

Não fiz quimioterapia nem radioterapia. Foi só a cirurgia. Fiz aquela que é radical, que tira tudo; tirei as duas mamas... Na época foi horrível porque... é uma mutilação... me senti mutilada, mais um pouco mutilada. O médico disse que não tinha como eu tirar um pedaço. Daí eu tive que tirar tudo... era melhor eu tirar e colocar prótese ... Fiquei com a auto estima muito baixa (P.2)

A participante acima fez a reconstrução mamária imediata, com a colocação de duas próteses de silicone. Mesmo assim ela sentiu-se mutilada. A percepção sobre seu corpo é parecida com a paciente que realizou mastectomia radical sem reconstrução mamária imediata. Isso demonstra que a mastectomia não danifica, somente, a integridade física da mulher, mas, também, sua imagem psíquica.

O doutor não sabia, a princípio ele queria tirar só o nódulo. Mas que ele só ia saber quando ele me abrisse né. Daí tiraram tudo... quando eu me deparei na frente do espelho e me deu aquele mal. E dai naquele momento que eu me senti... mutilada... meu olho encheu de água quando eu olhei no espelho... (P.5)

As demais participantes não foram submetidas à mastectomia. O relato delas sobre o tratamento cirúrgico vem em um tom mais ameno, representado pela expressão utilizada 'só'. Essa expressão traz o alívio de 'só' ter sido retirado o tumor, não toda mama, como se praticamente nada tivesse acontecido, como se a manutenção da mama suavizasse seu diagnóstico.

Só tirei o tumor e fiz esvaziamento axilar, linfonodo... só isso (P.1)

Fiz cirurgia... que só... faz o reparo de mama eu nem sei o nome... Só...eles tiraram só ali... (P.3)

Fiz cirurgia aquela parcial da mama, tirado só o nódulo, não foi tirado toda, esvaziado axila e reconstruída a outra mama, pra diminuir... (P.4)

A literatura corrobora os relatos das pacientes que evidenciam maiores alterações na imagem corporal sofridas pelas pacientes submetidas à mastectomia radical. Quanto menos invasivo o procedimento, menor será o grau de alteração vivenciado por essa mulher (SILVA; SANTOS, 2008).

Junto aos seus tratamentos, seus medos e sofrimentos, nossas entrevistadas expressaram que é possível viver a superação da doença e seus estigmas com o apoio dos familiares e amigos, fazendo com que a doença seja encarada com um outro olhar, de resgate, uma nova oportunidade de vida .

Eu achava que eu não ia conseguir superar e que eu ia ter depressão... graças a Deus, tudo que eu pensava, foi diferente...uma coisa eu com certeza sei que eu tenho, que é o apoio da minha família, eu descobri agora com a doença, que eu tenho muitos amigos, muita gente. Às vezes a doença vem, é uma coisa ruim, porque não é bom estar doente, saber que está doente, mas quando tu para e pensa tudo que aconteceu eu percebi que muitas coisas mudaram para melhor. (P.1)

Com tudo isso, eu fui descobrindo que tu consegue passar por isso com o apoio das pessoas que estão na tua volta e aí, o tratamento acabou não sendo tão difícil por causa disso. (P.3)

Eu acho importante, essencial, caso a pessoa tenha um câncer é a pessoa ter carinho, carinho da enfermeira que vai atender, carinho do médico, carinho principalmente da família, carinho dos amigos, sabe, porque a pessoa fica revoltada, não tem como... eu fiquei bem revoltada... isso foi essencial pra mim. (P.4)

Os sentimentos no relacionamento entre os membros da família após a descoberta da doença, muitas vezes são vivenciados de forma positiva, ocorrendo aumento de atenção e de cuidado por parte deles. As falas mostram que o apoio de familiares e dos amigos é essencial para a superação das incertezas e do medo que o câncer de mama traz. Nesse sentido, a família foi considerada pelas mulheres como o maior apoio para não desistir.

A cumplicidade ajuda, é o apoio, a família, te apoiar, pra tu não te sentir menos, porque tu não é menos. (P.5)

Bergamasco e Ângelo (2001) afirmam que, em situações de crise, as pessoas necessitam ter assegurado o amor e suporte emocional daqueles que estão próximos, no sentido de manter a própria identidade. A rede de apoio social tem sido referida como importante fator protetor e recuperador da saúde, da mulher com câncer, porque a impede de desistir de lidar com as diferentes fases do tratamento, fazendo com que o enfrentamento da doença torne-se mais fácil.

Para Ramos e Lustosa (2009), o apoio social exerce efeitos sobre o sistema imunológico, fortalece a autoconfiança, aumenta a capacidade das pessoas de enfrentarem situações adversas, podendo vir da família, dos amigos, do trabalho e dos serviços de saúde.

Esta categoria evidencia que desde o diagnóstico de câncer de mama e durante todo seu tratamento as mulheres vivenciam muitos sentimentos (luto, tristeza, raiva, entre outros) e sensações caracterizando essa fase, como uma fase de mudanças e incertezas. Esses sentimentos, com o apoio da família e dos amigos, podem ajudar na reestruturação da nova identidade dessas mulheres como portadoras de uma doença grave, como pacientes que precisam se submeter a tratamentos longos e demorados e suas consequências. É necessário modificar a maneira de encarar essa nova realidade. Essas mulheres se reinventaram após um diagnóstico, durante seus tratamentos, e agora, novamente, é hora de assumir um novo papel, postura: é a hora de nascer uma mãe, temática que será discutida na próxima categoria: o *significado de ser mãe após o diagnóstico de câncer de mama*.

#### **5.4 O significado de ser mãe após o diagnóstico de câncer de mama**

Como visto anteriormente na discussão desse trabalho, o câncer de mama, seus tratamentos e consequências, afetam o autoestima das mulheres, pois a mama, é o órgão associado à identidade feminina abrangendo características de sexualidade, feminilidade, maternidade e amamentação. Após um período de transformação do corpo, em decorrência dos tratamentos oncológicos, a mulher começa a aceitar sua nova condição e criar uma nova identidade, adequando-se, assim, sua nova imagem à imagem esperada pelo gênero.

Com a gravidez e a maternidade, a mulher com câncer de mama não se importa mais com sua aparência, pois a gestação e a maternidade trazem, novamente, a feminilidade para seu corpo a essas mulheres. Assim, há o resgate de sua autoestima.

A questão do cabelo... quando o doutor me disse da quimioterapia minha preocupação era o cabelo, depois que eu descobri que estava grávida que meu cabelo caiu, eu cortei e tirei tudo, isso para mim foi o de menos, entendeu? Depois da gravidez então esse medos com aparência foram embora. (P.1)



[Sobre a maternidade] Minha razão de viver, me resgatou minha autoestima, tudo. (P.2)

Eu me achava linda grávida, linda, eu tava com o cabelo curtinho ainda e eu me achava linda grávida eu amava cada dia, cada minuto daquela gravidez, era um sonho que eu tava realizando, eu me sentia super mulher, grávida, feliz, como eu me amava, tava grávida, depois ele nasceu também, era tudo maravilhoso. (P.4)

Naquele momento que eu me vi [primeira vez que se olhou no espelho pós-mastectomia] meu olho encheu de água e daí eu olhei no espelho, olhei pra minha barriga e disse, 'não, tá aqui ó, não vale a pena chorar'... era uma grávida, careca, sem peito, linda. Me sentia bem linda, uma certeza de que um seio não te faz falta, não...que ser mãe é o que tu tem de feminino. (P.5)

Observa-se a felicidade, a alegria e o contentamento com os relatos dessas mulheres por estarem grávidas. O vocábulo 'linda' aparece em duas falas como se a beleza retornasse para sua realidade.

A participante 5 ainda diz:

Quem não tem um filho pode se achar menos mulher, mas um peito não. Um filho que tu gerou, deu tudo de ti, que tu vê nascendo, não tem explicação [...] é uma coisa que só a mulher sente, nem o pai sente'. (P.5)

Esse trecho retoma que a ideia de que só a maternidade integraliza o papel da mulher no mundo, não há nada maior que isso. Ao afirmar que 'é uma coisa que só a mulher sente, nem o pai sente', explicita, também, as representações de gênero do corpo feminino e masculino – as mulheres têm filhos e amamentam – os homens, não (HELMAN, 2006).

A amamentação faz parte do mundo das mulheres, enquanto símbolo representativo da maternidade, construído social e culturalmente ao longo dos tempos, paradoxalmente tido como determinação biológica da espécie. A amamentação não se esgota apenas em fatores biológicos, mas abrange dimensões construídas culturalmente, socialmente e historicamente (SILVA, 2000; NAKANO, 2003).

Eu amamentei... de uma mama só, fiquei tão feliz. Nossa, como eu queria amamentar, é o sonho de toda mulher, né?! Na mama onde tinha o câncer não, né, Mas na outra mama eu amamentei, cinco meses... ai como eu fiquei feliz de amamentar... Aí tinha que tomar o remédio [tamoxifeno], né? Tinha que parar de amamentar, mas nossa, foi uma luta pra tirar. Eu amamentei, graças a Deus... Eu me senti mulher, mãe, de verdade. Dando mamazinho pra ele, realizada, né? Foi maravilhoso... (P.4)

As expressões ligadas à amamentação tais como ‘sonho de toda mulher’, ‘como eu fiquei feliz’, ‘graças a Deus’, ‘realizada’ representam a conexão existente entre essa prática e a maternidade, na vivência dessas mulheres.

Diante da impossibilidade de amamentar, a mulher sente que perde, em parte, o papel de mãe e, conseqüentemente, o de mulher, sendo esta perda desencadeadora de muitos sentimentos.

Sabe-se da importância do aleitamento materno para a criação de vínculos entre a mãe e o bebê e também para oferecer proteção imunológica ao bebê. A impossibilidade de amamentar traz frustração para essas mães como demonstram as falas a seguir:

Depois que ele nascer vou ter que fazer rádio... ninguém me falou nada ainda, mas eu tenho quase certeza que eu não vou poder amamentar... quando tu é mãe eu acho que tu sente essa vontade de amamentar teu filho... se eu não puder, eu vou ficar, realmente, muito chateada...mexe comigo como mãe porque eu acho que toda mãe quer amamentar seu filho. (P.1)

[Sobre amamentar] Eu não amamentei ela, não pude... fiquei minha gravidez toda pensando nisso... eu adorava amamentar, eu amamentei minha primeira filha até os 3 anos, sabe? Eu sempre pensei que isso aproximava... Então... é complicado, mas fazer o que,né? (P.2)

Foi triste [sobre não amamentar] por que... eu fiquei triste quando desceu o leite, porque pra mim tava tudo bem porque eu não tinha leite, aí no momento que desceu o leite deu uma vontade de botar a teta na boca do guri, mas daí eu fiquei triste né, pensei ah, porque mandou leite, né? Porque eu queria amamentar ele né, porque ele é pequenininho, nasceu prematuro, e o leite materno, todo mundo diz que é bom, então era isso que eu queria ter dado pro meu filho né, mas não deu, não deu... (P.5)

Verifica-se, pelo discurso das mulheres, que a experiência da impossibilidade de amamentar foi penosa e emocionalmente desgastante. De acordo com algumas falas, extraídas das entrevistas, entendeu-se que essas mulheres, por não poderem amamentar, não acreditam vivenciar a maternidade em sua plenitude, pois entendem a amamentação como prática essencial de ser mãe.

A doença parece dominar a vida dessas mulheres a partir do seu diagnóstico. A escolha pela maternidade é vista como ‘redefinir’ os caminhos impostos pela doença. No imaginário dessas mulheres a saúde, simbolizada, pela gravidez, e a doença não habitam o mesmo corpo.

Significa, para mim que, mesmo eu tendo tantos problemas, tantos ‘câncer’, [...] se eu gastei é que eu tenho saúde, que eu sou viável

ainda, que eu ainda tenho algo... algo a produzir, a oferecer... de bom... (P.2)

Agora, eu vejo saúde, porque depois de tudo que eu passei... eu vejo como... que eu estou com saúde pra gerar outro bebê... eu acho que assim ó, se eu ficasse infértil, era pra eu ficar, né? Ficar grávida, pra mim... é sinal que meu corpo tá trabalhando, tá bem né? Não tá com sequela nenhuma. Eu vejo como seja isso. (P.3)

Minha visão mudou muito [depois de ter tido um filho]. Hoje em dia as pessoas me olham e ninguém diz que eu tenho alguma coisa. Eu não me sinto doente. Porque eu tô super bem. (P.4)

Para Vieira, Gomes e Trajano (2005), a mulher que faz a opção pela maternidade, após o diagnóstico de câncer de mama, toma em suas mãos as rédeas de sua vida e faz escolhas, optam por uma experiência que, ao contrário de ter câncer de mama, não aponta para a morte e sim para a vida.

Para conviver com a dualidade da situação imposta, elas escolheram algo para acreditar e investir: o bebê. Pode-se verificar essa situação conforme os seguintes depoimentos:

A gravidez me ajudou muito a superar tudo isso, a passar pelo tratamento. Só foi muito bom para mim por que em alguns momentos quando eu ficava pensando assim que a quimioterapia ia me fazer mal, aí o bebê mexia ou eu ia fazer um exame e ouvia o coraçãozinho dele... são certas coisas que te fazem esquecer do resto dos problemas que tu tem, sabe? A gestação me deu um novo caminho, uma nova esperança, com certeza... Fiz ecografia e eu ouvi o coração dele, eu desabei e pensei: esse é o motivo para eu seguir meu tratamento e que vai dar tudo certo e naquele momento eu tive certeza que ia dar tudo certo. (P.1)

Ela é minha razão de viver, sabe? De eu não desistir, de eu continuar fazendo meus tratamentos, de eu continuar minha vida, sabe? De eu olhar no espelho e não me sentir lá embaixo, porque eu tenho essa cirurgia no rosto, eu sofro um monte de preconceito... com ela não dá tempo de pensar nisso, sabe? Minha razão de viver, me resgatou minha autoestima, tudo... Ela é minha recompensa, meu motivo para continuar... (P.2)

Os filhos tornam-se motivação para a vida. Se o câncer traz o medo da morte, a desmotivação de continuar a vida, paradoxalmente a maternidade resgata a vontade de viver, de seguir os tratamentos, em prol do filho.

As pessoas dizem, 'tu teve filho depois do câncer'? Eu digo, 'graças a Deus', porque eu sei que é Deus que permitiu isso, então eu fico muito feliz, muito feliz, eu me sinto abençoada por ter ficado depois... Se eu tivesse tirado ele eu acho que eu já tinha até morrido, de tanta dor... Ser mãe foi uma bênção, eu acho que a maior bênção que eu já recebi na minha vida, que Deus me deu. Meu filho resgatou a

beleza da vida, tudo, ele é, nossa, ele é tudo na minha vida. Ele é meu filho amado né ele é muito abençoado. (P.4)

Infere-se, com esse trecho, que engravidar após o diagnóstico de câncer de mama é visto como um milagre, o que não seria possível sem a ajuda de Deus.

Apesar de ter vindo nesse momento, que eu acho que se veio era o momento de acontecer, cada pessoa acredita em alguma coisa, mas eu acredito que Deus tinha um plano para mim e se veio nesse momento é por que tinha que ser mãe nesse momento. Eu senti que ia ficar tudo bem. Se ele tava ali, eu e ele íamos sair bem dessa. (P.1)

A gravidez é vista com um bom presságio. A concomitância do câncer e da gestação é vista como preditor de bons acontecimentos.

Se ele tava ali, ia dar tudo certo, ele ia passar comigo e nós dois íamos sair bem juntos. (P.5)

Apesar da gravidez e a maternidade terem trazido 'coisas boas' e realizações, todas as participantes informaram que engravidariam novamente, mas não na atual situação que se encontram, com o diagnóstico vigente de câncer de mama ou por terem tido câncer de mama.

Eu gostaria de ter outros filhos, mas se fosse uma gravidez 'normal' que eu não tivesse que me preocupar com os tratamentos ou com as medicações... Esses meus dois papéis são conflitantes: mãe e paciente. Então em uma próxima, eu quero só ser grávida, sabe? (P.1)

Eu até queria ter outro filho. Mas não por essa coisa assim... de ser hereditária [a doença]. Na minha atual condição, não, por causa do medo que eu tenho de passar a doença. Esses dias eu tava pensando nisso... se fosse hoje, eu não engravidaria dela, eu pensaria na criança, não seria aquela coisa, eu quero e eu vou engravidar. (P.2)

Eu engravidaria de novo por que eu me sentia muito bem grávida, linda. Mas na minha atual condição de saúde, não. Mas Deus que sabe, né? (P.4)

As pacientes retomam Deus no sentido de que Ele quem sabe tudo, pode tudo e que a decisão final não está nas mãos delas. É Deus quem sabe de uma futura gestação, e sobre o próprio futuro, tirando delas a responsabilidade, mesmo com tantos avisos e advertências para não engravidarem, e também sanções recebidas quando engravidaram.

Ah, eu ficaria bem faceira se ficasse grávida de novo, bem faceira, mesmo sabendo do risco, mas não de propósito. Eu penso é a questão do momento, se não aconteceu antes é porque não era pra acontecer. Vamos cuidar bem dele, vamos dar tudo que a gente

pode pra ele, vamos mimar, tudo, daí outro se a gente quiser a gente adota, mas é Deus quem decide certas coisas (P.5)

A categoria demonstra, com clareza, que ser mãe, especialmente após o diagnóstico de câncer de mama, significa a realização de um sonho, a retomada da autoestima, um estímulo para prosseguir os tratamentos. É um novo 'sopro de vida' uma segunda chance para viverem.

Ter câncer de mama e estar grávida ou ser mãe faz com que a mulher, como ser feminino na sociedade, continue exercendo seu papel, sua função de gênero, e tenha o direito de escolhas que muitas vezes a doença, pelo seu contexto sociocultural e patológico, não lhe é permitido (GOMES; SKABA; VIEIRA, 2002; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007).

## 6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Foram objetivos deste estudo conhecer o significado da gravidez para as mulheres que vivenciaram a concomitância do câncer de mama e da gestação, bem como analisar os significados socioculturais da associação desses fenômenos.

Com a análise das entrevistas compreendeu-se que as mulheres, ao descobrirem-se com câncer de mama, vivenciam os significados de estar doente convivendo, a partir do seu diagnóstico, com o estigma social inerente ao câncer. A doença carrega consigo a fragilidade, a destruição e a morte.

As mulheres sofrem, também, com os tratamentos aos quais são submetidas e suas consequências, como a perda do cabelo, além da mutilação - palavra utilizada com frequência pelas participantes – decorrente dos tratamentos cirúrgicos. Conclui-se que o câncer de mama fere a identidade de gênero dessas mulheres.

A gestação, em geral, é um momento importante na vida das mulheres. É um momento delicado, cheio de dúvidas e anseios, e quando esta gestação é concomitante ou posterior ao câncer de mama é permeada de dualidades, como alegria e medo, saúde e doença, vida e morte. As participantes, ao descobrirem-se grávidas, passaram por momentos de susto e surpresa, ou devido às informações que não conseguiriam engravidar, ou devido às advertências de que não deveriam engravidar. Assim, havia a preocupação com as consequências que essas gestações poderiam trazer, como o retorno ou o exacerbamento do tumor; ou a alegria de gerar uma nova vida.

A rede de apoio foi essencial para as pacientes com câncer de mama. Todas as participantes relataram sobre a importância de ter seus familiares e amigos apoiando, conversando e respeitando suas decisões. Esse apoio prestado a elas, em especial o suporte dado pelo marido, foi fundamental para aceitação do seu diagnóstico e para a realização dos tratamentos propostos pela equipe médica.

Para as entrevistadas, ser mãe, após o diagnóstico do câncer de mama, significou a realização de um sonho, a retomada da autoestima, o estímulo para que continuassem e melhor tolerassem seus tratamentos. Engravidar significava ter saúde, superar o medo da morte e receber uma dádiva divina. O significado da maternidade, para todas elas, foi de vida, de esperança, de confiança e de bons presságios.

Os significados socioculturais da associação do câncer de mama à gravidez parecem obedecer ao padrão socialmente aceito sobre o 'papéis' da mulher em nossa cultura. Ter câncer de mama e estar grávida ou ser mãe faz com que a mulher continue exercendo o papel e a função inerente ao seu gênero. A possibilidade da infertilidade é vista como frustração e a maternidade como uma realização. Esses achados possibilitam inferir que as mulheres que engravidam durante ou após o diagnóstico do câncer de mama viram em suas gestações a possibilidade de uma nova vida, e, pode-se dizer, até a possibilidade de cura.

O presente estudo, procurou replicar a pesquisa de Vieira, Gomes e Trajano (2005), e apresenta várias semelhanças com a pesquisa original. Ambos trazem como achados que as mulheres têm bem definidos os papéis de seu gênero na sociedade, como a questão de poderem exercer a maternidade; que veem na maternidade a possibilidade de cura; que Deus lhes deu força e uma dádiva; bem como a dualidade do "câncer como doença que mata e a gravidez como possibilidade de vida e realização" (p. 109).

Ao encerrar este estudo, conclui-se que as características pré estabelecidas e reconhecidas como fatores de risco para a doença precisam ser revistas por todos os profissionais de saúde.

A pouca idade (menos de 35anos) ou a falta de histórico familiar de câncer de mama não mais podem ser tidos como certeza da não ocorrência da patologia. Mulheres em idade fértil têm câncer de mama e engravidam. Para que não engravidem, a adequada anticoncepção deve ser orientada e instituída de forma eficaz pelos profissionais de saúde.

Não mais pode-se admitir que médicos e enfermeiros se omitam ao examinarem as mulheres em suas consultas, sejam elas de pré-natal ou ginecológica. A integralidade do cuidado é obrigação de todos. É inadmissível que em uma consulta de pré-natal ou para coleta de exame preventivo de câncer de colo uterino não se avalie também as mamas dessa mulher. Nenhuma pessoa é uma parte isolada de seu corpo.

Como futura enfermeira, é preciso que haja posicionamento e atitude, além de conhecimento e empatia para com aqueles que assistimos.

Constatou-se que há na literatura nacional e internacional uma vasta quantidade de artigos científicos publicados associando o câncer de mama e a gestação, porém com abordagens epidemiológicas ou biologicistas.

Acreditamos que há necessidade estudos posteriores, com diferentes abordagens qualitativas que permitam a compreensão ampla da subjetividade da situação, para uma discussão ainda mais abrangente da associação do câncer de mama e da gravidez.



## REFERÊNCIAS

- AMENDOLA, L.C.D.; VIEIRA, R. A contribuição dos genes BRCA na predisposição hereditária ao câncer de mama. **Rev. bras. de cancerol.**, Rio de Janeiro, v.51, n.4,p.325-330, 2005. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_51/v04/pdf/revisao3.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_51/v04/pdf/revisao3.pdf)>. acesso em 24 set.2011.
- BRASIL, Conselho Nacional de Saúde. **Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas Envolvendo Seres Humanos**. 1996. Disponível em: <<http://www.ufrgs.br/bioetica/res19696.htm>> acesso em: 12 set. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Assistência em planejamento familiar: manual técnico**. Série A. Normas e Manuais Técnicos; n. 40, 2002. Disponível em:<<http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0102assistencia1.pdf>> acesso em 13 jun.2012.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Controle dos Cânceres de Colo de Útero e Mama**. Cadernos de Atenção Básica. 2006. Disponível em: <[http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos\\_ab/abcad13.pdf](http://dab.saude.gov.br/docs/publicacoes/cadernos_ab/abcad13.pdf)> acesso em: 12 set. 2011.
- BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco: Manual Técnico**. 5. ed, 2010. Disponível em:<[http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/154/\\_gestacao\\_de\\_risco.pdf](http://abenfo.redesindical.com.br/arqs/outros/154/_gestacao_de_risco.pdf)> acesso em: 12 set. 2011.
- BERGAMASCO, R.B., ANGELO, M. O sofrimento de descobrir-se com câncer de mama: como o diagnóstico é experienciado pela mulher. **Rev. bras. de cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 47, n. 3, p. 277-282, 2001.
- CLAGNAN *et al.* Idade como fator independente de prognóstico no câncer de mama. **Rev. bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.30, n.2, p. 67-74, 2008.
- COSTA *et al.* Câncer de Mama durante a gestação: revisão bibliográfica. **HU Rev.**, Juiz de Fora, v.32, n.4, p.109-114, 2006.
- DEQUANTER, D. *et al.* Breast cancer and pregnancy. Review of the literature. **Gynecol Obstet Fertil.**, v.29, p. 9-14, 2001.
- FERREIRA,F.P.,JÚNIOR,J. M.S., MOTTA, E.L.A. Preservação da fertilidade; a importância de oferecer esta possibilidade às pacientes com doenças neoplásicas. **Rev. bras. Ginecol Obstet.**, Rio de Janeiro, v.33,n.9, p.223-226, 2011.
- GIL, A.C. **Métodos e Técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Editora Atlas. 1999.
- GRZYBOWSKI, M.A., SCHIMIDT,C.,BORGES, V.R. A percepção de pacientes com câncer de mama em relação ao trauma emocional e o aparecimento do tumor. **Rev. Psicol Hospitalar**, São Paulo, v.6,n.1, p.82-96, 2008

GOMES, R. A análise de dados em pesquisa qualitativa. In: Minayo MCS, organizadora. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. Petrópolis. Vozes, 1994. P.67-80

GOMES, R., SKABA, M.M.V.F., VIEIRA, R.J.S. Reinventando a vida: proposta para uma abordagem sócio-antropológica do câncer de mama feminina. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.18, n.1, p.197-204, 2002.

HELMAN, C.G. **Cultura, saúde e doença**. 4<sup>o</sup>. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2006.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Falando sobre câncer de mama**. Ministério da Saúde do Brasil 2002. Disponível em: <[http://www.saude.pb.gov.br/web\\_data/saude/cancer/aula11.pdf](http://www.saude.pb.gov.br/web_data/saude/cancer/aula11.pdf)> acesso em 24 set. 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Controle do câncer de mama**: documento do consenso. Ministério da Saúde do Brasil 2004. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/publicacoes/ConsensoIntegra.pdf>> acesso em 24 set. 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Ações de enfermagem para o controle do câncer**: uma proposta de integração ensino-serviço. Ministério da Saúde do Brasil. 3. ed. Rio de Janeiro: INCA, 2008.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Programa Nacional de Controle do Câncer de Mama**. Ministério da Saúde do Brasil 2010a. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc\\_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f](http://www.inca.gov.br/wps/wcm/connect/521d4900470039c08bd8fb741a182d6f/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=521d4900470039c08bd8fb741a182d6f)> acesso em 24 set. 2011.

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa do Câncer no Brasil 2010**. Incidência do Câncer no Brasil. Ministério da Saúde do Brasil, 2010b. Disponível em: <[http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo\\_view.asp&ID=1](http://www.inca.gov.br/estimativa/2010/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=1)> acesso em: 12 set. 2011

INCA. Instituto Nacional do Câncer. **Estimativa do Câncer no Brasil 2012**. Incidência do Câncer no Brasil. Ministério da Saúde do Brasil, 2011. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativa/2012/>> acesso em 10 jun 2012

LANTZ, P.M., BOOTH, K.M. The social construction of the breast cancer epidemic. **Social Science Medicine** 1998; 46 (7): p. 907-18.

MALUF, M.F.M., MORI, L.J. O impacto psicológico do câncer de mama. **Rev. bras. de cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 149-154, 2005.

MAKLUF, A.S.D., DIAS, R.C., BARRA, A. A. Avaliação da qualidade de vida em mulheres com câncer de mama. **Rev. bras. de cancerol.**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 1, p. 49-58, 2005.

MENKE *et al.*, Câncer de Mama. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Ginecologia**. Porto Alegre: 6.ed, Artmed, 2011.

MONEGO *et al.* Câncer e Gestação. In: FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. Porto Alegre: 5. ed, Artmed, 2006.

MOTTOLA JUNIOR, J. *et al.* Câncer de Mama Associado à Gravidez: Um Estudo Caso/Controle. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 9, p.585-591, 2002.

PEREIRA, I, C, A, L; FERRAZ, M, F, de. Câncer de Mama: Fatores de Risco e Rastreamento. In: SANTOS, L.C.; MENDONÇA, V.G. de. **Ginecologia Ambulatorial Baseada em Evidências**. Rio de Janeiro: 1.ed, MedBook, 2011.

RAMOS,B.F.,LUSTOSA,M.A. Câncer de mama feminino e psicologia. **Rev. SBPH**, Rio de Janeiro, v.12, n.1, p 85-97,2009.

REED, W. *et al.* Pregnancy and breast cancer: a population-based study. **Virchows Arch**, v. 443, p. 44-50, 2003.

REZENDE, W. W. et al. Câncer de mama associado à gravidez: revisão de literatura. **Femina**, v.33, n.6, p. 435-442, 2005.

RICCI, S. S; **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**. São Paulo: Guanabara Koogan, 2008.

RUIZ, C. A. Câncer de mama: desmistificando preconceitos. **Revista Racine**, São Paulo, v. 16, p. 18-24, 2006.

SILVA, I.A. Psicologia, estresse e amamentação. In: SANTOS JUNIOR, L.A. **A mama no ciclo gravídico-puerperal**. São Paulo: Atheneu; 2000. p. 67

SILVA, G., SANTOS, M.A. "Será que não vai acabar nunca"? Perscrutando o universo pós-tratamento do câncer de mama. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.3, p. 561-568, 2008.

SCHÜNEMANN JR, *et al.* Radioterapia e Quimioterapia no Tratamento do Câncer Durante a Gestação – Revisão de Literatura. **Rev. bras. cancerol.**, v.53,n.1, p.41-46, 2007. Disponível em: < [http://www.inca.gov.br/rbc/n\\_53/v01/pdf/revisao1.pdf](http://www.inca.gov.br/rbc/n_53/v01/pdf/revisao1.pdf)> acesso em 24 set.2011.

SILVA, A. C. B. e. Padronização de Laudo e Conduta com Base na 4ª Edição do ACR BI-RADS de Mamografia e Ultrassonografia. In: SANTOS, L.C.; MENDONÇA, V.G. de. **Ginecologia ambulatorial baseada em evidências**. Rio de Janeiro: MedBook, 2011.

NAKANO, A.M.S. As vivências da amamentação para um grupo de mulheres: nos limites de ser "o corpo para o filho" e ser "o corpo para si". **Cad Saúde Pública**, Rio de Janeiro,v. 19,n.2, p.355-363, 2003.

VIEIRA, R. I. S.; GOMES, R.; TRAJANO, A. I. B. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural. **Rev. bras. cancerol.**, Rio de Janeiro v. 51, n. 2, p. 102-110, 2005.

VIEIRA, C. P., LOPES, M .H. B. M., SHIMO, A. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Rev. Esc. Enferm. USP**, São Paulo, v.41, n. 1, p. 311-316, 2007.

TRIVIÑOS, Augusto Nivaldo Silva. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Editora Atlas, 2007.

TOBAR, F; YALOUR, MR. *In: \_\_\_\_\_* Do Projeto à Ação. **Como fazer teses em saúde pública**: conselhos e idéias para formular projetos e redigir teses e informes de pesquisa. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2001. 172 p. p. 85 – 94

## APÊNDICE A – ROTEIRO DA ENTREVISTA SEMI-ESTRUTURADA

Número da entrevista: \_\_\_\_\_ Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Iniciais: \_\_\_\_\_  
 Idade: \_\_\_\_\_  
 Gesta: \_\_\_\_\_ Para: \_\_\_\_\_ Número de filhos vivos: \_\_\_\_\_  
 Data do diagnóstico: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tratamento cirúrgico: ( ) sim ( ) não  
 Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Qual? \_\_\_\_\_  
 Tratamento quimioterápico: ( ) sim ( ) não  
 Qual? \_\_\_\_\_  
 Data início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data fim: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Tratamento radioterápico: ( ) sim ( ) não  
 Qual? \_\_\_\_\_  
 Data início: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Data fim: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

### Roteiro para entrevista\*

Olá! Gostaríamos de conversar com você sobre o a sua vivência com o diagnóstico de câncer.

- 1) Como mulher o que significou (significa) para você ter Ca de mama?
- 2) O que você pensa sobre Ca de mama e sobre seu tratamento?
- 3) Você recebeu alguma orientação sobre gravidez?
- 4) Qual é a sua opinião sobre o fato de uma mulher com Ca de mama engravidar?
- 5) Você planejou esta gestação? (no caso de ter havido planejamento, perguntar como foi e quais orientações e esclarecimentos que recebeu. Foram citados riscos?).
- 6) Como foi sua gravidez e o que significa ser mãe após o seu diagnóstico de câncer de mama?
- 7) Você engravidaria de novo? Por quê?

---

\* Adaptado de VIEIRA, R. I. S.; GOMES, R.; TRAJANO, A. I. B. Câncer de mama e gravidez subsequente: um olhar sociocultural. **Rev. bras. cancerol.**, v. 51, n. 2, p. 102-110, 2005

## APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### **CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ: UM OLHAR SOCIOCULTURAL**

**Objetivo:** Conhecer qual o significado da gravidez para as mulheres que vivenciaram a gestação e o câncer de mama bem como analisar seus significados socioculturais.

1. **Autora:** Acadêmica de enfermagem Anne Allyucha Godinho (fone: 51-9223 9257)
2. **Orientadora:** Profa. Dra. Anne Marie Weissheimer (fone: 51-3308 5428 / 3359 8017).
3. **Telefone do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA:** 51-3359 83 04.

Estamos realizando uma pesquisa para conhecer qual o significado da gravidez para você, que foi acometida pelo Câncer de mama. Assim, convidamos você a participar, de forma voluntária, neste estudo. Teremos dois momentos para coletar informações com você: o preenchimento de uma ficha de identificação e uma entrevista. A entrevista terá duração de 30 a 45 minutos, e será realizada nas dependências do Hospital de Clínicas de Porto Alegre, em uma sala que permita privacidade, ou onde lhe for conveniente e combinado anteriormente.

É importante lhe dizer que todas as informações obtidas na entrevista serão utilizadas unicamente para fins científicos, que nem o seu nome, ou outra maneira que permita que você seja identificado, será divulgado e que a qualquer momento você poderá deixar de participar da pesquisa sem que isso cause qualquer prejuízo no seu atendimento, ou de seu filho, se for o caso, neste hospital.

Acreditamos que esta pesquisa não traga nenhum risco para você, além de poder mobilizar os seus sentimentos, já que não envolve a realização de exames, procedimentos ou o uso de medicações. Os benefícios que o estudo tem são de, no futuro, podermos atender de forma mais completa mulheres que estiverem em situação semelhante, dando a elas a oportunidade de uma abordagem integral, sugerindo assim a mudança de uma visão baseada na somente no tratamento da doença para uma visão mais completa da situação.

Desde já agradecemos a sua participação e colocamo-nos à disposição para outros esclarecimentos.

Eu \_\_\_\_\_, declaro que fui informada dos objetivos, justificativas, riscos e benefícios desta pesquisa. Recebi uma cópia desse documento e concordo em participar do estudo.

\_\_\_\_\_

Assinatura da Participante

\_\_\_\_\_

Assinatura da Pesquisadora

\_\_\_\_\_

Assinatura da Orientadora

Porto Alegre, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2012.

**ANEXO A - Carta de aprovação da COMPESQ**

Projetos

Página 1 de 1

**Sistema Pesquisa - Pesquisador: Anne Marie Weissheimer****Projeto Nº:** 22057**Título:** CANCER DE MAMA ASSOCIADO A GRAVIDEZ: UM OLHAR SOCIOCULTURAL

COMISSAO DE PESQUISA DE ENFERMAGEM: Parecer

As autoras açataram as sugestões encaminhadas pelas pareceristas. Aprovado. Será apreciado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do HCPA.

## ANEXO B- Parecer Consubstanciado do Comitê de Ética em Pesquisa

Plataforma Brasil - Ministério da Saúde

Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

### PROJETO DE PESQUISA

**Título:** CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ: UM OLHAR SOCIOCULTURAL

**Pesquisador:** Anne Marie Weissheimer

**Versão:** 1

**Instituição:** Hospital de Clínicas de Porto Alegre - HCPA / UFRGS

**CAAE:** 00571212.6.0000.5327

### PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

**Número do Parecer:** 5489

**Data da Relatoria:** 04/04/2012

#### Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa em seres humanos, qualitativo, que se propoe estudar mulheres que foram diagnosticadas com câncer de mama antes ou durante uma gestação.

#### Objetivo da Pesquisa:

Os dois objetivos principais do estudo são:

1. Conhecer qual o significado da gravidez para as mulheres que vivenciaram a gestação e o câncer de mama e
2. Analisar os significados socioculturais da concomitância dos fenômenos câncer de mama e gravidez.

#### Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Os riscos potenciais para o participante são pequenos e incluem basicamente questões emocionais que podem ser suscitadas com a entrevista. Estes estão mencionados no TCLE.

#### Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Questionamento: Na introdução rever alguns conceitos como por exemplo a questão de que as formas hereditárias de câncer de mama são causadas por mutações em oncogenes, como BRCA1 e BRCA2 (estes são genes supressores de tumor, como a maioria dos genes envolvidos nessas síndromes).

Resposta autores: Tais informações, que na verdade constam da Revisão de Literatura (p.

7), foram obtidas nas referências já citadas no projeto e tiveram sua

fidedignidade revisada e confirmada pelas pesquisadoras. As fontes foram citadas. A resposta foi considerada satisfatória.

Questionamento: Na metodologia, esclarecer se a entrevista não deveria ser padronizada inclusive quanto ao local de realização: não poderia haver uma diferença entre as entrevistas a domicílio e aquelas realizadas no Hcpa?

Resposta Autores: A intenção de oferecer às participantes a oportunidade de realizar a

entrevista em domicílio se deve à possível fragilidade física e emocional das

participantes, procurando, assim, favorecer seu envolvimento na pesquisa. De qualquer forma, as pesquisadoras

deverão garantir que as entrevistas ocorram em ambiente que permita privacidade para a verbalização de opiniões e sentimentos. Conforme nossa experiência com pesquisa qualitativa, a empatia e o vínculo estabelecido entre pesquisador e participantes interferem mais nas entrevistas do que o ambiente no qual elas

acontecem, desde que observadas as questões de privacidade. A resposta foi considerada satisfatória.

Questionamento: Os autores citam como método de análise a entrevista estruturada (que será gravada, apresentam as questões no anexo) seguida de análise de conteúdo. Pergunta-se a partir de quais questões do anexo apresentado serão atingidos os dois principais objetivos do trabalho? A maioria das questões parece se

focar no diagnóstico e significado de câncer, ao invés do significado de gravidez.

Resposta autores: A coleta de dados acontecerá através de entrevista semi-estruturada,

conforme o referencial de Triviños e a análise das mesmas se dará através da análise de conteúdo. Foi justificada mesma metodologia para projetos anteriores semelhantes, que alcançaram os objetivos. A resposta foi

considerada satisfatória.

Questionamento: Como os autores definem "significados socioculturais dos fenômenos de câncer de mama e gravidez" e como estes serão analisados a partir das 7 questões apresentadas no questionário para entrevista estruturada?

Resposta autores: Por significados socioculturais compreendemos as questões que

estão expressas nas páginas 14, 15 e 16 do projeto, e relacionados especialmente no seguinte parágrafo do artigo de Vieira, Gomes e Trajano.

A resposta foi considerada satisfatória.

#### Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Ver outros comentários.

#### Recomendações:



Solicita-se responder aos questionamentos apresentados, o projeto permanece em pendência no aguardo das respostas dos pesquisadores.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

Conforme comentários anteriores foram respondidos todos os questionamentos. O projeto tem condições de aprovação.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

Versão do projeto aprovada: 15/01/2012.

Versão do TCLE aprovada: 30/01/2012.

O projeto deverá ser cadastrado também no sistema WebGPPG em função das questões logísticas e financeiras.

PORTO ALEGRE, 05 de Abril de 2012

---

Assinado por:

José Roberto Goldim

**ANEXO C - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do HCPA****HCPA - HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE  
GRUPO DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO****COMISSÃO CIENTÍFICA**

A Comissão Científica do Hospital de Clínicas de Porto Alegre analisou o projeto:

**Projeto:** 120158

**Data da Versão do Projeto:**

**Pesquisadores:**

ANNE MARIE WEISSHEIMER

**Título:** CÂNCER DE MAMA ASSOCIADO À GRAVIDEZ: UM OLHAR SOCIOCULTURAL

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos, metodológicos, logísticos e financeiros para ser realizado no Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

Esta aprovação está baseada nos pareceres dos respectivos Comitês de Ética e do Serviço de Gestão em Pesquisa.

- Os pesquisadores vinculados ao projeto não participaram de qualquer etapa do processo de avaliação de seus projetos.
- O pesquisador deverá apresentar relatórios semestrais de acompanhamento e relatório final ao Grupo de Pesquisa e Pós-Graduação (GPPG)

Porto Alegre, 17 de maio de 2012.

  
Prof. Nadine Clausell  
Coordenadora GPPG