

INSTITUTO DE GERIATRIA E GERONTOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM GERONTOLOGIA BIOMÉDICA
CURSO DE MESTRADO

MARIA ELISA UEZ

CÂNCER DE MAMA: IMAGEM CORPORAL E ENVELHECIMENTO FEMININO

Porto Alegre

2006

MARIA ELISA UEZ

CÂNCER DE MAMA: IMAGEM CORPORAL E ENVELHECIMENTO FEMININO

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Orientador: Dr. Antonio Luiz Frasson

Porto Alegre

2006

MARIA ELISA UEZ

CÂNCER DE MAMA: IMAGEM CORPORAL E ENVELHECIMENTO FEMININO

Dissertação apresentada como requisito para a obtenção do grau de Mestre, pelo Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.

Aprovada em ____ de _____ de _____.

BANCA EXAMINADORA:

Prof. Dra. Clarissa Marcelli Trentini – UFRGS

Prof. Dr. Rodolfo Herberto Schneider – PUCRS

Prof. Dr. Antonio Luiz Frasson – PUCRS

U22c

Uez, Maria Elisa

Câncer de Mama: Imagem Corporal e Envelhecimento Feminino/ Maria Elisa Uez; orient. Antonio Luiz Frasson. Porto Alegre: PUCRS, 2006. 103f.: tab.

Dissertação(Mestrado)–Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul. Instituto de Geriatria e Gerontologia. Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica.

1. NEOPLASIAS MAMÁRIAS/psicologia. 2. IMAGEM CORPORAL. 3. IDOSO. 4. ENVELHECIMENTO. 5. GERONTOLOGIA. 6. GERIATRIA. 7. ESTUDOS TRANSVERSAIS. I. Frasson, Antonio Luiz. II.Título.

C.D.D. 616.99449

C.D.U. 618.19-006:572.769(043.3)

N.L.M. WP 870

Dedico este trabalho ao Juliano, pelo amor, companheirismo e afeto durante esses anos em que compartilhamos nossos dias e nossos planos do presente e do futuro. Minha vida é imensamente mais feliz estando junto a ti.

AGRADECIMENTOS

A todas as pacientes do Centro de Mama da PUCRS, independentemente de terem ou não participado da pesquisa, que me mostram continuamente as alegrias de viver.

Aos meus pais, Dorvalino e Eda, que não se contentaram em me presentear apenas com a vida, mas também em abrir as portas do meu futuro. A vocês que se doaram por inteiro, renunciando seus sonhos em favor dos meus, incentivando-me a prosseguir nessa jornada, fossem quais fossem os obstáculos. Dividam comigo os méritos desta conquista, porque ela também lhes pertence. O meu eterno e infinito amor.

Aos meus irmãos Ana, André e Paulo, meus companheiros e amigos de todas as horas mesmo distantes fisicamente, pelas palavras de apoio. Meu afeto.

Ao meu orientador, Doutor Antonio Luiz Frasson, por procurar me transmitir a inquietação intelectual de grandes pessoas dotadas como ele. A minha admiração pelo incentivo ao meu desenvolvimento na área de pesquisa em câncer de mama e pelas valiosas contribuições na minha formação acadêmica.

Aos médicos Felipe Zerwes, Fabiane Barbosa, Maria Luiza Nagel e Cristiano Weber, pela atenção com que me acolheram no Centro de Mama da PUCRS.

À Nair Paim, minha colega fisioterapeuta, pelo exemplo em excelência profissional na área de reabilitação física em câncer de mama.

Às secretárias Elenize Azeredo Flores e Tatiane Lemes, pela paciência, dedicação e bons papos nesses dois anos de convívio. Meu carinho.

À secretária do Centro de Mama, Luciane Martins Vieira, pela atenção e auxílio com a coleta de dados sócio-demográficos.

À Coordenadora do Centro de Reabilitação da PUCRS, professora Mara Regina Knorst, que me oportunizou a realização do estágio de docência no Curso de Fisioterapia. Obrigada.

Aos professores do PPG Gerontologia Biomédica, em especial ao Doutor Yukio Moriguchi, pelo exemplo de vida e incentivo aos estudos da Geriatria e Gerontologia.

Aos meus colegas do PPG Gerontologia Biomédica, em especial a Ana Lucia Koff Milan, Lucas Trindade, Luís Henrique Telles da Rosa, Maria Inês Tambara Leite, Patrícia Viana da Rosa, Renata Bini e Rosa Gross de Almeida, pelos ótimos momentos compartilhados.

Às secretárias do PPG Gerontologia Biomédica, Vera Lúcia Nascimento, Nair Mônica Ribascik do Nascimento, Samantha de Ávila Bottin e Ângela Aita Fraquelli pela atenção e carinho diários nesses dois anos de estudos.

Ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), pela bolsa de mestrado, que oportunizou a realização do curso de mestrado e da pesquisa.

A todos aqueles que estiveram comigo participando na construção do meu caminho, meu reconhecimento.

E acima de tudo, a Deus.

"Tenho pensamentos que, se pudesse revelá-los e fazê-los viver, acrescentariam nova luminosidade às estrelas, nova beleza ao mundo e maior amor ao coração dos homens".

Fernando Pessoa

RESUMO

O objetivo do presente estudo foi identificar a problemática vivida em relação a imagem corporal de mulheres idosas que realizaram mastectomia radical modificada sem reconstrução, como tratamento cirúrgico para o câncer de mama. Foi realizado estudo qualitativo, transversal e descritivo, com 11 mulheres de idade igual ou superior a 60 anos, desenvolvido no período de outubro de 2005 a maio de 2006, junto ao Centro de Mama do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre, Brasil. Os dados foram obtidos através de entrevista semi-estruturada, com dados sócio-demográficos e clínicos e três questões norteadoras: (1) como foi a descoberta e o tratamento do câncer de mama? (2) como você percebe e sente seu corpo depois da cirurgia, em relação ao que percebia e sentia a antes da cirurgia? (3) como avalia seu próprio envelhecimento? Os resultados apontam para 4 categorias que são: (1) A Descoberta do Câncer de Mama; (2) Relação com os Serviços de Saúde e Profissionais Médicos no Tratamento do Câncer de Mama; (3) Perda da Mama (Subcategorias: Olhando e Sentindo o Próprio Corpo, O Corpo Desejado e O Olhar dos Outros Sobre Meu Corpo) e (4) Percepções do Próprio Envelhecimento. A descoberta da doença se mostrou um marco para a construção de uma nova identidade feminina e história de vida para as idosas. A desinformação quanto à doença e o medo ao tratamento, fazem com que protelem a busca por diagnóstico e tratamento adequado. Em relação à imagem corporal após a perda da mama, as idosas apresentaram sentimentos de inferioridade, sensação de abandono e dificuldades em lidar com situações que envolvam exposição do próprio corpo. O próprio envelhecimento foi percebido como algo natural da vida, mas gerador de limitações e doenças.

Conclui-se que a perda da mama produz alterações abruptas na imagem corporal de mulheres idosas que realizam mastectomia radical modificada sem reconstrução.

Palavras-chave: câncer de mama. imagem corporal. envelhecimento. gerontologia. idoso.

ABSTRACT

The objective of the present research was to analyze the problematic one lived in relation on the body image of elderly women who were submitted to radical modified mastectomy without reconstruction, as surgical treatment for breast cancer. Qualitative, transversal and descriptive studies were carried out, with 11 women of equal age or over 60 years, taken place in the period of October 2005 to May 2006, at the Breast Ward of São Lucas Hospital of Pontificia Universidade Católica of Rio Grande Do Sul, in Porto Alegre, Brazil. The data was acquired through semi-structuralized interviews, with socio-demographic data and three decisive questions: (1) how was the treatment of breast cancer discovered? (2) how do you perceive and feel your body after the surgery, in regards to how you perceived and felt it before the surgery? (3) how do you evaluate your aging? The results point to 4 categories these are: (1) the Discovery of Breast Cancer; (2) Interaction with the Medical and Public Health Services in the Treatment; (3) Breast Loss (Subcategories: Looking at and Feeling the Body, the Desired Body and Other People Looking at My Body) and (4) Perceptions of Aging. The discovery of the illness became a mark for the construction of a new feminine identity and life story for the elderly. Lack of information and fear in regards to the illness, postpone the search for diagnosis and adequate treatment. In relation to the corporal image after the loss of the breast, the elderly presented feelings of inferiority, of abandonment and difficulties in dealing with situations that involve exposing their bodies. Aging was perceived as something natural of life, but a generator of limitations and illnesses. It's concluded that the loss of the breast produces alterations abrupt to the corporal image of elderly women who underwent radical modified mastectomy without reconstruction.

Key-Words: breast cancer. corporal image. aging. gerontology. elderly.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1– Pirâmide Etária Absoluta: Brasil 2005.....	21
Quadro 2 – Pirâmide Etária Absoluta: Brasil 2025.....	21
Gráfico 1 – Mortalidade Proporcional Segundo as Causas – Brasil: 2002.....	23

LISTA DE SIGLAS

MRM - Mastectomia Radical Modificada

SUS - Sistema Único de Saúde

INSS - Instituto Nacional de Seguro Social

CEMA - Centro de Mama

HSL - Hospital São Lucas

PUCRS - Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	17
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	20
2.1 Envelhecimento Humano.....	20
2.1.1 Envelhecimento Feminino.....	23
2.2 Câncer de Mama.....	24
2.3 Imagem Corporal.....	26
2.4 Sentimentos.....	27
PÁGINA DE ROSTO DO ARTIGO.....	29
3 ARTIGO EMPÍRICO EM PORTUGUÊS.....	30
3.1 Introdução.....	30
3.2 Método.....	33
3.3 Resultados.....	37
3.4 Discussão.....	44
3.5 Conclusão.....	50
3.6 Referências.....	52
3.7 Colaboradores.....	56
4 ARTIGO EMPÍRICO EM INGLÊS.....	57
4.1 Introduction.....	57
4.2 Method.....	60
4.3 Results.....	64
4.4 Discussion.....	72
4.5 Conclusion.....	78
4.6 References.....	80
4.7 Collaborators.....	84
5 REFERÊNCIAS.....	85
ANEXOS.....	89
ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	90
ANEXO B – Guia de Entrevista.....	93
ANEXO C – Ofício do Comitê de Ética da PUCRS.....	95
ANEXO D – Normas para Publicação Cadernos de Saúde Pública.....	97

ANEXO E – Documento de Recebimento do Artigo Para Submissão CSP.....107

1 INTRODUÇÃO

O câncer de mama é talvez, dentre os tumores malignos que acometem mulheres, o que mais causa medo, pela sua grande frequência e principalmente pelas mudanças psicológicas significativas, que podem alterar a imagem corporal e a sexualidade feminina. Este tipo de câncer é idade dependente, isto é, quando mais idade, maior será a chance da mulher desenvolver a patologia, sendo que a faixa etária dos 60 aos 70 anos é de maior incidência. ¹

O tratamento de pacientes com câncer de mama exige uma abordagem cirúrgica que frequentemente é acompanhada de seqüelas físicas representadas principalmente por dor, limitação de amplitude de movimento, alterações de sensibilidade do membro superior homolateral à cirurgia. ²

A reabilitação da mulher que realiza cirurgia como tratamento para câncer de mama, exige uma assistência interdisciplinar de ajustamento à nova condição de saúde. A fisioterapia visa prevenir e minimizar alterações motoras decorrentes do ato operatório, diminuir a presença de sintomas algícos, prevenir edema linfático, além de prevenir e minimizar alterações posturais. Busca promover o retorno precoce da biomecânica morfofuncional das pacientes submetidas à cirurgia de mama, otimizando a recuperação física, funcional, emocional e social, permitindo o rápido retorno às atividades de vida diária. ³

O câncer de mama, por afetar o órgão de representação da sexualidade e da maternidade, causa um impacto direto na identidade feminina. A mastectomia realizada como procedimento cirúrgico para o câncer de mama, causa uma desestruturação emocional intensamente perturbadora, não somente pelo significado da enfermidade, mas também pela privação de um órgão, cujo simbolismo tem origem nas primeiras culturas da humanidade. ⁴

Este trabalho trata-se da dissertação de mestrado do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, da Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, intitulada: “Câncer de Mama: Imagem Corporal e Envelhecimento Feminino”, redigida em forma de artigo científico.

De acordo com o Artigo 30 do Regulamento deste Programa de Pós-Graduação, “o aluno de mestrado poderá redigir a dissertação em moldes formais ou submeter, à Comissão Coordenadora, no mínimo um artigo redigido em inglês, referente ao seu plano de dissertação, artigo este publicado ou submetido à revista científica nacional ou estrangeira indexada, acompanhado de discussão sobre a mesma”.⁵

O artigo original em inglês foi submetido à revista científica *Cadernos de Saúde Pública* (ISSN impresso 0102-311X), que é classificada na lista Qualis, área de avaliação Multidisciplinar (Circulação Nacional) e área de avaliação de Saúde Coletiva (Circulação Internacional) como A. Trata-se de uma revista mensal publicada pela Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz. A revista destina-se à publicação de artigos originais no campo da Saúde Pública. Encontra-se listado nas principais bases de indexação bibliográfica internacionais, além de disponibilizar todos os seus artigos *on-line*, por intermédio do projeto SciELO (Scientific Electronic Library Online). Os artigos publicados em CSP são indexados e/ou resumidos em: Abstracts on Hygiene and Communicable Diseases, CAB Abstracts, Helminthological Abstracts, Index Medicus – MEDLINE, Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), Nutrition Abstracts and Reviews-Series A: Human and Experimental, Protozoological Abstracts, Red Panamericana de Información y Documentación en Ingeniería Sanitaria y Ciencias del Ambiente (REPIDISCA), Review of Medical and Veterinary Mycology, Rural Development Abstracts, Social

Planning/Policy & Development, Sociological Abstracts, Tropical Diseases Bulletin, Veterinary Bulletin. ⁶

O tema pesquisado desenvolveu-se no Grupo de Estudos Interdisciplinares em Câncer de Mama, linha de pesquisa em Câncer de Mama e Envelhecimento, que tem como líder o Professor Doutor Antonio Luiz Frasson, e envolve alunos do Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, de diversas áreas da saúde. ⁷

A autora da pesquisa atua como fisioterapeuta voluntária no Centro de Mama do Hospital São Lucas da PUCRS desde março de 2004. A experiência na área de reabilitação física de pacientes com câncer de mama em várias fases de tratamento, gerou motivação para investigar o impacto da mastectomia radical modificada na imagem corporal feminina. O objetivo do estudo é contribuir no conhecimento das percepções, pensamentos e sentimentos da imagem corporal das mulheres idosas que realizaram mastectomia radical modificada sem reconstrução, como tratamento cirúrgico para o câncer de mama.

Em anexo estão o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A), o Guia da Entrevista (Anexo B), o Ofício nº 935/05 do Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS de aprovação do protocolo de pesquisa (Anexo C), as normas para publicação na revista científica Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) (Anexo D) e o documento de recebimento do artigo para submissão na revista científica Cadernos de Saúde Pública (Anexo E).

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

2.1 Envelhecimento Humano

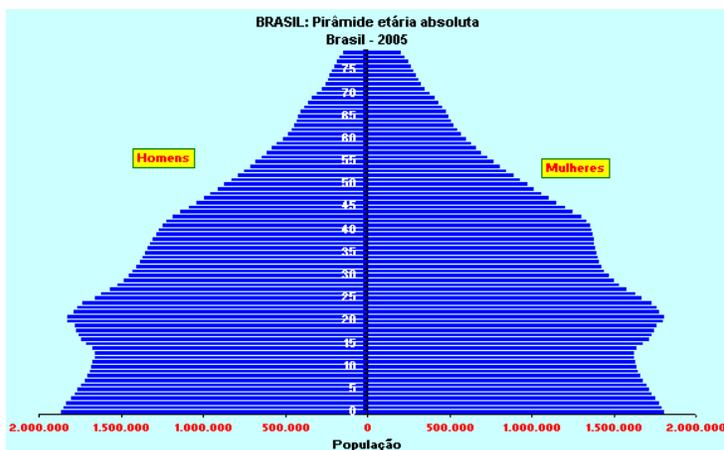
Nas últimas décadas observou-se um nítido processo de envelhecimento demográfico nos países em desenvolvimento. Enquanto nas nações desenvolvidas, no período de 1970 a 2000, o crescimento observado foi de 54%, nos países em desenvolvimento atingiu 123%. O crescimento populacional e o envelhecimento da população não são necessariamente problemas. Num país como o Brasil, estes fatores podem servir para acelerar o desenvolvimento social.⁸

No Brasil, na década de 70, cerca de 4,95% da população era de idosos, percentual que pulou para 8,47% na década de 1990, havendo a expectativa de alcançar 9,2% em 2010. O aumento do número de idosos tem sido acompanhado com um acréscimo nos anos de vida da população brasileira. A esperança de vida que era em torno de 33,7 anos em 1950/1955, passou para 50,99 anos em 1990, chegou até 66,25 anos em 1995 e deverá alcançar 77,08 anos em 2020/2025.⁹

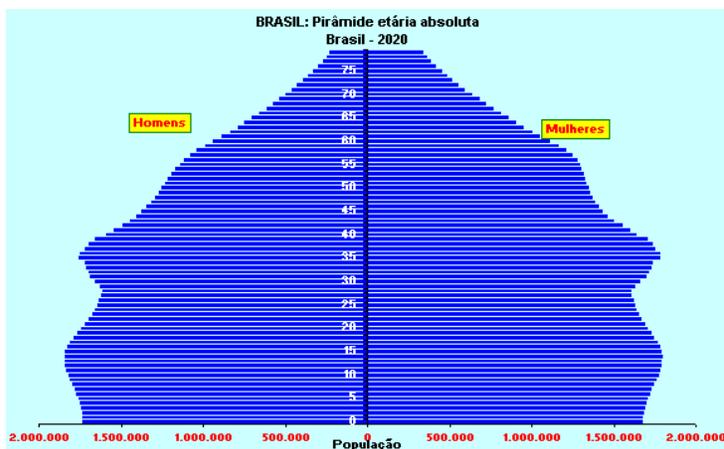
Os idosos vêm adquirindo grande importância, tanto relativa quanto absoluta, na nova estrutura demográfica brasileira. Além disso, a esperança de vida também vem aumentando. Há necessidade de políticas públicas de qualidade, nas áreas de saúde e outras do contexto social, como elementos fundamentais para tornar mais saudável essa sobrevivência que vem sendo obtida.¹⁰

O número de habitantes com idade igual ou superior a 60 anos no Brasil chega a 10 milhões. No ano de 2020, estima-se que a população idosa chega a aproximadamente a 32 milhões. Estes dados estão expostos nos Quadros 1 e 2 do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística.¹¹

Quadro 1 – Pirâmide Etária Absoluta: Brasil 2005 – IBGE



Quadro 2 – Pirâmide Etária Absoluta: Brasil 2020 – IBGE



Inúmeras investigações estão direcionadas a conhecer mais profundamente os complexos mecanismos que regem o processo de envelhecimento. Mesmo a sabedoria popular acumulou um valioso acervo de observações sobre a velhice. Dentre os termos mais utilizados para especificar o indivíduo envelhecido podemos citar: idoso, ancião, pessoa de idade avançada ou pessoa da terceira idade.¹²

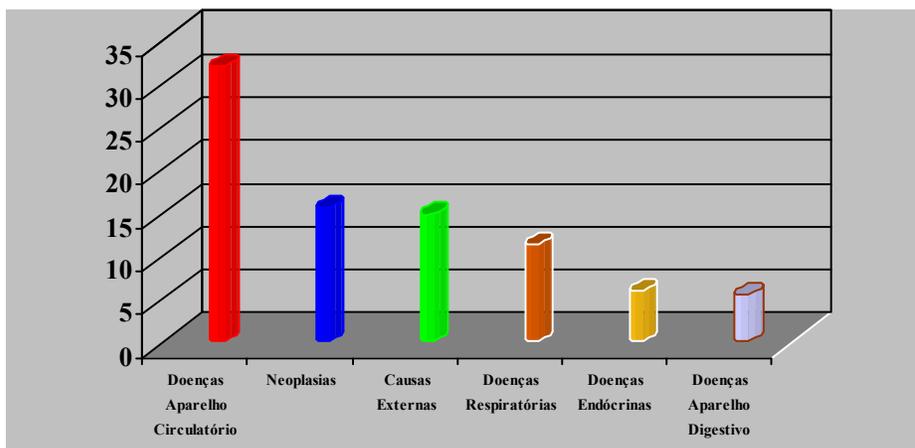
Envelhecer faz parte da vida humana, assim como é inerente também à natureza das coisas que nos cercam. A não aceitação do envelhecimento, por sua vez, provoca repercussões que se agravam e se tornam mais evidentes à medida que os jovens rechaçam o idoso, suas deficiências e a própria velhice. É fundamental o reconhecimento de que o simples fato de ser velho não impede de exercer plenamente seu arbítrio, de acordo com seus princípios e valores, componentes respeitáveis do processo, também de reconhecer as capacidades e potencialidades presentes no idoso e ajudá-lo a viver gozando dos direitos de um cidadão.¹³

A população idosa é diversa em termos de expectativa de vida e tolerância ao estresse e essa diversidade deve ser analisada quanto às intervenções terapêuticas e prevenção. A idade está associada com o aumento de risco de câncer e mudanças na biologia do câncer, as quais devem afetar a prevenção e o tratamento do câncer nos indivíduos mais velhos.¹⁴

Entre as causas de morte definidas no Brasil, as doenças do aparelho circulatório são a primeira causa de óbito tanto no sexo feminino quanto no masculino. Nas regiões Sudeste e Sul, as neoplasias foram à segunda causa de morte, seguidas pelas causas externas.¹⁵ Os dados estão expostos no Gráfico 1 - Mortalidade Proporcional Segundo as Causas – Brasil: 2002.

O câncer é a segunda causa de morte da população brasileira com mais de 65 anos, pois a sua incidência aumenta com o avançar da idade. Se considerado isoladamente, o câncer tornou-se a causa mais comum de incapacidade e morte, acometendo mais de 50% dos pacientes acima de 65 anos de idade. Para o sexo masculino são 54,0% e para o sexo feminino 49,5% de óbitos.^{15,16}

Gráfico 1 – Mortalidade Proporcional Segundo as Causas – Brasil: 2002



2.1.1 Envelhecimento Feminino

As mulheres têm uma expectativa de vida maior que os homens. Elas vivem cerca de 5 a 10 anos, em média, a mais do que eles. O que determina isso são fatores que também determinam o crescimento populacional, tais como melhora das condições de vida, de educação e de atenção à saúde, exercendo efeitos sobre a expectativa de vida.¹⁷

Quando o sistema reprodutor feminino perde a capacidade de reprodução por volta dos 40 anos. Os óvulos de mulheres mais velhas são defeituosos geneticamente com maior frequência. Acredita-se que o hipotálamo inicie a menopausa e a seqüência de eventos relacionados. Após a menopausa, ocorre diminuição da massa óssea, do peso e do tamanho do útero, da vagina e suas secreções. Em 90% das mulheres as mamas involuem, tornando-se mais flácidas, sendo que 10% das mulheres apresentam aumento das mamas por razões desconhecidas.¹⁸

A neoplasia da mama é rara no sexo masculino, acometendo 100 vezes mais as mulheres que os homens. A causa exata é ainda desconhecida, no entanto, vários estudos associam o surgimento do câncer ao envelhecimento. Na medida em que a idade avança, aumenta consideravelmente a incidência de casos, sendo rara antes dos 35 anos. Portanto, a idade é um dos principais fatores de risco para o desenvolvimento do câncer de mama.^{1,2,18}

2.2 Câncer de Mama

A incidência por câncer de mama feminino apresentou um crescimento contínuo na última década, o que pode ser resultado de mudanças sócio-demográficas e acessibilidade aos serviços de saúde. Seu prognóstico é relativamente bom se diagnosticado nos estádios iniciais. Estima-se que a sobrevida média geral cumulativa após cinco anos seja de 65% (variando de 53 e 74%) nos países desenvolvidos, e de 56% (49 e 51%) para os países em desenvolvimento. Na população mundial, a sobrevida média após cinco anos é de 61%.^{1,3}

A causa exata do câncer é desconhecida, no entanto vários estudos associam o aparecimento do câncer de mama com o envelhecimento. Outros fatores de risco são importantes como: a história pessoal e familiar de câncer de mama, alterações genéticas (genes BRCA1 e BRCA2), a menarca precoce, a menopausa tardia, a nuliparidade, a primeira gravidez a termo com mais de 30 anos de idade, a exposição ao estrogênio, a obesidade e o uso de substâncias alcoólicas regularmente.^{1,3,14,18,19,20}

A estratégia de tratamento a ser preconizada para o câncer de mama depende, diretamente, do estadiamento tumoral (TNM). A classificação dos tumores foi adotada pela Internacional Union Against Cancer (UICC), para avaliar o estágio de um tumor mamário. O

tamanho do tumor é representado pelo T, o N é a ausência ou presença de comprometimento de linfonodos regionais e M, a ausência ou presença de metástase à distância. Os casos são classificados em estádios de 0 a IV graus crescentes de gravidade da doença. Assim, na medida em que o tumor seja diagnosticado com estádios mais avançados, os recursos terapêuticos se tornam mais limitados e mutilantes, sendo maior a morbidade pós-tratamento.²¹

Os tratamentos para o câncer de mama podem ser divididos em local e sistêmico. O tratamento local consiste em intervenção cirúrgica e radioterapia na região mamária ou linfonodal próxima. O tratamento sistêmico consiste na quimioterapia e na hormonioterapia, e é utilizado para destruir ou controlar o câncer ao longo do corpo.²²

O tratamento para o câncer de mama vem sofrendo mudanças bastante significativas nos últimos anos. Surgiram várias propostas relacionadas ao tratamento cirúrgico, objetivando a preservação dos músculos peitorais, a conservação da mama e a minimização do esvaziamento axilar. O tratamento cirúrgico consiste na retirada da mama ou parte dela em que está presente o tumor, associada à retirada dos gânglios linfáticos da axila homolateral ou à técnica da biópsia do linfonodo sentinela.^{22,23}

A mastectomia radical modificada é um procedimento que implica na retirada de toda glândula mamária, com retirada de pele, aréola, mamilo e linfonodos axilares. Pode ser realizada também a retirada do músculo peitoral menor para facilitar a dissecação dos linfonodos axilares. Têm como vantagens ser um tratamento local efetivo e rápido, sendo a técnica cirúrgica amplamente usada. Como desvantagem, apresenta alteração da imagem corporal pela mutilação, tem impacto psicológico negativo e a radioterapia é frequentemente necessária.^{21,22}

2.3 Imagem Corporal

O corpo humano constitui um importante meio de socialização. Através dele é possível estabelecer inúmeras formas de comunicação e relação com o outro, que não estritamente a verbal. O corpo se comunica com o mundo em uma relação entre individual, particular, com heranças genéticas e aquele que é público, social e culturalmente definido. A imagem corporal não é só uma construção cognitiva, mas também uma reflexão de desejos, atitudes emocionais e interação com o outro.²⁴

A imagem corporal é um componente fundamental no complexo mecanismo de constituição da identidade pessoal. E a imagem que uma pessoa tem de si mesma forma-se a partir da inter-relação de três componentes: a imagem idealizada; a imagem fornecida através da impressão de terceiros (informações externas) e a imagem objetiva.²⁵

O corpo transforma-se em um palco de imagens corporais construídas. E as descobertas que temos de nós mesmos vão se revelando a partir do instante em que nos reconhecemos com um ser que reage a diversas inter-relações estabelecidas pelos mesmos corpos que tentam realizar a busca pela compreensão da existência das imagens – a busca pela própria existência.²⁶

Gradualmente a imagem corporal dos idosos ajusta-se ao corpo no processo de envelhecimento, podendo sofrer alterações devido a patologias ou devido a distúrbios de motivação, limitando até mesmo os movimentos. Esses declínios físicos estão diretamente ligados à falta de estímulos na realização, ou simplesmente, ausência de objetivos. E será a manutenção de objetivos na vida do idoso que o manterá conectado com o mundo.²⁷

Todas as manifestações do existir são, de certo modo, corporais, vividas através do sentir, mesmo sendo racionais e abstratas. O corpo é o registro fiel daquilo que consideramos nossa identidade. As coisas são percebidas sempre com referência ao corpo, pois existe uma consciência imediata dele, de como ele existe para si, ou seja, há uma familiaridade prévia como nossos corpo, que nos permite agir.²⁹

A imagem corporal, sendo uma das experiências básicas na vida de qualquer ser humano, traz traços característicos de toda a vida. A pessoa, ao perder parte de seu corpo, apresenta modificação do modelo postural, com alteração de toda a mobilidade do organismo. A mastectomia desconstrói a imagem corporal de maneira abrupta.²⁴

A perda da mama ou a mama com má aparência poderia causar mais aflição em mulheres jovens, que tem uma maior expectativa pela beleza física. Então a procura após os tratamentos para câncer de mama é um estressor especial para as mulheres solteiras.²⁸

2.4 Sentimentos

Os sentimentos baseiam-se na capacidade que o corpo tem para receber estímulos exteriores e que produzem respostas ao mundo do qual se originam os estímulos. É o reflexo interior dos sentidos, a consciência dos seus estados corporais. As experiências, em que o resultado é o fracasso ou o êxito, é que ensinam ao ser humano descobrir seus sentimentos pela introspecção, pela imersão em si mesmo. No dizer o que sentimos, manifestamos a verdade do nosso sentir.³⁰

Existe uma grande influência da sociedade na regulação dos sentimentos individuais. É a interdependência dos sentimentos, das dimensões sociocultural e biológica. Esta regulação

dos sentimentos, normalmente toma a forma de costumes e ritos. Os sentimentos são regulados pelos costumes e ritos sociais de tal forma que o limite superior e a intensidade socialmente prescrita e aceita, assim como seus conteúdos, não superem o limite tolerado pela homeostase biológica.³¹

Na comunidade de sentimentos que o homem tem, deve-se levar em conta a sociedade na qual a pessoa vive. A compreensão da pessoa e o seu crescimento pessoal estão ligados à aceitação dos outros.³²

O sentimento faz parte da experiência e da situação vivencial da pessoa como um todo. Vivemos numa realidade com outras pessoas e é nessa vivência que sentimentos são desenvolvidos. O sentimento é um reflexo da realidade que é manifestada nas atitudes das pessoas.³³

A sociedade cria os valores e as regras que guiam a conduta dos indivíduos para manter a coesão entre eles. Ao mesmo tempo, estabelece sanções às condutas que se desviam do caminho estabelecido, posto que elas ameaçam esta coesão. Os sentimentos são padrões sociais para guiar a conduta individual. A intensidade do sentimento individual é um índice que se refere à distância entre uma conduta específica e o padrão estabelecido pela coletividade.³⁴

A herança biológica, aliada aos fatores ambientais, como a socialização, e individuais, estabelece uma individualidade psicológica; uma personalidade. A separação entre os aspectos coletivos e individuais dos sentimentos tem caráter didático, embora eles sejam uma totalidade. O pensamento, a ação, por sua dimensão cognitiva, e o sentimento, pela dimensão afetiva, caracterizam as manifestações da vida humana, que somente podem ser separados funcionalmente. A isto soma-se as dimensões socioculturais e espirituais.³¹

PÁGINA DE ROSTO DO ARTIGO

- a) Título Completo do Artigo Empírico em Inglês: “Breast Cancer: Body Image and Aging Female”
- b) Título em Português: “Câncer de Mama: Imagem Corporal e do Envelhecimento Feminino”
- c) Título Corrido: Breast Cancer, Body Image and Aging Female
- d) Nome (s) do(s) Autor(s) e da Respectiva (s) Instituição (ões):

Maria Elisa Uez¹

Antonio Luiz Frasson²

¹ Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, Bolsista de Mestrado do CNPq, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

² Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica e Centro da Mama do Hospital São Lucas, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

- e) Nome e Endereço Completo para Correspondência:

Maria Elisa Uez

Instituto de Geriatria e Gerontologia

Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica

Av. Ipiranga, 6690/714

Bairro: Jardim Botânico

Porto Alegre, RS, 90610-000, Brasil

E-mail: isauez@yahoo.com.br

3 ARTIGO EMPÍRICO EM PORTUGUÊS

3.1 Introdução

O câncer de mama é o segundo tipo de câncer mais freqüente no mundo e o primeiro entre as mulheres. Estima-se que, por ano, ocorram mais de 1.100.000 novos casos em todo o mundo e isto representa 10% do total de todos os tipos de câncer. O câncer de mama representa um problema de saúde pública mundial pelo alto número de novos casos e pelos custos elevados dos tratamentos. Atinge preferencialmente as mulheres após os 40 anos de idade, embora nos últimos anos tenha se observado um fenômeno em nível mundial, ainda inexplicado, que é o aumento sensível de sua incidência em mulheres jovens.^{1,2}

No Brasil, estima-se 467.440 novos casos de câncer para o corrente ano, sendo para o sexo feminino 237.830 novos casos. Desses, o número esperado para novos casos em câncer de mama é de 48.930 casos, com um risco estimado de 52 novos casos a cada 100 mil mulheres. A região sudeste do país apresenta a maior incidência com um risco estimado de 71 novos casos por 100 mil mulheres.³

Em países desenvolvidos, como Estados Unidos, Noruega, Holanda, Dinamarca e Reino Unido, existe um aumento da incidência acompanhado de uma redução da mortalidade, que está diretamente ligado ao rastreamento precoce do câncer por mamografia e a ofertas de tratamentos adequados. No Brasil e em outros países em desenvolvimento, o aumento da incidência vem acompanhado do aumento da mortalidade, que está diretamente ligado ao diagnóstico tardio.^{1,2,4,5}

O tratamento do câncer de mama vem sofrendo drásticas transformações com o passar dos anos. Inicialmente, em 1863, as cirurgias eram extremamente econômicas, pois consistiam em simples excisão do tumor sem margens livres. Após 1882, com William Halsted, o tratamento do câncer de mama passou a ser bastante agressivo, época em que se iniciou a mastectomia radical. Baseava-se nos princípios que a doença era primeiramente local, apresentando um comportamento de disseminação centrífuga em etapas, iniciando-se na mama, alcançando os linfonodos locorregionais e posteriormente os tecidos a distância. Dessa forma, acreditava-se que a ressecção, em bloco da mama, dos músculos peitorais, dos linfonodos axilares e, algumas vezes, dos supraclaviculares e da mama interna representava a tentativa cirúrgica de cura do câncer.⁶

Atualmente, inúmeras revoluções têm ocorrido nos estudos da biologia do câncer de mama. Essas pesquisas têm aprofundado os conhecimentos à doença, e trazido dramáticas mudanças nos paradigmas da prevenção, detecção e tratamento do câncer de mama, sendo este de abordagem multidisciplinar, buscando-se qualidade de vida às pacientes.^{7,8}

O diagnóstico do câncer de mama desencadeia uma série de conflitos emocionais, em que a morte e a perda da mama representam uma ameaça constante na vida da mulher acometida. Dificuldades na sexualidade são comuns ocorrer após procedimento cirúrgico e tratamentos adjuvantes para câncer de mama. Esses problemas devem ser levados em conta na qualidade de vida dessas mulheres.^{9,10,11}

As mulheres com câncer de mama, além de enfrentarem temores comuns a qualquer paciente oncológico, necessitam ainda enfrentar alguns temores específicos de seu caso. A mama tem um significado especial na imagem corporal da mulher e a sua retirada cirúrgica produz um

impacto psicológico intenso para a paciente, principalmente por ser um sinal de feminilidade e importante símbolo psicosssexual.^{9,10}

As mulheres submetidas a cirurgias conservadoras como a quadrantectomia e a tumorectomia apresentam uma menor comorbidade psicológica, do que as submetidas a cirurgias radicais¹². Pacientes mais jovens que realizam mastectomia radical apresentam alto nível de sofrimento psicológico, depressão, alterações de imagem corporal e auto-imagem.¹³

O objetivo do presente estudo foi analisar a problemática vivida em relação à imagem corporal nas mulheres idosas que realizaram mastectomia radical modificada sem reconstrução como tratamento cirúrgico para o câncer de mama. A hipótese é que a compreensão das dificuldades envolvidas permitisse indicar estratégias de superação.

3.2 Método

Este estudo faz parte de um projeto integrado a linha de pesquisa Câncer de Mama e Envelhecimento, do Grupo de Estudos Interdisciplinares em Câncer de Mama, do Diretório dos Grupos de Pesquisas no Brasil – CNPq, certificado pela Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul.¹⁴ O Grupo iniciou suas atividades em 2005 pela necessidade de uma abordagem interdisciplinar das pacientes com câncer de mama, buscando melhores recursos terapêuticos nas diversas áreas envolvidas, oportunizando a todas melhores condições de vida para o enfrentamento da doença.

Foi realizado estudo qualitativo, transversal e descritivo.^{15, 16} A abordagem qualitativa se preocupa com a realidade que não pode ser quantificada, ou seja, trabalha com um universo de significados, motivos, aspirações, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.¹⁷

Participaram 11 mulheres de idade igual ou superior a 60 anos (data de referência: 01 de outubro de 2005), que realizaram mastectomia radical modificada sem reconstrução para tratamento cirúrgico de câncer de mama, todas usuárias do Centro de Mama do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEMA – HSL – PUCRS).

As participantes foram selecionadas conforme perfis relevantes para o estudo proposto, combinando aspectos como sexo, idade, data e local do procedimento cirúrgico, tipo de cirurgia realizada para tratamento do câncer de mama, e características como a realização de seguimento no CEMA e utilização do Sistema Único de Saúde (SUS). Os critérios de exclusão foram: pacientes que realizaram cirurgia em menos de seis meses e mais que dois anos, que

realizaram reconstrução mamária ou apresentaram câncer de mama bilateral, que realizaram outro tipo de procedimento cirúrgico que não MRM, tratadas em outros Hospitais, que usavam medicação ansiolítica ou antidepressiva, de idade inferior a 60 anos e/ou não apresentaram condições de responder as perguntas.

A casuística no CEMA indicou que no ano de 2004, 176 mulheres realizaram procedimentos cirúrgicos para câncer de mama, destas 34 (trinta e quatro) realizaram MRM. No ano de 2005, 163 mulheres realizaram procedimentos cirúrgicos para câncer de mama, destas 29 (vinte e nove) realizaram MRM.

Das 23 (vinte e três) pacientes elegíveis para o estudo conforme a idade (\geq que 60 anos) e o tipo de procedimento cirúrgico (MRM) nos anos de 2004 e 2005, 16 (dezesesseis) foram entrevistadas. Destas, 5 (cinco) foram excluídas, pois utilizavam medicação ansiolítica ou antidepressiva. Também foram excluídas das elegíveis, 2 (duas) que realizaram MRM há mais de dois anos, 2 (duas) que não compareceram no CEMA para seguimento, 2 (duas) realizavam quimioterapia, 1 (uma) realizou reconstrução mamária.

Foram estabelecidos contatos com potenciais participantes da pesquisa conforme seus agendamentos de rotina no CEMA. As pacientes foram consultadas sobre seu interesse em participar e informadas dos objetivos e da metodologia utilizada, assim como ficou esclarecido que a participação na pesquisa não lhes traria nenhuma situação de risco ou desconforto. Não houve recusas de participação.

O número de participantes não foi definido *a priori*, como usual em estudos qualitativos, sendo definido ao longo do processo de pesquisa, segundo critério de amostragem por saturação, isto é, os sujeitos são incluídos e reunidos pelo critério de homogeneidade ampla, sendo a amostra fechada quando as respostas de novos informantes se repetem, conforme a

avaliação do pesquisador, do seu supervisor e dos pares acadêmicos.¹⁸ Os pesquisadores julgaram que o material empírico já permitia traçar um quadro compreensivo da questão investigada. A investigação incluiu: dados sócio-demográficos e clínicos das pacientes e entrevistas em profundidade, do tipo depoimento, tomando como informantes 11 mulheres idosas, captadas no CEMA.

As entrevistas foram realizadas no período compreendido entre outubro de 2005 e maio de 2006, sempre pela mesma pesquisadora, junto ao CEMA. As entrevistas seguiram roteiro semi-estruturado a fim de estimular as verbalizações, adquirindo informações sobre o tema proposto. Foram realizadas em encontro único, com duração de quarenta minutos à uma hora. Foi utilizado somente um único roteiro. As questões sócio-demográficas e clínicas se referiram ao: nome, registro geral, endereço, telefone, data de nascimento, idade, estado civil, filhos, escolaridade, ocupação, data do procedimento cirúrgico, tipo do procedimento cirúrgico, médicos responsáveis, tratamentos associados, abordagem interdisciplinar e medicação utilizada. As questões norteadoras do estudo foram três: (1) como foi a descoberta e o tratamento do câncer de mama? (2) como percebe e sente seu corpo depois da cirurgia em relação ao que percebia e sentia a antes da cirurgia? (3) como avalia seu próprio envelhecimento? Todas as participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, que garante o anonimato, bem como a desistência da participação no estudo a qualquer momento, sem trazer prejuízos para as mesmas, nem qualquer tipo de mudança no tratamento já estabelecido.

Para a análise das entrevistas optou-se pela Análise de Conteúdo de Laurence Bardin, que consistiu na transcrição literal das entrevistas, de uma análise inicial e de elaboração de categorias. O processo de análise ocorreu da seguinte maneira: a partir das entrevistas, montou-se uma tabela com duas colunas, onde, na primeira coluna, se colocou o material bruto

(transcrição literal) e, na segunda, fez-se uma análise inicial, que objetivou a criação de categorias a partir da identificação dos aspectos mais significativos mencionados pelas participantes. A partir desta organização, pode-se montar a segunda tabela, na qual foram colocadas as categorias estabelecidas, as quais representavam os resultados alcançados. Posteriormente, após o processo de identificação e interpretação dos resultados, eles foram transcritos e discutidos.¹⁹

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul e Programa de Pós-Graduação em Gerontologia Biomédica, assim como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, pelo Ofício 935/05 – CEP.

3.3 Resultados

População do Estudo

A população do estudo foi composta por 11 mulheres selecionadas a partir das 53 que realizaram mastectomia radical modificada nos anos de 2004 e 2005. Estas compareceram ao CEMA – HSL – PUCRS, para acompanhamento pós-operatório de câncer de mama, no período de outubro de 2005 a maio de 2006, selecionadas a partir das 23 elegíveis conforme o tipo de procedimento cirúrgico e idade.

Os dados sócio-demográficos das 11 participantes da pesquisa demonstraram que na data da entrevista, as mesmas apresentavam idade entre 60 a 81 anos, sendo a média de 67,81 anos. As 11 pacientes (100%) relataram ter filhos, sendo que 3 (27,27%) são casadas, 5 (45,45%) são viúvas e 3 (27,27%) são divorciadas. Quanto à escolaridade, houve uma predominância de pacientes que não concluíram o Ensino Fundamental, ocorrendo em 9 (81,81%) das pacientes, sendo que 1 (9,09%) concluiu o Ensino Fundamental e 1 (9,09%) concluiu o Ensino Médio. Em relação à ocupação, 8 (72,72%) são aposentadas, 2 (18,18%) são pensionistas do INSS e 1 (9,09%) não tem renda. Todas as pacientes são provenientes do SUS (Sistema Único de Saúde) e realizaram o procedimento cirúrgico no CEMA.

Entrevistas

No presente estudo foram analisadas as entrevistas de mulheres idosas que realizaram mastectomia radical modificada sem reconstrução. O levantamento das categorias proporcionou uma aproximação da realidade vivenciada pelas idosas desde a descoberta do nódulo até a problemática pela perda da mama e suas implicações na imagem corporal. A

análise das entrevistas totalizou 54 (cinquenta e quatro) folhas de papel ofício, cada folha com uma tabela de duas colunas. Como resultado dessa experiência observou-se a existência de 4 categorias, mais 3 subcategorias que são: (1) A Descoberta do Câncer de Mama; (2) Relação com os Serviços de Saúde e Profissionais Médicos no Tratamento do Câncer de Mama; (3) Perda da Mama (Subcategorias: Olhando e Sentindo o Próprio Corpo, O Corpo Desejado e O Olhar dos Outros Sobre Meu Corpo) e (4) Percepções do Próprio Envelhecimento.

Todos os nomes aqui relatados são fictícios, preservando a identidade das pacientes. Os temas contemplados pelas informantes são descritos abaixo.

1 - A Descoberta do Câncer de Mama

A revelação da doença torna-se um marco inicial para a construção de uma nova identidade e história de vida. Nesta categoria, 8 das 11 pacientes relataram ter identificado de maneira informal o nódulo na mama, mas destas, somente duas fizeram menção ao auto-exame das mamas.

“Eu senti um caroço no banho e consegui rápido ir pro médico. Me mandaram fazer uns exames e, quando mandaram mais uma vez repetir os exames, vi que tinha alguma coisa”.
Fernanda

“A descoberta foi quando eu vi uma propaganda na televisão de combate ao câncer de mama e fiz auto-exame no banho, senti um caroço e marquei uma consulta, passei por vários exames”. Juliana

Nos relatos colhidos, também demonstraram desconhecer a doença e suas conseqüências, protelando o tratamento adequado por medo e angústia.

“Um dia, no banho, senti um carocinho na mama e esperei pra ver o que era. Quando me dei conta estava grande, só aí que fui no médico. Eu estava apavorada, eu não queria operar, não queria ficar sem um seio, tinha medo. Mas eu tinha um tumor, tinha que tirar”. Denise

“Eu descobri em casa, no banho, senti um carocinho, mas nunca doeu nada, daí não fui ver... Depois que eu falei pra minha filha fui fazer uns exames pelo meu convênio, fiz biópsia... e descobri”. Irene

Outra participante referiu:

“Eu fui ao posto de saúde um dia e a médica me mandou fazer uma mamografia. Ela me disse que tinha um tumor. Eu não queria operar. Nunca senti dor, o que senti foi o tumor que começou a aumentar. Só voltei quando o seio estava muito ruim, todo deformado”. Ana

Outro aspecto importante que fica evidente é a precariedade do SUS, pois o tempo médio de espera por uma consulta médica é de um ano.

“Pra descobrir foi uma batalha. Eu sentia um caroço na mama e procurei o posto da minha cidade, fiz uns exames, mas não aparecia nada. Tive que fazer uma ecografia paga, daí funcionou. Só fui fazer uma biópsia depois de um ano quando a secretaria da saúde me chamou. O estranho é que eu não sentia dor”. Helena

2 - Relação com os Serviços de Saúde e Profissionais Médicos no Tratamento

Os relatos pertinentes a esta categoria referem-se à relação das pacientes com os serviços de saúde de origem (postos de saúde) e onde realizaram o procedimento cirúrgico (CEMA). Também relatam sentimentos de gratidão pelos profissionais médicos, pois este é o principal referencial da paciente, tanto nos aspectos objetivos de diagnóstico e tratamento da doença (exames diagnósticos, procedimento cirúrgico, radioterapia, quimioterapia,

hormonioterapia), quanto nos aspectos subjetivos (segurança ou insegurança, expectativas, depressão, medo).

“Demorou pra prefeitura me mandar pro centro, mas quando cheguei foi tudo rápido. Fico triste porque se eu tivesse sido atendida antes na minha cidade, talvez não precisaria fazer tudo isso aí”. Helena

“Fiz uns exames no posto perto da minha casa e a médica me mandou pro centro porque eu tinha um nódulo. Nem tive tempo de sentir medo, quando vi já estavam me operando. Eles (os médicos) nunca me deixaram perder a vontade de vencer”. Elis

“Eu sou tão bem tratada aqui. Falam tanto do SUS, a gente vê aqueles horrores pela televisão e comigo é tão diferente, em todas as especialidades, na mastologia, na radiologia, na oncologia...” Gabriela

“Não é fácil receber uma notícia dessas, mas os médicos ajudaram muito, sempre me trataram muito bem”. Fernanda

“Quando eu soube, achava que era brincadeira dos médicos, mas eles me ajudaram tanto, que serei eternamente agradecida com eles”. Laura

“Me mandaram logo pro centro, fiz a cirurgia em três semanas depois da primeira consulta. Tive acompanhamento semanal, me cuidaram muito bem, até hoje os médicos sabem quem eu sou”. Ana

3 - Perda da mama

Em relação a esta categoria, as entrevistadas relataram que ocorreram modificações da imagem corporal e comprometimentos na estética física depois do procedimento cirúrgico. A partir daí, identificam que a mama tem um contexto corporal e sociocultural. Esta categoria

aborda três subcategorias: olhando e sentindo o próprio corpo, o corpo desejado e o olhar dos outros sobre meu corpo.

- **Olhando e Sentindo o Próprio Corpo**

As entrevistadas revelaram como se referem à imagem corporal objetiva própria. A identificação do corpo mutilado dá-se pela percepção que ela tem de seu corpo atual, alterado e diferente. Demonstraram descontentamento com mudança na identidade feminina pela falta da mama e sensação de impotência em decidir sobre o destino de seu corpo, pela impossibilidade de mudar a indicação médica de mastectomia radical modificada.

“Eu fiquei sem o seio, eu não queria isso, mas não tive escolha”. Camila

“Eu custei a me olhar no espelho, até agora não me acostumei, às vezes eu me revolto, mas tenho que me aceitar assim como eu sou”. Fernanda

“No início foi brabo, não me sentia mais mulher sem a mama, não é fácil...” Helena

“Naturalmente eu sinto falta do seio, me sinto mutilada e ainda esse câncer que insiste... Por mais que eu opere, tire todas as partes do meu corpo, o câncer tá lá”. Bruna

“A falta da mama é horrível, às vezes eu penso que tem a mama, passo a mão e não tem nada. É muito estranho”. Denise

- **O Corpo Desejado**

Esta categoria se refere à imagem corporal idealizada pelas entrevistadas, a imagem corporal feminina que gostariam de ter. Elas revelam a necessidade de recuperar o órgão perdido através de reconstrução mamária, representando uma possibilidade de recuperarem sua feminilidade.

“Tenho um arrependimento grande de ter tirado a mama, me sinto muito mal sem ela, gostaria muito de ter as duas novamente. Seria uma mulher normal”. Laura

“Perdi um pedacinho do meu corpo, mas tô viva. Queria muito fazer a reconstrução, os médicos me disseram que eu posso fazer, mas meus filhos não querem”. Elis

“A minha mama que sobrou é enorme, gostaria muito de diminuir esta e colocar uma prótese na que tiraram. Eu não gosto com ou sem roupa, não estou contente, as pessoas notam, e isso que eu uso enchimento”. Gabriela

- **O Olhar dos Outros Sobre Meu Corpo**

As experiências da imagem corporal são fornecidas através de terceiros e determinadas socialmente. Nas entrevistas, as idosas relataram sentimentos solidão, inferioridade e preocupação de chamar a atenção das pessoas para a ausência da mama e da doença.

“A gente se sente inferior porque as pessoas sabem que você fez a cirurgia e querem ver, ficam olhando, ainda mais que a outra mama que sobrou é enorme, eu fico meio torta, é estranho até usando a prótese presa no sutiã. A quimioterapia também não é fácil, é ruim perder os cabelos, as pessoas vêem que você é doente”. Helena

“Eu sou velha, não tenho marido, sou sozinha, mas acho que se eu fosse mais nova ia sofrer um choque. Eu uso enchimento no sutiã, acho que os outros não notam que falta uma mama”. Irene

“Meu marido morreu há muito tempo e homens agora não me importam mais. Estou velha e sem seio. Até uso as próteses que a minha filha comprou, pelo menos não aparece a falta da mama”. Camila

“Não sinto falta do seio, já sou velha, mas sou um pouco vaidosa e eu uso um seio postiço, de mentirinha, daí os outros não sabem que eu não tenho seio”. Ana

4 - Percepções do Próprio Envelhecimento

Nesta categoria, as entrevistadas referem-se ao próprio processo de envelhecimento, que percebem ser natural, mas gerador de limitações e doenças.

“Acho natural, a vida é essa, faz parte da vida envelhecer, mas poderia só não ficar doente, ter mais força pra realizar as atividades, mas todo velho tem problemas, vivem em hospital”. Camila

“Sabe que há pouco tempo eu não me preocupava com isso, mas a gente de uma hora para outra, vê que está ficando velho. O problema é ser velho e doente, se a gente pudesse ficar velho e sadio tudo bem, mas a velhice traz doenças, é inevitável”. Juliana

“Eu nunca parei pra pensar se eu sou velha. Mas eu estou ficando velha e o tempo está passando. Eu tenho que fazer tudo com menos agilidade, mas procuro fazer uns serviços em casa, faço comida, tiro frutas do pátio e ainda cuido dos meus netos”. Elis

“Eu me acho velha, mas acho que até estou bem, faço umas coisas em casa, cozinho, limpo o pátio, pego ônibus, canso um pouco, mas tento fazer as coisas. Só não caminho ligeiro e nem subo escada rápido, tenho medo de cair”. Denise

“A gente só sente que envelheceu quando olha pros amigos e vê o envelhecimento deles. Eu quero é saúde, eu não tenho problema em envelhecer. Ainda quero comemorar meu aniversário este ano... A idade traz mais conhecimento, melhor visão da vida”. Gabriela

“Eu queria envelhecer mais rápido. Quando mais rápido melhor... Eu queria estar com 79 anos... Não vou durar tanto...” Laura

3.4 Discussão

A proposta desta pesquisa surgiu através do acompanhamento de pacientes em fase de reabilitação física durante o período pós-operatório de MRM sem reconstrução no CEMA – HSL – PUCRS. A partir destas observações, verificamos que as alterações físicas e psicológicas causam impacto na vida diária e na qualidade de vida dessas mulheres.

As categorias analisadas possibilitaram compreender algumas faces das mulheres idosas mastectomizadas que não realizaram reconstrução mamária, a partir das percepções, pensamentos e sentimentos em relação a sua imagem corporal. Também analisamos as categorias de descoberta do câncer de mama, a relação com os serviços e os profissionais médicos no diagnóstico e tratamento da doença e as percepções do próprio envelhecimento.

Na categoria Descoberta do Câncer de Mama, os relatos revelaram a desinformação das mulheres quanto à doença, pois oito das onze entrevistadas não realizavam exames clínicos nem diagnósticos para as mamas, sendo que, somente duas, fizeram referência ao auto-exame das mamas. As mulheres de 60 ou mais anos, tem como fator de risco para desenvolvimento do câncer de mama a idade avançada.^{1,2,3,7}

A reação da mulher ao diagnóstico de câncer de mama, depende de características próprias de personalidade, à sua história de vida, ao contexto social em que se encontra, ao estadiamento da doença, ao tipo de tratamento proposto pela equipe médica e o suporte emocional de terceiros (familiares, amigos, psicólogos, psiquiatras). O diagnóstico do câncer de mama apresenta-se como um marco para a construção de uma nova identidade feminina e história de vida¹¹.

Os sentimentos de medo e angústia, e a negação da doença, também levaram ao adiamento da busca por tratamento adequado. Oito das onze entrevistadas relataram ter descoberto o tumor informalmente, sentindo um caroço na mama. Destas somente duas procuraram orientação médica imediata. . Outro aspecto que demonstra a desinformação quanto à doença, é o relato de seis mulheres que, mesmo sentindo a alteração mamária, não buscaram orientação médica pela ausência de dor na mama, levando ao avanço da doença.

Em nenhum momento nesta questão norteadora, a palavra câncer foi relatada pelas mulheres idosas, demonstrando que ainda existe um grande estigma quanto à doença e suas conseqüências. É importante destacar os estereótipos que o paciente oncológico carrega consigo. Muitas entrevistadas revelaram que sentiram e vivenciaram o estigma depois do procedimento cirúrgico mutilante, seja pelo novo contexto corporal, seja pela doença câncer, que quase sempre é relacionada com a morte.

Na categoria Relação com os Serviços de Saúde e Profissionais Médicos no Tratamento, os relatos se referem aos serviços de saúde de origem (postos de saúde) e o CEMA, onde realizaram o procedimento cirúrgico. Quanto aos serviços de saúde, cinco entrevistadas relataram descontentamento com os serviços de saúde de origem, pela demora no encaminhamento ao serviço especializado. O encontro de serviço especializado e gratuito, com profissionais qualificados revelou satisfação das onze entrevistadas. Os depoimentos não sugerem um perfil específico mais apropriado de profissionais médicos para conduzir o processo terapêutico.

É importante que os serviços públicos de saúde com atendimento a saúde da mulher estabeleçam e aprimorem uma política de informação e detecção precoce do câncer de mama. Por isso, uma recomendação sugerida com base neste estudo, é que se busque a ativa inclusão

deste aspecto na rotina de ações de atenção à saúde feminina. Desde a capacitação de profissionais da saúde, ao acesso das mulheres a exames diagnósticos, como a ecografia mamária e a mamografia.²⁰ Para que isso ocorra de modo efetivo e adequado, é necessário, também, que se estabeleça um processo contínuo de discussão envolvendo a comunidade e a equipe de saúde a respeito dos critérios de detecção do câncer de mama, de acordo com a faixa etária da mulher.

Também sugerimos que os serviços de mastologia que tratam de mulheres com câncer de mama, ofereçam programas de intervenção psicológica e grupos de suporte psicoterapêuticos, durante todas as fases do tratamento médico, para que estas mulheres tenham um ajustamento psicossocial adequado.²¹ Isso se justifica, pois a mulher com câncer de mama, passa por vários lutos ao longo do processo de tratamento. O primeiro luto pela possibilidade de ter câncer, o segundo quando confirma o diagnóstico, o terceiro no procedimento cirúrgico, o quarto luto pela alteração da imagem corporal e o quinto luto pelas morbidades relacionadas aos tratamentos realizados para a doença, como radioterapia, quimioterapia, a hormonioterapia e o próprio procedimento cirúrgico. O processo de luto se caracteriza por um conjunto de reações diante de uma perda, envolvendo uma sucessão de quadros clínicos que se mesclam e se substituem.²²

Na categoria Perda da Mama, foi verificado três subcategorias. A primeira subcategoria, Olhando e Sentindo o Próprio Corpo, se refere a imagem corporal objetiva própria. Ela revela que as idosas, após a MRM sem reconstrução, vêem suas imagens corporais diferentes, relatando sentimentos de inferioridade, tristeza e descontentamento com a mudança na sua feminilidade pela falta da mama. A mastectomia afeta a imagem corporal feminina

abruptamente. A imagem corporal alterada, relacionada a sexualidade e estilo de vida, interfere na condição de qualidade de vida da mulher mastectomizada.^{23,24}

Esses sentimentos são mais de auto-reflexão e reação a estímulos externos. Os sentimentos estabelecem uma relação entre a consciência humana e aquilo que lhe é exterior e também a participam da avaliação da experiência, e esta avaliação passa a fazer parte da experiência vivenciada.³⁰

A subcategoria O Corpo Desejado, se refere a imagem corporal idealizada pelas entrevistadas. As idosas demonstraram a vontade de realizar procedimento de reconstrução mamária, buscando a recuperação da sua identidade feminina.

O SUS, por meio de sua rede de unidades públicas ou conveniadas, autorizou desde o ano de 1999, pela lei 9.797, os serviços de cirurgia plástica reconstrutiva de mama, em mulheres que sofreram mutilação total ou parcial de mama, decorrente de utilização de técnica de tratamento de câncer, utilizando-se de todos os meios e técnicas necessárias.²⁷ Mas somente desde abril de 2006, essa cirurgia é realizada imediatamente ao procedimento de mastectomia, podendo ser utilizadas próteses mamárias de silicone.

A reconstrução mamária imediata possui vantagens no resultado estético e custo benefício para as mulheres mastectomizadas. Sentimentos de melhora na auto-estima, na imagem corporal, na sexualidade e qualidade de vida geral, estão relacionados as pacientes que fazem esse tipo de procedimento imediatamente.^{10,21}

A subcategoria O Olhar dos Outros Sobre o Meu Corpo, se refere a imagem corporal fornecida através de terceiros e determinada socialmente. A ausência da mama, num contexto social, se mostrou caracterizada por sentimentos de inferioridade, solidão, constrangimento e

preocupação de chamar a atenção para sua doença. A imagem corporal é importante para a maioria das mulheres idosas.²⁵

Esses sentimentos negativos relatados pelas entrevistadas interferem no prazer, consomem energia e nos deixam exauridos, com uma sensação de truncamento, vazio e solidão. Os sentimentos negativos tem o impacto da perda, como a percepção de pequenas mortes, para onde olhemos.³¹

Cinco mulheres relataram que a idade avançada e a falta de marido ou companheiro, são fatores que diminuem ou amenizam o sofrimento pela falta da mama. A alteração na vida sexual feminina, em pacientes sobreviventes ao câncer de mama, tem como fatores desencadeantes a depressão, os relacionamentos amorosos sem afinidade e a idade das mulheres.²⁶

Na questão norteadora, Percepção do Próprio Envelhecimento, nota-se que existe a idéia concreta de finitude da vida humana e o envelhecimento, apesar de normal do ser humano, é gerador de limitações e doenças. As marcas do sofrimento psicológico acompanhadas pela incerteza quanto ao adoecer e a idade avançada propiciam que, mesmo após o procedimento cirúrgico e tratamentos associados como a radioterapia e a quimioterapia, o câncer se mantenha como uma realidade constante em seus pensamentos, influenciando suas vidas. As pacientes idosas necessitam de atenção especial dos profissionais da saúde em todo o processo de assistência oncológica.²⁸

Com a aproximação da velhice, o corpo, operando a tarefa de modificar-se, suscita sentimentos de perda, vividos na desoladora recrudescência do desamparo. Importa reconhecer os próprios desejos e seguir na busca dos meios para satisfazê-los, tarefa exaustivamente reiniciada e persistentemente marcada pela incompletude.²⁹

As perdas relatadas pelas entrevistadas incluem abandono e ser abandonado, mudanças e seguir o próprio caminho, separações e partidas dos que amamos. São perdas conscientes e inconscientes de sonhos românticos, expectativas impossíveis, ilusões de liberdade e poder, ilusões de segurança e a perda do próprio eu jovem, o eu que se julgava imune as rugas, invulnerável e imortal.³¹

Na maturidade, momento de despedida do corpo jovem, estamos imersos no processo de socialização da representação que se opera nos corpos. É preciso responder ao apelo social, traduzido em marketing da juventude. São necessários aí, esforços e ajustes, compreensões ilegítimas do tempo, tentativas de reversão do impossível, tudo a postos para atender às expectativas do suposto interlocutor.³²

Na transcendência do corpo e do ego versus a preocupação e com o ego, são ajustamentos psicológicos, significando provavelmente ajustamentos difíceis para as pessoas idosas irem além da preocupação consigo mesmas e com suas vidas, para uma aceitação de incerteza da morte.³³

Não podemos deixar de considerar os estereótipos em relação a mulher. A mulher idosa depara-se com a problemática no mínimo dupla, gerada por dois tipos de discriminação, como mulher e como idosa. Cada sociedade cria a sua visão, suas perspectivas, e a experiência do envelhecimento assinala-se por características específicas para os gêneros.³⁴

3.5 Conclusão

Considerando os resultados obtidos através das entrevistas semi-estruturadas de 11 (onze) mulheres idosas, que realizaram MRM sem reconstrução como tratamento cirúrgico para o câncer de mama, foi possível estabelecer as conclusões nos parágrafos abaixo descritos.

Os resultados deste estudo oferecem importantes elementos para compreender as percepções, os sentimentos e os pensamentos das mulheres idosas, em relação à imagem corporal, depois de realizar MRM sem reconstrução.

A descoberta do câncer de mama se mostra um momento marcante para as mulheres, pela construção de uma nova história de vida. A desinformação, o medo e a negação da doença levaram ao adiamento da busca por tratamento adequado para o câncer de mama.

Uma necessidade apontada neste estudo é de se quebrar o estigma, que o câncer de mama é uma sentença de morte. Facilitar a discussão sobre a doença com a comunidade em geral, buscando caminhos de acesso a exames diagnósticos e clínicos para rastrear o câncer de mama, se mostram fundamentais para reduzir, aos menos, as morbidades após o tratamento cirúrgico para o câncer de mama. Trabalhar o aspecto da importância da prevenção do câncer de mama com a população pode ser, uma das maneiras de reduzir as mortes decorrentes da doença.

Os sentimentos revelados pela perda da mama nos mostram claramente as dificuldades enfrentadas pelas idosas com sua nova imagem corporal. A ausência da mama comprometeu a relação com sua identidade feminina, implicando em sentimentos como a inferioridade, o abandono, a angústia, o medo em lidar com situações de exposição, revelando o desejo de recuperar o órgão perdido.

As percepções das mulheres idosas participantes do estudo sobre seu próprio envelhecimento nos mostram a idéia de ser geradora de limitações, apesar de entenderem ser um processo natural da vida humana. Os sentimentos negativos podem afetar a confiança, a auto-estima e levar ao pensamento de que todas as pessoas de idade avançada pensem da mesma maneira. Entretanto, percebe-se a relação dos indícios desfavoráveis do envelhecimento com o câncer.

Também sugerimos que o acompanhamento psicológico das pacientes seja em todas as fases do tratamento para o câncer de mama. Pois, o adoecer é uma experiência de vida única, experiência de desordem, que adquire uma dimensão específica para a mulher acometida. Com significados importantes para toda a vida, desde a descoberta do câncer de mama, a procura por orientação médica e as experiências no decorrer do tratamento.

3.6 Referências

1. World Health Organization. Cancer. The Breast Health Global Initiative. <http://www.who.int/cancer/bghi.pdf> (acessado em 25/Abril/2006).
2. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancerbase nº 5, version 2.0. Lyon, France. <http://www-dep.iarc.fr> (acessado em 25/Abril/2006).
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006 – Incidência do Câncer no Brasil. http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5 (acessado em 25/Abril/2006).
4. Ministério da Saúde. Estatísticas Vitais. Mortalidade Por Neoplasias. <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> (acessado em 25/04/2006)
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet* 2001; 358: 1389-99.
6. Reis RJ, Medina LF, Welter AP, Deboni BA, Amaral RL, Edelweiss MI. Tratamento do câncer de mama: uma visão histórica. *Revista Brasileira de Mastologia*. 2002; 3:19-22.
7. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia, Viale G. Breast Cancer. *Lancet* 2005; 346:1727-41.
8. Galimberti V, Intra M, Veronesi P, Robertson C, Veronesi U. A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 6:546-53.

9. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 15:
10. Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit. *An Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28: 19-26.
11. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8: 155-63.
12. Cohen L, Hack TF, Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in woman after breast treatment. *Ann Surg. Oncol.* 2000; 55: 427-34.
13. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast cancer. *Eur J Cancer.* 2000; 36: 1938-43.
14. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos Grupos de Pesquisas no Brasil. <http://www.dgp.cnpq.br/buscaoperacional/> (acessado em 25/Abril/2006).
15. Flick U. Uma introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2004.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.
17. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2000.
18. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2004.
20. Anderon BO, Shyyan R, Eniu A, Schith RA, Yip CH, Bese NS et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: An Overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal*. 2006; 12:S3-S15.
21. Vos PJ, Visser AP, Garssen B, Duivenvoorden HJ, Haes HCJM. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling* 2006; 60: 212-19.
22. Parkers CM. *Luto: estudo sobre a perda na idade adulta*. São Paulo: Summus; 1998.
23. Engel J, Kerr J, Raab-Schesinger A, Sauer, H, Hölzel D. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-year Prospective Study. *The Breast Journal* 2004; 10:223-31.
24. Haes JCJM, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *European Journal Cancer Care* 2003; 39:945-51.
25. Figueiredo M, Cullen J, Hwang YT, Rowland JH, Mandelfatt . Breast cancer Treatment in Older Women: Does Getting What You Improve Long-Term Body Image and Mental Health? *J Clin Oncol* 2004; 22: 4002-09.
26. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal* 2005; 11:440-47
27. Ministério da Saúde – Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Alta Complexidade: Câncer – Lei 9.797, de 06 de maio de 1999. http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/Lei_9.797alta_canc.doc (acessado em 24/Abril/2006).

28. Fehlaue F, Tribius S, Mehnert A, Rades D. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005; 92: 217-22.
29. Sauther J, Py L. Pensando perdas e aquisições no processo de envelhecer. IN: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
30. Abbagmo N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
31. Viorst J. Perdas Necessárias. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
32. Goffmann E. A representação do eu na vida cotidiana. Tradução de Maria Célia Raposo. 10 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
33. Papália DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. Tradução de Daniel Bueno. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
34. Degger GG. Gênero e Envelhecimento. São Paulo. Estudos Feministas: 1994.

3.7 Colaboradores

M. E. Uez foi responsável pela concepção, levantamento bibliográfico, coleta de dados, análise das entrevistas, discussão dos resultados e redação do artigo.

A L. Frasson participou da concepção, discussão dos resultados e revisão final.

Ambos participam ativamente o Grupo de Estudos Interdisciplinares em Câncer e Mama - Linha e Pesquisa: Câncer e Mama e Envelhecimento.

Os Autores agradecem ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico – CNPq – Processo Número: 133566/2005-6, pelo financiamento da pesquisa.

4. ARTIGO EMPÍRICO EM INGLÊS

4.1 Introduction

Breast cancer is the second most frequent type of cancer in the world and the first among women. It's estimated that, per year, more than 1,100,000 new cases all over the world occur and this represents 10% of all the types of cancer. Breast cancer represents a world-wide public health problem for its high number of new cases and for its elevated cost of treatment. Occurring especially in women after their forties, even so in recent years there has been noted a phenomenon in a world-wide scale, still un-explainable, which is the considerable growth of its incidence in young women. ^{1,2}

In Brazil, it is estimated for the current year, 467,440 (four-hundred and sixty-seven thousand, four-hundred and forty) new cases of cancer, being for the female gender 237,830 (two-hundred and thirty-seven thousand, eight-hundred and thirty) new cases. The expected number of new cases of breast cancer is of 48,930 (forty-eight thousand, nine-hundred and thirty), with an estimated risk of 52 (fifty-two) cases for every 100 thousand women. The Southeastern region of the country represents the highest incidents with an estimated risk of 71 (seventy-one) new cases for every 100 thousand women. ³

In developed countries, as the United States, Norway, Holland, Denmark and the United Kingdom, there has been an increase followed by a reduction of the mortality rate, which is directly connected to the early discovery of the cancer by mammography and the adequate treatment. In Brazil and in other developing countries, the increase in the incidence is accompanied with the increase of mortality, which is directly linked to its late diagnosis. ^{1, 2, 4, 5}

The treatment of breast cancer has undertaken drastic transformations as the years have gone by. Initially, in 1863, the surgeries were extremely economic, as they consisted in simple tumor extractions without free margins. After 1882, with William Halsted, the treatment of breast cancer became very aggressive, around this time radical mastectomy was initiated. It based its principles that the disease was primarily local, presenting a centrifugal dissemination behavior in stages, beginning on the breast, reaching the loco-regional lymph-nodes and then the tissue at a distance. In this way, it was believed that the complete breast removal, of the chest muscles, of the auxiliary lymph-nodes and, sometimes, from that supraclavicular and from the inner breast represented the surgical attempt to cure cancer. ⁶

Presently, innumerable revolutions have occurred in the research of the biology of breast cancer. These researches have given depth to the knowledge of the sickness, and have brought dramatic changes in the paradigm of the prevention, detection and treatment of breast cancer, being of multi-disciplinary approach, searching for better quality of life for the patients. ^{7,8}

The diagnosis of breast cancer unleashes a series of emotional conflicts, where death and the loss of the breast represent a constant threat to the life of the woman inflicted. Sexual difficulties are common to occur after the surgical procedure and contiguous treatments for breast cancer. These problems must be taken into account in regards to the quality of life of these women. ^{9,10,11}

Women with breast cancer, besides facing common fears that any oncology patient needs to face still faces some specific fears in their specific case. The breast has a special meaning to the corporal image of a woman and its surgical removal causes an intense psychological impact on the patient, mainly for being a feminine trace and an important psychosexual symbol. ^{9,10}

The women submitted to conservative surgeries as quadrantectomy and the tumorectomy present a lesser psychological comorbidity, to those that were submitted to radical surgeries.¹² Younger patients who were submitted to radical mastectomy present a high level of psychological suffering, depression, alterations of corporal image and self-image.¹³

The objective of this present research was to identify the perceptions, the thoughts and the feelings about the image of older women's bodies that have undergone radical-mastectomy or modified radical mastectomy without the reconstruction of the breast with surgical treatment for breast cancer. The idea is that understanding the difficulties involved would allow us to indicate strategies of recovery.

4.2 Method

This research is part of an integrated project on the line of study of Breast Cancer and Aging, from the group of Interdisciplinary research of Breast Cancer, from the center of Research Groups in Brazil – CNPq, certified by Pontifícia Universidade Católica of Rio Grande do Sul.¹⁴ The group initiated its activities in 2005 for the need of an interdisciplinary approach of the patients with breast cancer, searching better therapeutic resources in the various areas involved, giving all better life conditions to challenge the sickness.

Qualitative studies were performed, transversally and descriptively.^{15, 16} The qualitative approach concerns itself with a level of reality which can't be quantified; it deals with a universe of significant, motives, aspirations, values and attitudes, which correspond to a much deeper relation, to the processes and the phenomenon that can't be reduced to operationalization of variables.¹⁷

10 women of equal age or over 60 years of age (date of reference: October, 01st 2005), which underwent radical mastectomy or modified radical mastectomy without reconstruction for surgical treatment of breast cancer, all patients from the Breast Ward of São Lucas Hospital from Pontifícia Universidade Católica of Rio Grande do Sul (CEMA – HSL – PUCRS).

The participants were chosen from profiles relevant to the proposed research, combining aspects such as, gender, age, date and location of the surgical procedure, type of surgery performed for the treatment of breast cancer, and characteristics like the segment performance at CEMA and the utilization of the *Unique Health System* (SUS). The criteria for exclusion were: patients who had undergone surgery prior to six months or over two years, which underwent breast reconstruction or presented bilateral breast cancer, those treated in other

hospital facilities, those who used sleeping pills or anti-depressive medications and/or couldn't present conditions to answering questions.

The casuistry at CEMA indicated that in the year 2004, 176 women had been submitted to surgical procedures for breast cancer, of these 34 (thirty four) had been submitted to RMM. In the year 2005, 153 women had been submitted to surgical procedures for breast cancer, of these 29 (twenty nine) had undergone RMM.

Of the 23 (twenty three) patients eligible for the research according to the age and the type of surgical procedure in the years 2004 and 2005, 16 (sixteen) were interviewed. Of these, 5 (five) were excluded, because they used sleeping pills or anti-depressive medication. From the eligible 2 (two) others were excluded, they had been undergone RMM over two years, 2 (two) that were not present at CEMA for the continuation, 2 (two) underwent chemotherapy, 1 (one) underwent mammary reconstruction.

Contact was established with potential participants to the research according to their schedules of routine at CEMA. The patients were consulted regarding their interest in participating and informed of the objectives and methodology utilized, as was clarified that participating in the research wouldn't bring any risk or discomfort. There were no refusals in participating.

The number of participants wasn't defined *a priori*, as is common in qualitative research, being defined throughout the research process, second criterion of ample homogeneity, being that the sample was closed when answers from the new informants repeated themselves, according to the evaluation of the research, of the supervisor and of the academic pairs.¹⁵ The researchers classified that the empiric material already allowed to trace a comprehensive

situation to the matter investigated. The investigation included: socio-demographical and clinical data from the patients and in-depth interviews, of statements, taken from 11 elderly women, collected at CEMA.

The interviews took place between the period of October, 2005 and May, 2006, always by the same researcher, together with CEMA. The interviews followed a semi-structured script with means of stimulating verbalizations, acquiring information about the proposed theme. They were carried out in a unique meeting, with the duration of forty minutes to one hour. Only one script was utilized. The socio-demographic and clinical questions referred to: name, general registry, address, telephone, date of birth, age, marital status, children, level of education, clinical diagnosis, date of the surgical procedure, type of surgical procedure, doctors responsible, associated treatments, interdisciplinary approach and medication utilized. The questions from the research were three: (1) how was the treatment for breast cancer discovered? (2) how do you perceive and feel your body after the surgery in relation to how you perceived and felt it before the surgery? (3) how do you perceive your own aging? All the participants signed an agreement of knowledge and consent, which guaranty's anonymity, and desistence in participating at any moment, without harming themselves, nor any type of change in the treatment already established.

For the analysis of the interviews we opted for the Context Analysis of Laurence Bardin, which consisted in the literal transcription of the interviews, of an initial analysis and elaboration of categories. The process of analysis took place in the following manner: from the interviews, a work-sheet was created with two columns, on the first column was placed the rough draft (literal transcription) and on the second was made an initial analysis which focused on the creation of categories from in depth reading of more significant aspects mentioned by the

participants. By organizing it this way we could put together the second column, in which were put the established categories, of which represented the achieved results. Then, after the whole process, the results could be transcribed and discussed.¹⁶

The research project was approved by the Ethical Committee of Research from Pontificia Universidade Católica of Rio Grande do Sul and Post Graduation Program in Biomedical Gerontology, as was the agreement of knowledge and consent, according to document number 935/05 – CEP.

4.3 Results

4.3.1 Participants of the Research

The participants of the research were composed of 11 women selected from the 53 that had been submitted to radical modified mastectomy in the years of 2004 and 2005. These presented themselves at CEMA - HSL - PUCRS, for postoperative accompaniment of breast cancer, during the period of October, 2005 to May, 2006, selected from 23 of the eligible according to type of surgical procedure and age.

The socio-demographic data of the 11 participants of the research showed that at the date of the interview, the patients had an age range between 60 to 81 years of age, being the average of 67,81 years of age. The 11 patients (100%) stated they had children, being that 3 (27.27%) are married, 5 (45.45%) are widowed and 3 (27.27%) are divorced. As for the level of education, there was a predominance of patients who had not concluded Junior High School, occurring in 9 (81.81%) of the patients, being that 1 (9.09%) completed Junior High School and 1 (9.09%) completed High School. Concerning their occupations, 8 are retired, 2 are pensioners from *INSS* and 1 is a house wife. All the patients proceeding from the SUS (*Unique Health System*). And underwent surgical procedure at CEMA

4.3.2 Interviews

In the present research we analyzed the interviews of elderly women who were submitted to radical modified mastectomy without reconstruction. The survey of the categories provided insight to the reality lived by the elderly women since the discovery of the lump to

their perceptions, thoughts and feelings for the loss of the breast and the corporal image implications. The analysis of the interviews totalized 54 (fifty-four) sheets of paper, each sheet with a table of two columns. As a result of this experience we noted the existence of 4 categories, plus 3 categories which are: (1) the Discovery of Breast Cancer; (2) Interaction with Medical and Public Health Services in the Treatment; (3) Breast Loss (Subcategories: Looking at and Feeling your Own Body, the Desired Image and Other People Looking at My Body) and (4) Perceptions of aging.

All names stated are fictitious in order to preserve the identity of the patients. The topics discussed by the informants are described below.

1 - The Discovery of Breast Cancer

The discovery of the sickness becomes an initial mark for the construction of a new identity and life story. In this category, 8 of the 11 patients reported having discovered in an informal way the node in the breast, of these only two mentioned at the self-exam of the breasts.

“I felt a lump as I showered and I quickly went to see a doctor. I was told to do some exams and when they asked me once again to re-do the exams, I realized that I had something”.

Fernanda

The discovery was when I saw an advertisement on TV about the fight against breast cancer and did a self-exam while in the shower, I felt a lump and I booked an appointment, I went through various exams”. Juliana

They have also shown lack of knowledge about the sickness and its consequences.

“On a certain day while in the shower I felt a tiny lump in the breast and waited to see what it was, when I realized it was huge, I went to see a doctor. I was terrified, I did not want to go through surgery, and the thought of being without a breast scared me. But I had a tumor, which needed to be removed”. Denise

“I found out at home, while taking a shower, I felt a little lump, but it never really hurt so I didn’t bother to see a doctor... After I told my daughter I did some exams through my health insurance, had a biopsy... and then I discovered”. Irene

Another participant reported:

“I went to a health facility one day and the doctor told me to do a mammography exam. She told me I had a tumor. I did not want to go through surgery. I had never felt pain, what I felt was the size of the tumor had started to increase. I only came back when the breast was in critical condition, all deformed”. Ana

Another important aspect that is evident is the precariousness of the *SUS*, being the average waiting time for a doctor’s appointment is of one year.

“Finding out was a trial. I felt a lump in the breast and went to the nearest Health Facility, I did some exams, but nothing showed up. I had to pay for an echography only then did it work. Only a year later, did I go for a biopsy when the public health services contacted me. The odd thing is that I did not feel any pain”. Helena

2 - Interaction with Medical and Public Health Services in the Treatment

The statements remaining to this category refer to the patients interaction with the health services (health centers) and where they had undergone the surgical procedure (CEMA). They also mention their feelings towards the doctors, the doctor being the main reference of the

patient, both in the aspects of objective diagnosis and treatment of the sickness (diagnostic exams, surgical procedure, radiotherapy, chemotherapy, hormone therapy), as for the subjective aspects (reliable or unreliable, expectations, depression, fear).

“It took awhile for the City hall to send me to the health center, but when I arrived it was all very quick. I am sad because if I had had an appointment earlier in my home town, perhaps I wouldn’t need to go through all of this”. Helena

“I did some exams at the local health center close to my house and the doctor sent me to the Health Center because I had a node. I didn’t even have time to feel fear; before I knew it they were already performing surgery on me. They (the doctors) never let me lose the desire to live”. Elis

“I am treated very well here. So much is said of SUS (*Unique Health System*), we see all those horrors on television and with me, it’s so different, in all the specialties, in mastology, in radiology, in oncology...” Gabriela

“It is not easy to receive this sort of news, but the doctors helped a lot, always treated me very well”. Fernanda

“When I found out, I thought it was some sort of joke, but they (the doctors), helped me in such a way, I will always be thankful to them”. Laura

“I was sent straight away to the Health Center, I underwent surgery three weeks after the first doctor’s appointment. I had weekly accompaniment, they took care of me very well, up to this date the doctors know who I am”. Ana

3 - Breast Loss

In relation to this category, the interviewed reported the occurrences of corporal image modifications and differences in the physical esthetics. From then on, they become aware of the importance that the breast has in the corporal and socio-cultural context. This category approaches three subcategories: looking at and feeling your own body, the desired image and other people looking at my body.

- **Looking at and Feeling your own body**

The women interviewed disclosed how they relate to their own objective corporal image. How they identify to the mutilated body given the perception it has to its current body, modified and different. Dissatisfaction was demonstrated with change in the feminine identity by the lack of the breast and the sensation of impotence in deciding on the destination of their body, because of the impossibility to change the medical indication for radical modified mastectomy.

“I lost a breast, I did not want this, but had no choice”. Camila

“It took me a while before I looked at myself in the mirror, I still haven’t gotten used to this, but I don’t despair, I have to accept myself the way I am”. Fernanda

“At first it was difficult; I no longer felt like a woman, it isn’t easy...” Helena

“Of course I miss my breast, I feel mutilated and still this cancer persists... No matter how many surgeries I go through, remove all my body parts, the cancer is still there”.

Bruna

“Being without a breast is horrible, at times it feels like I still have it, passing my hand shows otherwise, there’s nothing. It’s really weird”. Denise

- **The Desired Body**

This category refers to the corporal image idealized by the interviewed women, the feminine corporal image they would like to have. They reveal the necessity to recoup the lost organ through mammary reconstruction, representing a possibility to recoup their femininity.

“I’m regret having removed a breast, it’s awful without it, I wish I could have both of them again. I would be a normal woman again”. Laura

“I lost a piece of my body, but I’m alive. I would really like to do the reconstruction, the doctors said I could have it done, but my children don’t want it”. Elis

“My remaining breast is huge, I would like to make it smaller I dislike it, with or without clothes, I am not happy because people notice, even when wearing filling”. Gabriela

- **Others Looking at your Body**

The experiences of the corporal image are supplied through others and determined socially. During the interviews, the elderly women reported feelings of solitude, inferiority and concern in drawing attention from others because of the lack of the breast and the illness.

“We feel inferior because people know that you’ve undergone the surgery and they want to see, they stare, worse being that the other breast is huge, it’s difficult to stand up straight, it’s strange even if I’m using the prostheses attached to the bra. The quimo also isn’t easy, it’s terrible to have hair lose, and people see that you are sick”. Helena

“I am old, without a husband, I am alone, but I think if I were younger it would be a much bigger shock. I use filling in my bra, I don’t think others notice I’m missing a breast”.
Irene

“My husband died a long time ago and men no longer concern me. I’m old and without a breast, I even use the prostheses that my daughter bought, at least the lack of a breast doesn’t show.” Camila

“I do not miss the breast, I am already old, I am not such a vain person and I use a detachable breast, then others don’t know that I’m missing a breast”. Ana

4 - Perceptions of aging

In this category, the women interviewed refer to the process of aging, that they understand to be natural, but there are limitations and sicknesses.

“I find it natural, that’s life, aging is part of life, but we could do without getting sick, have more strength to carry out the activities, but all elderly have problems, they live in a hospital”. Camila

“Not long ago I didn’t worry about this, but, with a snap of a finger you realize that you’re getting old. The problem is being old and sick, if we could get old and healthy, ok, but growing old brings sickness, it’s inevitable”. Juliana

“I never stop to wonder if I am old. But I am getting old and time is passing. I have to do everything with less agility, but I try to deal with the house keeping, cooking, clean the patio and still, take care of my grandsons”. Elis

“I think I’m old, but I think I am ok, I do things at home, I cook, clean the patio, I catch the bus, I get a little tired, but I try to do things. I don’t walk fast, I’m always careful on the stairs, I’m afraid of falling”. Denise

“People only feel they’ve aged when they look at friends and see the aging on them. I want health, aging does not bother me. I still want to celebrate my birthday this year...age brings more knowledge, better view of life”. Gabriela

“I wanted to age faster. The faster the better... I wanted to be 79... I won’t last that long”... Laura

4.4 Discussion

The purpose of this research came through the accompaniment of patients in physical rehabilitation phase during the postoperative period of RMM without reconstruction at CEMA - HSL - PUCRS. From these observations, we verified that the physical and psychological alterations which occurred after the RMM, cause daily impact in the lives of the women whom submit themselves to this type of more aggressive surgical procedure.

The analyzed categories made it possible to understand different moments of the mastectomized elderly women who had not undergone mammary reconstruction, from their perceptions, thoughts and feelings in relation to their corporal image. We also analyzed the medical categories of the discovery of breast cancer, in relation to the services and medical professionals in the diagnosis and treatment of the illness and the perceptions of their aging.

In the category Breast Cancer Discovery, the stories disclosed the lack of information of women in regards to the illness, nine of the eleven interviewed did not carry through clinical exams nor periodic diagnostic for the breasts, being that, only two, made reference to the auto-exam of the breasts. The women 60 years or over, have as a risk factor the development of breast cancer because of their advanced age.^{1,2,3,7}

Women's reactions to the diagnosis of breast cancer, depends on personal characteristics, life story, level of society, the stage of the illness, the type of treatment proposed by the medical team and the emotional support of others (family, friends, psychologists, psychiatrists). The diagnosis of breast cancer is presented as a mark for the construction of a new feminine identity and life story.¹¹

The feeling of fear and anguish, and the denial of the illness, has also led to the delay in searching for adequate treatment. Eight of the eleven interviewed reported having informally discovered the tumor, feeling a lump in the breast. Of these, only two sought immediate medical orientation.

At no moment in this decisive matter, the word cancer was mentioned by the elderly women, but demonstrated through the reports that there still exists a big stigma in regards to the sickness and its consequences. It is important to highlight the stereotypes which the oncological patient carries. Many of the interviewed women reported that they felt and lived the stigma after the mutilating surgical procedure, either through the new corporal context, or through the sickness cancer, which is almost always related to death.

In the category Interaction with the Medical and Public Health Services in the Treatment, the reports refer to the health services (health centers) and CEMA, where the surgical procedure took place. As for the health services five women interviewed reported being discontent with the health services, for the long wait in being attended and the performance in diagnostic exams, and also in forwarding them to the specialized treatment. The specialized treatment is free of charge, with qualified professionals which satisfied the eleven interviewed women. The statements don't suggest a specific profile more appropriate doctors to conduct the therapeutical process.

It's important that the public health services for women establish and improve a point of view of information and early detection of breast cancer. That's why, a recommendation was suggested with basis on this research, and that we seek to actively include this aspect in the routine of the feminine health. From the capitation of health professionals to the access for women of diagnostic exams, such as mammary ultrasonography and

mammography.²⁰ For this to occur in an effective and adequate way, it's necessary, that we establish a continual process of discussion involving the community and the health team about the criteria of the Discovery of breast cancer, according to women's age range.

We also suggest that the mastology services which treat women with breast cancer offer psychological intervention programs and psychotherapeutical support groups, during all the phases of the medical treatment, in order for these women to have an appropriate psychosocial adjustment.²¹ This is justifiable, because women with breast cancer, go through many trials throughout the process. The first trial being the possibility of having cancer, the second when the diagnosis is confirmed, the third in the surgical procedure, the fourth trial because of the alteration of the corporal image and the fifth trial because of the morbidity related to the treatment of the sickness, like radiotherapy, chemotherapy, hormone-therapy and the surgical procedure. The trial process is characterized by a number of reactions related to loss, involving a sequence of clinical findings which mix and substitute themselves.²²

In the category Breast Loss, three subcategories were noted. The first subcategory, Looking at and Feeling my Body, refers to the self-objective corporal image. It reveals that the elderly women, after RMM without reconstruction, see their corporal images differently reporting feelings of inferiority, sadness and discontentment with the change in their femininity by the loss of the breast. Mastectomy abruptly affects the feminine corporal image. The altered corporal image, related to sexuality and lifestyle, interfere in the quality of life of mastectomized women.^{23,24}

The subcategory The Desired Body, refers itself to the ideal corporal image of the interviewed women, the elderly showed a desire to undergo the procedure of breast reconstruction, searching for the recuperation of their feminine identity.

The SUS, by means of its network of public or private health centers, has authorized since the year of 1999, by the law 9.797, the services of plastic surgery reconstruction of the breast, in women who suffered total or partial breast mutilation, because of the utilization of technique treatment of cancer, using all means and techniques necessary.²⁷ But only since April 2006, has this surgery been carried out immediately after the mastectomy procedure, being available the use of silicon mammary prosthesis.

The immediate mammary reconstruction has esthetic advantages and cost benefit for the mastectomized women. Feelings of improvement in self-esteem, in the corporal image, the sexuality and the quality of life in general, are related to the patients who have undergone this procedure immediately.^{10,21}

The subcategory Other People Looking at my Body, relates to the corporal image through others and socially defined. The absence of the breast, in a social context, presented itself characterized by feelings of inferiority, solitude, embarrassment and concern in drawing attention because of the illness. The corporal image is important for the majority of the elderly women.²⁵

Five women stated that their advanced age and the lack of a husband or friend are factors that diminish or reduce the suffering of the lack of the breast. Alteration in the feminine sexual life, in patients surviving from breast cancer, has unleashing factors depression, loving relationships without affinity and the age of the women.²⁶

In this decisive matter, Perceptions of Aging, it's noted the existence of a concrete idea of finitude of the human being's life and aging, although normal of the human being, he is a generator of limitations and illnesses. The marks of psychological suffering followed by the uncertainty of getting ill and advanced age propitiate that, even after the surgical procedure and

associated treatments as radiotherapy and chemotherapy, cancer is kept as a constant reality in their thoughts, influencing their lives. The elderly patients need special attention from health professionals during the entire process of oncological assistance.²⁸

With the approach of the oldness, the body, operating the task to modify itself, excites loss feelings, lived in the desolating recrudescência of the abandonment. It matters to recognize the proper desires and to follow in the search of the half ones to satisfy them, task exhaustingly restarted and persistently marked by the incompleteness.²⁹

The losses told for the interviewed ones include abandonment and abandoned being, changes and to follow the proper way, separations and departures of that we love. They are conscientious and unconscious losses of romantic dreams, impossible expectations, illusions of freedom and power, illusions of security and the loss proper to young I, I that if I judged immune to time, immortal invulnerable.³¹

In the maturity, moment of farewell of the young body, we are immersed in the process of socialization of the representation that it operates in the bodies. She is necessary to answer to I appeal to social, translated in marketing of youth. They are necessary there, efforts and adjustments, illegitimate understandings of the time, attempts of reversion of the impossible one, everything the ranks to take care of to the expectations of the presumption interlocutor.³²

In the transcendência of the body and the ego versus the concern and with the ego, they are psychological adjustments, meaning probably adjustments difficult to aged people to go beyond the concern I obtain same and with its lives, for an acceptance of uncertainty of the death.³³

We cannot leave to consider the estereótipos in relation to the woman. The aged woman comes across herself with problematic at least double one, generated for two types of

discrimination, as woman and as aged. Each society creates its vision, its perspectives, and the experience of the aging is designated for specific characteristics for the sorts.³⁴

4.5 Conclusion

Considering the results achieved through the semi-structured interviews of 11 (eleven) elderly women, who underwent RMM without reconstruction as surgical treatment for breast cancer, the following conclusions were established.

The results of this research offer important elements to comprehend the perceptions, the feelings and the thoughts of the elderly women, in relation to their corporal image, after undergoing RMM without reconstruction.

The discovery of breast cancer becomes an important moment for women, because it is the starting point of something new in life. Lack of information, fear and denial of the illness led to the delay in searching for adequate treatment of breast cancer.

A necessity brought out in this research is the loss of stigma, that breast cancer is a death sentence. To facilitate the open the discussion about the illness with the community, searching for accessible ways for diagnostic and clinical exams to track the breast cancer, they become essential in reducing, to the least, the morbidity after the surgical treatment of breast cancer. Manage the important aspect of the prevention of breast cancer with the population can be, one of the ways to reduce the deaths which occur from the illness.

The feelings disclosed for the loss of the breast clearly shows us the difficulties faced by the elderly with their new corporal image. The absence of the breast compromised the relation with their feminine identity, implying in feelings as inferiority, abandonment, anguish, fear in dealing with the public, showing the desire to recuperate the lost organ.

The perceptions of the participant aged women of the study on its proper aging in show the idea to them of being generating of limitations, although to understand to be a natural

process of the life human being. The negative feelings can affect the confidence, auto-they esteem and to lead to the thought of that all the people of advanced age think in the same way. However, it is perceived relation of the favorable indications of the aging with the cancer.

We also recommend psychological accompaniment of the patients in all the phases of the treatment for breast cancer. As, the illness it is a unique life experience, an experience of disorder, that acquires a specific dimension for women who have had it. With an important meaning for the rest of their lives, since the discovery of breast cancer, the search for medical orientation and the experiences thought out the treatment.

4.6 References

1. World Health Organization. Cancer. The Breast Health Global Initiative. <http://www.who.int/cancer/bghi.pdf> (acessado em 25/Abril/2006).
2. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancerbase nº 5, version 2.0. Lyon, France. <http://www-dep.iarc.fr> (acessado em 25/Abril/2006).
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006 – Incidência do Câncer no Brasil. http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5 (acessado em 25/Abril/2006).
4. Ministério da Saúde. Estatísticas Vitais. Mortalidade Por Neoplasias. <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> (acessado em 25/04/2006)
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet* 2001; 358: 1389-99.
6. Reis RJ, Medina LF, Welter AP, Deboni BA, Amaral RL, Edelweiss MI. Tratamento do câncer de mama: uma visão histórica. *Revista Brasileira de Mastologia*. 2002; 3:19-22.
7. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia, Viale G. Breast Cancer. *Lancet* 2005; 346:1727-41.
8. Galimberti V, Intra M, Veronesi P, Robertson C, Veronesi U. A randomized comparasion of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 6:546-53.

9. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 15:
10. Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit. *An Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28: 19-26.
11. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8: 155-63.
12. Cohen L, Hack TF, Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in woman after breast treatment. *Ann Surg. Oncol.* 2000; 55: 427-34.
13. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast cancer. *Eur J Cancer.* 2000; 36: 1938-43.
14. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos Grupos de Pesquisas no Brasil. <http://www.dgp.cnpq.br/buscaoperacional/> (acessado em 25/Abril/2006).
15. Flick U. Uma introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2004.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.
17. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2000.
18. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.

19. Bardin L. *Análise de Conteúdo*. São Paulo: Edições 70, 2004.
20. Anderon BO, Shyyan R, Eniu A, Schith RA, Yip CH, Bese NS et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: An Overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal*. 2006; 12:S3-S15.
21. Vos PJ, Visser AP, Garssen B, Duivenvoorden HJ, Haes HCJM. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling* 2006; 60: 212-19.
22. Parkers CM. *Luto: estudo sobre a perda na idade adulta*. São Paulo: Summus; 1998.
23. Engel J, Kerr J, Raab-Schesinger A, Sauer, H, Hölzel D. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-year Prospective Study. *The Breast Journal* 2004; 10:223-31.
24. Haes JCJM, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *European Journal Cancer Care* 2003; 39:945-51.
25. Figueiredo M, Cullen J, Hwang YT, Rowland JH, Mandelfatt . Breast cancer Treatment in Older Women: Does Getting What You Improve Long-Term Body Image and Mental Health? *J Clin Oncol* 2004; 22: 4002-09.
26. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal* 2005; 11:440-47
27. Ministério da Saúde – Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Alta Complexidade: Câncer – Lei 9.797, de 06 de maio de 1999. http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/Lei_9.797alta_canc.doc (acessado em 24/Abril/2006).

28. Fehlaue F, Tribius S, Mehnert A, Rades D. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005; 92: 217-22.
29. Sauther J, Py L. Pensando perdas e aquisições no processo de envelhecer. IN: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
30. Abbagmo N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
31. Viorst J. Perdas Necessárias. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
32. Goffmann E. A representação do eu na vida cotidiana. Tradução de Maria Célia Raposo. 10 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
33. Papália DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. Tradução de Daniel Bueno. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
34. Degger GG. Gênero e Envelhecimento. São Paulo. Estudos Feministas: 1994.

4.7 Collaborators

M.E. Uez was responsible for the conception, bibliographical survey, collects of data, analysis of the interviews, and quarrel of the results and writing of the article.

A L. Frasson participated of the conception, quarrel of the results and final revision.

Both actively participate to the Group of Interdisciplinary Studies in Cancer and Breast - Line and Research: Cancer and Suck and Aging.

The Authors thank the National Advice of Scientific and Technological Development - CNPq - Process Number: 133566/2005-6, for the financing of the research.

5. REFERÊNCIAS

1. World Health Organization. Cancer. The Breast Health Global Initiative. <http://www.who.int/cancer/bghi.pdf> (acessado em 25/Abril/2006).
2. GLOBOCAN 2002: Cancer Incidence, mortality and prevalence worldwide. IARC Cancerbase nº 5, version 2.0. Lyon, France. <http://www-dep.iarc.fr> (acessado em 25/Abril/2006).
3. Instituto Nacional do Câncer. Estimativa 2006 – Incidência do Câncer no Brasil. http://www.inca.gov.br/estimativa/2006/index.asp?link=conteudo_view.asp&ID=5 (acessado em 25/Abril/2006).
4. Ministério da Saúde. Estatísticas Vitais. Mortalidade Por Neoplasias. <http://www.datasus.gov.br/datasus/datasus.php> (acessado em 25/04/2006)
5. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Familial breast cancer: collaborative reanalysis of individual data from 52 epidemiological studies including 58 209 women with breast cancer and 101 986 women without the disease. *Lancet* 2001; 358: 1389-99.
6. Reis RJ, Medina LF, Welter AP, Deboni BA, Amaral RL, Edelweiss MI. Tratamento do câncer de mama: uma visão histórica. *Revista Brasileira de Mastologia*. 2002; 3:19-22.
7. Veronesi U, Boyle P, Goldhirsch A, Orecchia, Viale G. Breast Cancer. *Lancet* 2005; 346:1727-41.

8. Galimberti V, Intra M, Veronesi P, Robertson C, Veronesi U. A randomized comparison of sentinel-node biopsy with routine axillary dissection in breast cancer. *N Engl J Med* 2003; 6:546-53.
9. Fobair P, Stewart SL, Chang S, D'Onofrio C, Banks PJ, Bloom JR. Body image and sexual problems in young women with breast cancer. *Psychooncology* 2005; 15:
10. Oiz B. Breast reconstruction and psychological benefit. *An Sist. Sanit. Navar.* 2005; 28: 19-26.
11. Duarte TP, Andrade AN. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia.* 2003; 8: 155-63.
12. Cohen L, Hack TF, Moor C, Katz J, Goss PE. The effects of type of surgery and time on psychological adjustment in woman after breast treatment. *Ann Surg. Oncol.* 2000; 55: 427-34.
13. Al-Ghazal SK, Fallowfield L, Blamey RW. Comparison of psychological aspects and patient satisfaction following breast conserving surgery, simple mastectomy and breast cancer. *Eur J Cancer.* 2000; 36: 1938-43.
14. Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico. Diretório dos Grupos de Pesquisas no Brasil. <http://www.dgp.cnpq.br/buscaoperacional/> (acessado em 25/Abril/2006).
15. Flick U. Uma introdução à Pesquisa Qualitativa. Porto Alegre: Bookman Companhia Editora; 2004.
16. Minayo MCS. O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde. São Paulo: HUCITEC; 1994.

17. Minayo MCS, Deslandes SF, Neto OC, Gomes R. Pesquisa Social: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes; 2000.
18. Turato ER. Tratado de metodologia da pesquisa clínico-qualitativa: construção teórico-epistemológica, discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes; 2003.
19. Bardin L. Análise de Conteúdo. São Paulo: Edições 70, 2004.
20. Anderon BO, Shyyan R, Eniu A, Schith RA, Yip CH, Bese NS et al. Breast Cancer in Limited-Resource Countries: An Overview of the Breast Health Global Initiative 2005 Guidelines. *The Breast Journal*. 2006; 12:S3-S15.
21. Vos PJ, Visser AP, Garssen B, Duivenvoorden HJ, Haes HCJM. Effects of delayed psychosocial interventions versus early psychosocial interventions for women with early stage breast cancer. *Patient Education and Counseling* 2006; 60: 212-19.
22. Parkers CM. Luto: estudo sobre a perda na idade adulta. São Paulo: Summus; 1998.
23. Engel J, Kerr J, Raab-Schesinger A, Sauer, H, Hölzel D. Quality of Life Following Breast-Conserving Therapy or Mastectomy: Results of a 5-year Prospective Study. *The Breast Journal* 2004; 10:223-31.
24. Haes JCJM, Curran D, Aaronson NK, Fentiman IS. Quality of life in breast cancer patients aged over 70 years, participating in the EORTC 10850 randomised clinical trial. *European Journal Cancer Care* 2003; 39:945-51.
25. Figueiredo M, Cullen J, Hwang YT, Rowland JH, Mandelfatt . Breast cancer Treatment in Older Women: Does Getting What You Improve Long-Term Body Image and Mental Health? *J Clin Oncol* 2004; 22: 4002-09.

26. Speer JJ, Hillenberg B, Sugrue DP, Blacker C, Kresge CL, Decker VB. Study of Sexual Functioning Determinants in Breast Cancer Survivors. *The Breast Journal* 2005; 11:440-47
27. Ministério da Saúde – Departamento Nacional de Auditoria do SUS. Alta Complexidade: Câncer – Lei 9.797, de 06 de maio de 1999. http://sna.saude.gov.br/legisla/legisla/alta_canc/Lei_9.797alta_canc.doc (acessado em 24/Abril/2006).
28. Fehlauser F, Tribius S, Mehnert A, Rades D. Health-related quality of life in long term breast cancer survivors treated with breast conserving therapy: impact of age at therapy. *Breast Cancer Research and Treatment* 2005; 92: 217-22.
29. Sauther J, Py L. Pensando perdas e aquisições no processo de envelhecer. IN: Sociedade Brasileira de Geriatria e Gerontologia – Caminhos do Envelhecer. Rio de Janeiro: Revinter; 1994.
30. Abbagmo N. Dicionário de Filosofia. São Paulo: Martins Fontes; 1998.
31. Viorst J. Perdas Necessárias. São Paulo: Melhoramentos; 1998.
32. Goffmann E. A representação do eu na vida cotidiana. Tradução de Maria Célia Raposo. 10 ed. Petrópolis: Vozes; 2002.
33. Papália DE, Olds SW. Desenvolvimento Humano. Tradução de Daniel Bueno. 7 ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 2000.
34. Degger GG. Gênero e Envelhecimento. São Paulo. Estudos Feministas: 1994.

ANEXO A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Convido-a participar da seguinte pesquisa: “Câncer de Mama: Imagem Corporal e Envelhecimento Feminino”. A justificativa da pesquisa está ligada à importância que o câncer de mama tem merecido dos pesquisadores. Mudanças psicológicas podem ocorrer desde o momento em que a paciente recebe o diagnóstico de câncer de mama. Assim sendo, com a descoberta dessas emoções, este estudo poderá oferecer suporte aos profissionais no manejo adequado, antes e depois da cirurgia, no tratamento e no acompanhamento após a alta, propiciando uma melhor qualidade de vida à paciente.

Os objetivos da pesquisa são de analisar as percepções da entrevistada sobre o tratamento cirúrgico (mastectomia radical modificada) para câncer de mama relacionando sua imagem corporal e o processo do envelhecimento. O procedimento da pesquisa será a aplicação de uma entrevista semi-estruturada.

Ressaltamos que a concordância em participar deste estudo não implica necessariamente qualquer modificação no tratamento que será realizado pela equipe médica do Centro da Mama do Hospital São Lucas, nem tampouco os resultados do questionário terão efeitos sobre ele. Da mesma forma, a não concordância em participar deste estudo não irá alterar de nenhuma maneira o tratamento já estabelecido. Sua participação não causará nenhum risco adicional e sua privacidade será garantida, bem como poderá desistir a qualquer momento sem nenhuma repercussão no seu tratamento.

Para tanto, necessitamos do seu consentimento através do termo a seguir:

Eu,....., fui informada dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada. Recebi informações a respeito da

avaliação realizada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações e modificar minha decisão se assim desejar. A fisioterapeuta Maria Elisa Uez (pesquisadora responsável), CREFITO 55.856, certificou-me de que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais, bem como meu tratamento não será modificado em razão desta pesquisa e terei liberdade de retirar meu consentimento de participação na pesquisa, em face destas informações. Caso tiver novas perguntas sobre este estudo, posso chamar a fisioterapeuta Maria Elisa Uez (pesquisadora responsável) no telefone 51 98728066 ou o orientador da pesquisadora, Dr. Antonio Luiz Frasson no telefone 51 3339 2709. O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS, que já aprovou este projeto para ser realizado, está a minha disposição através do telefone 51 3320 3345, ou na sala 228 do Hospital São Lucas, em horário comercial.

Caso concorde em participar desta pesquisa, por gentileza, assine e date este Termo de Consentimento Informado, em duas vias idênticas, das quais uma ficará com você.

Muito obrigado.

Nome da Paciente: _____ Data: _____

Assinatura da Paciente: _____

Nome da Pesquisadora: Maria Elisa Uez Data: _____

Assinatura da Pesquisadora: _____

ANEXO B - GUIA DA ENTREVISTA

GUIA DE ENTREVISTA

Nome: _____ Registro Geral: _____

Endereço: _____ Tel: _____

Data de Nascimento: _____ Idade: _____ Escolaridade: _____

Estado Civil: _____ Filhos: () Sim () Não Ocupação: _____

Data do Proced. Cirúrgico: _____ Tipo do Proced. Cirúrgico: _____

Hospital Realizado: _____ Médicos Responsáveis: _____

Tratamentos Associados: _____

Abordagem Interdisciplinar: _____

Medicamentos Utilizados: _____

1. Como foi a descoberta e o tratamento do câncer de mama?
2. Como você percebe e sente seu corpo depois da cirurgia, em relação ao que percebia e sentia a antes da cirurgia?
3. Como você avalia seu próprio envelhecimento?

ANEXO C - OFÍCIO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA PUCRS



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA - CEP - PUCRS



Ofício nº 935/05-CEP

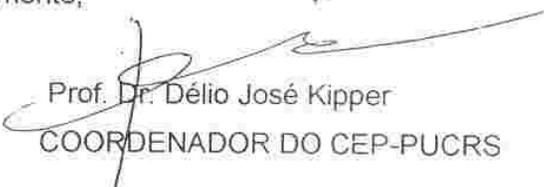
Porto Alegre, 03 de outubro de 2005.

Senhor(a) Pesquisador(a):

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou seu protocolo de pesquisa intitulado: "Câncer de mama: imagem, corporal e envelhecimento".

Sua investigação está autorizada a partir da presente data.

Atenciosamente,


Prof. Dr. Délio José Kipper

COORDENADOR DO CEP-PUCRS

Ilmo(a) Sr(a)
Mest Maria Elisa Uez
N/Universidade

ANEXO D – NORMAS PARA PUBLICAÇÃO EM CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA



INSTRUÇÕES AOS AUTORES

ISSN 0102-311X *versão*

impressa

ISSN 1678-4464 *versão online*

- Objetivo e política editorial
- Apresentação do texto

Cadernos de Saúde Pública/Reports in Public Health (CSP) publica artigos originais que contribuam ao estudo da saúde pública em geral e disciplinas afins, como epidemiologia, nutrição, parasitologia, ecologia e controle de vetores, saúde ambiental, políticas públicas e planejamento em saúde, ciências sociais aplicadas à saúde, dentre outras.

Serão aceitos trabalhos para as seguintes seções: (1) **Revisão** - revisão crítica da literatura sobre temas pertinentes à saúde pública (máximo de 8.000 palavras); (2) **Artigos** - resultado de pesquisa de natureza empírica, experimental ou conceitual (máximo de 6.000 palavras); (3) **Notas** - nota prévia, relatando resultados parciais ou preliminares de pesquisa (máximo de 1.700 palavras); (4) **Resenhas** - resenha crítica de livro relacionado ao campo temático de CSP, publicado nos últimos dois anos (máximo de 1.200 palavras); (5) **Cartas** - crítica a artigo publicado em fascículo anterior de CSP ou nota curta, relatando observações de campo ou laboratório (máximo de 1.200 palavras); (6) **Artigos especiais** - os interessados em contribuir com artigos para estas seções deverão consultar previamente o Editor; (7) **Debate** - artigo teórico que se faz acompanhar de cartas críticas assinadas por autores de diferentes instituições, convidados pelo Editor, seguidas de resposta do autor do artigo principal (máximo de 6.000 palavras); (8) **Fórum** - seção destinada à publicação de 2 a 3 artigos coordenados entre si, de

diferentes autores, e versando sobre tema de interesse atual (máximo de 12.000 palavras no total).

O limite de palavras inclui texto e referências bibliográficas (folha de rosto, resumos e ilustrações serão considerados à parte).

Apresentação do texto

Serão aceitas contribuições em português, espanhol ou inglês. O original deve ser apresentado em espaço duplo e submetido em 1 via, fonte *Times New Roman*, tamanho 12, com margens de 2,5cm. Deve ser enviado com uma página de rosto, onde constará título completo (no idioma original e em inglês) e título corrido, nome(s) do(s) autor(es) e da(s) respectiva(s) instituição(ões) por extenso, com endereço completo apenas do autor responsável pela correspondência. Todos os artigos deverão ser encaminhados acompanhados de disquete ou CD contendo o arquivo do trabalho e indicação quanto ao programa e à versão utilizada (somente programas compatíveis com Windows). Notas de rodapé não serão aceitas. É imprescindível o envio de carta informando se o artigo está sendo encaminhado pela primeira vez ou sendo reapresentado à nossa secretaria.

No envio da segunda versão do artigo deverá ser encaminhada uma cópia impressa do mesmo, acompanhada de disquete.

Colaboradores

Deverão ser especificadas, ao final do texto, quais foram as contribuições individuais de cada

autor na elaboração do artigo.

Ilustrações

As figuras deverão ser enviadas em impressão de alta qualidade, em preto-e-branco e/ou diferentes tons de cinza e/ou hachuras. Os custos adicionais para publicação de figuras em cores serão de total responsabilidade dos autores.

É necessário o envio dos gráficos, separadamente, em arquivos no formato WMF (Windows Metafile) e no formato do programa em que foram gerados (SPSS, Excel, Harvard Graphics etc.), acompanhados de seus parâmetros quantitativos, em forma de tabela e com nome de todas as variáveis. Também é necessário o envio de mapas no formato WMF, observando que os custos daqueles em cores serão de responsabilidade dos autores. Os mapas que não forem gerados em meio eletrônico devem ser encaminhados em papel branco (não utilizar papel vegetal). As fotografias serão impressas em preto-e-branco e os originais poderão ser igualmente em preto-e-branco ou coloridos, devendo ser enviados em papel fotográfico no formato 12x18cm.

O número de tabelas e/ou figuras deverá ser mantido ao mínimo (máximo de cinco tabelas e/ou figuras). Os autores deverão arcar com os custos referentes ao material ilustrativo que ultrapasse este limite.

Resumos

Com exceção das contribuições enviadas às seções *Resenha* ou *Cartas*, todos os artigos

submetidos em português ou espanhol deverão ter resumo na língua principal e em inglês. Os artigos submetidos em inglês deverão vir acompanhados de resumo em português ou em espanhol, além do *abstract* em inglês. Os resumos não deverão exceder o limite de 180 palavras e deverão ser acompanhados de 3 a 5 palavras-chave.

Nomenclatura

Devem ser observadas rigidamente as regras de nomenclatura zoológica e botânica, assim como abreviaturas e convenções adotadas em disciplinas especializadas.

Pesquisas envolvendo seres humanos

A publicação de artigos que trazem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos está condicionada ao cumprimento dos princípios éticos contidos na Declaração de Helsinki (1964, reformulada em 1975, 1983, 1989, 1996 e 2000), da World Medical Association (<http://www.wma.net/e/policy/b3.htm>), além do atendimento a legislações específicas (quando houver) do país no qual a pesquisa foi realizada. Artigos que apresentem resultados de pesquisas envolvendo seres humanos deverão conter uma clara afirmação deste cumprimento (tal afirmação deverá constituir o último parágrafo da seção Metodologia do artigo). Após a aceitação do trabalho para publicação, todos os autores deverão assinar um formulário, a ser fornecido pela Secretaria Editorial de CSP, indicando o cumprimento integral de princípios éticos e legislações específicas.

Referências

As referências devem ser numeradas de forma consecutiva de acordo com a ordem em que forem sendo citadas no texto. Devem ser identificadas por números arábicos sobrescritos (Ex.: Silva ¹). As referências citadas somente em tabelas e figuras devem ser numeradas a partir do número da última referência citada no texto. As referências citadas deverão ser listadas ao final do artigo, em ordem numérica, seguindo as normas gerais dos *Requisitos Uniformes para Manuscritos Apresentados a Periódicos Biomédicos* (<http://www.icmje.org>).

Todas as referências devem ser apresentadas de modo correto e completo. A veracidade das informações contidas na lista de referências é de responsabilidade do(s) autor(es).

Exemplos:

Artigos de periódicos

Artigo padrão

Até 6 autores: Barbosa FS, Pinto R, Souza OA. Control of schistosomiasis mansoni in a small north east Brazilian community. *Trans R Soc Trop Med Hyg* 1971; 65:206-13.

Mais de 6 autores: DeJong RJ, Morgan JA, Paraense WL, Pointier JP, Amarista M, Ayeh-Kumi PF, et al. Evolutionary relationships and biogeography of *Biomphalaria* (Gastropoda: Planorbidae) with implications regarding its role as host of the human bloodfluke, *Schistosoma mansoni*. *Mol Biol Evol* 2001; 18:2225-39.

Instituição como autor

The Cardiac Society of Australia and New Zealand. Clinical exercise stress testing. Safety and performance guidelines. Med J Aust 1996; 116:41-2.

Sem indicação de autoria

Cancer in South Africa [Editorial]. S Afr Med J 1994; 84:15.

Volume com suplemento

Deane LM. Simian malaria in Brazil. Mem Inst Oswaldo Cruz 1992; 87 Suppl 3:1-20.

Fascículo com suplemento

Lebrão ML, Jorge MHPM, Laurenti R. Hospital morbidity by lesions and poisonings. Rev Saúde Pública 1997; 31 (4 Suppl):26-37.

Parte de um volume

Ozben T, Nacitarhan S, Tuncer N. Plasma and urine sialic acid in non-insulin dependent diabetes mellitus. Ann Clin Biochem 1995; 32 (Pt 3):303-6.

Parte de um fascículo

Poole GH, Mills SM. One hundred consecutive cases of flap lacerations of the leg in aging patients. N Z Med J 1994; 107 (986 Pt 1):377-8.

Livros e outras monografias

Indivíduo como autor

Barata RB. Malária e seu controle. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.

Editor ou organizador como autor

Duarte LFD, Leal OF, organizadores. Doença, sofrimento, perturbação: perspectivas etnográficas. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1998.

Denzin NK, Lincoln YS, editors. Handbook of qualitative research. Thousand Oaks: Sage Publications; 1994.

Instituição como autor e publicador

Institute of Medicine. Looking at the future of the Medicaid programme. Washington DC: Institute of Medicine; 1992.

Capítulo de livro

Coelho PMZ. Resistência e suscetibilidade à infecção por *Schistosoma mansoni* em caramujos do gênero *Biomphalaria*. In: Barbosa FS, organizador. Tópicos em malacologia médica. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1995. p. 208-18.

Eventos (anais de conferências)

Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. In: Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology. Amsterdam:

Elsevier; 1996.

Trabalho apresentado em evento

Bengtson S, Solheim BG. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Coangress on Medical Informatics. Amsterdam: North Holland; 1992. p. 1561-5.

Dissertação e tese

Escobar AL. Malária no sudoeste da Amazônia: uma meta-análise [Dissertação de Mestrado]. Rio de Janeiro: Escola Nacional de Saúde Pública, Fundação Oswaldo Cruz; 1994.

Outros trabalhos publicados

Artigo de jornal

Novas técnicas de reprodução assistida possibilitam a maternidade após os 40 anos. Jornal do Brasil 2004 Jan 31; p. 12.

Lee G. Hospitalizations tied to ozone pollution: study estimates 50,000 admissions annually. The Washington Post 1996 Jun 21; Sect. A:3.

Documentos legais

Decreto n. 1.205. Aprova a estrutura regimental do Ministério do Meio Ambiente e da

Amazônia Legal, e dá outras providências. Diário Oficial da União 1995; 2 ago.

Material eletrônico

CD-ROM

La salud como derecho ciudadano [CD-ROM]. Memoria del VI Congreso Latinoamericano de Ciencias Sociales y Salud. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2001.

Internet

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Estatísticas da saúde: assistência médico-sanitária. <http://www.ibge.gov.br> (acessado em 05/Fev/2004).

© 2006 Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz

Rua Leopoldo Bulhões, 1480

21041-210 - Rio de Janeiro - RJ - Brasil

Tel.: +55 21 2598-2511 / 2598-2508

Fax: +55 21 2298-2737 / 2598-2514



cadernos@ensp.fiocruz.br

**ANEXO E – DOCUMENTO DE RECEBIMENTO DO ARTIGO PARA SUBMISSÃO
EM CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA**

YAHOO! MAIL
BRASIL

Imprimir - Fechar janela

Data: Fri, 30 Jun 2006 12:55:02 -0300
De: "Cadernos de Saúde Pública" <cadernos@ensp.fiocruz.br>
Para: isaez@yahoo.com.br
Assunto: Aviso de Recebimento - 555/06

Prezada Dra. Uez:

Seu trabalho "*Perception of the body image and aging in the breast cancer*" encaminhado para *Cadernos de Saúde Pública* foi recebido e aguarda parecer do Conselho Editorial.

O número de seu artigo é: MS-555/06.

Atenciosamente,
Carlos E. A. Coimbra Jr.
Editor

CADERNOS DE SAÚDE PÚBLICA/REPORTS IN PUBLIC HEALTH

Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz
Rua Leopoldo Bulhões, 1480 - Manguinhos
CEP 21041-210 - Rio de Janeiro, RJ, Brasil
Tel: (55 21) 2598-2511 / Fax: (55 21) 2598-2737
Secretaria: cadernos@ensp.fiocruz.br
Assinaturas: csp@ensp.fiocruz.br
<http://www.ensp.fiocruz.br/csp>