

Maria José Ruivo Pereira Valente Lopes

CANCRO DA MAMA
IMPACTO DA DOENÇA NA MULHER
UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA

Esta dissertação não inclui as observações e críticas efectuadas pelo júri.

ORIENTADOR – PROF. DOUTOR JOSÉ JERÓNIMO DE AMARAL-MENDES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA, 2005

**EU
155
020**

Maria José Ruivo Pereira Valente Lopes

CANCRO DA MAMA

IMPACTO DA DOENÇA NA MULHER

UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA



155 0 20

Esta dissertação não inclui as observações e críticas efectuadas pelo júri.

ORIENTADOR – PROF. DOUTOR JOSÉ JERÓNIMO DE AMARAL-MENDES

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO EM ECOLOGIA HUMANA

UNIVERSIDADE DE ÉVORA, 2005

**Ao meu marido e meus filhos
pelo incentivo e pela paciência**

**Às mulheres que participaram neste estudo
pela sua coragem, pela sua determinação,
pelo seu exemplo de luta e de sobrevivência**

Agradecimento

Ao Exmo. Sr. Prof. Dr. J.J. Amaral-Mendes pela orientação dada, pelo interesse e pela disponibilidade.

Às mulheres que participaram neste estudo por terem partilhado as suas experiências.

Ao Conselho de administração do Hospital Dr. José Maria Grande, de Portalegre pela permissão deste estudo.

A toda a equipa da Unidade de Oncologia Médica, pela colaboração e amizade.

Se nos considerarmos donos da natureza haverá uma catástrofe ecológica, mas se, pelo contrário, fomos seus servos, a catástrofe será humana.

O homem deve utilizar e cultivar a terra, intervir na natureza. Mas deve intervir do mesmo modo que intervém no seu corpo: escutando, amando, cuidando e criando.

João Pedro Meneres

RESUMO

CANCRO DA MAMA IMPACTO DA DOENÇA NA MULHER UMA PERSPECTIVA ECOLÓGICA

Trata-se de um estudo qualitativo, de carácter descritivo, desenvolvido entre Outubro e Novembro de 2004, na população de doentes com cancro da mama inscritos na Unidade de Oncologia Médica do Hospital Dr. Jose Maria Grande de Portalegre.

O estudo pretende investigar de que forma as mulheres vivênciam a doença e qual o impacto provocado pela doença, na mulher.

Estudou-se uma amostra não casual de conveniência composta por 10 Mulheres com cancro da mama, que tivessem feito dois dos três tratamentos: Mastectomia; Quimioterapia e Radioterapia.

Fizeram-se entrevistas semi-estruturadas a cada elemento da amostra com o objectivo de identificar de que modo o cancro da mama as afectou a nível pessoal, familiar, socioprofissional e económico.

Os dados foram tratados através da técnica de análise de conteúdo podendo concluir-se que, as mulheres precisam de um apoio mais eficaz durante a fase da doença, a maior dificuldade a ultrapassar são os efeitos secundários da quimioterapia, sendo a toxicidade gástrica a mais complicada e o maior medo é o da recidiva e o medo de sofrer.

Como sugestões aponta-se a necessidade de haver um maior envolvimento dos familiares directos das mulheres para que as possam acompanhar nesta fase das suas vidas. Maior preocupação para combater a toxicidade gástrica, nas mulheres que fazem quimioterapia e mais humanização, por parte dos técnicos de saúde, no atendimento daqueles que recorrem aos serviços de saúde.

ABSTRACT

BREAST CANCER SICKNESS' IMPACT ON THE WOMEN AN ECOLOGIC PERSPECTIVE

It is about a qualitative and descriptive study, developed between October 2004 and November 2004, in a patient population with breast cancer, registered in the Medical Oncology Unit of the Dr. José Maria Grande Hospital.

This study want investigate how the women feel the sickness and what is the impact tempted in women life.

We studied an accidental and convenience sample consisting of 10 women who have breast cancer, which have done two of this therapeutics: mastectomy, chemotherapy and radiotherapy.

We did semi structured interviews to the all of the sample people to identify how the breast cancer affected him at the personal, familiar, professional and economic area of their life.

The data was been managed through content analysis technique and we can conclude that the women need a support moreover effective during the period of the sickness. The larger hardness to overtake is the chemotherapy's side effects. The gastric toxicity is the most serious side effect and the greater fear is about relapse and suffering.

We suggest the necessity of a greatest involvement of the women's direct family in order to be able to attend, in this period of their lives.

We suggest too a larger care about the gastric toxicity when the women do the chemotherapy treatment.

Also suggest larger humanization on the health people side in the relationship of him who resort the health services.

SUMÁRIO

	Fls.
INTRODUÇÃO	12
1 ECOLOGIA	15
1.1 Da Ecologia á Ecologia Humana	16
2 ECOLOGIA HUMANA	17
3 ECOLOGIA HUMANA VERSUS SAÚDE PÚBLICA	19
3.1 Perspectiva História e Conceito	19
3.2 Metas de Saúde	22
3.3 Características da Saúde Público	23
4 ECOLOGIA HUMANA VERSUS SAÚDE AMBIENTAL	25
4.1 Declaração sobre meio Ambiente e Desenvolvimento	29
4.2 Desafios da Saúde Ambiental	30
5 ECOLOGIA HUMANA VERSUS SAÚDE AMBIENTAL	31
6 DOENÇA ONCOLÓGICA	33
6.1 Etiologia das Doenças Malignas	34

	Fls.
6.2 Crescimento Tumoral	38
6.2.1 Características das Células Tumorais	39
6.2.2 Factores que Influenciam o Crescimento das Células Tumorais	39
6.2.3 Vias de Disseminação	40
6.3 A Evolução do Conceito de Carcinogenesis	40
7 CANCRO DA MAMA	41
7.1 Cancro da Mama do Distrito de Portalegre	42
7.2 Factores de Risco	43
7.2.1 Genéticos	43
7.2.2 Hormonais e endócrinos	44
7.2.3 Morfológicos	45
7.2.4 Nutricionais	45
7.2.5 Físicos	45
7.3 Problemas relacionados com o diagnóstico	46
7.4 Problemas relacionados com o aspecto psicológico	47
7.5 Problemas relacionados com o tratamento	50
7.5.1 Cirúrgico	
7.5.1.1 Distúrbios de Auto-estima	55
7.5.1.2 Distúrbios da Imagem Corporal	55
7.5.2 Quimioterapia	56
7.5.2.1 Classificação dos Citostáticos	57
7.5.2.2 Conceito da Quimioterapia	57

	Fls.
7.5.2.3 Objectivo da Quimioterapia	58
7.5.2.4 Mecanismos de Acção da Quimioterapia	58
7.5.2.5 Tipos de Quimioterapia	58
7.5.2.6 Quimioterapia na Neoplasia da Mama	59
7.5.2.7 Efeitos Secundários da Quimioterapia	60
7.5.3 Radioterapia	62
7.5.3.1 Efeitos Colaterais da Radioterapia	63
7.5.3.2 Reacções à Radioterapia	63
7.5.3.3 Medidas Preventivas	64
7.5.4 Hormonoterapia	65
7.6 O Doente Terminal	66
7.6.1 Controlo de Sintomas	67
7.6.2 Comunicação	67
7.6.3 Apoio á Família	68
7.7 O doente Terminal e o Medo da Morte	69
7.7.1 A Socialização da Morte	70
8 METODOLOGIA	76
8.1 Tipo de Estudo	76
8.2 População e Amostra	77
8.3 Instrumento de Colheita de Dados	78
8.4 Recolha de Dados	79

	Fls	
8.5	Processamento de Dados	79
8.6	Limitações do Estudo	81
9	TRATAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS	83
9.1	Caracterização dos Entrevistados	85
9.2	Tipo de Informação	87
9.3	Reacção à Notícia	90
9.4	Alterações Provocadas pela Doença	92
9.5	Dificuldades Sentidas no Tratamento	95
9.6	Apoios	101
9.7	Preocupações Actuais	106
10	CONCLUSÕES	109
11	SUGESTÕES	111
12	REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	113
13	ANEXOS	120
	Anexo 1 – Guião de Entrevista	121
	Anexo 2 – Pedido de Autorização para realizar o Estudo	123
	Anexo 3 – Entrevistas	125
	Anexo 4 – Matriz de Análise das Entrevistas	169

SEQUÊNCIA DE QUADROS

	Fls.
QUADRO 1 – Tendência entre doenças infecciosas e Doenças malignas	27
QUADRO 2 – Incidência do Cancro	34
QUADRO 3 – Causas Ambientais do Cancro nos Seres Humanos	36
QUADRO 4 – Novos Casos de Cancro da Mama Inscritos na UOM em 2003/2004	43
QUADRO 5 – Recomendações para Mulheres Mastectomizadas	54
QUADRO 6 – Direitos dos Doentes em Fase Terminal	74
QUADRO 7 – Matriz de Codificação Global	84
QUADRO 8 – Caracterização dos Entrevistados	86
QUADRO 9 – Matriz de síntese 1 – Tipo de Informação	87
QUADRO 10 – Matriz de síntese 2 – Reacção á Notícia	90
QUADRO 11 – Matriz de síntese 3 – Alterações Provocadas pela Doença	92

QUADRO 12 – Matriz de síntese 4 – Dificuldades sentidas no Tratamento	95
QUADRO 13 – Matriz de síntese 5 – Apoios	101
QUADRO 14 – Matriz de síntese 6 – Preocupações Actuais	106

INTRODUÇÃO

O homem e o meio ambiente onde ele está inserido, são indissociáveis. O ambiente influencia o homem e este influencia o ambiente. Esta relação entre o homem e o seu entorno são de tal forma interdependentes que a sustentabilidade do homem só é possível com a existência de um ambiente sustentável e a sustentabilidade do ambiente depende de uma forma muito significativa da acção do homem. Cada acção provoca sempre uma reacção. E o homem, ao longo dos tempos, tem vindo a dominar e a controlar a natureza, alterando-a e provocando desequilíbrios ambientais. A relação de interdependência que existe entre o homem e o seu entorno está demasiado antropogénica. Diz o adágio que “quem semeia ventos, colhe tempestades” de facto, todos temos que nos consciencializar que nenhuma acção é inócua de risco.

O cancro é uma doença que mata milhões de pessoas em todo o mundo e está relacionada, entre outras coisas, com o ambiente que nos rodeia.

Esta é uma doença que continua a aumentar e a atingir mulheres cada vez mais jovens. Segundo os registos da Organização Mundial de Saúde, referidos por Silva (1995) o cancro da mama é o mais frequente na população feminina da União Europeia e é a principal causa de morte das mulheres ocidentais entre os trinta e os cinquenta anos.

Em Portugal o cancro da mama ocupa o primeiro lugar entre todos os tumores malignos que vitimam as mulheres no nosso país. (Silva 1995)

Esta realidade ainda será mais assustadora se pensarmos que anualmente, em Portugal, cerca de três mil e quinhentas mulheres vivem a experiência de terem cancro

da mama pela primeira vez e mil e quinhentas acabam por morrer vítimas desta doença. (Melo, 1998) A nível mundial, a probabilidade de qualquer mulher vir a sofrer de cancro ao longo da sua vida é de um para oito e em cada ano morrerão cerca de um milhão de mulheres em consequência desta doença. (Silva, 1995) Pode afirmar-se que se trata de um problema de Saúde Pública, pelo que a sua abordagem deve ser actual, pertinente e urgente.

Apesar de todos os progressos científicos e tecnológicos e de toda a evolução dos meios de diagnóstico e terapêuticos, o cancro continua a ser uma ameaça à vida daqueles que atinge, interferindo no seu bem estar físico e psicológico, bem como na sua vida familiar, social e profissional.

Uma mulher com cancro da mama além de ser confrontada com todos os problemas inerentes à doença oncológica é também confrontada com o facto de ser mulher, e de uma forma ou outra ver a sua imagem ser alterada, pois a mama é um símbolo de feminilidade e de maternidade.

O que se pretende estudar é de que forma as mulheres, com cancro da mama, vivenciam a sua doença e de que forma as mulheres com cancro da mama, reagem ao diagnóstico e ao tratamento e seus efeitos secundários. Saber quais são as repercussões da doença na sua vida pessoal, familiar, social e laboral e por fim, saber qual destas intervenções foi mais difícil de ultrapassar, no decorrer da sua doença.

Desta forma empreendeu-se a presente pesquisa tendo como principais finalidades:

- Conhecer a opinião das mulheres com cancro da mama acerca da sua doença e do seu tratamento.
- Analisar o impacto que esta doença tem nas mulheres.
- Identificar factores que possam intervir negativamente nas mulheres com cancro da mama.

- Procurar saber durante o tratamento para o cancro da mama, o que foi mais difícil de ultrapassar.

Trata-se de um estudo qualitativo com análise de conteúdo a entrevistas realizadas a mulheres com cancro da mama.

Nesta perspectiva na primeira parte deste documento realizou-se uma abordagem teórica que focasse esta patologia, os vários tipos de tratamentos e os problemas relacionados com a doença e/ou com os tratamentos.

Numa segunda parte do trabalho pretende-se averiguar, através de um estudo efectuado, assim como o respectivo tratamento e análise dos dados, qual a opinião das mulheres, com cancro da mama, acerca da forma como foram informadas da sua doença e da forma como decorreu o seu tratamento.

1 - A ECOLOGIA

Para se compreender a ecologia e os seus conceitos torna-se necessário fazer referência a factos que intervêm no seu desenvolvimento.

O conceito de ecologia evoluiu com o homem. A relação do homem com o ambiente foi sempre uma relação de influências mútuas. Já nos tempos pré-históricos, o homem só conseguia sobreviver se conhecesse bem o ambiente que o rodeava. Os filósofos gregos já se referiam à influência/ambiente/homem, embora sem pronunciar o termo ecologia.

Actualmente existem grandes preocupações com o ambiente, com os problemas ecológicos e com a saúde ambiental. Nunca como agora, os desastres ambientais foram tão visíveis. A relação do homem com o ambiente é uma relação desigual, em que o homem detém a supremacia e o controlo do ambiente.

O termo ecologia é um termo relativamente recente pois foi introduzido pelo biólogo alemão, Ernest Haeckel em 1869. Antes desta, data já muitos biólogos desenvolviam o seu pensamento numa perspectiva ecológica. Leeuwenhoek foi uma personagem importante para o desenvolvimento da ecologia, uma vez que foi pioneiro em estudos das cadeias alimentares e da regulação da população, áreas de destaque da moderna ecologia. (Odum, 1997)

Por volta de 1900, a ecologia surge como uma área específica aceite pela biologia. Etimologicamente a palavra ecologia deriva do grego *oikos* que significa casa ou lugar onde se vive. Pode-se definir ecologia como o estudo da relação dos organismos com o meio ambiente. (Hawley, 1996)

1.2 – Da ecologia à ecologia humana

Foram vários os investigadores que se interessaram pelo estudo do homem em sociedade. Os Sociólogos e Geógrafos dedicam-se ao estudo das populações segundo o método ecológico. A ecologia tornou-se numa ciência universal, com várias subdivisões. A ecologia com toda a sua globalidade acompanhou sempre a evolução do homem.

O homem, tem usado o ambiente de uma forma irresponsável, usando e abusando dos recursos existentes, de uma forma indiscriminada, visando o lucro. “ A tecnologia não pode resolver, só por si, o dilema da população e da poluição; será igualmente necessário que se tornem efectivas coacções morais, económicas, e legais resultantes da total e completa consciência pública de que o homem e a paisagem constituem um só todo.” (Odum, 1997)

Então é necessário abordar a própria evolução do homem numa perspectiva ecológica e depois compreender os fenómenos de dimensão ecológica em que ele é parte integrante. Entramos então no que é a ecologia humana.

2 - ECOLOGIA HUMANA

A ecologia humana preocupa-se com o modo como as populações humanas se organizam, com o objectivo de se manterem no seu meio ambiente. (Hawley 1996)

O impacto que o homem tem provocado na paisagem ao longo da sua evolução leva a que surjam discussões acerca da natureza desse impacto bem como das diferenças e das alterações sociais e culturais existentes no planeta.

São vários os autores que abordam a ecologia humana de formas diferentes, embora todas elas, interessantes. Barrows em 1921, identifica a ecologia humana como uma componente da geografia. Este ponto de vista abordava a diversidade de respostas sociais e culturais do meio. Hawley e Quinn resumem o desenvolvimento da ecologia humana do ponto de vista sociológico (Odum, 1997). Outros com uma visão mais etnoantropológica, fazem uma abordagem cultural. Campbell no entanto, prefere considerar a ecologia humana em termos biológicos; “... consideramos a ecologia humana no sentido biológico...” (Campbell, p.20).

Dada a complexidade do ambiente que se relaciona directamente com o homem, a ecologia humana não deverá ser abordada apenas de um ponto de vista. Os aspectos sociológicos são importantes porque traduzem a forma como o homem se organiza e se desenvolve em sociedade, também os aspectos culturais o são, pois reflectem a experiência e a identificação adquiridas ao longo de todo o percurso evolutivo. Os aspectos biológicos são igualmente importantes, pois o homem no seu relacionamento com o meio ambiente está dependente das suas capacidades e biológicas, para sobreviver.

Embora pareça clara a necessidade de uma abordagem global, durante muito tempo a ecologia humana concentrou-se apenas no social e no cultural. O meio físico era subestimado. Só na década de 70, o homem passou a ser considerado como um todo, dotado de instintos e de inteligência, com um património genético e cultural e inserido num meio constituído por elementos bióticos, abióticos e sociais (Nazareth, 1983). É esta visão que obriga a que a ecologia humana trate a relação do homem com o ambiente de forma sistémica em que interagem o sistema-homem e o sistema-ambiente. *“A ecologia humana deixa, assim, de ser um capítulo de uma ciência ou a síntese de todas as ciências, mas o estudo interdisciplinar das interações entre o homem e o ambiente, estudo esse que é realizado através de uma metodologia sistémica”* (Nazareth, 1993).

Hoje a ecologia humana *“estuda cada vez mais numa perspectiva global os diferentes «climas» que actuam no homem – físico, químico, biológico, sociológico, económico, técnico, cultural, espiritual...”* (Nazareth, 1993).

A ecologia humana orienta os seus estudos, não só numa dimensão individual mas em termos de fenomenologia das populações humanas. Tendo em conta que as populações humanas constituem uma parte de comunidades bióticas e de ecossistemas, a ecologia humana pode ser considerada a ecologia da população de uma espécie muito especial – a do homem. (Odum, 1997)

A forma como as populações se desenvolvem no tempo e se movimentam no espaço está directamente relacionada com a relação estabelecida entre o homem e o ambiente. Desta forma a ecologia humana é a ciência duma população inserida em determinado contexto ambiental.

3 - ECOLOGIA HUMANA VERSUS SAÚDE PÚBLICA

A OMS define saúde como o completo bem-estar, físico, social e mental e não apenas a ausência de doença ou enfermidade. De acordo com esta definição, a saúde é um conjunto de factores intrínsecos e extrínsecos que tendem a encontrar um equilíbrio. Os factores intrínsecos procuram manter o equilíbrio interno, através da homeostasia e da imunidade. Os factores extrínsecos dependem de outras variáveis para encontrar esse equilíbrio.

A saúde é pois determinada por factores genéticos e biológicos, estilos de vida e comportamentos, pelo ambiente, por factores sociais e económicos e pelos serviços de saúde ou pelo sistema de saúde. Podemos, pois, afirmar que alguns destes factores são influenciados pelo indivíduo, outros pela sociedade, directa ou indirectamente, condicionando o comportamento dos indivíduos. O equilíbrio dos ecossistemas começou a interferir com a saúde do homem e a preocupação com o ambiente e com a saúde ambiental passou a ser uma constante.

3.1 - Perspectiva histórica e conceito

A saúde pública tem como objectivo, o estudo e a solução dos problemas que condicionam a saúde dos indivíduos integrados no seu meio ambiente. Gonçalves Ferreira (1990) define saúde pública como “ *a ciência e a arte de prevenir as doenças, de prolongar a vida e melhorar a saúde e a eficiência mental e física dos indivíduos, por meio dos esforços organizados da comunidade tendo em vista o saneamento do*

meio ambiente, a luta contra as doenças que apresentam impotência social, o ensino aos indivíduos das regras da higiene pessoal, a organização de serviços médicos e de enfermagem com a finalidade do diagnóstico precoce e do tratamento preventivo das doenças, assim como pôr em execução as medidas sociais convenientes para assegurar a cada membro da colectividade um nível de vida adequado à manutenção da saúde, por forma que cada indivíduo possa usufruir o seu direito à saúde e à longevidade.”

O conceito de saúde pública evoluiu quando o homem se apercebeu de que viver em sociedade incluía riscos e perigos para a saúde, e foi numa tentativa de diminuir ou de eliminar esses riscos, que conduziu à criação de hábitos, de regras e leis individuais e comunitárias com o objectivo de atingir o bem-estar.

Nas comunidades primitivas, a prática da medicina era envolta de magia, mistério e fé religiosa, não exercendo nenhuma influência na saúde geral das populações. Perante a doença a única defesa era o isolamento e a destruição ou o abandono dos doentes.

Durante a Idade Média, as medidas tomadas para prevenir a população da infecção, eram o isolamento e o abandono dos doentes. Nesta altura a noção de saúde individual e comunitária era muita primitiva.

No renascimento até ao industrialismo houve alguns progressos a nível do desenvolvimento da ciência experimental, começou a falar-se de doenças profissionais, começou a haver mais rigor nos registos de nascimento, de casamento e de morte. Com a industrialização aumentou o nível de vida das populações, isto levou a um aumento das preocupações humanitárias e sociais e de higiene pública e privada.

Foi com o Primeiro Congresso Internacional de Saúde em Paris em 1851, ainda com poucas bases científicas, que a saúde pública se começou a dar os primeiros passos. Para este desenvolvimento contribuiu, como refere Gonçalves Ferreira (1990):

“ 1 - O movimento iniciado por Chadwicck, na Inglaterra, sobre a importância das condições higiénicas e do saneamento do meio ambiente, que alastrou a todos os outros países progressivos;

2 - As descobertas da era bacteriológica, iniciada (1870) por Pasteur, Koch e Lister;

3 - A formação das enfermeiras profissionais (Florence de Nightingale, 1820-1910) que, em combinação com as medidas de assepsia decorrentes dos novos conhecimentos bacteriológicos, transformou o hospital, de pouco mais de lugar de refúgio e morte, em centro de tratamento e recuperação da saúde;

4 - Os dados da estatística da população e dos inquéritos sociais que relacionam a mortalidade e a morbilidade com as condições económicas e sociais dos indivíduos;

5 - A acção dos reformadores sociais que começou a influenciar e esclarecer a opinião pública e a acção dos políticos.” (Gonçalves Ferreira, 1990)

Após a Segunda Guerra Mundial a saúde pública estendeu-se e desenvolveu-se influenciada por três factores:

- 1) A pressão social e política sobre os governos no sentido do aperfeiçoamento da política da saúde;**
- 2) O progresso da medicina;**
- 3) A entrada em funcionamento da Organização Mundial da Saúde, criada pela carta das Nações Unidas em 1945;**

3.2 – Metas de saúde

O conceito de saúde pública continua a evoluir, dependendo dos conhecimentos e dos serviços de saúde terem a capacidade para resolver e controlar os problemas que vão surgindo.

Actualmente a saúde pública “ *tem como características e objectivo essencial o estudo e a solução dos problemas que condicionam a saúde dos indivíduos integrados no seu meio ambiente, segundo planos e programas coordenados.*” (Gonçalkves Ferreira, 1990)

Portugal, assim como outros países da Europa e a OMS tomaram medidas importantes, através de uma política de saúde comum, a que chamaram “ Saúde para Todos” e que se propunham a atingir determinadas metas até ao ano 2000. Essas metas referiam-se a seis aspectos:

- *“Saúde para todos na Europa no ano 2000, que incluía quatro alíneas: a) Igualdade perante a saúde; b) Dar mais vida aos anos; c) Dar mais saúde à vida; d) Dar mais anos à vida;*
- *Estilos de vida saudáveis, que incluía: Melhorar as possibilidades e as capacidades para levar uma vida saudável e promover um comportamento saudável;*
- *Salubridade do ambiente, que se referia a desenvolver políticas de saúde ambiental, vigilância, avaliação e controle e melhoria das condições ambientais na habitação e nos locais de trabalho.*
- *Cuidados de saúde adequados, dando prioridade a um sistema de cuidados; características dos cuidados de saúde primários e qualidade dos serviços;*
- *Investigação em saúde para atingir metas*

- ***Apoio ao desenvolvimento da saúde para todos, através de formulação da política de saúde, de processos de gestão, desenvolvimento de recursos humanos e de avaliação das tecnologias de saúde;***” (Ministério da Saúde, 1985)

Há uma preocupação crescente com o ambiente e com a relação entre saúde e ambiente. A filosofia da moderna saúde pública deixa de ser resolver e controlar problemas, para passar a preveni-los. O próprio termo saúde pública evoluiu nestes últimos anos, para saúde comunitário, o que faz com que o objecto de estudo passe a ser os indivíduos em comunidade, vivendo e partilhando os mesmos factores favoráveis e desfavoráveis e que afectam as relações sociais e familiares. Deveria englobar também, os aspectos ambientais e de garantia da sobrevivência da espécie.

3.3 - Características da Saúde Pública

A saúde pública apresenta quatro características importantes:

- “Dispõe de técnicas bem estruturadas e larga experiência da sua aplicação em muitos sectores de luta contra as doenças evitáveis.
- A contribuição da investigação revela-se lenta na descoberta dos factores que condicionam o aparecimento e a evolução de novas doenças.
- O êxito na luta contra doenças responsáveis pela grande mortalidade nas idades jovens tem como consequência o aumento da proporção de pessoas idosas, cuja patologia implica o aperfeiçoamento e adaptação da estrutura dos actuais serviços de saúde.
- O sucesso dos serviços de saúde na redução...da mortalidade conduz ao crescimento rápido da população.” (Gonçalves Ferreira, 1990)

O trabalho desenvolvido em saúde pública depende em última instância da política de saúde adoptada, como nos diz Van Herten (2000) “ *O estabelecimento de metas de saúde está sujeito a um número de condições metodológicas e políticas.*

Primeiro, precisa-se de vontade e ousadia política, pois se não há compromisso político para executar uma abordagem de metas de saúde, tal política está condenada a soçobrar. Necessitamos deste compromisso de todos os sectores políticos. Segundo, as metas têm de ser EMART: Específicas, Mensuráveis, Alcançáveis, Realistas e Temporalmente limitadas. ... a União Europeia devia estabelecer metas a nível político, baseadas na evidência do estado de saúde da população e dos determinantes de saúde subjacentes. Devia também estimular o uso das metas de saúde ao nível político dos países individuais e ao nível prático de todas as partes interessadas relevantes nos países europeus.”

A saúde pública, actualmente, tem uma abordagem sistémica, mas o seu objectivo continua a ser a promoção da saúde, a prevenção da doença e a aplicação de programas comunitários.

Nesta perspectiva, o cancro é uma das doenças em que o diagnóstico precoce é determinante para a cura do doente e será este o grande desafio lançado á saúde pública: Conseguir detectar numa forma precoce as doenças cancerígenas que afectam a população. Tornam-se necessários rastreios, campanhas de sensibilização e esclarecimento, actualização do ensino e no empenhamento dos profissionais de saúde, dos políticos e esclarecimento das populações.

4 – ECOLOGIA HUMANA VERSUS SAÚDE AMBIENTAL

O intercâmbio entre meio ambiente e doença é conhecido desde a antiguidade. A noção de ambiente e a influência deste no aparecimento de determinadas doenças, surge ainda mais cedo. Os Sumérios (3000 anos a. C.) valorizavam e preservavam a limpeza da água e deste modo evitavam doenças relacionadas com ingestão e/ou utilização de águas poluídas.

No Antigo Testamento podemos encontrar regras que diziam respeito à nutrição, higiene corporal, transmissão de doenças venéreas, conselhos sobre o que fazer se a habitação era atingida pela humidade, etc., o que denota a preocupação em relacionar o ambiente onde o homem está inserido, com a sua saúde.

Os primeiros cristãos consideravam que o corpo era a origem de todos os pecados e como consequência disto, a higiene era precária ou inexistente e não cuidavam o corpo. Esta atitude levou a que durante séculos, a sujidade, a insalubridade, os lixos e os maus cheiros, se acumulassem por todo lado, sem controlo e com consequências gravíssimas para a saúde, como as pestes, que encontravam um meio propício, para se propagarem a rapidamente.

Paracelso, médico suíço do início do séc. XVII, estabeleceu os primeiros princípios das toxinas, afirmando que “ *tudo é veneno e que são as doses que determinam a toxicidade das substâncias*”(Rylander, 1993).

Apesar destes avanços, só no séc. XIX é que se começaram a tomar medidas para controlar o meio. Rylander (1993) refere que foi John Snow, em Londres, em 1855, quem estabeleceu a relação entre a cólera e a água potável. Desde esta altura, até

ao início do séc. XX tudo se fez para controlar doenças infecciosas, de que resultou num aumento da esperança de vida.

Com a era Industrial, o aumento dos lixos e da poluição do ar, dos solos e das águas através da libertação de substâncias químicas, nasceu outra ameaça para a saúde do homem. Esta relação entre poluição e saúde/doença foi estabelecida através de um acontecimento ocorrido em Londres em 1952, como refere Rylander (1993), onde, durante dois dias os níveis de dióxido de enxofre atingiam os 3800ug/m³/24 horas e os fumos 4500ug/m³, valores estes, 50 vezes mais elevados do que aqueles que se verificam hoje, nas zonas industriais. O número de mortes nestes dois dias ultrapassou em 4000 os valores habituais. O dióxido de enxofre que em contacto com as superfícies húmidas se transforma em ácido sulfúrico, afecta as vias respiratórias, desde as fossas nasais até aos alvéolos. Desta situação resulta inflamação, hemorragia e necrose dos tecidos.

Depois deste incidente vários países tomaram medidas, através de leis e regulamentos, com a finalidade de diminuir os riscos. Hoje sabemos que o ar, a água, os alimentos, o ruído, o calor ou as radiações, podem estar na origem de muitas doenças.

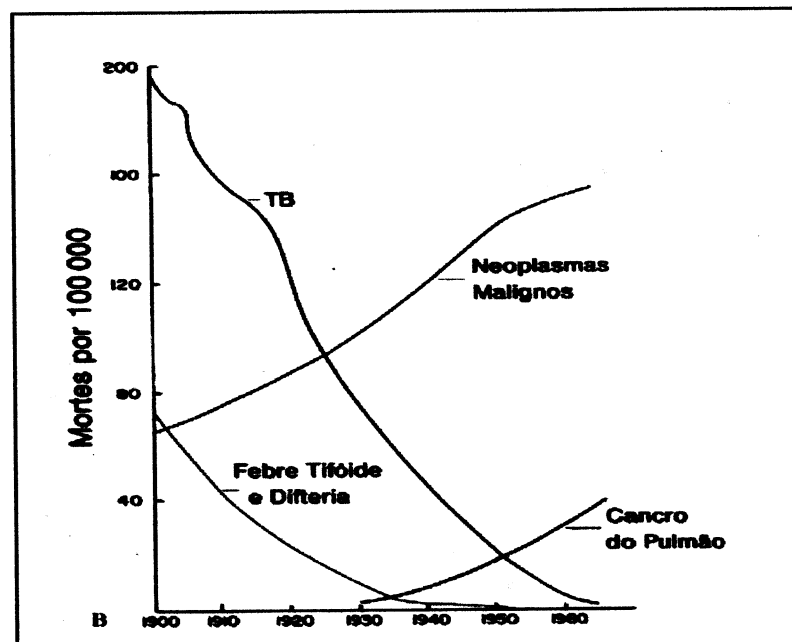
A saúde ambiental “estuda porque os mecanismos e em que medida os factores naturais ou artificiais do meio ambiente do homem podem ter influência sobre a sua saúde. Determina igualmente os elementos de apreciação sobre os quais se poderão basear as acções preventivas para a saúde da população e do indivíduo” (Rylander, 1993). Podemos então afirmar que a análise dos riscos no ambiente é um dos principais objectivos, estudando primeiro a relação entre a exposição e o efeito, calculando depois o grau de exposição duma população, para depois relacionar essas observações com os diagnósticos das doenças dessa mesma população.

A diminuição das doenças infecciosas, através de medidas preventivas de combate à doença e o aumento da poluição, fez com que se invertesse as estatísticas

determinadas doenças e que surgissem ou que se desenvolvessem outras, como é o caso de doenças do foro respiratório, doenças dermatológicas e doenças neoplásicas.

Se observarmos o gráfico seguinte, pode-se constatar a inversão de tendências entre as doenças infecciosas e doenças neoplásicas, onde se verifica um declínio da mortalidade causada por doenças infecciosas (tuberculose, febre tifóide e difteria) e um aumento da mortalidade por doenças oncológicas, a maior parte delas relacionadas com o ambiente.

QUADRO 1 – Tendência entre doenças infecciosas e doenças malignas



Fonte: ODUM, Eugene P. (1997)

Este quadro faz-nos reflectir sobre o modo de não cuidarmos do ambiente e da sua conseqüente degradação, pondo em risco a saúde das populações. Todo o desenvolvimento industrial e de compostos químicos, obrigam-nos a exposições frequentes e constantes com agentes tóxicos, que entram através da cadeia alimentar, do ar que respiramos e das radiações ionizantes. E se o impacto da poluição e da degradação do ambiente é uma preocupação crescente em todo o mundo já as conseqüências destes na saúde do homem não são avaliadas correctamente, reduzindo a saúde ambiental à poluição e às doenças relacionadas com ela. Esquecendo que as

perturbações digestivas, a hipertensão, o stress, depressão nervosa, doenças malignas, são em grande parte da responsabilidade da deterioração do ambiente. Mattei¹ (1996) diz-nos que *“o ambiente é reconhecido como um dos quatro grandes determinantes do estado de saúde de uma população, ao lado dos factores genéticos, dos comportamentos individuais e da qualidade dos tratamentos.”*

A saúde das populações passa por encarar com seriedade o problema do ambiente e por considerar que nenhuma acção do homem é isenta de risco, pelo que tudo deve ser feito para minimizar os efeitos nocivos da poluição e promover a saúde ambiental. Passa também por os profissionais de saúde promoverem a qualidade de vida dos indivíduos. Mattei² afirma mesmo, que *“se é certo que o papel do médico é curar, ele deve também acompanhar o Homem ao longo da sua existência.”*

Cabe pois, a cada um de nós zelar pelo ambiente que nos rodeia, para isso é preciso **informação**, para se poderem tomar as precauções pessoais, e **educação** para desencadear e participar em acções colectivas de pressão sobre os sistemas políticos em matéria de prevenção.

“Uma gestão harmoniosa do ambiente é, assim, essencial, não só para melhorar a qualidade de vida mas sobretudo para assegurar a sobrevivência do próprio homem. Torna-se, por isso, cada vez mais necessário assegurar que o ambiente criado pelo homem seja planeado e gerido com imaginação e determinação, para maximizar os benefícios para a saúde e o bem-estar da sociedade. O simples controlo dos riscos não é suficiente se não for complementado com uma adequada gestão de dados de todos os aspectos do ambiente em que vivemos.” (Amaral-Mendes, 1989)

¹ In: DÉOUX, Susanne e Pierre – **Ecologia é saúde.** (Notas preambulares)

² *ibid*

4.1 - Declaração sobre meio ambiente e desenvolvimento

No Rio de Janeiro, de 2 a 14 de Junho de 1992, decorreu a Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente e Desenvolvimento, que serviu para reafirmar a conferência realizada em Estocolmo, em 1972, procurando dar-lhe seguimento e tendo como objectivo estabelecer uma nova e equitativa parceria mundial através da criação de novos níveis de cooperação entre os Estados, os sectores-chave das sociedades e os povos, tendo em vista os acordos internacionais que respeitem os interesse de todos e protejam a integridade do sistema global de ambiente e desenvolvimento. Nesta conferência, estabeleceram alguns princípios sobre o ambiente, a que chamaram **Princípios da Declaração do Rio de Janeiro sobre meio ambiente e desenvolvimento** (Ministério da Saúde, 2000) que inclui 27 princípios e que podemos sintetizar: todas as nações têm direitos e deveres a cumprir, para que possamos ter direito : ambiente sadio, conservação da natureza, desenvolvimento sustentável, política de ambiente, princípio da cooperação internacional e qualidade de vida.

É preciso resolver e ultrapassar os problemas de hoje, que poderão ser muito graves a médio e longo prazo. O maior problema, ainda é o Homem, e a sua ambição, quando associa saúde ambiental a ganhos e perdas, porque a ganância do lucro sobrepõe-se aos interesses ambientais, esquecendo ou adiando para amanhã, os problemas de hoje. O Homem não pode viver se não tiver um ambiente ecológico. Um entorno saudável do homem é condição essencial para o seu desenvolvimento, pois sem este entorno, ficará comprometido o desenvolvimento das suas capacidades genéticas e culturais. A conferência de Estocolmo serviu para abordar, reflectir e procurar soluções, para um dos maiores problemas do homem – **A saúde ambiental.**

4.2 - Desafios da saúde ambiental

Segundo Amaral-Mendes (1997) os grandes desafios da sociedade moderna são:

- ❖ **Resolução dos actuais problemas de saúde ambiental ainda existentes.**
- ❖ **Prevenção da disseminação das doenças do mundo industrializado.**
- ❖ **Investigação na prevenção dos impactos sobre a saúde pelas novas tecnologias da sociedade pós-industrial.**
- ❖ **As considerações éticas e os programas de educação indispensáveis à crítica das ciências que estão na base das tecnologias em evolução.**

Está na mão do homem aceitar estes desafios e corrigir os erros que se têm vindo a cometer em matéria de ambiente. A Vida e a Terra têm-se influenciado mutuamente desde sempre, infelizmente, a Vida, através do homem, tem sido um factor de transformação da terra, de tal modo que é imprevisível saber quais serão os rumos da evolução da vida.

A revolução industrial terá sido o maior factor de transformação, mas também, o abate de árvores e conseqüente destruição da floresta tropical, a erosão dos solos, a degradação de terras, a poluição crónica, o empobrecimento biológico dos oceanos, o aumento da temperatura média do ar, o homem e a sede de lucro sem olhar a conseqüências, levará invariavelmente, à transformação (destruição) da Terra.

No entanto, não podemos ser pessimistas, o homem ainda poderá alterar a sua postura egocêntrica em relação à Terra. O primeiro passo já foi dado em 1972 com a Conferencia de Estocolmo e reforçada com a do Rio de Janeiro, em 1992. É agora necessário dar o segundo passo, e cumprir aquilo que se acordou naquela altura, começando talvez, por executar os desafios propostos às sociedades modernas. O homem tomou o controlo da natureza sob controlo humano, e as conseqüências desta intervenção, serão provavelmente o seu próprio destino, seja ele qual for.

5 – ECOLOGIA HUMANA VERSUS DOENÇA ONCOLÓGICA

A ecologia humana procura saber e perceber os efeitos nefastos do ambiente sobre o homem, estudando as interações entre os seres vivos e o seu meio.

A doença oncológica está relacionada com o ambiente, como já referido anteriormente, e que tem vindo a aumentar numa forma vertiginosa. Lave e Seskin citado por Odum (1997) relatam a existência de uma forte relação entre a mortalidade pelo cancro com a poluição. A poluição é uma ameaça real cada vez mais incontrolável, porque os interesses políticos e económicos sempre se sobrepuseram aos interesses do bem-estar ambiental pois o custo de combater a poluição é muito alto.

Odum (1997) refere existir três tipos de maneiras de medir, o custo da poluição e todas elas se adicionam. São elas:

- 1- A perda de recursos através de uma exploração esbanjadora desnecessária.
- 2- O custo da redução e do controlo da poluição.
- 3 - O custo em saúde humana

E é esta última a que nos interessa referir e é através dela que se conseguirão obter alguns resultados em termos de protecção e preservação do meio ambiente. Pois o reconhecimento dos danos para a saúde e a relação existente entre a poluição e a doença oncológica fará com que o homem modifique a sua posição e a sua atitude em relação ao ambiente. A doença oncológica gera na pessoa doente e na própria família sentimentos de desvalia, de perda e medo. Esta doença é muito temida quer pela alta taxa de mortalidade quer pelo sofrimento e pelo desgaste, individual e familiar, que lhe está associada. A dor física e espiritual, a revolta, a angústia bem como o processo de morrer são etapas dramáticas para quem passa por elas e também para quem tem

profissionalmente de as acompanhar, médicos e enfermeiros, que com o contacto diário de doentes terminais tem frequentemente eles próprios necessidade de acompanhamento psiquiátrico. Daí que o custo em termos médicos, de absentismo ao emprego, e suas repercussões familiares e sociais fazem com que a doença oncológica seja abordada de um ponto de vista ecológico.

6 - DOENÇA ONCOLÓGICA

O cancro continua a ser uma das patologias com conotações mais assustadoras. E sem ser a primeira causa de morte, é a mais temida do mundo moderno. Isto não significa que o cancro seja uma doença nova ou recente. Ela é conhecida desde a antiguidade, tendo sido mencionada nos papiros egípcios datados de 3000-2500 a. C.

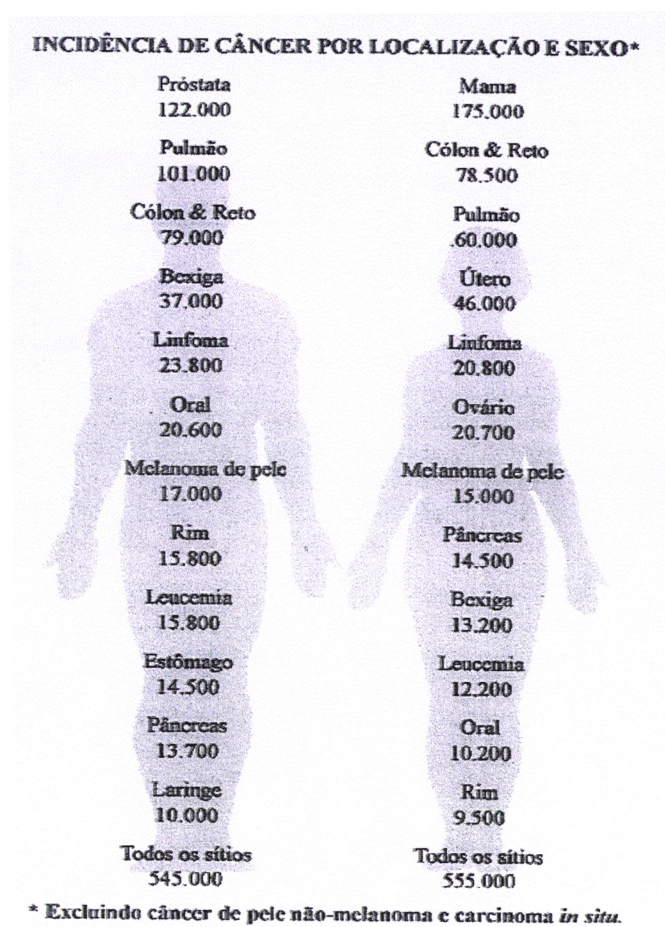
Em termos etimológicos, a palavra cancro deriva do latim e significa caranguejo. O uso deste termo remonta ao século V a. C. tendo Hipócrates verificado que as “veias” que irradiam dos tumores do peito se assemelhavam a um caranguejo.

Cancro constitui um conjunto de doenças neoplásicas que é caracterizado pelo crescimento anormal das células, que nas formas malignas se disseminam para outras partes do corpo.

Autonomia, morfologia atípica, carácter invasor e multiplicação celular anormal são propriedades comuns dos tumores malignos. Um crescimento acelerado por si só não identifica uma célula como maligna, a medula óssea pode multiplicar-se mais rapidamente que um cancro, embora as células descendentes estejam sujeitas a controle próprio, ao contrário das células malignas que podem crescer excessivamente em estruturas anormais, formar massas amorfas de células indiferenciadas, estimular a formação de novos vasos, invadir a rede sanguínea, linfática e as cavidades serosas.

Aproximadamente 1.100.000 pessoas foram diagnosticadas com cancro em 1991, excluindo o cancro da pele não melanoma e carcinoma *in situ*, como mostra a figura:

QUADRO 2 – Incidência do cancro



Fonte: (CLARK and MCGEE, 1997)

6.1 - Etiologia das doenças malignas

São muitas as possíveis causas do cancro. Como um só tipo de bactérias não provoca todas as doenças infecciosas é lógico prever que o cancro não tenha uma só causa, mas várias. Há muita informação sobre causas ambientais e genéticas do cancro humano.

Segundo Davis (1970) as causas das doenças malignas podem estar relacionadas com três factores:

Factores genéticos

Muitos dos tumores estão relacionados com alterações genéticas, mutações celulares ou com a herança de factores causais ligados a genes de susceptibilidade cancerosa. Se uma célula não funciona bem, então a origem deste mau funcionamento reside geralmente nos genes. Muitos estudos relacionam a frequência do cancro da mama, da próstata, do cólon, do estômago e do colo do útero com o parentesco. Embora também se possa atribuir a proximidade do cancro, entre famílias, à exposição aos mesmos factores ambientais e dietéticos.

Mas será que o sistema imunitário do indivíduo combate o cancro normalmente ou tem que ser levado a fazê-la? Segundo Jaffee (2002) até à cerca de 15 anos pensava-se que era uma diminuição nas defesas do indivíduo que poderia levar ao aparecimento do cancro, actualmente pensa-se que *“ a maioria dos cancros consegue desenvolver-se porque o sistema imunitário do hospedeiro, apesar de manter as suas capacidades normais intactas, não é capaz de se aperceber que existe uma situação maligna.”* (Jaffee 2002).

Acredita-se que o crescimento do tumor, na maioria dos casos, resulta de erros nos genes (acumulação de mutações) as quais alteram a multiplicação (proliferação) e a especialização (diferenciação) das células. Em segundo lugar, a falha do sistema imunitário em reconhecer e/ou destruir essas células que não estão a funcionar normalmente contribui para o seu crescimento descontrolado.

Factores infecciosos

São várias as teorias sobre a possibilidade de agentes infecciosos transmitirem material genético anormal que penetre nas células susceptíveis e modifique o seu genoma, conferindo-lhes assim a propriedade maligna. Desde 1962 que estudos apontam como etiologia viral as leucemias e os linfomas. (Davis, 1970)

No entanto os mecanismos básicos que explicam a intervenção dos vírus na transformação das células sãs em malignas, ainda permanecem desconhecidos.

Factores carcinogénicos físicos e químicos

Davis (1970) refere que em 1775 um cirurgião de Londres, Percival Potts observou que os limpa-chaminés apresentavam uma forma rara de doença maligna, o cancro do escroto. Esta patologia parecia estar relacionada com a exposição constante á fuligem.

Anos mais tarde, em 1917, investigadores japoneses provocaram carcinomas nas orelhas dos coelhos, resultantes da exposição durante meses ao alcatrão.

Kensaway isolou o benzopireno de alcatrão em 1930 e demonstrou que era um poderoso carcinógeno (DAVIS, 1970). Desde então vários são os agentes que podem provocar o cancro. O quadro seguinte apresenta alguns desses agentes.

QUADRO 3 - Causas ambientais do cancro nos seres humanos

Agente	Tipo de exposição	Tipo de cancro
Bebidas alcoólicas	Bebidas	Boca, faringe, esófago, Laringe e fígado
Agentes alquilantes	Medicamentos	Leucemia
Esteroides anabólicos Androgénicos	Medicamentos	Fígado
Aminas aromáticas	Fabrico de tintas e outros produtos químicos	Bexiga
Arsénico	Mineração e fundição de metais, fabrico e uso pesticidas, medicamentos e água potável	Pulmão, pele fígado
Asbesto	Fabrico e uso industrial	Pulmão, pleura e peritoneu
Benzeno	Industrial de couro, petróleo	Leucemia

Éter Cloronafazina	Fabrico Medicamentos	Pulmão Bexiga
Compostos de cromo	Fabrico	Pulmão
Estrógenos	Medicação	Cervix, vagina
Imunossuppressores	medicação	Linfoma NH, pele
Radiação ionizante	Testes Nucleares Tratamentos e Diagnósticos médicos, Mineração de urânio Centrais Nucleares	Sistémico
Álcool de Isopropila	Fabrico	Seios paranasais
Indústria de couro	Fabrico e concertos	seios paranasais, bexiga
Gás mostarda	Fabrico	Pulmão, laringe, seios paranasais
Poeira de níquel	Refinamento/ Industria	Pulmão, seios paranasais
Parasitas	Infecções	Bexiga, fígado
Analgésicos contendo fenacetina	Medicamentos	Pelve renal
Hidrocarbonetos policíclico	Produtos de Carbonização fria e alguns óleos minerais	Pulmão, pele
Tabaco de mascar	Inalação de tabaco em pó, Mascar tabaco, noz de areca	Boca
Tabaco	Fumo especialmente de cigarros	Pulmão, laringe, boca, esófago, bexiga, pâncreas, rim Pele, lábios
Radiação ultravioleta	Luz solar	
Vírus	Contaminação	Sistémico
Vírus Epstein-Barr	Contaminação	Linfoma de Burkitt, Carcinoma naso-faringe?
Vírus Hepatite-B	Contaminação	Carcinoma hepatocelular
Vírus da Humano T-Linfotrófico	Contaminação	Leucemia células-T/ Linfoma
Clorovinil	Utilização industrial	Fígado
Poeira de móveis Pó de madeira	Fabrico de móveis	Seios nasais

6.2 – Crescimento tumoral

O crescimento de um tumor depende de diversos factores inter-relacionados.

Skeel (1993) refere quatro factores:

1 – Tempo do ciclo celular – tempo médio necessário para uma célula que se acabou de dividir por mitose volte a crescer e novamente a entrar em mitose. Este índice determina a taxa de crescimento máximo para um tumor.

2 – Fracção de crescimento – é a fracção de células que entram em divisão celular. Se a fracção de crescimento se aproxima de 1 e a taxa de morte celular é baixa, o tempo de duplicação tumoral aproxima-se do tempo do ciclo celular.

3 – Número total de células na população – calculado num determinado momento no qual a medida do crescimento é iniciada. Trata-se dum índice clinicamente importante, porque ilustra quanto avançado está o processo tumoral.

4 – Taxa de morte celular intrínseca – este índice é difícil de ser medido em doentes, mas a sua maior contribuição seria diminuir a taxa de crescimento de muitos tumores sólidos.

O ciclo celular das células neoplásicas é qualitativamente idêntico ao das células normais. Cada célula inicia o seu crescimento durante o período pós-mitótico, uma fase denominada de G1, durante a qual são necessárias enzimas para a síntese do ADN, de outras proteínas, e onde o ARN é produzido. A fase G1 é seguida por um período de síntese de ADN, durante o qual se processa toda a síntese de ADN para um determinado ciclo. Quando a síntese de ADN é completada, a célula entra no período pré-mitótico (G2), durante o qual ocorre mais síntese de ADN (S), durante o qual ocorre mais síntese proteica e de RNA. Este intervalo é imediatamente seguido pela fase de mitose (M), ao final da qual se dá a divisão física da célula originando duas células filhas, cada uma das quais iniciando a fase G1 novamente.

A maioria dos cancros propaga-se aos tecidos vizinhos destruindo estruturas normais devido ao seu crescimento ou infiltrando nervos linfáticos, vasos sanguíneos e cavidades corporais. O tipo de invasão depende da localização da lesão e das características das células tumorais.

6.2.1 – Características das células tumorais

Segundo Davis (1970) as células tumorais apresentam determinadas características:

- ❖ A maioria das células cancerosas é unidades autónomas e independentes que crescem rapidamente.
- ❖ Muitas destas células malignas conservem a capacidade primitiva do movimento amiboide que ajuda a invadir espaços entre tecidos, atravessando as paredes dos vasos sanguíneos.
- ❖ Outra das características destas células prende-se com a capacidade de diminuição de coesão mútua o que permite a libertação de células isoladas e a capacidade de se desenvolverem noutra local.
- ❖ Não inibem o seu crescimento por entrarem em contacto com outras células malignas, continuando a multiplicar-se.
- ❖ As células malignas podem manter-se inactivas durante anos e a dada altura tornarem-se activas.
- ❖ Inexplicavelmente processos cancerosos podem ser reversíveis.

6.2.2. – Factores que influenciam o crescimento das células tumorais

- ❖ Características do próprio indivíduo tais como factores imunológicos
- ❖ As hormonas, que podem estimular ou inibir o crescimento de alguns tumores.

6.2.3 – Vias de disseminação

Os processos de disseminação do cancro fazem-se através da rede linfática, da rede vascular e das cavidades corporais, desenvolvendo-se metástases junto ou longe da lesão inicial. Conhecem-se locais de eleição de metastização de determinados tumores, como por exemplo, o cancro da próstata e mama que normalmente metastizam para os ossos ou o cólon para o fígado, ou do pulmão para o cérebro.

6.3 – A evolução do conceito de carcinogenesis

De acordo com Amaral-Mendes et al, 2002, podem considerar-se duas teorias sobre a carcinogenesis:

1 – Teoria da Mutação Somática

Esta teoria é baseada numa mutação do ADN provocada por uma agressão, de um agente cancerígeno, ao ADN, seguida duma serie de transformações a nível celular. Esta teoria não explica algumas das propriedades do cancro, como a autonomia do seu crescimento, da invasão e das metástases.

2 – Teoria da Organização dos Tecidos

A teoria do organização dos tecidos diz que o desenvolvimento normal dos tecidos e dos órgãos depende de um fluxo continuo da informação entre o estroma e o parênquimo e/ou entre as células dentro dos tecidos. Esta teoria defende que o estroma e o parênquimo são os alvos de mudanças provocados por agentes carcinógenos criando assim as condições para a neoplasia ocorrer.

7 - CANCRO DA MAMA

O cancro da mama é um dos carcinomas mais comuns do sexo feminino, 30 a 32% dos tumores malignos, sendo responsável por cerca de 15% das mortes por cancro. (Leal, et al, 2004) Vários estudos apontam como sendo a causa de morte mais frequente nas mulheres da faixa etária entre os 45-55 anos. No entanto, esta patologia em mulheres com idade inferior a 35 anos, embora menos frequente, tem geralmente uma evolução mais rápida e o prognóstico é mais reservado. (Jerónimo, 2002)

Segundo as últimas estatísticas de cancro (Registo oncológico Nacional, 1993, citado por Jerónimo, 2002) o tumor maligno que apresenta maior taxa de incidência é o da mama feminina, com uma taxa bruta de 62,3% e que 80% destas neoplasias surgem em idades inferiores aos 69 anos. Também segundo esta estatística 48% dos casos concentram-se em idades compreendidas entre os 49 e os 69 anos, sendo este, o grupo etário que mais privilegiaria com rastreio.

Quanto á distribuição dos tumores malignos, por tipo histológico, e segundo a mesma fonte, a única na altura disponível, (Registo oncológico 1993) verifica-se que 78,4% dos casos correspondem a carcinoma ductal invasivo. Nos homens, a incidência é de cerca de 1,05%.

A OMS classifica os tumores mamários malignos, conforme nos refere Bacete (1999) em:

- Tumores epiteliais malignos que podem subdividirem-se em tumores invasores *in situ*, carcinoma microinvasor e invasores.
- Tumores fibroepiteliais malignos

- Outro tipo de tumores pouco frequente como sarcomas, linfomas, tumores cutâneos.

- Tumores metastásicos.

O cancro da mama é geralmente um carcinoma e conseqüentemente são os tumores epiteliais malignos os mais comuns. Dentro destes é o carcinoma ductal invasor a variedade mais frequente, com 75% dos casos. (Bacete, 1999)

Leal de Silva et al (2004) classifica histológicamente os tumores da mama como:

Carcinoma, NOS (sem outra especificação)

Ductal : intraductal (in situ), invasivo com componente intraductal predominante, invasivo, NOS, comedo, inflamatório, medular com infiltrado linfocítico, mucinoso (colóide), papilar, tubular, outro. A maior parte dos carcinomas invasivos da mama são de origem ductal. Dos seus diversos subtipos, o tubular, o mucinoso e o papilar têm, segundo o mesmo autor prognóstico favorável. E o carcinoma medular tem um prognóstico semelhante ao ductal.

O carcinoma lobular corresponde a 5-10% dos tumores invasivos e em cerca de 30% dos casos, está associado a tumores primários contra laterais.

Lobular: in situ, invasivo com componente in situ predominante, invasivo.

Mamilo: doença de Paget, NOS, doença de Paget com carcinoma intraductal, doença de Paget com carcinoma ductal invasivo.

Outro: carcinoma indiferenciado

7.1 – Cancro da mama no Distrito de Portalegre

Segundo dados mais recentes apresentados por Casanova (2003) no distrito de Portalegre, nos anos 2000 e 2001 o número registado de cancro da mama era de 73 novos casos.

Na Unidade de Oncologia Médica de Portalegre durante o ano de 2003 foram inscritos 24 novos doentes por neoplasia da mama e em 2004 foram inscritos 23 como mostra o quadro seguinte:

QUADRO 4 – Novos casos de cancro da mama inscritos na Unidade Oncologia Médica de Portalegre em 2003/2004

NOVOS CASOS	Sexo Feminino	Sexo masculino	Mastectomia	Quimioterapia	Radioterapia	Terapia Hormonal
Cancro da mama 2003	23	1	22	16	1	19
Cancro da mama 2004	23	0	16	17	2	9

7.2 - Factores de risco

Podem ser de vários tipos, Jerónimo (2002) aponta 5 tipos de factores:

7.2.1 - Genéticos

A história familiar, juntamente com a idade da mulher constitui os factores de risco mais importantes para o cancro da mama. Outros factores de risco são a menarca precoce (antes dos 11anos) e a menopausa tardia (após os 54 anos). Quanto á hereditariedade, foram identificados dois genes que no seu conjunto contribuem em cerca de 90% para o cancro hereditário da mama. Os genes são o BRCA 1 e BRCA 2 e para ambos os genes a transmissão de uma mutação é, segundo Brody (1999) 8 vezes maior o risco de desenvolver cancro da mama ao longo da vida (de um valor estimado em 12% para todas as mulheres para 70% a 90% nas portadoras de mutação). Contudo e apesar da sua frequência o cancro da mama não é predominantemente hereditário e segundo o mesmo autor, apenas 5% a 10% de todos os casos são explicados através de defeitos hereditários.

Como é feita a avaliação do risco em relação aos cancros hereditários? Os factores que sugerem a presença de uma síndrome de cancro hereditário incluem-se, segundo Stehney (2001) múltiplos familiares afectados, inicio numa idade precoce, tumores

primários múltiplos ou órgãos afectados bilateralmente, sinais físicos relacionados e cancros relacionados na mesma família.

Em mulheres com mutações BRCA conhecidas, o rastreio e as estratégias de prevenção envolvem a realização precoce e frequente de mamografia (anual a partir dos 25 anos) auto-exame mensal a partir do início da idade adulta, observação clínica da mama, anuais ou semestrais. Mas o rastreio não deve envolver apenas mulheres de risco, mas todas as mulheres a partir dos 40 anos, apesar de Herity (1997) referir que a pesquisa científica mostrou que a detecção precoce através do rastreio por mamografia consegue uma redução de cerca de 30% nas mortes nos grupos de mulheres com idades superiores a 50 anos mas não revela nenhuma redução na mortalidade em mulheres mais novas. O que leva a questionar a eficácia da mamografia em mulheres mais novas, embora o diagnóstico precoce de cancro da mama por rastreio permita uma intervenção cirúrgica menos agressiva, o que constitui já uma vantagem.

O rastreio da população requer uma boa organização e gestão, requer uma mamografia de alta qualidade e recursos de diagnóstico e tratamento em centros especialidades, só assim o rastreio da população para o cancro da mama tem o potencial para reduzir a mortalidade em 15-30% em mulheres com idade superior a 50 anos. (Herity, 1997)

7.2.2 – Hormonais ou endócrinos

Os factores de risco incluem: a paridade, onde as nulíparas têm maior risco de cancro da mama; o aleitamento, onde as mulheres que nunca amamentarem têm maior risco; gravidez, primeiras gravidezes tardias (após os 40 anos) são factor de risco; as doenças benignas da mama, que constituem um risco acrescido e por fim o uso de terapêutica hormonal, o uso de contraceptivos orais por mais de 5 anos em idade juvenil pode aumentar o risco, se não forem de baixo teor hormonal, assim como a ingestão de estrogénios por mais de 10 anos consecutivos.

7.2.3 – Morfológicos

As hiperplasias constituem um factor de risco 5,3 maior.

7.2.4 – Nutricionais

Obesidade – estudos apontam, segundo Jerónimo (2002), para uma correlação entre o consumo de gorduras/obesidade e a mortalidade por cancro da mama.

7.2.5 – Físicos

Irradiação – tudo indica e segundo o mesmo autor, que o tecido mamário da mulher com menos de 25 anos seja mais sensível á indução de cancro da mama por irradiação ionizante.

7.3 - Problemas relacionados com o diagnóstico

A doente com cancro da mama pode sofrer alterações psicológicas associadas ao medo que tem da doença e aos mitos que lhe estão associados, isto porque a doença oncológica reveste-se de características diferentes das outras doenças. O estigma do cancro e a associação que se estabelece entre a doença e o sofrimento, a dor e a morte, fazem com que as doentes vivenciem a doença duma outra forma e que se comporte em relação á doença e até em relação á sua vida, de um modo diferente. Um doente com cancro enfrenta a possibilidade de ter: uma doença incapacitante; uma mutilação; perda de uma parte importante do corpo ou perda duma função fisiológica e a morte (Carvalho Teixeira, 2000). Tudo isto faz com que a reacção dum doente ao diagnóstico de cancro seja diferente á de outras patologias. O estigma da doença leva a que o doente ao ser-lhe diagnosticado um cancro, se sinta ameaçado e que encare a doença como uma morte

anunciada, e não é fácil para qualquer pessoa confrontar-se com esta situação. Diz o adágio chinês que *“o pressentimento da morte é pior que a própria morte”*.

A nossa sociedade rejeita sistematicamente a morte, encarando-a como um fracasso, como algo dissociado da vida. A nossa cultura não nos permite abordar a doença e a morte sem envolver dramatismo e medo. Assim, quando é diagnosticado um cancro, na maioria dos casos a pessoa a quem é feito o diagnóstico *“fica profundamente chocada e, consciente ou inconscientemente, confrontada com a morte. Isto desencadeia no doente um tumulto de emoções, que vão do medo, passando pelas diferentes fases de perturbação psíquica, ansiedade, culpabilidade, raiva e fúria, até à depressão.”* (Saurí, 1999). Num estudo publicado no semanário Visão de Setembro de 1999, com base num estudo europeu “Tratar a Mulher com Cancro” apontava o medo da morte (78% das mulheres) como o mais referido pelas mulheres na altura do diagnóstico. A doente enfrenta uma fase de grande vulnerabilidade e desespero e quase simultaneamente vai ter que começar a frequentar o meio hospitalar, também ele hostil, e a iniciar uma série de exames, radiografias, consultas, análises, salas de espera, que tornam estes período ainda mais difícil e doloroso. A ansiedade, a angústia, o medo e a perspectivas face á doença levam que a doente e família vivem momentos muito difíceis, que poderiam ser atenuados pela equipa multidisciplinar, desenvolvendo estratégias de acompanhamento, de informação por antecipação, de apoio, de encaminhamento para ajuda especializada e de muita disponibilidade.

Os avanços tecnológicos da medicina revolucionaram o tratamento de doenças consideradas mortais até á data. Da mesma forma têm proporcionado diferentes atitudes que se reflectem no tratamento de tais doenças, como sejam: a optimização dos aspectos humanos nos cuidados de saúde (Carvalho Teixeira & Trindade, 1994); informação mais adequada aos doentes, no sentido de melhor colaborar no seu tratamento (Dias, 1994) e reconhecimento de que existem factores comportamentais e psicológicos de

risco associado á situação de doença, cujo controlo poderá prevenir ou evitar o agravamento da mesma. Estas mudanças têm possibilitado uma maior esperança de vida, mas também um aumento na prevalência de doenças crónicas. (Joyce Moniz & Barros, 1994)

O actual sistema de saúde valoriza mais o aspecto e á assistência física do doente, através da realização de técnicas, exames, análises, consultas, do que ao aspecto e acompanhamento psicológico. A assistência psíquica aos doentes com cancro nem sempre tem tido o mesmo acompanhamento, as “... *únicas respostas são muitas vezes a conspiração de silêncio e de mentira gerada ainda muitas vezes em redor do doente ou a transmissão da verdade de uma forma abrupta, a falta de respeito pela privacidade do doente, ...*” (PACHECO, 2002).

7.4 - Problemas relacionados com o aspecto psicológico

Existe um reconhecimento crescente dos efeitos psicológicos no indivíduo que tenha um tumor maligno. Paralelamente a esta tomada de consciência existe também a necessidade de apoiar psicologicamente e espiritualmente o doente durante a sua doença. No entanto, as pesquisas continuam a revelar que essas necessidades ainda não estão adequadamente cobertas (Redmond, 1997). A psico-oncologia enquanto sub-disciplina da oncologia, só emergiu nos últimos 20 anos e a tomada de consciência da influência dos factores psicológicos tem vindo a aumentar. É importante inculcar sentimentos de confiança e esperança sempre que existe um diagnóstico ou prognóstico de tumor maligno. (Saurí, 1999). O significado sociocultural do termo cancro leva a que a doente o tema e o associe á morte ao sofrimento e á dor. O cancro é uma fonte de stress.

Para Pascual (1999) o stress provocado pela doença oncológica, pode originar uma série de respostas psicológicas, entre as quais:

REGRESSÃO – quando o doente adopta um comportamento infantil, estabelece uma relação de dependência com os profissionais de saúde, torna-se exigente e não coopera.

SUPRESSÃO – quando o doente inibe inconscientemente desejos considerados inaceitáveis, como por exemplo: os pensamentos de suicídio são suprimidos porque o doente considera que o suicídio é um pecado.

TRANSFERENCIA – quando se transfere uma emoção do seu objecto inicial para outro mais aceitável.

RACIONALIZAÇÃO – quando se procuram explicações conscientes para um comportamento ou conduta, para se tranquilizar.

NEGAÇÃO – quando se nega a realidade por incapacidade em a aceitar.

PROJECCÃO – quando as emoções inaceitáveis se atribuem a outros.

Estes mecanismos de defesa levam a respostas de conduta, que segundo o mesmo autor podem ser de ansiedade, agressividade, depressão, baixa de auto-estima, desconfiança e/ ou conduta hipocondríaca. As perturbações de sono e do apetite são outras respostas ao stress. Os profissionais de saúde “ *têm que ajudar o doente a encontrar a esperança e a coragem, à medida que exploram o significado da crise em conjunto com o doente. Dado o efeito prejudicial que uma atitude de falta de esperança e desespero pode ter a nível da morbilidade e mortalidade...* ” (O’ Toole 1999)

Estas reacções de stress podem estar relacionadas com o diagnóstico ou prognóstico da doença, como nos refere Kubler-Ross (1997), apontando cinco tipos de reacções emocionais que podem ser vivenciadas pelo doente:

Negação – O doente não quer acreditar no que lhe está a acontecer, duvida e questiona-se acerca dos resultados dos exames e procura uma segunda e terceira opinião, indo de médico em médico à procura daquilo que ele quer ouvir.

A negação é uma defesa temporária, chegando uma altura em que é impossível fugir à realidade.

É então que surge a revolta.

Revolta – é quando o doente se questiona: “Porquê eu? Porquê a mim?”

É uma fase de muita agressividade, raiva e de ressentimento. O doente queixa-se que não é compreendido pela família e pelos técnicos de saúde, queixa-se da comida, dos tratamentos, queixa-se de tudo e de todos. Esta é uma fase difícil também para os familiares que o rodeiam.

Negociação – É uma tentativa de adiamento, fazendo um pacto ou fazendo uma promessa: “ se eu ficar bom deixo de fumar”, ou então “vou a Fátima a pé”...

Negocia-se, normalmente com Deus, esperando que assim o seu problema seja resolvido. Quando já não pode negar a sua doença e esconder a evidência o paciente entra na fase de depressão.

Depressão – O doente já não tem forças nem argumentos para esconder a doença. A revolta e a raiva dão lugar a um sentimento de grande perda. Esta pode estar associada a incapacidade de gerir a vida familiar, como até então fazia, pode estar associada a uma mutilação no seu corpo, a encargos financeiros acrescidos, incapacidade de cuidar de si e a uma infinidade de situações pessoais, familiares e/ou sociais.

A fase seguinte é a aceitação.

Aceitação – Quando o doente aceita a sua doença. Isto permite-lhe gerir de forma equilibrada os tratamentos, a cirurgia e que se prepare e aceite o seu prognóstico, com tempo para organizar a sua vida. Como refere Serrão (2001) “ *nos doentes com cancro a confirmação da suspeita, que já têm, de que a morte é, de facto inevitável, traz uma acalmia da turbulência psicológica que se seguiu ao diagnóstico, à luta cirúrgica, aos tratamentos complementares de radio ou quimioterapia, durante meses.*”

O diagnóstico de cancro altera todo o sistema de suporte familiar e social tornando o doente oncológico especialmente dependente dos outros. Nestas circunstâncias o apoio psicológico e social pode aumentar a auto-estima, diminuindo a vulnerabilidade e insegurança da pessoa doente. (Rowland, 1989)

Ser doente oncológico significa passar por uma alteração no seu quotidiano, privação de determinadas actividades, dor, desfiguração do corpo, perda ou alteração do funcionamento do seu corpo e separação, ainda que temporária da família e dos amigos. (Shapiro, Angus & Davis, 1997) Todos estes aspectos irão influenciar a percepção da doença e a desencadear respostas emocionais mais ou menos adequadas. É neste sentido que a questão do bem-estar físico, psicológico, emocional e social tem vindo a adquirir cada vez mais importância no âmbito da oncologia, para que o prolongamento da vida não signifique prolongamento do sofrimento, mas sim prolongamento da qualidade de vida.

7.5 - Problemas relacionadas com o tratamento

O tratamento das doentes com cancro da mama baseia-se no tratamento local da doença, com cirurgia e radioterapia, e no tratamento da doença sistémica, fundamentalmente com hormonoterapia e quimioterapia.

As várias opções terapêuticas dependem da histologia, do estado dos gânglios axilares, do nível dos receptores hormonais, da idade e da vontade do doente. (Leal da Silva, et al, 2004)

7.5.1. - Cirurgia

A terapêutica cirúrgica é uma das ferramentas mais importantes para curar as neoplasias, sendo a cirurgia responsável por 70% da totalidade das curas, (Hogenkamp,

1999) podendo-se concluir que as intervenções cirúrgicas permanecem a principal via terapêutica. Nos últimos 20 anos tem havido grandes expectativas face a terapêuticas combinadas como a quimioterapia e a radioterapia, com imunoterapia e a terapia genética. No entanto a cirurgia continua a ter uma função primordial no contexto destas opções terapêuticas. Os diagnósticos baseados na análise das características genéticas irão ganhar uma grande projecção nos próximos anos. Como já foi referido mulheres portadoras de determinados genes, tais como BRC1 e o BRC2 apresentam um risco acrescido de desenvolvimento de cancro da mama. Existem consultas de genética onde analisam os factores de risco e onde decidem uma vigilância mais apertada dos portadores dos genes ou até cirurgia, como acontece em Holanda, no instituto Holandês de oncologia do hospital Antoni van Leeuwenhoek, onde existe um serviço de consultas externas independente, reservado á pesquisa de neoplasias hereditárias. Neste serviço são efectuadas mastectomias profiláticas a mulheres predominantemente jovens que apresentem riscos acrescidos de desenvolvimento de neoplasia da mama, baseados na análise das características genéticas. É talvez um tratamento radical, mas seguro, até porque a mamografia, como já foi referido por Herity (1997), não tem uma grande eficácia, principalmente em mulheres jovens. Em 1998, segundo Hogenkamp (1997) foram efectuadas naquele hospital 30 mastectomias profiláticas a mulheres jovens.

Actualmente a idade não constitui um factor de limitação de intervenções cirúrgicas em oncologia mas sim as condições físicas, mentais e sociais do doente, o que permite um maior recurso á terapêutica cirúrgica de doentes idosos.

A mastectomia, seja qual for o motivo, exige sempre uma informação adequada e atempada para que a mulher possa prepara-se e mentalizar-se para a cirurgia. A ameaça da perda total ou parcial da mama afecta a mulher e todos aqueles que lhe são próximos, uma vez que a mama é geralmente considerada o símbolo da feminilidade, da sexualidade e da maternidade. A mulher e a sua família devem ser apoiadas durante o

processo da tomada da decisão e ser-lhe concedido o espaço de tempo para fazerem a sua opção.

Há vários tipos de intervenções cirúrgicas no cancro da mama, que varia consoante o estadio da doença.

A cirurgia conservadora é utilizada nos estadios iniciais e/ou com indicação de cirurgia como primeiro acto terapêutico. A cirurgia implica um dos seguintes actos cirúrgicos, como refere Clark e Mcgee (1997):

- **Mastectomia sectorizada** que inclui Lumpectomia, tioletomia e quadrantectomia que consiste na remoção do tumor com margem de segurança incluindo os tecidos vizinhos ao tumor. Com esta cirurgia há uma deformação mínima da mama o que reduz o desgaste emocional.
- **Mastectomia simples** – envolve a remoção da mama, sem extirpação de gânglios linfáticos. A perda da mama é a alteração física mais significativo o que leva a um desgaste emocional muito grande, trauma de algum nervo, sensação de mama fantasma e a conseqüente alteração de imagem.
- **Mastectomia radical** – inclui a remoção da mama e dos músculos da parede abdominal, bem como a extirpação dos gânglios linfáticos. Tal como a anterior, envolve a remoção da mama acrescido de alterações da autonomia da parede torácica, axila e abdução do ombro. As complicações e efeitos colaterais são as mesmas que na mastectomia simples só que com aumento da incidência, acrescida de mobilidade do braço e do ombro alteradas, necrose de retalhos cutâneos e compressão da parede torácica.
- **Mastectomia radical modificada** – é uma variante da mastectomia radical, que é caracterizada pela conservação do grande peitoral. As complicações são as mesmas que na mastectomia radical, embora a compressão da parede abdominal não se verifique ou esteja presente numa forma muito menos acentuada. Na mastectomia radical modificada ainda podemos incluir:
 - **Mastectomia radical modificada tipo Maden** – é uma mastectomia radical caracterizada pela conservação do grande e pequeno peitoral.
 - **Mastectomia radical modificada tipo Patey** – é uma mastectomia radical que se caracteriza pela remoção do pequeno peitoral.

Após a mastectomia é preciso iniciar a reabilitação com exercícios suaves e repetidos, com vista a aumentar a flexibilidade. A fisioterapia deve iniciar-se precocemente, nos dias seguintes á cirurgia, com objectivo de restabelecer a função do membro superior, associada ao controlo precoce das complicações linfáticas e cicatriciais, de modo a facilitar a independência nas actividades de vida diária. Quando a doente tiver alta deve ser-lhe feito o ensino acerca dos exercícios que poderá fazer e fornecer-lhe folhetos que exemplifiquem esses exercícios. A natação é um importante exercício complementar.

Após a cirurgia as mulheres precisam de ajuda e compreensão principalmente em determinados aspectos, como nos refere Tait (1989):

“ - É importante que a mulher veja precocemente a sua cicatriz. Não se deve forçar, mas é fundamental a mulher adaptar-se á sua nova imagem.

- A dor deve ser aliviada com medicação, assim como devem ser tomadas medidas para ajudar a ultrapassá-la, como por exemplo, suporte para o braço afectado com almofadas, exercício suave e de relaxamento.

- As áreas que podem parecer entorpecidas até que as terminações nervosas se unem novamente.

- A necessidade de restabelecimento da mobilidade do braço e ombro afectados. Os exercícios devem continuar a ser feitos em casa, com ajuda dum folheto informativo.

- A necessidade de inicialmente usar roupa de dormir fácil de despír e vestir.

- A possibilidade de utilização de próteses temporárias de fibra.

- A possibilidade de utilização de próteses totais ou parciais semipermanentes, logo que a ferida esteja cicatrizada, geralmente um mês depois da operação. A doente deve ser encaminhada para as associações de voluntariado existentes na comunidade, para serviços de aconselhamento, troca de experiências e ajuda nas dificuldades que forem surgindo.

- A necessidade dum soutien apropriado para segurar a prótese.

- A possibilidade de reconstrução mamária.

Que o linfedema tem mais probalidades de ocorrer ou depois da dissecação dos nódulos linfáticos ou depois de irradicação da axila, e que a doente, pode conseguir

ajudar a evitar a infecção do braço e mão afectados através de várias medidas preventivas.

- Antes da alta as mulheres e os seus companheiros devem ser tranquilizados acerca do facto de poderem retomar as relações sexuais logo que desejarem.

- As mulheres devem ser encorajadas a retomar a sua vida social logo que possível

- Devem ser-lhes fornecidos contactos para poderem ligar em caso de dívidas e/ou algum problema especial.”

O quadro seguinte refere alguns conselhos sobre as actividades de vida diárias da mulher mastectomizada, para prevenir o linfedema.

Quadro 5 – Recomendações para Mulheres Mastectomizadas

- ❖ Abra as portas com a mão do lado operado, assim leva os embrulhos e os sacos do lado são.
- ❖ Evite transportar o que quer que seja do lado operado.
- ❖ Evite levar vacinas, injeções ou tirar sangue do lado afectado.
- ❖ A tensão arterial também não deve ser medida nesse braço.
- ❖ Não tente levantar objectos muito pesados quando fizer trabalhos domésticos.
- ❖ Quando cozinhar tome cuidado com as queimaduras; use uma luva para cobrir a mão e o braço.
- ❖ Não pegue na sua mala de mão do lado operado ou, se tiver que o fazer, não a pendure no braço segura-a pelas pegas.
- ❖ Lave a louça e roupa utilizando luvas que não devem ser muito justas.
- ❖ Não use anéis ou mangas muito apertadas. Quando tratar do jardim ou arranjar flores, use luvas grossas por causa dos picos e espinhos.
- ❖ Tome cuidado com picadas de alfinetes e agulhas.
- ❖ Use dedal quando cozer.
- ❖ Não use detergentes fortes para lavagens.
- ❖ Sempre que puder, quando estiver sentada, apoie o braço numa almofada, especialmente quando andar de automóvel.
- ❖ Qualquer área de pele que tenha recebido radiações deve ser protegida do sol.
- ❖ Não durma com a cabeça deitada sobre o braço.
- ❖ Não faça crochet ou tricot em excesso.
- ❖ Pode fazer os seus trabalhos domésticos desde que não exagere e os for fazendo pouco a pouco.

Fonte: Jerónimo e Henrique, 2002

Estas limitações físicas podem transformar o quotidiano das mulheres mastectomizadas e alterar profundamente a sua vida familiar, social e laboral. Mas estas mulheres sofrem também alterações psicológicas várias, que associadas ao temor causada pela própria doença, como a ideia de incurabilidade, de sofrimento, e de morte

juntamente com a mutilação, originam sentimentos de impotência e desvalia, que foge ao seu controlo.

A mastectomia leva a que se alterem os hábitos de vida da mulher, podendo conduzir a alterações gerais no seu equilíbrio físico, emocional e familiar.

7.5.1.1 - Distúrbios da auto-estima

Um das possíveis complicações duma mastectomia são os distúrbios da auto-estima. Clark (1997) define estes distúrbios como *“uma avaliação subjectiva de baixo valor pessoal ou baixa capacidade de atingir objectivos”*. Estes distúrbios estão relacionados com a mudança da estrutura ou/e função corporal, percebidas ou reais, neste caso a amputação e estão também relacionados à situação, como a perda de status, por exemplo de trabalho ou económico ou mudanças de papel. A mulher, a mãe e/ou a trabalhadora deixa de sentir-se capaz de desempenhar o seu papel como até então e podem manifestar-se algumas das sequelas dos distúrbios de auto-estima que segundo Clark (1997) podem ser depressão, suicídio, desistência ou desempenho ineficaz de papéis e isolamento social ou auto-isolamento.

Perante o risco de distúrbios de auto-estima é preciso planear intervenções de forma a maximizar a segurança da doente e a minimizar o risco de ocorrência e gravidade dos distúrbios de auto-estima. Promover intervenções que visam a adaptação e a reabilitação, planeando a alta, promovendo a reintegração ao lar, à comunidade e ao trabalho.

7.5.1.2 – Distúrbios da Imagem corporal

A imagem corporal é um componente do auto-conceito e Clark (1997) define-a como *“a auto percepção que um indivíduo tem da sua estrutura e função corporal, como algo dinâmico e diferente de todas as outras pessoas.”* Quando acontecimentos de

vida vêm alterar a aparência física, sobretudo se surgem numa forma abrupta, podem ter repercussões negativas na auto-imagem e conseqüentemente no auto conceito. Desta forma podem surgir sentimentos negativos em relação à própria pessoa e dificuldades nas relações sociais, a nível familiar, laboral e/ou com os amigos, podendo surgir dificuldades em manter os papéis.

O factor de risco deste distúrbio é a própria mastectomia e a percepção de rejeição pelas pessoas que são significativas à mulher mastectomizada. As mulheres mastectomizadas além de confrontadas com um cancro, diagnostico já de si angustiante, perdem uma parte do seu corpo, parte essa ligada à sua feminilidade e sexualidade, o que vai potencializar mais o risco de distúrbios de auto imagem. A mastectomia poderá interferir nas várias esferas da vida da mulher, nomeadamente no conceito que tem a seu respeito, na imagem que tem de si e do seu corpo e também das repercussões que podem existir no âmbito da sexualidade, com o parceiro sexual, podendo a mulher vir a manifestar medo de ser rejeitada ou o medo de iniciar uma nova relação.

Todo esta situação acabará por ter um impacto na vida familiar da mulher, na relação que estabelece com o cônjuge, no atendimento e atenção aos filhos, sobretudo se ainda pequenos e na relação que estabelece com os outros membros da família.

O tratamento para o distúrbio da imagem corporal passa por: procedimentos preventivos e reconstrutivos para minimizar os efeitos do tratamento; elucidar e encaminhar a doente para a colocação de próteses; medicação para diminuir a ansiedade e a depressão e ajuda, através de grupos de voluntários. As possíveis sequelas de distúrbios da imagem corporal são as mesmas que para as da auto-estima.

7.5.2 – Quimioterapia

A quimioterapia anti-neoplásica é a modalidade terapêutica que mais tem progredido nos últimos tempos. As drogas podem ser divididos em diversas classes:

alquilantes, antimetabólitos, derivados de plantas e derivados de cultura microbiana. (Caseiro, et al 1997)

As várias opções terapêuticas estão dependentes da histologia, do estado dos gânglios axilares, do nível dos receptores hormonais, da existência ou não de doença metastática, de outras doenças associadas e da idade e da opinião do doente. (Leal da Silva, et al 2004)

7.5.2.1 - Classificação dos citostáticos

Alquilantes – são citostáticos ciclocelulares não específicos. Têm indicação para grandes tumores com divisão celular lenta. A acção dos agentes alquilantes é semelhante á radioterapia, relativamente aos danos causados á estrutura do DNA, daí dizer-se que a sua acção é radiomimética.

Antimetabolitos – são estruturas semelhantes aos metabolitos naturais. A célula, não conseguindo distinguir o fármaco da molécula natural, deixa que aquele tome o seu lugar impedindo que se reproduza.

Derivados de plantas – que inclui os alcalóides da vinca, taxanos, epipodofilotoxinas e inibidores da topoisomerase.

Derivados de culturas microbianas – pertencem a esta classe os antibióticos antraciclínicos, antibióticos antracenediona, antibiótico glicopeptídeo, antibióticos antineoplásicos e enzimas.

7.5.2.2 - Conceito de quimioterapia

Quimioterapia citostática é a utilização de substâncias químicas com actividade citotóxica com o objectivo de tratar pessoas com doença oncológica. (Caseiro, et al, 1997)

7.5.2.3 - Objectivos da quimioterapia

- **Curar a doença** – com modalidades de tratamento único ou tratamento combinado.
- **Controlar a doença** – aumentar o tempo e qualidade de vida, quando não existe mais uma esperança real de cura.
- **Profilaxia** – para prevenir o crescimento tumoral)
- **Paliativa** – aliviar os sintomas quando não é possível controlar a doença

7.5.2.4 – Mecanismos de acção da quimioterapia

A quimioterapia funciona a um determinado nível celular por uma interrupção no ciclo celular. A quimioterapia modifica a divisão celular das células normais e das células neoplásicas a maior parte dos agentes funciona modificando ou interferindo na síntese do DNA, impedindo a sua replicação.

7.5.2.5 – Tipos de quimioterapia

Caseiro, et al (1997) refere oito tipos de quimioterapia:

De indução – Quimioterapia de altas doses, habitualmente combinada, quando se inicia um regime curativo.

De consolidação – Repetição do regime de indução, num doente que alcançou uma remissão completa após indução, com intenção de aumentar a taxa de cura ou prolongar a remissão.

De intensificação – Quimioterapia após remissão completa, com doses mais altas dos agentes usados na indução, ou com agentes diferentes em altas doses, com intenção de aumentar a taxa de cura ou duração da remissão.

De manutenção – Quimioterapia em baixas doses e de longa duração, num doente que alcançou a remissão completa, com intenção de atrasar o crescimento de células neoplásicas residuais.

Adjuvante – Quimioterapia de altas doses, habitualmente combinada, num doente sem evidência de neoplasia residual, após cirurgia ou radioterapia, com intenção de destruir um baixo número de células neoplásicas residuais.

Neoadjuvante – Quimioterapia de altas doses, habitualmente combinada, administrada no período pré ou peri-operatório com o objectivo de diminuir o tamanho do tumor, possibilitando a cirurgia.

De 2ª linha – Regime de quimioterapia em altas doses, habitualmente combinada, administrada a um doente que não respondeu a um regime curativo diferente ou que recidivou.

Paliativa – Quimioterapia administrada para controlar os sintomas ou prolongar a vida, desde que haja qualidade de vida, num doente em que a cura não é provável.

7.5.2.6 - Quimioterapia na neoplasia da mama

Os protocolos mais utilizados para a quimioterapia adjuvante no cancro, são todos constituídos por associações de vários citostáticos. Pode optar-se por um protocolo com ou sem antraciclina, de acordo com o estado geral do doente. O protocolo sem antraciclina – CMF (ciclofosfamida, metotrexato e fluoracilo) é utilizado mais como alternativa quando há complicações cardíacas, onde o uso das antraciclina é contra-indicado. Das antraciclina a mais utilizada é a epirrubicina, uma vez que a adrimicina é muito cardiotóxica e por isso menos utilizada.

O protocolo mais utilizado é o FEC (fluoracilo, epirrubicina e ciclofosfamida) e os efeitos secundários causados pela associação destes medicamentos são variados e fazem-se sentir a vários níveis, como resultado da agressão infringida às células que se renovam rapidamente.

7.5.2.7 - Efeitos secundários da quimioterapia

A quimioterapia não faz distinção entre células malignas e normais, então as células que se reproduzem rapidamente são as mais atingidas. Entre as células mais atingidas encontram-se a medula óssea, os folículos pilosos e o epitélio de revestimento do trato gastrointestinal.

Marques (1995) refere vários tipos de toxicidade, afirmando que “*a toxicidade é o factor limitante a um tratamento curativo*”.

A depressão medular é dos efeitos secundários mais frequentes e importantes da quimioterapia citostática. Ela ocorre sete a quinze dias após a administração dos citostáticos. Chama-se a esta situação o conceito Nadir (Caseiro, et al, 1997) que pode ser definido como o tempo expresso em dias, desde a administração do fármaco até há ocorrência do valor hematológico mais baixo. A leucopenia e a trombocitopenia constituem os mais sérios problemas da quimioterapia, podendo resultar em infecções ou hemorragias graves ou até mesmo mortais. As doentes devem estar informadas acerca desta situação e alerta-las que se tiverem febre ou alguma hemorragia devem entrar em contacto com o seu médico.

- Toxicidade gastrointestinal

As náuseas e vômitos são os efeitos mais desagradáveis e mais frequentes, após a administração de quimioterapia. Apesar de actualmente existir terapêutica antiemética eficaz, nem sempre é fácil controlar as náuseas e os vômitos, principalmente por estarem associados a factores psicológicos, daí que é fundamental conversar com a doente acerca da alimentação, quais as opções que pode seguir, quando surgem determinadas complicações e apresentar-lhe sugestões para minimizar os efeitos secundários.

A **mucosite** é outro dos efeitos secundários que pode ocorrer, podendo manifestar-se sob a forma de estomatite (ruborização e dor na mucosa bucal que pode evoluir para a ulceração), esofagite (manifestando-se por disfagia) úlcera péptica e a diarreia resultante da enterite. O ensino à doente acerca das medidas que pode tomar é muito importante para minimizar estes efeitos.

- **Toxicidade cutânea**

A **alopécia** é o efeito mais frequente e também um dos mais incómodos e que mais preocupa a mulher, pois acarreta um impacto emocional considerável, com problemas de auto estima e de auto imagem.

Clark (1997) refere como possíveis sequelas da alopecia:

- O aumento da perda de calor através do escalpo
- Comprometimento do auto-conceito
- Diminuição da interacção sexual e social.

Os técnicos de saúde devem ter um papel importante no sentido de minimizar estes problemas fazendo uma orientação antecipada sobre a queda dos cabelos, encorajar a mulher a escolher lenços, turbantes, toucas e/ou perucas antes da queda do cabelo e encorajar o diálogo entre a mulher, as pessoas que lhe são significativas e a equipa de saúde.

Reacções de hipersensibilidade cutânea podem levar a eritema e descamação das extremidades, pode também causar reacções alérgicas generalizadas.

Reacções de fotossensibilidade cutânea – determinadas drogas podem potenciar a acção das radiações, exacerbando os efeitos cutâneos dessas drogas.

- **Neurotoxicidade**

Atinge o sistema nervoso central. São várias as drogas que podem causar encefalopatias agudas, entre elas o fluoracilo.

Podem também surgir **toxicidade periférica** apresentando-se como alterações sensitivas com parestesias ou polinevrites dolorosas. Estes efeitos são reversíveis com a suspensão da quimioterapia.

- Toxicidade renal

Esta toxicidade pode surgir com drogas eliminadas pelo rim. Deve fazer-se o ensino às doente no sentido de fazerem uma boa ingestão de líquidos.

É importante que as doentes estejam informados de todos estes efeitos secundários da quimioterapia citostática antes deles ocorrerem, é importante que sejam informados por antecipação, porque só assim se evitam medos, angústias e preocupações desnecessárias e não menos importante evita-se que a doente sinta falta de segurança, na equipa de saúde. Com a informação por antecipação reforça-se a confiança entre a doente, a sua família e a equipa multidisciplinar.

7.5.3 – Radioterapia

À semelhança da cirurgia, a radioterapia pode ser de intenção curativa, paliativa e de alívio sintomático. Tem também o papel importante na terapêutica conservadora como atitude complementar da cirurgia. A sua associação à quimioterapia pode ter também uma intenção curativa.

A radioterapia consiste “ no uso de partículas ou ondas de alta energia para tratar uma doença.” (Clark, 1997)

O objectivo da radioterapia é causar a morte celular, esta pode ocorrer:

Imediatamente – o ADN foi alterado e não pode ser reparado.

Durante a divisão celular – o ADN foi danificado mas a célula continua a funcionar até á divisão celular.

Com a degeneração da célula – as células tornam-se estéreis, não podem dividir-se e morrem naturalmente. (Clark, 1997)

A radioterapia pode ser aplicada com diferentes objetivos: **curativo no cancro da mama em estadio inicial, de controlo no cancro da mama em estadio avançado, limita o crescimento e a disseminação da doença, com expectativa de que a doente tenha um período de vida livre de sintomas ou de palição aliviando ou reduzindo os sintomas perturbadores ou de complicações iminentes, sem expectativas de prolongar a vida.**

7.5.3.1 - Efeitos colaterais da radioterapia

A radiação danifica tanto as células normais como as células neoplásicas, os efeitos colaterais ocorrem quando as células normais localizadas dentro do campo de tratamento sofrem um dano temporário ou permanente.

Segundo Clark (1997) os efeitos colaterais podem ser agudos – ocorrem durante os seis meses após a radioterapia, normalmente em células que se dividem rapidamente, tais como as células da pele, membranas mucosas, folículos pilosos e medula óssea. Estes danos são geralmente reparáveis.

Os efeitos colaterais crónicos ocorrem de seis meses a anos após a radioterapia. Ocorrem em células que se dividem lentamente, como as células de músculos e vasos. O dano é geralmente permanente.

7.5.3.2 – Reacções à radioterapia

Segundo Marques (1995) a astenia surge frequentemente após a irradiação, assim como a anorexia. As náuseas e vómitos associam-se frequentemente à irradiação abdominal. As zonas do corpo mais sensíveis são as virilhas, períneo, coxas, mamas e axilas.

No cancro da mama, as reacções mais comuns são as reacções dérmicas. Pode surgir a epidermite seca que se caracteriza por pigmentação progressiva, secura e descamação fina da pele. Esta epidermite pode ser acompanhada por prurido. Os citotóxicos antibióticos e o metotrexato acentuam-na.

A epidermite exsudativa é outra forma de lesão cutânea que quando surge obriga a suspender a radiação. Manifesta-se por uma flictema, seguida de exposição da derme e exsudação serosa. Pode acompanhar-se de dor e de infecção secundária.

A gravidade das reacções cutâneas é altamente dependente da superfície corporal, do volume total irradiado, do tipo de técnica e da energia da radiação, da dose total e da dose por sessão (Vandeveldt, 1998). As reacções da pele são exacerbadas se a irradiação for dada juntamente com terapia citostática ou se o doente for submetido a várias sessões por dia.

7.5.3.3 – Medidas preventivas

O tratamento à pele irradiado deve começar antes do início do tratamento, e é especialmente dirigida ao fornecimento de informação acerca de possíveis reacções e medidas preventivas. As exposições solares, os sabões perfumados, os after-shaves, as roupas apertadas devem ser evitados, como prevenção do agravamento da irritação cutânea.

Após o tratamento com irradiação e no período imediato, devem ser feitos esforços para diminuir o desconforto das reacções da pele e para fornecer um tratamento perfeito. Na descamação seca, a doente deve usar localmente uma loção hidratante para aliviar o prurido. No caso de epidermite húmida, a infecção deve ser prevenida e a perda de humidade limitada através de aplicação local de anti-séptico e agentes de secagem. Após o tratamento, deve-se orientar os doentes para se tratarem a si

mesmos em casa. Mesmo aquelas doentes que têm a pele intacta podem desenvolver a epidermite exsudativa e devem estar alertadas para isso.

A prevenção e o controlo da reacção da pele segundo Hennessy (1998), deve incluir o seguinte:

- Avaliação individual das utentes a fim de identificar aquelas que apresentam maior risco de desenvolver reacção cutânea mais grave.
- Avaliação das reacções da doente à radiação.
- O alívio da ansiedade e ensino sobre o modo como proteger a sua pele. Desta forma os doentes devem ser aconselhados a evitar roupa apertada e que dificulte a respiração corporal, exposição ao sol, extremos de temperatura, atrito, pressão, trauma, cosméticos e desodorizantes. As utentes devem evitar produtos que contenham óxido de zinco ou alumínio porque “causam dispersão dos feixes de radiação e podem provocar uma reacção da pele”(Hennessy, 1998). Devem também lavar a zona da irradiação apenas com água e não com água e sabão. Não lavar aumenta as reacções da pele da doente.

7.5.4 – Hormonoterapia

Alterações hormonais parecem estar intimamente ligadas à etiologia da mama. Como já foi referido, a menarca precoce, a menopausa tardia, a idade avançada da primeira gestação, constituem factores de risco para o cancro da mama.

A hormonoterapia ocupa um lugar de destaque tanto na abordagem do cancro da mama em estadio inicial como em estadio avançado. O objectivo da hormonoterapia “ é a diminuição dos níveis de estrogénio plasmático ou um bloqueio dos efeitos estrogénicos nos tecidos alvos” (Schwartzmann, 1991)

O crescimento das células tumorais depende directamente das hormonas. Cerca de 50% dos tumores da mama são sensíveis á hormonoterapia, e neste caso o medicamento liga-se aos receptores da hormona feminina que existem à superfície das células, impedindo os tumores de continuarem a crescer.

7.6 – O doente terminal

“ Para o doente sem cura, o contrato com o médico já não é um contrato de cura, mas um contrato de não abandono.” (Ramos, 2003)

Falou-se várias vezes nos tipos de tratamentos (curativo ou não curativo) podendo considerar-se o tratamento não curativo como de controlo da doença ou paliativo. O doente terminal precisa de cuidados de suporte e de conforto, precisa de cuidados paliativos. Os cuidados paliativos têm como objectivo cuidar o doente em estadio terminal sem tentar prolongar a sua vida a todo o custo.

Porquê a importância/necessidade de cuidados paliativos?

Nas instituições de saúde, o modelo seguido continua a ser o modelo biomédico, em que enfatiza o curar e em que a preocupação “ está virada para o corpo e não para o indivíduo que o habita”. (Pryce, 1992)

Os princípios dos cuidados paliativos aplicam-se aos doentes com qualquer doença progressiva que constitua risco de vida.

A Organização Mundial de Saúde define cuidados paliativos como “ *Cuidados activos completos, dados aos doentes cuja afecção não responde ao tratamento curativo. A luta contra a dor e outros sintomas, e a tomada em consideração dos psicológicos, sociais e espirituais são primordiais. O objectivo principal dos cuidados paliativos é manter a qualidade de vida a um nível óptimo, para os doentes e a sua família.*” (Twycross, 2003)

O termo paliativo deriva do latim *pallium*, que significa manto. Os cuidados prestados aos doentes são cuidados totais, integrando os aspectos físicos, psicológicos e espirituais do tratamento, tapando ou escondendo os sintomas com o manto.

Os cuidados paliativos assentam em três grandes pilares: Controlo dos sintomas, Apoio á família e Comunicação eficaz.

O objectivo é aumentar a qualidade de vida do doente, valorizando a escuta, a empatia, a compreensão, proporcionar alívio e envolver a família no processo de cuidar o seu doente e por fim, apoia-la no luto.

“ Os cuidados paliativos baseiam-se no respeito pela pessoa humana e pela sua dignidade e têm como leme colocar sempre em primeiro lugar e, portanto, acima de toda a ciência e tecnologia.” (Pacheco, 2002)

7.6.1 - Controlo dos sintomas

A dor é a mais comum das queixas e o seu controlo é o mais urgente dos sintomas. Durante o ano de 2003, a OMS considerou a dor como o 5º sinal vital, sendo obrigatório a sua avaliação e registo, assim como se tornou “obrigatório” debelar a dor.

A dor pode ter várias origens: superficial, profunda, visceral ou psicogénica – quando desencadeada por factores emocionais. A dor do doente terminal é uma dor que normalmente envolve todos estes tipos de dor e é chamada a dor total. (Coniam, 2001)

O Padre António Vieira dizia: *“ a dor forte faz-nos gritar, a dor absoluta faz-nos emudecer ”*. De facto, é uma dor que incapacita e limita o doente em todos os sentidos, sendo urgente irradica-la, para que o doente possa ter alguma tranquilidade e qualidade de vida.

7.6.2 - Comunicação

Segundo Twycross (2003) os objectivos da boa comunicação são: reduzir a incerteza; melhorar os relacionamentos; indicar ao doente e á sua família uma direcção.

Grande parte da mensagem é transmitida ao doente através de meios não verbais, Heinnezel (1997) refere a importância da atitude do profissional de saúde, onde a expressão facial, o contacto olhos nos olhos, a postura – sentado ou de pé, o tom e a

vivacidade da voz e o toque, são indicadores da disponibilidade, empatia e respeito pelos utentes, são também os indicadores duma boa relação terapêutica.

Segundo Amaral-Mendes “ *uma conversa franca sobre os problemas pessoais do doente e a compreensão dos seus pontos de vista, podem modificar o comportamento pouco cooperativo do doente e ganhar a sua confiança.*” E acrescenta que “*as alterações das relações pessoais do doente reflectem sempre problemas psicológicos escondidos.*” Assim saber comunicar é uma competência fundamental no relacionamento com o doente/família. A equipa multidisciplinar deve procurar ser uníssona e congruente na mensagem comunicada, fazendo com que exista coerência entre os pensamentos e as atitudes e a mensagem verbal transmitida, não esquecendo que a escuta também faz parte da comunicação. A segredo de uma boa comunicação, é saber que a maneira como dizemos as coisas, é tão importante como aquilo que dizemos.

7.6.3 - Apoio à família

A família deve ser apoiada pela equipa de cuidados paliativos, privilegiando a comunicação e planeando a sua integração nos cuidados ao doente através de medidas que incluem suporte emocional, educação e ajuda na reabilitação.

A insegurança, a dúvida de ser capaz de cuidar o seu doente, o medo do sofrimento e da morte, acrescida de possíveis problemas económicos e sociais, levam a que a primeira intervenção da equipa de saúde seja averiguar se a família está emocional e economicamente preparada para cuidar o seu doente.

Muitas vezes é preciso internar o doente, durante um determinado período de tempo, para que a família possa ter períodos de pausas e de repouso, necessários para recuperarem forças.

O apoio á família estende-se até após o falecimento do doente, apoiando as famílias no luto e ajudando-as a recuperar e a ultrapassar a sua perda.

7.7 – O doente terminal e a morte

“ A proximidade da morte torna-se uma escola de vida. Obriga em todo o caso, a pensar a vida, uma vez que a morte mantém-se impensável.” Abiven (1997)

O ser humano como qualquer ser vivo, nasce, cresce, envelhece e morre. O acto de morrer faz parte deste processo evolutivo, como a última etapa da vida.

Todo o ser humano tem consciência da sua mortalidade, mas com saúde, todos nos sentimos imortais. Scheler (1993) acerca disto comenta que *“a morte é percebida como a morte dos outros, ou a morte das pessoas, mas não a minha própria morte”*. De facto, com saúde não temos a percepção da nossa mortalidade. É a doença grave ou fatal que nos dá essa percepção e põe em causa a nossa sensação de imortalidade. O cancro é encarado como uma morte anunciada. Fernando Pessoa acerca da morte dizia que *“A morte é a curva na estrada. Morrer é não ser visto”*.

Kubler-Ross refere que uma das razões para as pessoas terem medo da morte é porque hoje o acto de morrer é *“solitário, desumano e triste”*. Os doentes são retirados das suas casas e enviados para o hospital onde ficam completamente desamparados e onde se esquece *“que o doente também tem sentimentos, desejos, opiniões e, acima de tudo, o direito de ser ouvido”* (Kubler-ross, 1997).

Segundo Choron (citado por Coppe, 1995) existem três tipos de medo em relação à morte, que o indivíduo pode sentir:

O que vem depois da morte – o indivíduo não sabe o que se irá passar, tem medo do desconhecido, a incógnita, o céu ou o inferno, tudo é um mistério.

O evento de morrer – o acto de morrer provocará dor? Sofrimento? O que é que se sente, ao morrer?

Deixar de ser – o que um indivíduo é e o que representa, na sociedade onde está inserido, deixa de ser e de existir, com a morte. É a extinção e o aniquilamento e é em suma o medo básico do ser humano.

7.7.1 – A socialização da morte

No início do século XX, até cerca dos anos 20, a morte de um ser humano alterava, de uma forma profunda, o espaço e o tempo da comunidade, onde esse homem ou mulher estava inserido. Fechavam-se as janelas do quarto do moribundo, acendiam-se velas, benzia-se o quarto com água benta, os vizinhos e amigos vinham para junto do leito do doente, onde permaneciam até à sua morte.

Neste espaço de tempo, o doente despedia-se dos seus familiares e amigos, reconciliava-se com aqueles que se tinha zangado e preparava-se para deixar a vida.

Depois da morte, entreabria-se a porta, para que se lhe prestasse uma última homenagem e para que a família recebesse as visitas de luto, que se estendiam até depois do corpo dar entrada no cemitério. O período de luto, incluía visitas da família ao cemitério e visitas dos parentes e amigos à família.

Todo o grupo social fora atingido pela morte e reagira colectivamente, começando pela família e estendendo-se aos vizinhos, amigos e conhecidos. A morte de cada um era um acontecimento que marcava a família, mas também toda a sociedade, onde o falecido estava inserido. (Ariès, 1977)

A morte era um acontecimento social e público.

A partir da segunda metade do século vinte, principalmente nas zonas mais industrializadas, a morte começa a passar despercebida e o desaparecimento do indivíduo, já não afecta a comunidade onde ele está inserido. Tudo se passa como que ninguém morresse. Os costumes e rituais também se alteram rapidamente, o vestir-se de negro, a morte em casa, o velório, as manifestações de dor públicas, são tradições que se vão perdendo.

A morte já não faz parte da sociedade, esta já a expulsou do seu seio. O próprio moribundo não se apercebe que vai morrer, é-lhe escondida a gravidade da sua doença e assim é-lhe vedado a hipótese de se preparar para morrer, de organizar a sua vida, e de se despedir dos familiares e amigos.

O dizer a verdade ao doente acerca do seu estado é considerado demasiado violento, e então todos são cúmplices na mentira, para “que ele (ou ela) nunca se sentisse morrer” (Hennezel, 1997). Mas depois, também se surpreendem quando o familiar “nem sequer nos disse adeus”(Hennezel, 1997). Assim a hora das últimas despedidas, das últimas recomendações foi substituída pela “obrigação” de manter o moribundo na ignorância. (Hennezel, 1997)

Falar com o doente terminal sobre a morte é algo considerado impensável mas muitas vezes o doente sente a necessidade de expressar os seus medos, preocupações e até numa atitude muito realista, quer deixar indicações e instruções para os seus familiares, e na maioria das vezes é-lhe negada essa possibilidade. Kubler-Ross (1996) refere sobre este assunto que “ *é importante não forçar a situação no sentido de levar a pessoa a falar sobre a morte. Deve-se deixar que o doente tome a iniciativa e, uma vez que seja abordada o tema da morte, nunca fugir ao assunto ou desviar a conversa para outro sentido.*”

O luto feito pelos familiares tende a encurtar-se e até a suprimir-se. Os funerais tendem a simplificar-se, e até o culto do corpo, no cemitério, tende a ser substituído pela

incineração. Mas isto, não quer significar que se esqueceu o ente querido, mas que a sua memória será mantida no seio familiar, em privado e não em público.

É a tentativa de apagar a morte, da vida social.

Também a morte deixou de ocorrer em casa, e passou a ocorrer em meio hospitalar, sendo uma consequência do progresso tecnológico e da impossibilidade das famílias actuais, terem estruturas, para suportarem um familiar doente, que exija cuidados constantes. É preciso não esquecer que as famílias, hoje, são famílias nucleares, de duas gerações, pais e filhos, onde normalmente, ambos os progenitores trabalham fora de casa. Esta situação limita a disponibilidade de cuidar os seus doentes, tornando-se mesmo indisponível, quando se trata de um doente em fim de vida. Mais uma vez a não socialização da morte está patente.

Quando o doente morre, a família já não leva o corpo para casa, mas para uma capela, o que demonstra mais uma vez que a morte já não coabita com a vida.

No final dos anos 60, com o movimento dos cuidados paliativos, iniciado em Inglaterra, estendendo-se a França e posteriormente a toda a Europa, começou a defender-se uma nova filosofia face ao doente terminal, que passa pelo alívio da dor, apoio à família e comunicação eficaz com o doente e com a sua família, com o grande objectivo de lhe melhorar a qualidade de vida. Para tal, foi necessário um investimento na forma como se cuida esse doente e na forma como se encara a morte, para que esta, não o “apanhe desprevenido”. Tal situação levou a que se tentasse reintroduzir o culto da morte, para que o doente não morra sozinho, mas acompanhado daqueles que lhe são significativos, para que tivesse oportunidade de se despedir de todos os seus, de organizar a sua vida e de não deixar assuntos pendentes ou situações mal resolvidas. Foi preciso reintroduzir a morte, na vida destes doentes e das suas famílias, foi preciso voltar a socializar a morte, para que o acompanhamento prestado às pessoas doentes

seja eficaz e para que se privilegie ao máximo a sua qualidade de vida. Tem também como objectivo ajudar as suas famílias a não fazerem lutos patológicos.

A morte voltou a ser motivo de atenção e de preocupação, para os prestadores de cuidados, que cuidam dos doentes terminais e que se preocupam em fazer um acompanhamento eficaz do doente e da sua família.

Esta preocupação em prestar assistência ao doente terminal, e ajudá-lo a aceitar a sua morte numa forma serena, não se estendeu à sociedade em geral e particularmente às instituições hospitalares, onde a filosofia continua a ser curar.

Abiven (1997) refere que para acompanhar o doente terminal, além das condições de conforto e alívio, é preciso:

“ – Assumir o paradoxo de aceitar o facto de que os doentes vão morrer, não esquecendo que estão vivos até ao fim.

- Socializar a morte, reintroduzir a família e amigos junto do moribundo e ajudá-los na sua tarefa de acompanhamento.*
- Respeitar o tempo do morrer, o seu ritmo, por vezes a sua duração, com a consciência do processo de transformação inerente a ele.*
- Aceitar deixar-se transformar, porque uma equipa hospitalar que se contente em gerir esta última crise da morte e em acompanhá-la, sem se deixar transformar por ela, iria bloquear a sua dinâmica.”*

No quadro seguinte apresentam-se os direitos dos doentes terminais que podem servir como orientação, análise e reflexão para os profissionais que lidam com doentes em fase terminal.

QUADRO 6 – DIREITOS DO DOENTE EM FASE TERMINAL

Tem direito a ser tratado como um ser humana vivo até ao momento da sua morte.

Tem o direito de manter uma esperança, qualquer que ela seja.

Tem o direito de expressar à sua maneira, os seus sentimentos e as suas emoções, no que diz respeito à proximidade da sua morte.

Tem o direito de obter a atenção dos médicos e dos enfermeiros, quer para fins curativos quer para cuidados de conforto.

Tem o direito de não morrer sozinho.

Tem o direito a que lhe sejam aliviadas as suas dores.

Tem o direito a obter uma resposta honesta, qualquer que seja a pergunta.

Tem o direito a não ser enganado.

Tem o direito de receber ajuda da sua família e para a sua família, no que concerne à aceitação da morte.

Tem o direito de morrer em paz e com dignidade.

Tem o direito de conservar a sua individualidade e de não ser julgado pelas suas decisões, mesmo que contrárias às crenças dos outros.

Tem o direito de ser cuidado por pessoas sensíveis e competentes, que tentam compreender as suas necessidades e que sejam capazes de encontrar algumas capacidades que o ajudam a enfrentar a sua própria morte.

Tem o direito a que o seu corpo seja respeitado depois da sua morte.

Fonte: Gomes Sancho, 2000

Ajudar o doente terminal a aceitar a sua morte, permite-lhe por em ordem a sua vida familiar e social, com tempo para se despedir e reconciliar com os seus familiares e amigos, permite-lhe por em ordem aspectos económicos e jurídicos pendentes, permite-lhe expressar medos, desejos e vontades abertamente e sem tabus, e por último permite-lhe viver cada dia intensa e serenamente com aqueles que lhe são significativos.

Para que tal aconteça é preciso não excluir o doente daquilo que lhe diz respeito, é preciso falar a verdade ao doente, a questão, como nos refere Kubler-Ross (1996) não

deve ser: “devo contar? ” mas sim “como vou dividir isso com o meu paciente?”

Infelizmente ainda existem muitos doentes que não sabem o seu diagnóstico. No caso das mulheres com cancro da mama, dum modo geral, quase todas sabem qual a sua patologia, o que lhes permite falar abertamente dos seus problemas e preocupações. O que lhe é muitas vezes ocultado é o seu prognóstico.

8 – METODOLOGIA

A parte mais complexa na redacção de um trabalho de pesquisa é constituída, geralmente, pela especificação da metodologia a ser adoptada. (Gil, 1988)

A metodologia de acordo com Fortin (1999) é *“um plano lógico criado pelo investigador com vista a obter respostas válidas às questões de investigação colocadas ou às hipóteses formuladas”*.

Neste sentido apresenta-se de seguida a descrição pormenorizada dos métodos e estratégias adoptadas neste trabalho.

8.1– Tipo de estudo

A metodologia de uma pesquisa procura explicar como a problemática foi investigada e a razão por que determinados métodos e técnicas foram utilizadas.

Tendo em conta a problemática em estudo, os objectivos pretendidos e as limitações previsíveis no que respeita ao factor tempo, optou-se por um **estudo descritivo de dimensão qualitativa operacionalizado através da técnica de análise de conteúdo a entrevistas efectuadas a indivíduos considerados “chave”, por ser aquele que poderá dar uma melhor visibilidade dos resultados da pesquisa.**

É, por isso, um estudo totalmente **qualitativo** de carácter **fenomenológico** o qual, segundo Fortin citando Van Maanen (1999) *“procura descobrir a essência dos fenómenos, a sua natureza intrínseca e o sentido que os humanos lhe atribuem”*. Esta mesma autora refere-se ainda aos estudos deste tipo (fenomenológicos) como aqueles que mais se adequam à maioria das pesquisas dos enfermeiros pois o facto de um cada

vez maior interesse pelo conceito de “*caring*”, desenvolvido pelas teóricas que se identificam nas várias correntes fenomenológicas, leva a que este tipo de metodologia seja adoptado.

“A grande maioria dos estudos efectuados sob o ângulo da fenomenologia consiste na explicação de diversas experiências saúde – doença e experiências de cuidados. A atenção dos investigadores incide sobre a realidade tal como é pelos indivíduos. O estudo dos fenómenos consiste, portanto, em descrever o universo perceptual de pessoas que vivem uma experiência que interessa à prática clínica...”
(Fortin, 1999)

Pretende-se com esta estratégia caracterizar de que forma o fenómeno da aceitação de um diagnóstico como o do cancro da mama e qual o impacto desta patologia na mulher que sofre desta doença, assim como quais os factores poderão estar na génese do mesmo, ou seja, conforme refere Pinto (1990) “*fornecer uma caracterização precisa das variáveis envolvidas num fenómeno ou acontecimento*”.

8.2 – População e amostra

Para Fortin (1999), a descrição da população e da amostra fornece uma boa ideia sobre a eventual generalização dos resultados.

Para este estudo, definimos como população as mulheres com cancro da mama inscritas na Unidade de Oncologia Médica do Hospital Doutor José Maria Grande e que tenham feito dois dos seguintes tratamentos:

- Quimioterapia
- Radioterapia
- Mastectomia

Porque se trata de um estudo de qualitativo com análise de conteúdo a entrevistas realizadas a indivíduos do sexo feminino, adoptou-se uma amostra não casual de conveniência, para a população em estudo. De acordo com a classificação adoptada por Fortin (1999) esta amostra pode também designar-se de Amostragem por selecção racional, a qual tem por base, tal como refere a autora, o julgamento do

investigador para constituir uma amostra de sujeitos em função do seu carácter típico. Justificamos a conveniência da amostra pelo facto de, dado o tipo de estudo, ter-se em conta a personalidade das mulheres envolvidas, pois não se queria causar qualquer tipo de incomodo ou stress.

Na população de mulheres com cancro da mama da Unidade de Oncologia Médica a amostra será de dez Mulheres que obedecem aos requisitos referidos atrás.

O tamanho da amostra é justificado pelo facto de o objectivo do estudo ser a exploração e a descrição de um fenómeno – Morse, citado por Fortin (1999) refere que *“nos estudos exploratórios de natureza qualitativa ou quantitativa cujo objectivo é a descoberta de novos conhecimentos num domínio, pequenas amostras são geralmente suficientes para obter a informação sobre o fenómeno estudado”*. Também o facto de se assumir que nos aspectos determinantes da problemática em estudo a população é homogénea, tornou possível uma amostra desta dimensão.

8.3 – Instrumento de recolha de dados

Para a recolha de dados deste estudo o instrumento adoptado tem de estar, logicamente, adequado ao tipo de estudo. Tratando-se de um trabalho em que se vai utilizar a análise de conteúdo, o instrumento para a recolha de dados será a entrevista semi estruturada a todas as Mulheres que constituem a amostra. Este tipo de instrumento pareceu-nos o mais adequado pois conforme assume Fortin (1999), referindo-se aos estudos fenomenológicos, *“a análise fenomenológica implica, assim, uma descrição fina, densa e fiel da experiência relatada...os dados são colhidos principalmente no decurso de entrevistas em profundidade”*.

Por outro lado o facto de ser um tema acerca do qual não tínhamos conhecimento de estudos anteriores que dessem algum contributo para a construção de uma entrevista estruturada, fez com que a entrevista tivesse estas características. Há

cerca de 30 anos, Caplow (1970) referiu este aspecto ao dizer que *“...a razão habitual pela qual um investigador utiliza as entrevistas não estruturadas, é que ele não conhece suficientemente o campo a investigar para poder preparar uma entrevista estruturada”*

Para a realização das entrevistas servimo-nos de um guião (*anexo 1*), o qual é composto por oito questões as quais serão geridas ao longo da entrevista sem que haja da parte do entrevistador a obrigatoriedade de um seguimento rígido da ordem em que se encontram no guião. Caso o entrevistado aborde no decurso de uma questão o conteúdo de resposta que se esperava noutra questão, esta já não será formulada.

Este guião foi previamente testado numa entrevista realizada a uma Mulher com cancro da mama, que fez quimioterapia e mastectomia.

As entrevistas serão registadas em banda magnética para o que se pediu, previamente, a devida autorização dos entrevistados.

8.4 – Recolha de dados

Antes de recolher os dados as Mulheres seleccionadas para fazerem parte da amostra foram contactadas informalmente sobre a intenção e posteriormente formalmente através de carta, a qual explicava os pormenores e os objectivos do estudo.

Foi feito um pedido de autorização do estudo ao Hospital Dr. José Maria Grande. (*Anexo 2*)

A recolha de dados efectuou-se pelo método de entrevista como já se referiu. As entrevistas efectuaram-se no período compreendido entre Outubro/Novembro de 2004. O local das entrevistas foi sempre o indicado pelas entrevistadas. As entrevistas foram registadas em banda magnética e posteriormente redigidas, após o que se destruiu a gravação tal qual foi contratualizado com as entrevistadas. (*Anexo 3*)

8.5 – Processamento dos dados

Conforme se referiu, quando se apresentou o tipo de estudo, para o processamento dos dados recolhidos nas entrevistas optou-se por uma estratégia de

análise de conteúdo, a qual nos permite descodificar as respostas as respostas expressas pelos entrevistados.

Para este processamento utilizámos a técnica que Fortin (1999) aconselha para este tipo de estudo, a qual consiste em colocar em evidência a experiência vivida pelos entrevistados com a ajuda de uma análise descritiva das significações da linguagem. Para facilitar a aplicação desta técnica recorreremos, também, ao modelo proposto por Ghiglione (1980) o qual permite dar conta de maneira estatística, da importância que reveste, no discurso dos indivíduos, um certo número de representações ligadas a um problema.

Desta forma o modelo de Ghiglione permitiu-nos identificar as categorias e as especificações das categorias o que tornou o esquema analítico mais eficiente. A análise, propriamente dita, foi realizada através do estudo das unidades de significação, do desenvolvimento do seu conteúdo (unidades aprofundadas de significação) e da síntese de todos os desenvolvimentos das unidades de significação, tal qual Fortin (1999) refere quando aborda o método de análise de dados nos estudos fenomenológicos.

As categorias e as subcategorias que constituem o *corpus* desta análise são:

CATEGORIA 1 – TIPO DE INFORMAÇÃO

CATEGORIA 2 - REACÇÃO Á NOTICIA

**CATEGORIA 3 – ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELA
DOENÇA**

SUBCATEGORIA 3.1 - Alterações familiares

SUBCATEGORIA 3.2 - Alterações socioeconomicas

SUBCATEGORIA 3.3 - Alterações profissionais

**CATEGORIA 4 – DIFICULDADES SENTIDAS NO
TRATAMENTO**

SUBCATEGORIA 4.1 – Mastectomia

SUBCATEGORIA 4.3 – Radioterapia

SUBCATEGORIA 4.2 – Quimioterapia

SUBCATEGORIA 4.4 – Hormonoterapia

CATEGORIA 5 – APOIOS

SUBCATEGORIA 5.1 – Apoio religioso

SUBCATEGORIA 5.2 – Apoio Religioso

SUBCATEGORIA 5.3 – Apoio Familiar

SUBCATEGORIA 5.4 – Outros apoios

CATEGORIA 6 – PREOCUPAÇÕES ACTUAIS

SUBCATEGORIA 6.1 – Medo de recidiva

SUBCATEGORIA 6.2 – Inexistência de Cuidados Paliativos

Nas quantificações das unidades de significação ou das especificações dos temas utilizaremos sobretudo, dada a natureza dos dados, as percentagens provenientes dos resultados apresentados em quadros e tabelas.

8.6 – Limitações do estudo

Os estudos de investigação são assumidos como uma forma de obter conhecimento ao nível das variadas ciências. Tal facto não deve ser assumido como um dogma infalível. Como qualquer trabalho de campo, e porque implica a intervenção de terceiros, é muitas vezes limitado por factores da mais variada ordem os quais vão produzir resultados algo desviados daquilo que se esperava. Contudo isto não se pode afirmar que, por haver limitações nos estudos de investigação, os resultados sejam menos credíveis ou a própria investigação seja de menor qualidade. Em ciências sociais a investigação faz-se acerca de fenómenos, também eles, impregnados de desvios causados pela transversalidade da própria sociedade. Por este motivo a ciência e a pesquisa que lhe dá origem não poderão, de forma alguma, ser produtos “estéreis”, como que puros. O que é importante é que, nos estudos que se façam, sejam identificadas as limitações que houve no decorrer da investigação para que a interpretação dos resultados possa ser feita concertadamente com a realidade em que decorreu o próprio estudo.

A maior limitação considerada neste estudo foi o factor tempo.

O facto de não haver estudos prévios descritos, na bibliografia consultada e nos locais pesquisados, acerca deste assunto, também tornaram a realização do estudo menos facilitada na medida em que não havia nenhum exemplo, com que o trabalho se pudesse identificar, conferindo-lhe um fio condutor.

9 – TRATAMENTO, ANÁLISE E APRESENTAÇÃO DE DADOS

Quando se investiga tem-se como objectivo obter respostas e chegar a conclusões sobre a problemática levantada no início. Para que tal aconteça é preciso organizar todo o material obtido na pesquisa, de uma forma sistemática, sintética e objectiva de modo a analisar os dados recolhidos para lhe poder dar algum significado.

Flores (1994) acerca da análise de dados refere que é *“o conjunto de manipulações, transformações, operações, reflexões e comprovações realizadas a partir dos dados com o objectivo de extrair significado relevante em relação a um problema de investigação.”* É isto que se pretende fazer, tendo em conta que na análise de dados, a perspectiva do investigador que orienta é fundamental. Vala (1986) diz-nos mesmo que *“é a sensibilidade do investigador que orienta a selecção a organizar.”*

Foi feita uma entrevista que serviu de pré teste ao instrumento de colheita de dados, após a qual se corrigiu e aperfeiçoou a forma como se aplicou o guião às entrevistadas, no sentido de se obter, em cada questão, a informação mais pertinente.

Começou-se pela audição e transcrição das entrevistas na íntegra. Esta fase permitiu destacar os aspectos mais importantes das entrevistas, constituindo-se uma primeira categorização mental da informação. Constituímos, assim o “corpus da informação”. Aqui encontra-se a totalidade da informação obtida através da entrevista, tendo em atenção a temática do estudo, para assim se identificar aquilo que é pertinente. Todo este processo facilitou a identificação de unidades de análise. Este processo

permitiu agrupar em função de determinadas características comuns e assim se chegou às categorias e às subcategorias.

Foram consideradas, neste estudo, seis categorias e doze subcategorias, como mostra o quadro.

QUADRO 7 – MATRIZ DE CODIFICAÇÃO GLOBAL

CATEGORIAS	SUBCATEGORIAS
TIPO DE INFORMAÇÃO	
REACÇÃO À NOTICIA	
ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELA DOENÇA	Familiares Socioeconómicas Profissionais
DIFICULDADES SENTIDAS NO TRATAMENTO	Mastectomia Quimioterapia Radioterapia Hormonoterapia
APOIOS	Apoio Religioso Apoio familiar Outros apoios
PREOCUPAÇÕES ACTUAIS	Medo de recidiva Medo de sofrimento/Inexistência de Cuidados Paliativos

Com primeira categoria – **TIPO DE INFORMAÇÃO** – pretende-se averiguar como foi transmitida, à mulher, a informação acerca da sua doença, de modo a saber as diferentes formas de informar, poderá influenciar a forma como a doente vivência a sua doença.

A categoria – **REACÇÃO À NOTICIA** – pretende analisar como as mulheres reagem á informação e quais os sentimentos expressos pelas doentes em relação á doença e assim tentar amenizar e desdramatizar o impacto dessa informação.

Na categoria – **ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELA DOENÇA** – pretende-se avaliar quais são as repercussões que o cancro da mama pode provocar a nível familiar, social, económico e profissional. Para isso estabeleceram-se especificações no sentido de aprofundar quais as alterações mais significativas.

Na quarta categoria – **DIFICULDADES SENTIDAS NO TRATAMENTO** – pretende-se averiguar qual foi o tratamento mais difícil de suportar. Foram consideradas, como subcategorias, as quatro formas de tratamento mais usuais: Mastectomia, Quimioterapia, Radioterapia e Hormonoterapia.

Na categoria – **APOIOS** – procura-se saber que tipo de apoio as pessoas referem como mais necessário e aquele que efectivamente têm ou que gostariam de ter. Para isso estabeleceram-se três subcategorias: **Apoio religioso, Apoio familiar e Outros apoios.**

Na sexta e última categoria – **PREOCUPAÇÕES ACTUAIS** – procura-se saber se existem preocupações em relação á doença e quais são essas preocupações. Consideraram-se duas subcategorias: **Medo de recidiva e Medo do sofrimento/Inexistência de Cuidados paliativos.**

9.1 – Caracterização dos entrevistados

O quadro seguinte mostra a caracterização das 10 entrevistadas, referente a: idade actual, idade da menarca e menopausa, número de filhos, amamentação, início da doença, antecedentes familiares, profissão e o tipo de tratamento efectuado para o cancro da mama.

QUADRO 8 – CARACTERIZAÇÃO DOS ENTREVISTADOS

	Idade	Menarca	Menopausa	Nº filhos	Amamentação	Início da doença	Antecedentes Familiares	Profissão	Tipo tratamento
E1	73	14-15	50	0	–	9 Anos	Tia paterna Can. Mama	Trabalhadora rural	Mastec. Qt Rt e Horm.
E2	42	13	42	1	2 Meses	1,5 Ano	Não tem	Técnica administrativa	Mastec. Qt e Hormonoter
E3	61	11	2	2	O 1º até ao 1 ano, o 2º não	7 Anos	2 Primas Paternas com Cancro mama.	Empregada a Doméstica	Mastec. Qt Rt Hormonot.
E4	74	16	50	8	Não	1,5 Ano	Não tem	Operária industria do calçado	Mastect. Qt
E5	32	13	Histerect. após can. Mama	1	2,5 Meses	1,5 Ano	Prima paterna can. Mama	Auxiliar ATL	Mast. Qt e Hormon.
E6	61	12/13	47	2	1º filho não 2º 9 meses	14 Anos	Mãe faleceu com neoplasia (?)	Doméstica	Mastect. e Qt
E7	40	11	39	1	Não	1 Ano	Não tem	Técnica de farmácia	Mastect. Qt Rt Horm.
E8	65	12	45	2	1º Não 2º Até 2 anos	2 Anos	Não tem	Trabalhadora rural	Mastect. Qt Rt e Horm.
E9	50	14	48	1	Não	3 Anos	Não tem	Empregada têxtil	Mastect. Qt Rt
E10	51	10	44	2	Os dois filhos até +/- 1 ano	1 Ano	Não tem	Doméstica	Tumorec. Qt e Rt

A idade das entrevistadas varia entre os 32 anos e os 74 anos de idade. O grupo etário, mais representativo, de quando o início da doença é o dos 40 – 50 anos f (3) seguida dos grupos etários 30-40, 50-60 e 60-70 com 2 mulheres. O grupo etário com mais de 70 anos, com 1 mulher.

Só uma senhora não teve filhos, todas as outras tiveram 1 ou mais filhos. Das que tiveram filhos, 4 mulheres não amamentaram e duas só amamentaram os dois primeiros meses.

Quanto aos antecedentes familiares 4 senhoras referem ter alguém na família com cancro da mama.

Uma das entrevistadas refere pancada na mama direita, há 8 anos, no local do traumatismo surgiu um nódulo, há um ano, diagnosticado como cancro da mama.

Quanto á profissão, à a salientar duas trabalhadoras rurais e duas operárias, 1 têxtil e outra do calçado, que podem ter tido contactos com substância consideradas cancerígenas.

Quanto ao tipo de tratamento nove das entrevistadas fizeram mastectomia, 1 fez tumorectomia e todas fizeram quimioterapia. Seis fizeram radioterapia.

9.2 – Tipo de Informação

Na primeira categoria – **Tipo de informação** – o quadro seguinte mostra, em síntese, o tipo de informação prestada ás entrevistadas.

QUADRO 9 – MATRIZ DE SÍNTESE 1-TIPO DE INFORMAÇÃO

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Abertamente					X		X			
Com evasivas	X	X	X	X	X	X	X	X	X	X
Não foi dito										

Nesta categoria pretende-se avaliar qual a informação dada á mulher com cancro da mama.

A maioria da informação foi dada por etapas, houve uma preparação para a notícia, logo desde a realização do exame, como mostra as seguintes especificações:

“ Prepararam-me logo. Estive lá muito mais tempo que elas. Disseram-me que podia ter que tirar a mama.” E1

“... na altura em que fui fazer os exames soube logo o que era, ... pela ecografia, ... disseram-me logo que tinham que tirar o que aqui estava,” E2

“Quando fiz o exame soube logo... o médico disse-me que era para tirar...” E3

“...eles disseram-me que eu tinha aqui... um tumor...Disse: vamos lá ver o que aí está e depois tira-se logo, tira-se logo.” E4

“ quando fiz a ecomamária o dr P disse-me que havia ali qualquer coisa e que tínhamos de saber bem o que era” E5

“ Na ecografia mamária, o médico não me disse directamente, mas mandou-me ir logo a Elvas fazer uma biopsia, pronto”E7

O médico disse-lhe: “tens aqui um nódulo.... Eu tiro o nódulo, ele vai a analisar e depois logo se vê.” E8

“... o médico, lá do Rx, deu-me logo a entender que ... tinha um grande caroço ...”E9

“... ele disse-me que tinha que ir á consulta da mama e fazer uma picadinha.” E10

Uma entrevistada refere que não a informaram acerca da sua doença nem da hipótese de ficar sem a mama, o que, quando aconteceu, foi um choque, como mostra a especificação:

“... nunca me disseram que iam tirar-me o peito. Só depois da cirurgia... quando consegui chegar com a mão ao peito é que vi que já não tinha a minha maminha,... Pensei: já está, já não tenho o meu peito.” E6

Quando as entrevistadas foram á consulta saber os resultados das biópsias, tiveram a confirmação da sua doença, nalguns casos indirectamente, como refere as seguintes especificações:

“ Quando veio a biopsia a Drª I disse-me que talvez fosse melhor tirarmos a mama.” E1

Mesmo quando a entrevistada questiona abertamente a médica acerca da sua doença, não obtém uma resposta directa:

“ eu disse: sr^a dr^a então qual é a origem da minha doença? Ela disse por estas palavras: *não há boas nem más. Se quiser o meu conselho tira-se a mama, ficamos descansadas.*” E1

“ disseram-me que era para tirar a mama e eu perguntei se era mau e ela disse que sim, que era para tirar a mama” E2

“...a dr^a disse-me: “ está melhor do que agente esperava, está mesmo no inicio. Veio mesmo a tempo.” E10

As entrevistadas sabem que tirar a mama significa cancro da mama, apesar de não lhe ser dito directamente, como mostra as seguintes especificações:

“ A minha médica disse que tinha que tirar a mama, eu percebi logo, agente não é parva, não é?” E9

“ disseram-me logo que tinham que tirar o que aqui estava, não me disseram abertamente”E2

“disse que tinha que tirar a mama, que isto não era bom.” E3

A seguinte especificação mostra que de facto a mulher identifica mais a doença com a mastectomia do que com a informação do médico.

“Quando fui ao dr M. e ele me explicou que eu tinha um tumor... eu não me estava a aperceber bem, mas e repente quando ele disse que tinha de ser operada e tirar a mama toda... foi nessa altura que eu vi realmente o que tinha...” E5

Apenas duas entrevistadas referem que o médico lhe disse abertamente qual a sua doença mas após insistência delas, como mostra as especificações:

“ mas bem, bem, o que é isso? E ele disse-me:.... tens um cancro da mama.” E5

“ perguntei-lhe se era dos piores e ele disse-me que era maligno” E7

9.3 – Reacção à Notícia

Na segunda categoria – **Reacção á Notícia** – pretende-se avaliar os sentimentos sentidos.

A primeira reacção, nalgumas das entrevistadas foi pensarem que iam morrer, como mostra as especificações:

“... pensei que ia morrer ... é custoso pensar que se tem isto ...” E4

“ foi ... como o mundo me caísse em cima.” E5

“... o mundo caiu-me sobre a cabeça ...”

Apresenta-se de seguida a matriz de síntese para esta categoria.

QUADRO 10 – MATRIZ DE SÍNTESE 2 – REACÇÃO Á NOTICIA

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Medo	X			X	X		X			
Revolta									X	
Com esperança		X	X			X		X	X	X

Uma dos sentimentos manifestados foi o medo. Medo em relação à doença, o estigma do cancro e o medo de morrer, como mostra as seguintes especificações:

“Tenho medo de tudo,... de tudo ... qualquer coisa é um sobressalto para mim, tudo me assusta.” E1

“ estava nervosa e assustada, pensei que ia morrer ...é custoso pensar que se tem isto ...”E4

Ainda persiste a sensação de que o cancro é uma doença incurável, que trás sofrimento e morte e de que é impossível fugir, é o que nos diz as entrevistadas 5 e 9:

“naquele momento tudo se desmoronou ... vi-me num beco sem saída, aquela sensação ... de que não se pode fazer nada ...é horrível, não tem explicação”E5

“ eu queria fugir daquele acontecimento da minha vida, queria fugir ... mas sentia-me tão encurralada ... como sufocada “E9

A seguinte especificação mostra como a entrevistada se sentiu em relação á doença, assim como todos os seus medos e tabus:

“Aquilo foi um choque!... Desaba tudo sobre a nossa cabeça. ... foi o não conseguir ver futuro. Eu não via nada á frente, acabava-se ali tudo, o mundo caiu-me sobre a cabeça... É uma sensação de estar encurralada e de não ter saída possível. É um desespero tal que nos rói a alma. E7

A revolta foi o sentimento sentido pela entrevistada 9, como mostra a seguinte especificação, esta revolta estava direccionada para os técnicos de saúde porque deixaram instalar a doença após nódulo suspeito ter sido considerado benigno.

“ Senti uma grande revolta. Disseram-me que não era nada, mas afinal era. Senti um desespero e uma vontade de chorar,... de recuar no tempo e insistir para que me vissem melhor o que tinha ...” E9

Mas ao mesmo tempo, apesar da revolta, a entrevistada tem esperança que tudo vai correr bem.

“... eu tive que ultrapassar isto e ... agarrei-me á esperança que me ia curar, que ia ficar boa. “E9

Tal como esta entrevistada, mais quatro sentiram a esperança em curar-se e em ultrapassarem a doença, como mostra as seguintes especificações:

**“ Não entrei em crise, não tive depressões, não ... nada disso, lutei e sempre tive esperança, ... sempre pensei que isto, apesar de ser um cancro, eu ia combatê-lo.”
E2**

“...nunca pensei em morrer, nem pensei em nada,... não penso na morte, ... sei que tenho uma coisa ruim, mas penso assim: nós temos que morrer, se não é da mama é da barriga, se não é da barriga é de uma perna, se não é da perna é da cabeça... a vida é assim temos que continuar a ver se isto vai ... eu penso assim” E3

“... o ficar sem a mama, a operação e a doença, se pensarmos no que eu passei de repente ... não é fácil. Mas eu estava num período bom da minha vida e encarei tudo muito bem.”E6

“eu pensava assim: há muita gente na minha terra que já têm tirado peitos e que ainda lá estão... então eu... agarrava-me a estas coisas todas e eu via estas coisas to das na frente e outras mais, não é? Quer dizer eu ... não fiquei contente, ... pois não, mas não foi aquela coisa ao fundo ... não pensei que me caía tudo em cima ... tinha fé.” E8

“ Nunca tive assim pensamentos... sempre tive esperança que me vou pôr boa e acredito que me vou pôr boa.” E10

9.4 - Alterações Provocadas pela Doença

Na categoria **Alterações Provocadas pela Doença** estabeleceram-se três subcategorias: **Alterações familiares**, **Alterações socioeconómicas** e **Alterações profissionais**. O quadro seguinte mostra a síntese destas três subcategorias.

QUADRO 11 – MATRIZ DE SÍNTESE 3 – ALTERAÇÕES PROVOCADAS PELA DOENÇA

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Familiares					X					
Socioeconómicas	X		X							
Profissionais					X		X		X	
Outras alterações		X			X					

Das 10 entrevistadas, quatro referem não terem alterações a qualquer nível. Todas as entrevistadas são domésticas e/ou reformadas e talvez por isso não sentiram qualquer problema a nível profissional e/ou económico. Uma das entrevistadas refere não ter tido problemas e refere que este facto se deve à estabilidade no emprego, como mostra a especificação:

“Sempre trabalhei, tenho um emprego do estado, estável, isso foi muito importante a nível de segurança. Senti sempre apoio, nunca tive dificuldades económicas,...” E2

Duas entrevistadas referem ter sentido dificuldades económicas, porque deixaram de trabalhar, como mostra as seguintes especificações:

“Trabalhava no campo, fazia o que calhava... mas ganhava dinheiro... agora é a minha reforma e a do meu marido... somos os dois doentes... à assistência social já fui duas vezes... não podem fazer nada...” E1

“... tive que me reformar por invalidez, que eu trabalhava a dias ... foi esse dinheiro que deixou de entrar ... as despesas são muitas e a reforma não dá para nada ... cá vamos sobrevivendo ... Pouco saímos de casa... só o indispensável, quando precisamos de alguma coisa.” E3

Apenas uma das entrevistadas refere ter tido problemas graves a nível familiar derivados da sua doença, como ela refere na especificação:

“Bom, quer-se dizer... o meu marido arranjou uma amante... ainda saiu de casa... mas depois... acabou por voltar para casa. Mas é sempre aquela coisa que... esquisita... porque... há sempre aquela coisa que nos sentimos assim... um bocadinho mais... diminuídas, percebe?” E5

Esta entrevistada refere ter reagido bem à mastectomia e que foi a atitude do marido que a magoou mais, como mostra a seguinte especificação:

“... aquilo que eu sentia de estar sem o meu peito, eu, eu ... eu até encarei bem, mas a reacção do meu marido ... ele mostrou que ... a atitude dele mostrou que, para ele, eu era incapaz.” E5

Apesar da reacção do marido esta entrevistada não se sente incapaz nem diminuída, tendo mesmo uma atitude positiva face á sua vida, como refere na seguinte especificação:

“... continuei a sair com as minhas amigas, vou á praia, as oportunidades que tiver para ir passear ... eu vou. Não deixo escapar nada, tento fazer uma vida normal e por uma pedra sobre o assunto.”E5

Três das entrevistadas referem ter sentido problemas a nível profissional, uma delas estava em contacto directo com o público e refere não se sentir bem psicologicamente atender pessoas, como mostra a especificação:

“ Ainda não estou a trabalhar, ainda não me sinto com forças para voltar ao trabalho,... atender o público ... e depois é só doenças ... vem uma dói-lhe isto, vem outra dói-lhe aquilo e depois vem à baila a minha doença ... e psicologicamente afectava-me muito ...” E7

Outra das entrevistadas refere que teve de mudar de emprego depois da doença:

“... deixei de trabalhar onde trabalhava, eu trabalhava num super mercado, era complicado ... tinha que carregar muitos pesos ... agora estou no ATL a trabalhar com crianças.” E5

A terceira entrevistada refere que os problemas que sentiu a nível profissional foram por impossibilidade de permanecer na sua loja e ter que contratar uma empregada para a substituir. Como refere:

“... agora, desde que isto apareceu, tive que por lá uma pessoa a trabalhar comigo.” E9

Duas das entrevistadas quando questionadas acerca das alterações provocadas pela doença, referem que a principal alteração foi o modo de viver a sua vida, e esta opinião é de duas das entrevistadas mais novas, como mostra as especificações:

“ Alterou a maneira de ver as coisas, a maneira de pensar, a maneira de estar,... não vivo as coisas com tanta intensidade, se não faço agora, faço logo ou amanhã. ...

penso que as coisas materiais já não são importantes, penso muito no bem estar da minha casa, do meu marido e do meu filho ...” E2

“ Alterou muito... a minha maneira de pensar, de ver as coisas... é assim, eu agora habituei-me a viver um dia de cada vez... cada dia que acordo e abro os olhos e vejo a minha casa... a minha filha... os meus familiares e as pessoas amigas... é uma benção, é o mais importante.” E5

Outras sem referirem que alterou a vida, alterou o modo como a vivem:

“ Cá vamos vivendo um dia de cada vez...” E4

9.5 - Dificuldades Sentidas no Tratamento

Na quarta categoria – **Dificuldades Sentidas no Tratamento** – consideraram-se como subcategorias os quatro principais tratamentos: Mastectomia; Quimioterapia; Radioterapia e Hormonoterapia.

QUADRO 12 – MATRIZ DE SÍNTESE 4 – DIFICULDADES SENTIDAS NO TRATAMENTO

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Mastectomia				X			x		x	
Quimioterapia	X	X	X	X	X		X	X	X	X
Radioterapia	x								x	x
Hormonoterapia										

Apenas uma doente refere não ter tido qualquer problema no tratamento que fez.

Mas também atribui este facto ao tipo de tratamento, como refere a especificação:

“... não me custou muito ... não me deram aquela vermelha ... nunca me caiu o cabelo, eu vinha á espera que a quimioterapia ... diziam tanto mal da quimioterapia que eu vinha á espera que ainda fosse pior do que é ...” E6

Apesar desta afirmação e questionada sobre o que foi mais difícil de suportar lá vai acrescentando que:

“... o que me dá mais abalo é a quimioterapia ...” E6

As restantes 9 entrevistadas referem que o mais difícil de suportar foi a quimioterapia. As seguintes especificações mostram quanto doloroso foi este tratamento:

“ foi a quimioterapia, custa muito, mesmo muito.” E1

“ O que mais me custou... (suspiro) foi a quimioterapia...” E2

“ Ai! Foi a quimio! Ai mãe! Foi, foi... Custou muito.” E3

“ Custa-me mais o tratamento (a quimioterapia), é o tratamento...” E4

“A quimio ... o pior foi a quimio. Foi.” E5

“ Foi o ... a quimio, foi a quimio. E7

“ a quimioterapia foi muito difícil, foi, foi ...” E8

“ é a quimioterapia, é a que é. E9

“ Foi a quimioterapia... passo tanto, tanto, tanto.” E10

No entanto houve duas entrevistadas que reconhecem a importância da quimioterapia, como tratamento para a sua doença, são também estas doentes que há mais tempo andam a fazer tratamentos com quimioterapia:

“ Só se suporta porque se faz para nos pormos boas... o pior é que eu já fiz tanta vez... que é para me manter viva, não é?” E1

“... se não fosse a quimioterapia ... se calhar já cá não estava” E1

“... eu sei que é a quimioterapia que me mantém viva ... acho que fico ... assustada se parar a quimioterapia, ... pode parecer parvoíce mas é o que sinto.” E6

Considerou-se nesta subcategoria a toxicidade gástrica e a toxicidade cutânea porque foram estas as referidas pelas entrevistadas.

Quanto à toxicidade gástrica, foi a mais difícil de suportar por oito mulheres entrevistadas, como mostra as especificações:

“ Nos dias a seguir à quimioterapia tenho “ânsias”, vomito, passo mal ... nem posso ver comida ... nem cheirá-la ... quanto mais fazê-la ...” E1

“ foi o mal estar ... foi a agonia ... foi aquele mal estar ... agonia, nauseada.” E2

“ É uma coisa que se anda tão mal, que me sentia tão em baixo... passava o tempo a vomitar, com ânsias ... durante 5 ou 6 dias, não fazia nada ... estava mesmo de cama, e vomitava ... e mal disposta ... não comia, não bebia ... nem coisa nenhuma.” E3

“ Aquela “agoniação” ... os vómitos, não era bem os vómitos, é aquela coisa, a má disposição, os arrepios, aquela coisa no corpo. Olhe, tenho uns dias que como menos, outros que como mais, outros que praticamente não como, pronto.” E4

“ A reacção ao tratamento ... dava náuseas, depois não conseguia comer, dores no corpo ... E5

“... quimioterapia ... aqueles dias ... principalmente aqueles três primeiros dias ... horrorosos ... são horrorosos ... e peço a Deus que já não tenha que fazer quimioterapia.” E8

“... o mal estar, as ânsias, os cheiros isso não tem remédio, é de aguentar. ... o mal estar é constante, e não tem remédio.” E9

“... ando para aí dez dias ou doze dias sem força nas pernas, não como, não consigo meter os dentes, com ânsias, aí que castigo ...” E10

Quanto á toxicidade cutânea a mais referida foi a alopecia. Algumas entrevistadas referem que esta foi o pior efeito secundário da quimioterapia:

“... o pior foi a queda do cabelo, ...estava a tomar banho, passei a mão pelo cabelo e caiu um grande pedaço de cabelo, chorei, chorei, chorei ...” E5

“... a queda do cabelo, pronto, tenho tido fases ... sabia desde o inicio que isso ia acontecer, então não deixei que acontecesse ... rapei o cabelo todo e enfiei a peruca. Custou-me muito, muito ir, cortá-lo... é uma dor, custa muito, as pessoas... todos nos conhecemos... é um drama. Afectou-me um bocado, psicologicamente, mas... pronto!” E7

“ Custou-me mais a queda do cabelo... custou-me sim senhora. Mas quando eu vi o cabelo a cair... a senhora não calcula o desgoste que eu tive! E8”

Uma das entrevistadas refere mesmo que recusou um tratamento de quimioterapia porque lhe fazia cair o cabelo:

“... ó depois a drª começou-me logo a mentalizar ... que podia cair o cabelo ... eu disse que não, não podia ver-me sem cabelo, (choro) então a drª fez-me outro tratamento ... que enfraqueceu muito, mas nunca caiu ...” E1

No entanto, outras entrevistadas referem que não sendo o pior efeito secundário da quimioterapia é referido como o imediatamente a seguir.

“ também me custou .. isso então ... parece que toda a gente olha para mim, sinto-me sempre ... pronto. E4

“... o cabelo, o choque de começar a cair aos montes e de não parar de cair. Nem imagina o horror de ver cabelo por todo o lado, na almofada de manhã, na banheira,... é horrível, parece um filme de terror e o pior é que fazemos parte dele ...” E9

“ Também me custou, mas não tanto como a quimioterapia. Da primeira vez que caiu, custou-me mais porque tinha o cabelo maior, e vê-lo cair assim aos montões, custa um bocadinho.” E10

Outra subcategoria também referida como difícil de suportar, embora menos que a quimioterapia foi a mastectomia.

“... às vezes eu ... quando me vi ao espelho pela primeira vez ... fiquei um bocado abalada ... mas pronto” E6

Talvez a preocupação da entrevistada não fosse só por não ter a mama, mas sim um problema de comunicação entre o casal:

“... voltava sempre as costas ao meu marido, quando me estava a despir e ... essas coisas ... nunca mais se falou no assunto, porque o meu marido tem um feitio assim, não gosta de falar nas coisas...” E6

Uma das entrevistadas reagiu negativamente ao facto de fazer mastectomia, não querendo fazer fazê-la, como mostra a especificação:

“ Óh srª drª por favor, se vir que há solução sem tirar o peito, tudo bem porque já tenho muita coisa em falta e se houver possibilidade não quero ficar sem... e a drª I. também é uma pessoa competente e se ela diz que tirou tudo,... pronto.” E10

Outras entrevistadas referem a mastectomia como algo que as diminuiu enquanto mulheres:

“ Ficamos incompletas não é? Agente nunca gosta de estar pela metade. Até par me despir evito o meu marido e os espelhos também.” E9

“ Não é uma coisa bonita de se ver ao espelho, não é só a imagem... há gordos, magros, baixos, enfim, mas aqui falta qualquer coisa.” E7

Várias mulheres referem que sempre que olham para a sua mastectomia lembram-se da doença:

“...sempre que me dispo eu lembro-me porque me falta a mama.E7

“ Cada vez que vejo a cicatriz lembro-me da minha doença, mesmo que não se queira pensar nela... ela está sempre tão ali, á mostra...E9

Outras, ao contrário destas, fazem um raciocínio oposto, pensam que se a mama está doente então o melhor é tirá-la:

“... se tiro o peito estou a tirar também a doença ... encarei a operação como um tratamento ... eu queria era tirar a doença ... e não há melhor maneira de tirar a doença do que tira-la dali, do meu peito ... eu estava até com ânsias em tirá-la depressa. Foi um alívio quando fui operada, senti-me limpa. Estive internada quase duas semanas mas não me custou, porque eu pensei que tinha tirado o mal dali.” E1

“... ficar sem o peito não foi problema, não me deixei ir abaixo ... é mais peito menos peito ... o que eu queria era tirar a doença.” E3

“ Se a minha mama não presta, se o problema é esse, a mama deita-se fora e abala tudo.”E8

“ olhe, acho que isso é o mal menor. Ela estava doente, então o melhor o melhor é cortar o mal pela raiz.” E7

Outras entrevistadas referem que o que foi difícil de superar foi o pós-operatório da mastectomia, e não propriamente ter tirado a mama.

“... a mama é destas coisas ... está tapada. ... não me dói nada ... tenho o braço preso, pois tenho ... na altura quando tirei a mama ... pois, a cirurgia custou ...” E8

“... o braço ficou a mexer pouco ... está preso ... mas com o tempo foi melhorando.” E9

“ A cirurgia, pronto, custou. ... a recuperação custou um bocadinho, depois tive que fazer fisioterapia ...E5

A radioterapia foi pouco referida como difícil de superar e quando referenciada era sempre apontada como terceira dificuldade. Como mostra as seguintes especificações:

“ A radioterapia não dói. Queimei-me e muito, nem podia pôr nada em cima da pele... dá um bocado de cansaço.” E9

“ A radioterapia não me custou nada, foi só cansativo. Andava sem forças, mas valeu a pena.” E7

“ A radioterapia não custa... agente anda assim mole... E1

Um dos problemas levantados à radioterapia foi a distância entre o tratamento e as suas residências. Como referem algumas das entrevistadas:

“ Difícil foi estar longe de casa. Deixar o meu marido, depender da minha cunhada para olhar por ele... o tratamento não foi difícil, não me queimei graças a Deus.” E1

“ É o estar longe, deixar a família, a casa, mas pronto, primeiro está a saúde.” E9

“ Custou-me ficar lá no lar... longe da família... isso é que me custou.” E10

Uma das entrevistadas refere que se deslocava todos os dias a Lisboa para fazer a radioterapia e que apesar de cansativo, era compensador:

“ Voltava para casa todos os dias à noite e isso não tem preço, estar ao pé da família, nem quero pensar se tivesse que ficar em Lisboa.” E7

O estar hospedada no lar do IPO também é considerado uma situação difícil de ultrapassar. Duas das entrevistadas passaram por esta situação, uma delas é invisual, a outra faz referência ao que viu e sentiu no lar:

“ Custou-me ver tanta gente mal. Agente lamenta a nossa sorte, mas ver o que eu lá vi... é muito triste.” E1

Quanto á subcategoria - **HORMONOTERAPIA** - não houve qualquer referência a dificuldades sentidas, neste tipo de tratamento.

9.6 - Apoios

Na quinta categoria – **Apoios** – consideraram-se três tipos de apoios: Apoio religioso; Apoio familiar e Outros apoios. Apresenta-se de seguida a matriz de síntese para esta categoria e subcategorias:

QUADRO 13 – MATRIZ DE SÍNTESE 5 – APOIOS

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Religioso	X	X	X	X	X	X	X	X	X	
Familiar	X			X	X		X	X	X	X
Outros apoios	X	X					X			

Quanto à primeira subcategoria – Apoio religioso - é um dos referidos pelas entrevistadas, quer como único apoio, quer associado o outros tipos de apoio. Vamos ver algumas especificações:

“ Ai, eu... toda a gente me dava apoio.” E3

Mas quando questionada com quem fala dos seus problemas, responde:

“ Ai! Com Deus, comigo.”E3

“... eu é com Deus, falo sozinha. ... quando me vejo cansada ... choro e peço a Deus ...” E3

“ Se quer que lhe diga o meu marido não apoiou muito... e eu vi-me sozinha e tive que ser comigo mesmo que eu enfrentei tudo...Agarrei-me à minha fé...foi muito importante para mim.” E6

E acrescenta:

“Falo com Deus” E6

Outro tipo de apoio referido é o apoio familiar. Duas entrevistadas referem que foi a família que as apoiou e é com ela que falam dos seus problemas, medos e ansiedades, como mostra as especificações:

“ Todos me apoiaram, mas tenho uma pessoa especial, a minha irmã mais velha, (...) até mesmo hoje, qualquer coisa que eu tenha, é com ela, não é com mais ninguém ...” E5

“ O meu marido. É a pessoa com quem posso contar.” E7

E acrescenta:

“ A única pessoa com quem eu falo da minha doença é o meu marido. (...) É com quem eu me sinto à vontade para falar.” E7

“ Tem sido o meu filho. ... ele está assim mais perto de mim ...” E10

“ É falo com o meu filho.... mas não estou a preocupá-lo com as minhas coisas, não falo com ninguém.” E10

Quatro entrevistadas referem que quem as apoiou foi a família; sendo com quem contam, mas todas elas referem que não falam acerca dos seus problemas e medos com os seus familiares, para tal recorrem ao apoio religioso, como mostram as especificações:

“ Foi a minha cunhada e o meu irmão.” E1

E acrescenta:

“ Falo com a minha cunhada. Não tenho mais ninguém. Mas... assim... coisas da doença... medos e ânsias que tenho... não falo com ela para não a preocupar... e como não tenho mais ninguém, pronto... guardo para mim.” E1

Questionada: porquê?

“ Não, não. Não posso preocupá-la com as coisas minhas. ... rezo ... faço as minhas orações.” E1

“ É a minha filha, pois. Ela é que me acompanha para todos o lado.”E4

Mas quando questionada com quem fala, responde:

“ Ora falar... falo com Deus. Falo também com a minha filha, pois falo, ela coitadinha está-me sempre a animar... e eu não a vou preocupar com as minhas coisas...” E4

“ muita gente me tem ajudado, o meu marido, o meu filho mais velho, as minhas madrinhas ... Tenho muita, muita gente....” E8

Mas tal como as entrevistadas anteriores, quando questionada com quem fala do seu problema:

“ Olhe, com o meu marido, infelizmente não posso... os meus filhos andam a trabalhar.... a minha nora está empregada ... e então sabe com quem falo? Falo com a Nossa Senhora. É com Nossa Senhora que falo e ponho todos os meus problemas na mão dela.”E8

“ Foi a minha família, o meu marido e o meu filho.” E9

No entanto, tal como as anteriores:

“ Eu... não tive assim... falo com quem calha, pois... não tenho assim ninguém especial. ... Voltei-me para Deus. Deus não me falha e as pessoas...” E9

A subcategoria – Outros apoios – considerou-se o apoio das pessoas amigas e outros apoios referidos ou sentidos.

Apenas uma entrevistada refere que onde sentiu mais apoio foi entre as amigas, como mostra a especificação:

“... foi as minhas amigas. Mais ainda que a família, porque a família não tem noção... a minha família, pronto, evidentemente que lhe custa mais,... devo muito ás minhas amigas e colegas de trabalho ... nunca deixaram de estar comigo, ... mais que a família, ...” E2

Depois explica porquê:

“... até porque conversamos mais abertamente, podemos falar sobre assuntos mais friamente, ... porque é uma doença que as pessoas ainda têm medo de falar dela ... eu nunca escondi a minha doença, nunca.” E2

Esta entrevistada, tal como as anteriores, que recorreram do apoio religioso para conversarem acerca daquilo que as preocupa têm a mesma atitude em relação à família: não querem preocupá-la com os seus problemas, mas tem necessidade de falar com alguém. Algumas entrevistadas referem esta vontade, como mostra as especificações:

“ Acho que se tivesse uma amiga, agente conta melhor o que nos vai na alma... a uma pessoa de fora, percebe? Esta doença... já basta saberem o que tenho... falo com vocês (as enfermeiras)...E1

“... às vezes não podemos estar a preocupar assim os nossos ... se tivesse assim uma pessoa amiga ... se calhar falava-se mais vontade, assim vai-se aguentando, ...” E10

Três destas entrevistadas apesar de referir o total apoio da família ou de amigos, também passaram a contar com o apoio religioso, como mostra a especificação:

“... nesta altura eu rezo muito e o meu marido reza comigo para ver se ... sei lá, pronto. Rezar é como um calmante e... é reconfortante o meu marido rezar comigo.” E7

“... foi Deus que fez com que eu visse a vida de outra maneira, habituei-me a viver um dia de cada vez, com mais tolerância, mais compreensão e paciência. Apesar ter sido sempre muito católica e de querer muito em Deus, mas agora, parece que há... outro sentir diferente.” E5

“... agarrei-me á fé, nada de extremismos nem fanatismos, ... mas sinto necessidade de rezar. Sinto-me melhor mais calma... foi outra das mudanças da minha vida ...” E2

Outras entrevistadas referem que não têm ninguém para conversar mas que conversar não resolve os seus problemas, como revela as especificações:

“ Também do que é que me adianta? Não resolvem o meu problema... não vale a pena aborrecer ninguém, bem basta eu.” E9

“... se eu vou falar a qualquer pessoa ... ninguém me ajuda, o que é que eu adianto, todos temos que morrer, ninguém me diz assim: “vou acabar com os seus problemas” então não vale a pena andar a aborrecer os outros com os meus problemas...”

E3

Uma entrevistada refere falta de apoio noutras áreas – apoio na lida doméstica:

“ só não me deram apoio numa coisa, já tenho dito muitas vezes e ... não dão, não dão a ninguém, mas é onde agente precisa de mais apoio, e é no fazer assim um comerzinho, uma limpeza (à casa) não é ser coitadinha, nem nada disso mas ... uma mulher que faz a lida da casa, a comida e assim ... e quando está doente e não tem filhos perto de nós, ... como é que é? ... precisamos de comer ... ora eu nem podia ver a comida, quanto mais fazê-la ...por isso o apoio não é só dizer “coitadinha, tenho muito pena” havia de haver uma instituição que auxiliasse agente em casa, sim senhora, é isso.” E3

Mesmo quando as entrevistadas referem que tiveram a ajuda do marido e é com ele que falam dos seus medos e preocupações, não deixam de referir este tipo de apoio:

“ O meu marido dava-me força mas a minha tia tirava-me o trabalho de cima. Ela cozinhava, passava a ferro, arrumava a casa... só quem passou pelo que eu passei poderá dar valor a esta ajuda. Uma pessoa a fazer quimioterapia, da que eu fiz, não é capaz de tomar conta duma casa. Dificilmente é capaz de tomar conta de si, quanto mais duma casa de família.” E7

Outra entrevistada, refere acerca deste mesmo assunto, o seu estado de incapacidade de fazer qualquer coisa após a quimioterapia e conta com o apoio de terceiros, como mostra a especificação:

“... a minha cunhada traz-me uma sopinha ... e quando me sinto com forças, lá a empurro pela boca abaixo ... É um sacrificio muito grande...” E1

Uma das entrevistadas refere um tipo de apoio diferente dos anteriores:

“ Acho que os produtos naturais são uma boa ajuda para as pessoas como eu ... porque isto é assim: a quimioterapia queima tudo e temos que compensar... ou você pensa que os tratamentos que eu faço à tanto tempo, à tanto tempo, pensa que eu tinha valores para os fazer? À ano e meio que eu ando a fazer quimioterapia, sempre seguida e eu tenho sempre as análises boas para o fazer. Quem é que aguentava andar a fazer quimioterapia tanto tempo seguido? Tenho gasto muito dinheiro mas nunca deixei de fazer tratamento. Os produtos naturais ajudam-me a recuperar da quimioterapia.” E9

9.7 – Preocupações Actuais

Na quinta e última categoria – **Preocupações actuais** – com duas subcategorias: Medo de recidiva e Medo de sofrimento/Inexistência de cuidados paliativos, está sintetizada no quadro seguinte:

QUADRO 14 – MATRIZ DE SÍNTESE 6 – PREOCUPAÇÕES ACTUAIS

	E1	E2	E3	E4	E5	E6	E7	E8	E9	E10
Medo de recidiva		X		X	X		X	X		X
Inexistência de cuidados paliativos Medo de sofrimento	X		X			X			X	

Todas as entrevistadas referiram terem medo em relação ao futuro. As que fizeram quimioterapia pela primeira vez, têm esperança de se curarem e referem como maior medo, a possibilidade de virem a ter uma recidiva, como mostra as especificações:

“ O que me pode preocupar é sempre uma volta... é se no outro peito aparece alguma coisa... ou noutra órgão,... há sempre um medo de aparecer outro ... os marcadores ... agora estou desejosa de saber se os marcadores indicam ou não alguma coisa ... é a única coisa, porque de resto ... E2

“ agora tenho medo se ... se vem outra vez isto com força, ou que possa rebentar outra vez mais ... E4

“... preocupa-me se volta outra vez, a mínima dor que haja, a mínima alteração ... penso logo se será alguma coisa, logo. A preocupação é essa.”E5

“ é o medo, é o medo ... de haver alguma recaída. É o único medo...” E7

“... assustava-me um bocado se não ficasse, assim bem curada e se tivesse de fazer mais tratamentos, que eles custam muito.” E10

“... quando penso em tudo o que passei tenho medo, muito medo que tudo volte para trás e que tenha de passar por tudo outra vez ...” E 8

Esta entrevistada refere que além do medo da recidiva associa-se o medo de fazer mais tratamentos, como refere:

“... é um arrepio na espinha ... é saber que estou pior e a doença voltou, mas também porque tenho que passar por tudo outra vez, ele é a queda do cabelo, os vómitos, as ânsias ... aquelas ânsias que me punham tão doente ... e o pior é que já não vou enganada, sei o que passei e sei o que vou voltar a passar.” E8

Quanto á subcategoria – Medo do sofrimento/Inexistência de cuidados paliativos foi apontada por quatro entrevistadas todas elas a fazer ou que já fizeram vários tratamentos de quimioterapia e que sabem que não estão a fazer um tratamento curativo. À também a referir que acerca deste tema - medo do sofrimento – as entrevistadas foram muito mais expressivas e exprimiram os seus sentimentos duma forma mais sentida do que em relação ás outras questões, como mostra as especificações:

“ Preocupa-me o final, preocupa-me o sofrimento, porque (...) tenho medo dessa fase, pronto. Mas essa fase é que me preocupa. (...) Mas tenho muito medo e soffro muito, tenho muitos nervos por causa disso. Sabe? É que ninguém me disse que eu ainda vou cá andar algum tempo... ainda ninguém me disse isso, nem os médicos... ainda ninguém me deu uma esperançazinha, assim... de vida... (...) Gostava que me dissessem que ainda cá vou andar mais uns tempos... eu ás vezes penso: “ nunca ninguém me diz nada, devo estar no fim.” E6

Algumas entrevistadas além do medo de sofrer, mostram também preocupação em relação aos internamentos fazendo alusão à não existência de cuidados paliativos, como mostra as especificações:

“ Tenho medo... do sofrimento... ás vezes não vou mais aos médicos, não vou mais aos hospitais porque até tenho muito medo das agulhas, é este stress... tenho medo de sofrer... o sofrimento e o que posso vir a sofrer é que me assusta... e o ficar internada... numa cama, sozinha, sem ninguém que me acarinhe... tenho muito medo.” E3

“ Preocupo-me com o futuro, sabe? Eu sei que preciso fazer sempre tratamentos, para ir atrasando a doença... não é? Mas um dia que precise ser internada... assim... num serviço qualquer... pessoas que não me conhecem ... já sofri tanto ... mete-me medo disso, agente tem que se sujeitar ao que há, mas gostava que me conhecessem e que me tratassem bem ... chega uma altura que nós precisamos é de mimo, é de gente que nos trate bem.” E1

“ Não tenho medo de morrer, tenho medo de sofrer e de não ter um acompanhamento como deve ser. Tenho medo que me atirem para uma cama e que me deixem morrer ali sozinha e sem aconchego. Porque se existe no hospital um serviço para fazer tratamentos de quimioterapia, não é verdade? Também deveria haver um serviço para os acompanhar quando estão piores, e não há... não há. E eu já pedi ao meu marido que não me traga para o hospital quando estiver muito mal... prefiro ficar em casa,... se não há nada a fazer ... fico na minha casa com os meus, ao menos morro acompanhada.” E9

Esta entrevistada refere numa forma muito sentida e também realista a sua experiência e a sua vivência, da sua estadia no hospital. Esta declaração reflecte também a forma com que os profissionais de saúde lidam com doentes, que não podem contar com uma cura, mas que se pode fazer um acompanhamento mais humano em relação ao doente/família, aliviando sintomas e amenizando o seu período de internamento. A seguinte especificação mostra a preocupação da entrevistada em relação ao futuro:

“ O que me preocupa? Preocupa-me que um dia não possa fazer tratamentos... preocupa-me muito o sofrimento... e mais preocupa-me as pessoas não ligarem ao sofrimento dos outros...” E9

Questionada a quem se refere, acrescenta:

“ Refiro-me... bem,... não leve a mal, mas refiro-me ao hospital ... agente dizer que dói ou que estamos mal e não haver uma palavra, ... se chamamos muitas vezes, dizem-nos que temos que ter cama, ... que não está nada prescrito ... que têm muitos doentes ... mas sabe? Doentes há sempre muitos... mas todos os que precisam se queixam do mesmo que eu... por isso lhe digo que o meu maior medo é de sofrer e de ver a indiferença de quem me podia aliviar o sofrimento. Como lhe disse, se eu puder ficar em casa, fico, porque do sofrimento... se calhar não me livro dele... se calhar não, mas tenho de certeza carinho e bom modo... (suspiro)... há-de ser o que Deus quiser!” E9

10 – CONCLUSÕES

“As conclusões devem indicar a posição do investidor face aos resultados obtidos... elas incluem enunciados concludentes ou um julgamento sobre os resultados positivos ou negativos obtidos”. (Fortin 1996) Assim, terminada a fase de tratamentos e análise de dados e relembrando o problema identificado: “Como vivênciam as Mulheres o cancro da mama. Qual o impacto da doença na mulher” chegaram-se às seguintes conclusões:

* A informação dada às mulheres com cancro, na altura do diagnóstico, é pouco clara, imprecisa e prestada numa forma indirecta.

* A maioria das mulheres reagem com esperança à informação dada, o que pode significar que apesar do estigma da doença, a esperança é o sentimento mais manifestado, fazendo com que as mulheres encarem com optimismo o seu prognóstico.

* A doença provoca alterações tanto a nível profissional, como económico, e também no modo como as mulheres encaram a vida.

* O tratamento mais difícil de suportar foi a quimioterapia, sendo a toxicidade gástrica o pior sintoma.

*** O apoio com que as mulheres mais contam é o apoio religioso. Mesmo aquelas que referem ter apoio familiar, a maioria, não contam com a família para manifestarem os seus medos e preocupações em relação à doença, mas sim através da religião, justificando esta atitude com o facto de não quererem preocupar a sua família, com os problemas seus.**

*** A maior preocupação das Mulheres com Cancro da Mama é o medo de recidiva, seguida pelo medo do sofrimento e de não serem devidamente acompanhadas ao longo da sua doença.**

Analisando as conclusões e procurando responder á questão da investigação desta tese, as Mulheres com Cancro da Mama têm como maior dificuldade a ultrapassar, os efeitos secundários da quimioterapia, sendo a toxicidade gástrica a mais complicada. Em termos de apoios referem não terem um apoio eficaz, tendo de recorrer à religião para encontrar algum conforto, para os seus medos e ansiedades. E o maior medo que têm é da recidiva e/ou medo de sofrimento por défice de acompanhamento hospitalar.

11 – SUGESTÕES

“ Logo que o investigador chegou ás conclusões... está então em posição de examinar as consequências destes resultados...” e também está em posição de fornecer *“ sugestões para implementação dos resultados na prática profissional.”* Fortim (1996)

O estudo realizado, sendo de características eminentemente qualitativas, procurou identificar indicadores que poderão servir para estudos posteriores acerca do impacto do cancro da mama na mulher.

Seria importante que houvesse uma maior preocupação no atendimento das mulheres com cancro da mama, que incidisse em quatro pontos essenciais:

- **O modo como se transmite a notícia à mulher.**
- **Os efeitos secundários da quimioterapia, com particular atenção na toxicidade gástrica.**
- **O acompanhamento da mulher numa forma mais eficaz, por parte da família, para que esta possa, de facto, apoiá-la.**
- **Maior atenção no acompanhamento da mulher, por parte dos profissionais de saúde, quando esta necessita de internamento hospitalar.**

Neste sentido sugere-se:

* Informação concertada e assertiva. Talvez o facto de ser uma informação, que chega por etapas, leva a que a mulher se vá mentalizando para as más notícias. No entanto, a informação final acerca da doença deverá ser clara, directa e precisa, devendo

ser prestada pelo médico que a acompanha ao longo da sua doença. Deverá ser também uma informação cuidada, sem esquecer de inculcar esperança, sendo esta imprescindível para a manutenção da sanidade mental, da mulher, para o sucesso do tratamento e também para a manutenção de uma boa, a relação terapêutica.

*** Maior atenção e preocupação para os efeitos secundários da quimioterapia, de modo a minimizá-los, para que a quimioterapia deixe de ser motivo de tantos medos e ansiedades.**

*** Motivar o cônjuge ou outro familiar directo, a acompanhar a mulher e a envolver-se em todo o processo de tratamento, para que possa prestar-lhe apoio e segurança nas fases mais difíceis que irá passar.**

*** Construir espaços onde seja possível acompanhar os doentes terminais numa forma mais digna – Cuidados Paliativos. Sensibilizar os Técnicos de Saúde para que, não existindo estes espaços, seja a sua acção mais direccionada para o aspecto cuidativo e humano. A ciência e a tecnologia permitiram que muitas doenças consideradas fatais até há poucos anos, sejam agora consideradas crónicas, é preciso que os técnicos de saúde acompanhem este avanço da ciência, respondendo com humanização e qualidade nos cuidados que prestam.**

12 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ABIVEN, Maurice – Para uma morte mais humana: Experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos. 2ª ed. Loures: Lusociência – edições técnicas e científicas, 1997. 206p. ISBN: 972-8383.25-8**
- AMARAL-MENDES – J. J. – O Médico e a Saúde Ambiental: Évora: 1991, 4f., mimeogr.**
- AMARAL-MENDES, J. J. – Saúde e Toxicologia ambientais. Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, 1989. P 188-196.**
- AMARAL-MENDES, J. J. – A Saúde Ambiental: Uma tentativa de definição. Évora: 1997, 7f., mimeogr.**
- AMARAL-MENDES, J. J. – A Saúde Ambiental: o seu conceito. Lisboa: Arquivos do Instituto Nacional de Saúde, 1997. p 21-35.**
- AMARAL-MENDES, J. J., et al – The Evolution of concepts about carcinogenesis. Vienna, Austria: Presented at the SETAC Europe 12th anual meeting, May 2002,**
- AMARAL-MENDES, J. J. – A relação médico-doente em radioterapia Lisboa: Psiquiatria clinica, supl.2 1982 p. 179-184.**
- ARIÊS, Philippe – O Homem Perante a morte II, Lisboa: Publicações Europa-América, Lda, 1977, p 373.**
- BACETE, Vicente – Anatomia Patológica del Câncer Manario: Factores prognósticos anatomopatológicos: Hospital Practive. Algés: Medfarma 1999. p2-20**

BRODY, Lawrence C.; BIESECKER, Barbara B. – Cancro da Mama: As Mutações de Risco Elevado: Hospital Practive. Algés: Medfarma 1999. p.29-53.

CAMPBELL, Bernard – Ecologia Humana Lisboa: Edições 70, 1988. 262 p.

CAPLOW, T. – L'ênquete sociologique. Paris: Armand Colin, Editem, 1970, 171 p.

CARDEIRA, Joana Lopes – Da ecologia humana à sociologia do Ambiente: a lenta conceptualização das relações entre a sociedade e o ambiente. Mediterrâneo, nº 8, 1996, p. 249-270.

CASANOVA, António J. – Universo das Patologias dos Desreguladores Endócrinos dos Hospitais do Alentejo. Évora: Universidade de Évora, 2003.185f. Tese de mestrado

CASEIRO, Ana et al – Cadernos de Oncologia. 3ªed Lisboa: novartis, 1997, 90p

CARVALHO TEIXEIRA, J.; TRINDADE, I. – Psicologia da Saúde nos cuidados primários. Análise Psicológica: Lisboa: I.S.P.A. p23-74

CLARK, Jane C.; MCGEE, Rose F. – Enfermagem Oncológica. 2ªed. Porto Alegre: artes médicas, 1997. 586 p. ISBN 85-7307-187-7

CONIAN, S. W.; DIAMOND, A.W.- Controlo da dor. Lisboa: Climepsi Editores, 2001. 155p. ISBN 972-97250-6-3

COPPE, António – Morte, uma questão de vida. Cadernos de psicologia., Minas: Belo horizonte, 1995 p37-39.

DAVIS, Loyal – Tratado de Patologia Quirurgica. 9ªed. Barcelona: editorial Interamericana, SA, 1970. 1350 p.

DÉOUX, Susanne e Pierre – Ecologia é saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. 565p. ISBN 972-8245-69-6

DIAS, M.R. – Informar os doentes oncológicos: Uma perspectiva de intervenção. Lisboa: In T. M. McIntyre Ed.1994. p139-155.

FERNANDES; J. Almeida – Manual de Educação Ambiental. Lisboa: Comissão Nacional do Ambiente, 1983. 286p.

FLORES, Gil J.- Análisis de dados qualitativos: aplicaciones a la investigacion educativa. Barcelona: ed. P.P.V., 1994, 182p.

FORTIN, Marie-Fabienne – O Processo de Investigação : Da conceptualização à realização. Loures: Lusociência – Edições técnicas e científicas, Lda., 1999. 387 p. ISBN 972-8383-10-X.

GHIGLIONE, Rodolphe et al – Manuel d’analyse de contenu. Paris: Armand Clin Editem, 1980, 161 p.

GIL, António Carlos – Métodos e técnicas de pesquisa social. 2.ª ed., São Paulo: Atlas, 1989, 201 p.

GOMES SANCHO, Marcos – Control de sintomas en el enfermo de cancer terminal.2ªed., Madrid: Aràn Editores, 2000, 149p

GONÇALVES FERREIRA; F. A – Moderna Saúde Pública.5ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1990.1498p. ISBN 972-31-0514-4.

HAWLEY, Amos – Teoria de la Ecologia Humana. 2ª ed. Madrid: Editorial Tecnos, SA 1996 196p. ISBN: 84-309-2080-3

HENNESSY, N. – Controlo das reacções cutâneas pós-radioterapia: Ponto de vista do enfermeiro: Oncology Nurses, Hoje Copenhaga: RN, SD, MPA nº3, 1998. p 11-12.

**HENNEZEL, Marie – Diálogo com a morte: Lisboa: Editorial notícia, 1997. 157p.
ISBN 972-46-0793-3**

**HENS, Luc; DEVUYST, Dimitri – Human Ecology: The European Perspective.
Human Ecology Revue. Summer/Autumn, nº 1,1994, p326-334.**

**HERITY, B – Cancro da Mama: Rastrear ou não rastrear, esta é a questão!
Oncology Nurses, Hoje Copenhaga: RN, SD, MPA nº2, 1997, p 14-16.**

**HOGENKAMP, Eveline; MUILEKON, Erik van; SCHAART, Jan – Cirurgia em
Oncologia: no ano 2000 e no futuro: Oncology Nurses, hoje: Copenhaga: RN, SD,
MPA nº3, Set. 1999, p11-15.**

**JAFEE, Elisabeth M. – Progressos nas Vacinas Contra o Cancro in: Hospital Practice
Lisboa: Medfarma, Edições Médicas, Vol. 6, Nº 8, Setembro 2002, p 9-24.**

**JERÓNIMO, Teresa; HENRIQUES, Rui – Cuidados de Enfermagem a Doentes com
Cancro da Mama: Enfermagem Oncológica Vila Nova de Gaia: Aguifil – artes
gráficas, nº21, Jan. 2002, p24-39.**

**JOYCE-MONIZ, L; BARROS, L. – Psicologia da Doença. Análise Psicológica Lisboa:
1994 p233-250.**

**KUBLER-ROSS, Elisabeth – Sobre a Morte e o Morrer. 7ª ed. São Paulo: Martins
Fontes Lda. 1996. ISBN: 85-336-0496-3. 299p**

La ecologia Humana – www.Kin.cieamer.conacyt.mx/Ecologia/AreasE.

**LEAL da SILVA – Cancro da Mama: normas de orientação clínica. Porto: Edição
IPOFG – CROP, SA, 2004. 38p**

**MATTEI, Jean-François – in: Ecologia é saúde. Lisboa: Instituto Piaget, 1996. 565p.
ISBN – 972-8245-69-6**

MARQUES, Herlander; PIMENTAL, Francisco – Oncologia para Clínicos Gerais.
Porto: Inova/ Artes Gráficas, 1995. 253p.

MELO, Filipa – Fúria de Viver. Visão. Paço de Arcos: Edimpresa, Março 1998. p92-97

NAZARETH, J. Manuel – Demografia e ecologia humana. Análise social. Lisboa: Instituto de Ciências Sociais da Universidade de Lisboa. ISSN 0003-2573. Vol.XXVIII, nº 123-124, 1983, p.879-885.

ODUM, Eugene P., – Fundamentos de Ecologia. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 1997. 997p ISBN 972-31-0158-X

O' TOOLE, Sinead – O Papel da Enfermagem no Apoio Psicológico Prestado ao Doente: Oncology Nurses, Today. Copenhaga: RN, SD, MPA 1999, vol.4 nº4 pag.10-12.

PASCUAL, Juan Luis G., - Atención Psicológica en el enfermo con cáncer. Barcelona: Colégio Enfermaria Cantabria, nº 10, 1999 p.15-18.

PACHECO, Susana – Cuidar a pessoa em fase terminal: perspectiva ética. 1ªed Loures: Lusociência Edições técnicas e científica, 2002, 152p ISBN: 972-8383-30-4

PINTO, José R. C. – Questões Actuais de Ética Médica. 3ªed., Braga: Editorial A.O., 1990, 341p. ISBN: 972-39-0100-65

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal - Direcção-Geral da Saúde – As Metas de Saúde para Todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1985. 227p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal – Determinantes de Saúde na União Europeia. Lisboa: 2000 261p.

MINISTÉRIO DA SAÚDE, Portugal – Declaração do Rio sobre Ambiente e Desenvolvimento, disponível em: www.diramb.gov.pt

PRYCE, Antony – Sexualidade e o doente. Nursing, Revista Técnica de Enfermagem Lisboa: nº59 Dez.92, p22-24.

Que es la ecologia humana?: Una Hipotesis sobre la ética, el amor, la comunicacion, la convivencia, la libertad y la salud humana. – www.intermindnet.com/espanol/quees.

RAMOS, Henrique V. – O Doente Perante o seu Fim – Autonomia ou Paternalismo? Cadernos de Bioética Coimbra: Gráfica de Coimbra, nº 33, Dez. 2003, p17-33.

REDMOND K, Aapro – Cancer in the Elderly. Amesterdam: European Oncology Nursing Society, 1997.

ROWLAND, J.H. – Interpersonal Resources: Social Suport. New York: Oxford University press, 1989, 58-71p.

RYLANDER, Ragnar, MÉGEVAND, Isabelle – Introdução á Medicina do Ambiente. Lisboa: Instituto Piaget, 1993. 217 p.

SACARRÃO, G, Fonseca – A Vida e o Ambiente. Lisboa: Comissão Nacional do Ambiente, 1979. 134p.

SAURÍ, Matilde – A necessidade de comunicação na perspectiva do doente: Oncology Nurses, Today. Copenhaga: RN, SD, MPA Vol.4 nº 4, 1999 pag.16-17

SHAPIRO, S. ; ANGUS, L.; DAVIS,C. - Identity and Meaaning in the Expeerence of Cancer. Journal of Healty Psychology, 1997. 539-554p.

SCHELER, Max – Morte e Sobrevivência. Lisboa: Edições 70, 1994. 215p.

SCHWARTSMANN, Gilberto – Oncologia Clínica: princípios e prática. Porto Alegre: Editora Artes Médicas, 1991. 559p.

SERRÃO, Daniel – Morte, onde está a tua vitória? In: Cadernos de Bioética. Coimbra: Gráfica de Coimbra nº 25, 2001 pag77-83

SILVA, Alcione L. – O cuidado no encontro de quem cuida e de quem é cuidado. In MEYER, Dagmar E. – Marcas da Diversidade – Saberes e fazeres da Enfermagem Contemporânea. Porto Alegre: Artmed, 1998. p. 195-206

SILVA, M^a. Augusta – Em nome da vida. Portugal e o cancro. Diário de Notícias – Textos e documentos, Editorial Lisboa, p 65-86

SKEEL. Roland T – Manual de Quimioterapia. 3^a ed. Rio de Janeiro: Editora Médica e Científica Lda, 1993. 605p. ISBN 85-7199-063-8

STEHNEY – Michael A. – Genética na Prática Clínica: Hospital Practice. Algés: Medfarma, nº 2, 2001 pag41-47

TAIT, Ann – Mastectomia. Nursing Revista Técnica de Enfermagem. Lisboa: Ferreira e Bento Lda. nº 12 Jan. 1989 p13-16.

TWYLCROSS, Robert – Cuidados paliativos. 2^a ed. Lisboa: Climepsi Editores. 2003. 207p. ISBN 972-796-093-6

VALA, Jorge – A análise de conteúdo: Metodologia das ciências sociais. Porto: Ed. Afrontamento, 1980, 210p.

VANDEVELDE, G – Controlo das reacções cutâneas pós-radioterapia: Ponto de vista do radioterapeuta: Oncology Nurses, Today. Copenhaga: RN, SD, MPA 1998, vol.3 nº3 pag.10-11.

VAN HERTEN, Loes – Metas em Política de Saúde. In: PORTUGAL. Ministério da Saúde – Determinantes de Saúde na União Europeia. Lisboa: 2000 261p.

ZARRILLI, Adrian G.- Un nuevo enfoque acerca de la cuestion rural. Universidad nacional de Quilmes.1998. www.mail.ufg.edu/red/historiaeco.

ANEXOS



ANEXO 1

Guião de Entrevista

GUIÃO DE ENTREVISTA

Idade

Menarca

Menopausa

Nº filhos

Amamentação – quanto tempo

Antecedentes familiares

Profissão

Tratamento:

Cirurgia	<input type="checkbox"/>
Quimioterapia	<input type="checkbox"/>
Radioterapia	<input type="checkbox"/>
Hormonoterapia	<input type="checkbox"/>

1 – Há quanto tempo foi detectado a sua doença?

Soube logo do que se tratava ou não?

2 – Nessa altura como reagiu? O que pensou?

3 – De que modo a sua doença alterou a sua vida ?

(a nível: profissional; social; económico; familiar)

4 – No tratamento que fez, o que é que foi mais difícil ?

(a quimioterapia; a radioterapia; a cirurgia)

5 – Quais foram as pessoas que mais a apoiaram nesta fase ?

6 – Com quem é que fala acerca do seu problema ?

7 – Neste momento o que é que a preocupa?

8 – Quer fazer mais alguma consideração em relação ao assunto central desta entrevista?

Muito obrigada pela sua colaboração.

ANEXO 2

Pedido de Autorização para Realização de Estudo

Ex.mo Senhor

Presidente do Conselho de administração

ASSUNTO: Tese de Mestrado – Trabalho de Campo

Maria José Ruivo Pereira Valente Lopes, enfermeira a exercer funções na Unidade de Oncologia Médica do Hospital Dr. Jose Maria Grande, mestrando em Ecologia Humana na Universidade de Évora, vem por este meio solicitar ao Conselho de Administração deste Hospital autorização para realizar trabalho de campo nesta instituição.

Tratando-se de uma investigação subordinada ao tema **O Cancro da Mama numa perspectiva de Ecologia Humana - Impacto da doença na mulher**, pretende entrevistar doentes com cancro da mama que frequentam a Unidade de Oncologia Médica.

Os resultados deste estudo estarão disponíveis, logo que solicitados.

Agradecendo antecipadamente a atenção que V. Ex.ª puder dispensar ao assunto.

Autenticado

Com os melhores cumprimentos

Portalegre, 19 de novembro de 2004

Fernando Pinto
Fernando Pinto
(Presidente do Conselho de Administração)

Maria José Ruivo Pereira Valente Lopes

13056
19 11 04

ANEXO 3

Entrevistas

ENTREVISTA 1

Nome – A. B. P.

Idade 73 anos

Menarca – 14-15 anos

Menopausa – +/- 50 anos

Nº filhos – 0

Amamentação – 0

Antecedentes familiares – Tia paterna com cancro da mama

Profissão – Trabalhadora rural

Tratamentos – Cirurgia; Quimioterapia; Radioterapia; Hormonoterapia;

1 - Faz 10 anos em Fevereiro que eu comecei a andar... pronto ... nesta vida que tenho agora. Durante muito tempo, anos, apalpava aqui por baixo (mama) um carocinho. Um dia a nossa médica chamou-nos para nos observar o peito e também “por baixo” e eu disse-lhe: na vagina não tenho nada mas na mama tenho srª doutora. Ela já não me mexeu mais e observou-me logo a mama e disse: senti qualquer coisa na mama e não disse nada? Ó senhora doutora isto não me doi. E não, nunca me doeu, graças a Deus. Ela disse-me que tinha que ir a caminho de Borba e lá fui. As duas raparigas que foram comigo, fazer o exame, disseram-lhe que ... pronto ... vieram limpas ... todo o caminho riram, todo o caminho mangaram ... hã ... e eu todo o caminho chorei

Disseram-lhe logo do que suspeitaram?

Prepararam-me logo. Estive lá muito mais tempo que elas. Disseram-me que podia ter que tirar a mama..

Mandaram-me vir à drª I, fui recebida da melhor maneira e se fosse uma coisa para ser operada... seria, pronto. A drª disse-me: D. Antónia agente deve fazer aquilo que é melhor. Quando veio a biopsia a drª Ilda disse-me que talvez fosse melhor tirarmos a mama. Dava-lhe uma duma maneira outra da outra, coitada... eu disse srª doutora então qual é a origem da minha doença? Ela disse-me por estas palavras: não há boas nem há más. Se quiser o meu conselho tira-se a mama, ficamos descansadas. E eu cá tenho ido vivendo até á data em que estou.

2 - Ai filha! Isso ... eu nem sei explicar ... quando soube a certeza daquilo que era ... ó depois a dr^a começou-me logo a mentalizar... que podia cair o cabelo ... eu disse que não, não podia ver-me sem cabelo (choro) então a Dr^a fez-me outro tratamento ... que enfraqueceu muito, mas nunca caiu e foi precisamente isso que ela me fez. O meu cabelo não caiu.....(....) graças a deus têm-me tratado sempre todos muito bem cá tenho ido passando mais ou menos.

3 - Ai filha! Alterou tanto, então não havia de alterar. Tenho medo de tudo, de pessoas... de tudo... qualquer coisa é um sobressalto para mim, tudo me assusta. Vivo para o meu marido e ele para mim. A ajuda de Deus também tem sido muito grande.

Trabalhava no campo, fazia o que calhava.... mas ganhava dinheiro... agora é a minha reforma e a do meu marido ... somos os dois doentes ... a reforma dum vai quase inteirinha para a farmácia á assistência social já fui duas vezes não podem dar nada ... já fui ás caritas pedir ajuda para os óculos disseram que talvez me dessem qualquer coisinha. Se me derem eu agradeço, se não... cá tenho que ficar com as minhas dificuldades..... (...)

O que foi mais difícil de ultrapassar?

4 - Foi a quimioterapia, custa muito, muito mesmo. Só se suporta porque se faz para nos pormos boas ... o pior é que eu já fiz tanta vez ... que é para me manter viva, não é?

Agora não está a fazer quimioterapia ...

Não, mas estou a fazer o tratamento para os ossos... os ossos também já estão apanhados ... isto é assim ... vamos pondo uns remendos, eu quero é ir vivendo... vivendo mais ou menos bem. Não quero cá estar só para dar trabalho, isso mais vale que Deus me leve.

A cirurgia não foi difícil ?

Também.... mas eu pensei assim, se tiro o peito estou a tirar também a doença ... encarei a operação como um tratamento... eu queria era tirar a doença e não há melhor maneira de tirar a doença do que tira-la dali, do meu peito ... eu estava até com ansias em tirá-la depressa. Foi um alívio quando fui operada, senti-me limpa. Estive internada quase duas semanas mas não me custou, porque eu pensei que tinha tirado o mal dali.

Também fez radioterapia....

Sim... não passei mal... a sr^a dr^a lá em Lisboa mandou a assistente social dar-me uma pomada para não me queimar, ela não ma queria dar mas eu disse-lhe se a sr^a dr^a

mandou dar é porque eu preciso, mas deixe estar que eu fá-lo com ela... nesse dia á tarde já tinha a pomada.

Esteve internada no lar...

Estive sim, custou-me ver tanta gente mal. Agente lamenta a nossa sorte, mas ver o que eu lá vi... é muito triste...

Afinal sempre foi difícil fazer a radioterapia.

Não, não. Difícil foi estar longe de casa. Deixar o meu marido, depender da minha cunhada para olhar por ele... o tratamento não foi difícil, não me queimei graças a Deus. A srª nem imagina o bom que é fazer os tratamentos e podermos voltar ao fim do dia para a nossa casinha... isso é que é uma boa coisa... porque estarmos doentes e longe da família, das nossas coisinhas, sozinhas, é muito triste.

5 - Foi a minha cunhada e o meu irmão. Eles também não têm filhos... moramos ao pé... sempre que preciso é com eles que conto. O meu marido é doente... eles ajudam-me e eu a eles. Nos dias a seguir á quimioterapia tenho "ânsias", vomito, passo mal... nem posso ver comida ...nem cheirá-la ... quanto mais fazê-la ... a minha cunhada traz-me uma sopinha ... e quando me sinto com mais forças, lá a empurro pela boca a baixo.. É um sacrificio muito grande... mas se não fosse a quimioterapia.... se calhar já cá não estava.

6 - Falo com a minha cunhada. Não tenho mais ninguém. Mas... assim ... coisas da doença ... medos e ânsias que tenho ... não falo com ela para não a preocupar .. e como não tenho mais ninguém, pronto ... guardo para mim.

E o seu marido?

Não, não. Não posso preocupá-lo com coisas minhas. Acho que se tivesse uma amiga, agente conta melhor o que nos vai na alma ... a uma pessoa de fora, percebe? Esta doença ... já basta saberem o que tenho ... falo com vocês (as enfermeiras) ... e rezo... faço as minhas orações.

7- Preocupe-me com futuro, sabe ? Eu sei que preciso fazer sempre tratamentos, para ir atrasando a doença...não é ? mas um dia que preciso ser internada ... e mete-me muito receio ser internada ... assim num serviço qualquer ... pessoas que não me conheçam... já sofri tanto ... mete-me medo isso, agente tem que se sujeitar ao que há

mas gostava que me conhecessem e que me tratassem bem ... chega uma altura que nós precisamos é de mimo, é de gente que nos trate bem.

8 – Não sei. Acho que não tenho nada a dizer... espero ter ajudado a senhora, fiz com todo o gosto. Oxalá sirva para ajudar outras mulheres com o mesmo problema que eu tenho. Oxalá.

ENTREVISTA 2

Nome – T. S.

Idade 42

Menarca – 13

Menopausa – 42

Amamentou 2 meses

Filhos 1

Antecedentes familiares – não têm

Antecedentes pessoais – pancada na mama direita +/- 8anos

Nódulo no local do traumatismo – quadrante superior esquerdo

Fez quimioterapia, cirurgia e hormonoterapia.

1 – Portanto... na altura em que fui fazer os exames soube-se logo o que era,...pela ecografia, ... disseram-me logo que tinham que tirar o que aqui estava, não me disseram abertamente mas....

Quer dizer reagi assim... não entrei em paranóia, não. Foi com calma e até que tive a certeza absoluta depois da... da biopsia tive tempo para pensar e tive tempo para me mentalizar que o que aqui tinha não era bom. E se fosse bom superava-se e tirava-se e se fosse ruim já estava mentalizada para o ruim e então pensei que era altura que tinha que lutar... contra ela, não era ela que lutava contra mim, era eu contra ela.

Quem a informou?

Foi a Dr^o A quando veio a biopsia.

O que lhe disse?

Disse-me que tinha que tirar a mama. Eu perguntei se era mau e ela disse que sim, que era para tirar. E pronto... reagi... acho que bem. Não entrei em crise, não tive depressões, não... nada disso, lutei e sempre tive esperança, sempre foi uma coisa que eu sempre pensei que isto, apesar de ser um cancro, eu ia combatê-lo. E fiz sempre tudo para não me deixar ir abaixo, aliás eu nunca me senti em baixo, pronto, fiz os tratamentos bem, felizmente os tratamentos só 3 ou 4 dias é que me deitava um bocadinho abaixo, mas de resto sempre bem, sempre fui trabalhar, sempre fiz o meu serviço em casa, sempre fui trabalhar e... sempre tive um pensamento positivo. Sempre.

3 – Alterou, alterou a maneira de ver as coisas a maneira de pensar, a maneira de estar, a... uma maneira mais suave, uma maneira mais prática, há... não vivo as coisas com tanta intensidade, se não faço agora faço logo, ou amanhã. Se não fizer hoje também não faz mal, se não tiver isto ou aquilo também já não me preocupa muito, penso que as coisas materiais já não são muito importantes, se tenho, tenho se não tenho não tenho, não vou guerrear não vou chatear-me por isso, não ando a lutar por atingir aquele objectivo, penso muito no bem estar da minha casa, do meu marido e do meu filho, e vivo dia a dia, ultrapassando os obstáculos que se põem e... encontrando a melhor forma de ultrapassá-los e conviver que as pessoas que me rodeiam.

A nível familiar foi difícil?

Foi um bocadinho difícil gerir tudo.... mas como nunca me senti em baixo, nunca ninguém me viu em baixo, até o meu filho reagiu bem, não se apercebeu de nada, nunca viu nada fora do normal, estava habituado a ver a mãe... e até mesmo lá em casa a vida familiar foi o mais normal possível.

E a nível profissional?

A nível profissional também não. Sempre trabalhei, tenho um emprego do estado, estável, isso foi muito importante a nível de segurança. Senti sempre apoio, nunca tive dificuldades económicas, quer em tratamentos... quer em... nunca gastei um tostão. A nível profissional, pois foi muito bom, pois para além de poder estar de baixa o tempo indeterminado... era uma coisa muito boa que eu tinha... saber que podia estar quinze dias em casa, mas que tinha um trabalho para onde podia regressar. E isso deu-me uma segurança muito grande, a nível pessoal... que eu estava em casa... podia-me saturar de estar em casa, mas tinha a recompensa do trabalho, o ir e vir... e isso foi muito importante ... isso foi uma das grandes ajudas para superarham ... todos os tratamentos e todas as fases por onde uma pessoa passa.

5-... que mais me apoiaram... foi as minhas amigas.

Mais que a família?

Mais ainda que a família, mais ainda que a família, porque a família não tem noção... porque eu convivo é com as minhas amigas e as minhas colegas de trabalho. A minha família, pronto, evidentemente que lhes custa mais, não é?... E devo muito às minhas amigas e colegas de trabalho, sempre, sempre, sempre, nunca deixaram de me telefonar, de estar comigo, de perguntar se queria alguma coisa... mais que a família, não é que a família não é que a família... não é a dizer mal... mas eu levo mais tempo com as minhas

amigas, com as minhas colegas do que com a minha família, até porque conversamos mais abertamente, podemos falar sobre os assuntos mais friamente, não é? Do que melindrar as pessoas e as pessoas nos melindrar a nós, porque é uma doença que as pessoas ainda têm medo de falar dela... eu nunca escondi a minha doença, nunca.

6 – Com as minhas colegas e com as minhas amigas e nunca me escondi e nunca, nunca, nunca disse que não tinha isto e que não tinha aquilo, e nunca me escondi em casa, não me preocupei em andar com o cabelo curtinho... rapei o cabelo e houve uma altura em que ele estava curtinho mas que caia muito e eu meti-lhe uma gilete, e fui eu que fiz...a barba, digamos assim, (risos) neste caso o corto do cabelo, eu sozinha...pois se me incomodava, se havia de cair... porque não... pronto, eu lá em casa andava sem... sem gorro, só não vinha para a rua porque feria os outros, não era por mim. Tanto que eu assim que eu pude tirar a peruca... andei com o cabelo pequenino, sabia que já não voltava a cair e imediatamente a tirei e andei assim na rua. As pessoas olhavam e tal, mas pronto,... já sabiam e encararam perfeitamente... normal e olhavam uma vez e já não olhavam a segunda, e nunca escondi e pronto, ham, e fez-me bem ter falado do assunto. E as pessoas sempre sentiram vontade de falar comigo e de fazer perguntas e de colocar questões: O que foi? Como estiveste? E como é que o descobriste? E o que te disseram? E o que fizeste? Quando o descobriste o que sentiste? Toda a gente sentiu vontade de me perguntar.

4 – O que mais me custou....(suspiro) foi a quimioterapia... foi o mal estar... foi a agonia...foi aquele mal estar...agonia, nauseada. Eu acho que o pior que eu tive, de tudo, foi isso. Mesmo a cirurgia não me custou apesar de ter que ser duas vezes...pronto... mas até aí superei, ham... não me custou, sempre fui bem tratada no hospital, nunca me doeu...

e a sua imagem?

Não, não me custou.... ainda hoje não sei se vou fazer reconstituição mamaria. Acho que não vou. Acho que não vou porque...acho que não se justifica, isso ir... ainda mais... isso ... se ficasse tudo pronto duma vez, mas acho que são várias vezes e acho que não, não justifica, não justifica isso. Ponho a prótese,... ando com o soutien... lá em casa ando à vontade ... o meu marido, o meu filho... vêm-me a despir e a vestir a pôr e atirar... é tudo normal, pois eu nunca escondi nada desde o início. O meu filho encarou tudo bem, está bem que é uma criança pequena, mas falei tudo com ele, não lhe escondi, ouviu

sempre as conversas, ele sempre soube tudo e não me incomoda nada o facto de não ter o peito, nada, nada, nada, absolutamente nada.

7 – Neste momento... o que me pode preocupar é sempre uma volta... é se no outro peito aparece alguma coisa.... ou noutro órgão, no fígado, pulmões ou intestino, ... há sempre um medo de aparecer outro ... os marcadores ... agora estou desejosa de saber se os marcadores indicam ou não alguma coisa ... é a única coisa, porque de resto ... faço a vida o mais normal possível ... faço o serviço de casa, sempre fiz, hã, vou trabalhar, estou a trabalhar o dia inteiro, vou para casa, faço as coisas de casa, ajudo o meu filho na escola, faço a limpeza no fim de semana, vou e venho para todo o lado, não estou cansada, sinto-me muito melhor do que sentia, é como se tivesse feito uma recauchutagem, quase ... desapareceu uma Teresa e tem outra Teresa com mais força, com mais energia. Uma pessoa andava cansada e agora sinto-me muito melhor. O medo, o medo é só, só esse. Ponho... pode-se por essa hipótese, não é que esteja a pensar nela, não penso nela, nem estou à espera que aconteça, nem de certeza, nem... e pronto... mas como aconteceu uma vez pode acontecer a segunda... e se por acaso acontecesse no outro peito, uma vez que foi isso,... só tenho é que lutar contra ela e ... esperar que não aconteça e se tiver que acontecer é lutar contra ela ...

8 – Olhe... agarrei-me à fé, nada de estremismos nem fanatismos,... (pausa) mas sinto necessidade de rezar. Sinto-me melhor, mais calma.... foi outra das mudanças da minha vida ...

ENTREVISTA 3

Nome – R. H.

Idade - 61 anos

Menarca - 11 anos

Filhos 2 –

Amamentação - o 1º até ao ano, o 2º não

Antecedentes familiares - 2 primas paternas com cancro da mama

Profissão - Empregada doméstica

Tratamentos Cirurgia, Quimioterapia, Radioterapia, Hormonoterapia.

1 – Vai fazer para Agosto oito anos. Dia 1 de agosto fui operada. Soube logo. Quando fiz o exame soube logo ... então aquilo via-se ali ...perfeitamente... era como um tabuão nas costas ...

Quem lhe disse?

Lá, o médico do exame ... e depois a minha médica.

Como lhe disse?

Disse-me que tinha que tirar a mama, que isto não era bom.

2 – Ai ... não reagi mal ... nunca pensei em morrer, nem nunca pensei nada, pronto ... o meu marido sim, esse ainda hoje está doente, fechou-se em casa e nunca mais saiu, mas eu não, eu sou uma pessoa que ... não penso na morte, não penso ... sei que tenho uma coisa ruim mas penso assim : nós temos que morrer. Se não é da mama é da barriga, senão é da barriga é duma perna, senão é da perna é da cabeça ... e a vida é assim ... temos que continuar a ver se isto vai ...eu penso assim ... o meu pensamento sempre foi este.

3 - Muito. Sabe porquê ? Eu sou muito diabética ... isto ... os tratamentos ... alteraram os diabetes e ... pronto não podia comer porque não tinha vontade e até vomitava, ... com a quimioterapia por outro lado tinha que comer porque fazia insulina ... foi o diabo tive que me reformar por invalidez, que eu trabalhava a dias ... foi esse dinheiro que deixou de entrar... as despesas são muitas e a reforma não dá para nada cá vamos sobrevivendo ...eu e o meu marido. Pouco saímos de casa só o indispensável, quando precisamos alguma coisa.

4 – Ai foi a quimio!. Ai mãe! Foi, foi...Custou muito. É uma coisa que se anda tão mal, que me sentia tão em baixo ... Passava o tempo a vomitar, com ânsias... durante 5 ou 6 dias, não fazia nada... estava mesmo de cama, e vomitava... e mal disposta, estava sempre mal disposta... não comia não bebia...nem coisa nenhuma. O pior de tudo foi a quimio ...

O cabelo caiu...

Sim caiu mas... o problema do cabelo... nunca pus esse problema, andei sempre assim... não usei peruca nem nada, punha um chapéu, não tive problema nenhum. Só quando fui para Lisboa fazer a Radio é que andei sempre com um lenço, isso andava sempre ... porque as pessoas olhavam, então usava um lenço ... elas sabiam na mesma mas já olhavam menos. Usava mais por causa das outras pessoas porque a mim não me fazia diferença.

E a cirurgia?

Hã... a cirurgia não me custou... simplesmente por via da diabetes...andei muito tempo, estive internada um mês e meio... e foi doloroso.... mas digo-lhe que o médico que me operou ... tinha drenos que caíram logo no primeiro penso ... e não voltaram a pô-los, depois fechou em falso ... Enfim! (suspiro) eu não quero estar contra a ninguém.... mas tenho olhos na cara ...estive mais tempo a fazer os pensos andei

mais outro tanto foram três meses nisto ... a fazer os pensos todos os dias ... todos os dias ... pronto. Andei na fisioterapia, mas nunca consegui levantar o braço mais que isto, vê? (levanta a mão até á altura da cabeça) o médico da fisioterapia disse-me que o músculo está cozido e não valia a pena fazer mais fisioterapia.

Então a cirurgia foi um período complicado...

Sim aquele período, sim. Mas ficar sem o peito não foi problema, não me deixei ir abaixo... é mais peito menos peito... o que eu queria era tirar a doença. Passei mal aquilo que lhe disse, depois... a vida continua.

E a radioterapia?

Não passei mal. Nada. Nem queimada... há pessoas que se queimam...não. Sabe eu fiz num consultório (clinica) particular.

Então não ficou no lar do IPO?

Não, fiquei na casa duma pessoa amiga, fiquei numa pessoa amiga. Ia todos os dias lá, todos, todos...mas graças a Deus nunca tive uma queimadura, nada, nada, nada, correu lindamente.

O pior de tudo, já lhe disse foi a quimio (suspiro).

5 – Ai, eu... toda a gente me dava apoio. Eu não tenho excepção...toda a gente me dava apoio, entrava no hospital, entrava... mesmo em casa... o meu marido, os meus filhos... toda a gente me deu apoio... só não me deram apoio numa coisa, já tenho dito isto muitas vezes e... não dão, não dão a ninguém, que eu sei que não dão a ninguém, mas é onde agente precisava de mais apoio, é em nos fazer, assim um comerzinho, em nos fazer... assim... uma limpeza (à casa), não é ser coitadinha, nem nada disso mas... uma mulher que faz a lida da casa, a comida e assim ... quando está doente e não tem filhas perto de nós, ...como é que é ?... Os meus filhos telefonavam ... até todos os dias mas a vida precisava de andar para a frente ... precisamos de comer ora eu nem podia ver a comida, quanto mais fazê-la ... por isso o apoio não é só dizer “coitadinha,

tenho muita pena” havia de haver uma instituição que auxiliasse agente em casa, sim senhora, é isso. Foi complicado, foi sim senhor, o meu marido não sabia fazer de comer, não sabia fazer nada e não sabe. Isso é simplesmente o que eu acho que agente devia ter, agente anda sem forças, e depois leva o dia sem fazer nada, como eu naquela altura... e depois.... as agonias ...

Às vezes... lá no hospital de dia aparecia umas senhoras a dar... assim.... moral ... mas pronto isso a mim não me ajuda nada. Não está a compreender? Eu simplesmente senti apoio... foi eu... quando agente daqui sai... e foi uma pessoa que... eu não sentia o braço e fiz 70 sessões de fisioterapia...isso melhorou e devo-o ao A. (fisioterapeuta) porque mesmo sabendo que tinha o músculo cozido não deixou de me ajudar.

6 – Ai! Com Deus, comigo. Não posso falar com o meu marido que o meu marido é uma pessoa muito nervosa... muito, muito, muito, muito, eu não passo falar... eu é com Deus, falo sozinha. Oh meu Deus... Tenho lá uma cruz, quando me assim vejo cansada... choro e peço a Deus e tal... e pronto. Porque se eu vou falar a qualquer pessoa... ninguém me ajuda, o que é que eu adianto, todos temos que me morrer ninguém me diz assim: vou acabar com os seus problemas, então não vale a pena andar a aborrecer os outros com os meus problemas... se eu venho fazer tratamentos e ele (marido) não vem acompanhar-me.... se me demoro ... julga que eu estou mal e põe-se muito nervoso.

7 - Tenho medo.... do sofrimento ...às vezes não vou mais aos médicos, não vou mais aos hospitais porque até tenho muito medo das agulhas, é este stress ... tenho medo de sofrer ... o sofrimento e o que posso vir a sofrer é que me assusta ... e o ficar internada ... numa cama, sozinha, sem ninguém que me acarinhe ... tenho muito medo.

8 – É preciso termos fé e pedirmos a Deus que nos ajude e nos dê forças para continuar esta luta. É só em Deus que eu vou buscar coragem...

ENTREVISTA 4

Nome – M. O.

Idade - 74 anos

Menarca - 16 anos

Menopausa - 50

Nº filhos - 8

Amamentação – não

Antecedentes – não

Profissão Fábrica saltex – calçado

Fez cirurgia e quimioterapia

1 – Foi o ano passado, mas já á um ano e tal que eu sentia aqui um cagulo (caroço)... depois mostrei á minha filha e ela disse-me: “não ande só a mostrar senão uma pessoa anda só aí de médico para médico” mas eu um dia... parece que já estava a ficar mais alto e eu mostrei á Drª C., que é a médica de família, e ela diz-me assim: “tem que ir fazer uma ecografia” depois marcou-ma e disse á minha filha que eu tinha que ir porque eu tinha ali qualquer coisa.... Fui então e eles disseram-me que eu tinha aqui um.... um tumor e perguntaram-me mais ou menos á quanto tempo eu tinha aquilo e á quanto tempo eu sentia aquilo ... eu lá estive a explicar ... e depois ela falou-me logo ... vamos lá ver o que aí está e depois tira-se logo, tira-se logo. Mas eu fui para casa muito arrepiada de me tirarem o peito...

2 - Senti-me nervosa e assustada, nunca tinha sido operada... tudo me assustava. Mas não recuei, tinha medo mas tive que enfrentar. O que pensei? Não sei, estava assustada, pensei que ia morrer.... é custoso pensar que se tem isto ...

nunca me tinha passado pela ideia que pudesse ter isto ... a minha gente nunca
padeceu desta doença ... eu não estava á espera ...

° 3 - A minha vida ficou logo alterada quando o meu marido teve o acidente,
passei a ser o homem e a mulher da casa... esta foi mais uma... mas já não tinha os
filhos a depender de mim... o que foi menos difícil ... agora sou eu que preciso deles
... já viu como é a vida?

Já estava reformada... agora depois disto... estou mais em casa, canso-me mais
e pronto.

4 - Custa-me mais o tratamento (a quimioterapia) é o tratamento... a
operação... não senti nada, nada. Está tudo sequinho, tudo bem. Aquela
“agoniação”... os vómitos, não era bem os vómitos é aquela coisa, a má
disposição, os arrepios, aquela coisa no corpo. Olhe, tenho uns dias que como
menos, outros que como mais, outros que praticamente não como, pronto.

E a queda do cabelo?

Também me custou... isso então... parece que toda a gente olha para mim,
sinto-me sempre... pronto. E as minhas vizinhas disseram-me : ponha-se á
vontade, então agente sabe que você tem isso... não á nada que... ponha-se á
vontade, vizinha. Ponho então um chapeuzinho... quando está calor é com um
chapéu.... quando está frio é também com um chapéu, como está agora, porque um
lenço ... escorrega-me, porque não tenho cabelo.

Sabe tudo isto ainda me faz confusão. Sabe? Quando está muito frio,
ponho assim o lençinho e assim... é conforme... pois. Custa muito a queda do
cabelo, mas o pior é os tratamentos (quimioterapia).

5 – É a minha filha, pois. Ela é que me acompanha para todo o lado. Mesmo com o pai... fez ontem nove meses... já eu estava a ser tratada... ainda eu tratava delê... a vida é ingrata, mas então...

6 – Ora falar. ... falo com Deus. Falo também com a minha filha, pois falo, ela coitadinha está-me sempre a animar... gosta de ouvir os médicos e isso... e eu não a vou preocupar com as minhas coisas, percebe?

7 – Agora tenho medo se... se vem outra vez isto com força (o cancro) ou que possa rebentar outra vez mais....

8 – Cá vamos vivendo um dia de cada vez... e pronto.

ENTREVISTA 5

Nomé – M. C. E.

Idade - 32 anos

Menarca - 13 anos

Menopausa – fez histerectomia total após cancro mama

Nº de filhos - 1

Amamentação até aos 2,5 meses

Antecedentes familiares – prima paterna com cancro da mama

Profissão – auxiliar ATL (infantário)

Tratamento – cirurgia, quimioterapia e hormonoterapia.

1 – Hã ... (suspiro) então faz dia 28 de janeiro que eu fui operada, vai fazer dois anos. Foi assim ... foi uma coisa que ... pronto, derivado à prima falecer, ter aparecido isso, andava nervosa e foi uma coisa que me preocupou. Já há muito tempo tinha tido um nódulo ... mas não era nada de grave ...então depois fui fazer porque andava muito nervosa, e isso tudo... andava com esta ideia fixa ... e depois ... em agosto tinha feito a e ecografia e a mamografia ... estava tudo bem ... mas eu insisti, insisti ...

Mas porquê? Tinha algum nódulo?

Não, não senti nada, mas andava assustada por causa da minha prima e fui fazer outra vez ... o que é certo é que no prazo de dois meses estava instalado. Foi muito rápido.

2 – Quando fiz a eco mamária o dr P disse-me que havia ali qualquer coisa e que tínhamos que saber bem o que era. Depois disse-me se eu era casada, se tinha filhos, se tinha familiares assim mais próximos... e disse-me, eu fui fazer esta ecografia numa sexta e que queria que eu lá voltasse segunda com o meu marido. Nessa segunda feira

ele fez, já depois da hora dele, fez a eco mamária e depois, eu não me apercebi mas ele disse para o meu marido que tinha que tirar a mama e que quanto mais depressa melhor., mas que teria de pedir uma citologia para rectificar se era ou não era, fiz a citologia em Elvas, o resultado da citologia veio para o médico de família e o médico de família marcou logo para o cirurgião que me chamou logo para a cirurgia. Foi tudo assim rápido.

Como se sentiu?

Ai!... Olhe, foi assim... foi uma coisa muito... naquele momento que fiz a ecografia e que ele pediu lá o marido, eu não me apercebi bem... depois quando eu fui ao dr M (médico de família) e ele me explicou que eu tinha um tumor... mas era assim uma coisa... que eu não me estava a aperceber bem, mas depois de repente quando ele... disse que eu tinha de ser operada e tirar a mama toda... porque temos um caso recente, a sua prima, e não queremos passar novamente por isso outra vez. E eu acho que nem me estava a aperceber muito bem, foi nessa altura que eu vi realmente o que tinha e foi... como o mundo me caísse em cima. Mas ainda assim lhe perguntei: mas bem, bem o que é isso? E ele disse-me: queres que eu seja um bocadinho mais frio então eu vou dizer-te mais claramente, tens um cancro da mama. Eu olhei para ele e ele para mim e eu pensei logo na minha filha e desabafei: ai a minha filha!... ele respondeu-me: “então a sua filha não está bem? não está na escola? Então pronto. Ela está bem.” Tanto que eu lutei para ter uma casa boa... “ por acaso ela caiu? Não está lá a casa?” Perguntou-me o dr M.. Só que é uma coisa ... que ... é assim ele disse-me, tudo muito bem, só que eu saí do consultório, estava com a minha irmã e disse para a minha irmã: olha que eu vou ficar internada... só com o passar do tempo é que me comecei a aperceber... que era um caso mais grave... naquele momento ... tudo se desmoronou ... Vi-me num beco sem saída, aquela sensação... de que não se pode fazer nada... é horrível, não tem explicação. Depois os familiares a despedirem-se de mim, (quando foi internada para a cirurgia) foi

horrível, a despedida da filha...foi muito complicado. Foi uma coisa que eu pensei assim... porque nós só pensamos que acontece tudo aos outros, nunca a mim e quando me apercebi que tinha acontecido a mim, é uma revolta... porquê eu? Porquê eu? Meu Deus! Porquê... onde é que eu errei? O que é que eu fiz? Será que eu fiz mal a alguém? O que é que não está bem comigo para eu passar por uma coisa destas? É um bocado complicado... é difícil, é muito difícil... é... pronto... agarrar forças e acho que a família toda tenta ajudar, mas foi a minha filha que me deu forças.

3 - Alterou, alterou muito... a minha maneira de pensar, de ver as coisas... é assim eu agora habituei-me a viver um dia de cada vez.... é assim ... por ex. se eu comprar uma blusa hoje, não vou esperar até amanhã para a vestir ... se comprar umas calças eu não vou guardar, e visto-as naquele dia ... habituei-me a viver um dia de cada vez ... cada dia que acordo e abro os olhos e vejo a minha casa ... a minha filha ... os meus familiares e as pessoas amigas ... é uma benção, é o mais importante.

E a nível profissional?

Bom, deixei de trabalhar onde trabalhava, eu trabalhava num super mercado, era complicado... tinha que carregar muitos pesos...agora estou no ATL a trabalhar com crianças.

A nível familiar

Bom quer-se dizer... o meu marido arranjou uma amante... ainda saiu de casa... mas depois... vivemos num meio pequeno, toda a gente se conhece, e.... bem as pessoas revoltaram-se todas contra ele ... acho que pôs a mão na consciência pensou no que fez... e acabou por voltar para casa. Mas é sempre aquela coisa que...esquisita... porque... mas pronto todos dão apoio, todos dão carinho, têm sido todos espectaculares, e foram e continuam a ser, mas há sempre aquela coisa que nós sentimos assim... um bocadinho mais... diminuídas, percebe?

Acha que isso se deve ao marido sair de casa?

Não sei, aquilo que eu sentia de estar sem o meu peito, pronto, (pausa) eu, eu... eu até encarei bém, mas a reacção do meu marido... ele mostrou que.. ele quase... a atitude dele mostrou que para ele, eu estava incapaz. Pronto. Fora isso continuei a sair com as minhas amigas, vou á praia, as oportunidades que tiver para ir passear... eu vou, não deixo escapar nada, tento fazer uma vida normal e por uma pedra sobre o assunto.

4 - A quimio. A cirurgia, pronto, custou. Mas o pior foi a quimio. Foi. E o pior foi a queda do cabelo, porque quando me dissera que o cabelo ia cair... eu pensei se calhar não vai cair... os primeiros dias caia um pouco e eu pensei que era só assim... mas depois quando começou... eu nem acreditava, estava a tomar banho, passei a mão pelo cabelo e caiu um grande pedaço de cabelo,... chorei, chorei, chorei ... mas depois, olhei-me ao espelho e pensei: “não, não pode ser assim, tenho que ter força e vontade de seguir”. A reacção ao tratamento... dava náuseas, depois não conseguia comer, dores no corpo,... mas era só ali três ou quatro dias, ao fim de três ou quatro dias, já estava capaz de sair de casa.

A cirurgia foi dolorosa

É assim... a recuperação custou um bocadinho, depois tive que fazer fisioterapia, mas a pior foi a quimioterapia, foi o mais difícil.

5 e 6- Todos me apoiaram, mas tenho uma pessoa especial, a minha irmã mais velha, a minha irmã tinha uma maneira de falar diferente, não é que os outros ... mas só que os outros , por ex. choravam mais ou ... coitados eles também não tinham culpa de ser assim, não é ? E o marido,... não é que ele, depois, não fosse espectacular na doença, ... foram todos, mas a minha irmã tinha uma maneira muito diferente, era assim uma coisa especial... até mesmo hoje, qualquer coisa que eu tenha, é com ela, não é mais

ninguém... mesmo até sem ser relacionado com a doença, é com ela que eu vou ter, é com ela que eu conto. Não é por ela ser a mais velha, porque eu gosto de todos os meus irmãos, gosto do meu marido, da minha filha, dos meus pais, dos meus amigos, mas pronto ela tem uma maneira de ser diferente... de me apoiar,... é muito querida, dá-me muita força. É espectacular é uma irmã a 100%, mais que isso!

7 - É ter que acordar todos os dias, se não acordar todos os dias... preocupa-me se volta outra vez, a mínima dor que haja, a mínima alteração... penso logo se será alguma coisa, logo. A preocupação é essa...

8 - O ter tido esta doença.... se calhar ... eu penso assim, se calhar foi Deus que fez com que eu visse a vida de outra maneira, porque eu via a vida doutra maneira, agora não, habituei-me a viver um dia de cada vez, com mais tolerância, mais compreensão e paciência. Apesar ter sido sempre muito católica e de querer muito em Deus, mas agora, parece que há... outro sentir diferente. É uma coisa. ... eu penso assim... para já penso duma maneira diferente, vivo um dia de cada vez e tento não deixar nada para fazer noutro dia. A doença fez-me... mais adulta, fez-me pensar mais de que modo quero a minha vida. Isto apesar de ser adulta e de ter uma filha com onze anos... mas fez-me pensar mais, fez-me ver o que quero da vida. Tenho uma filha espectacular, que me dá muita força, apesar de ter onze anos, faz conversas incríveis, amadureceu também muito e sofreu muito com o passado (a separação temporária dos pais) a doença da mãe, tudo. Ela é uma miúda incrível, compreende tudo, porque naqueles momentos....três, quatro dias... após a quimioterapia, que me dava aquela reacção... eu pensava: ai meu Deus eu não aguento! Mas bastava ouvir a voz dela para ganhar forças outra vez. E pensava: eu tenho que ter muita força ... e digo muita vez: Oh

meu Deus deixa-me viver até ela ter 20 anos... que já a vejo equilibrada... foi nela que agarrei forças, mas também nos meus amigos, na família, foram todos incansáveis.

Entrevista 6

Nome - I.O.

Idade - 61 anos

Menarca - 12/13 anos

Menopausa - 47anos

Nº de filhos – 2

Amamentação – O 1º não; o 2º até aos 9 meses

Antecedentes familiares – mãe faleceu com neoplasia, não sabe especificar qual mas tinha metástases ósseas e no fígado. Neoplasia da mama?

Profissão – doméstica

Tratamento – cirurgia e quimioterapia

1 – Há 14 anos. Soube logo. Eu estava a tomar banho e comecei a ver ... eu não vi nada, o meu marido é que viu ... como assim a ir para dentro ...

O mamilo?

Sim, sim, o mamilo, a meter-se para dentro, e quando levantava o braço ainda se metia mais. Depois a seguir fui logo ao médico, bom ainda andei quase mês para ir ... quando foi nessa altura já estava todo metido para dentro. Claro! Depois mandaram-me para Lisboa fui para a clínica S. A. e ... e aí é que... é que fui operada, mas fui por uma médica do instituto. Fui logo operada, aí não houve mais esperas ...

Disseram-lhe logo do que se tratava?

Quer dizer ... não me disseram, mas eu percebi logo. Mas nunca me disseram que iam tirar-me o peito. Só depois da cirurgia quando consegui chegar com a mão ao peito é que vi que já não tinha a minha maminha, doía-me muito ... quando consegui chegar aqui é que vi ... senti-me ... pronto, quando vi ... pensei: “já está, já não tenho o meu peito”. Mas eu tinha muita fé, nessa altura eu estava muito fortalecida e eu

animava as pessoas que me iam visitar e Deus deu-me uma força muito grande, que... essas coisas que dizem que as pessoas passavam ... eu não passei por nada disso ...

Que coisas?

Bem, quer dizer, o ficar sem a mama, a operação e também a doença, se pensarmos no que eu passei de repente ... não é fácil. Mas eu estava num período bom da minha vida e encarei tudo muito bem.

Apesar de não lhe explicarem o que lhe iam fazer ?

Sim, não me prepararam nada, talvez isso fosse o pior, não sei. Eu já ia com essa ideia, mas nunca ... entreguei-me de tal maneira a Deus que ... pronto, isto é a verdade que eu lhe estou a contar, eu tinha mais fé nessa altura do que tenho agora, porque agora sinto que já não ... que já não há esperança ... sinto-me ... pronto ... assim no final ... já.

E então naquela altura fiquei tão bem... tão bem ... bem ... eu não posso explicar eu sentia-me ...bem, não dá para explicar, eu sei que a maioria das pessoas passa mal, mas eu , correu tudo às mil maravilhas, tiraram-me pontos, mexo bem os braços, correu tudo bem... ao fim de 6 meses, nunca inchou, nem nada, e ao fim de 6 meses já o conseguia levar cá ao cimo, e ... em casa ia fazendo aquela ginástica e nunca me senti diminuída nem nada dessas coisas pus o peitinho, que me deram lá no hospital, no IPO, e ia às consultas, primeiro de 6 em 6 meses e depois de ano a ano, e pronto, estava sempre tudo bem ... e deu no que deu, pronto. É só o que lhe posso dizer, não lhe posso dizer mais.

4 – Não me custou ... bem, eu da cirurgia reagi bem. depois fiquei em consultas. Fiz quimioterapia só agora. O que mais me custou foi eu ter ido á consulta em julho e tinha uma tosse seca. A médica pediu-me um Rx e marcou-me consulta para o ano seguinte e em setembro (2003) eu estava internada com os pulmões apanhados. Que raio andam lá a fazer? Consultas de ano a ano e só olhavam para mim? Nem

exames nem nada? Fiquei muito revoltada ... e nessa última consulta que lá fui disseram-me que tinha de deixar de lá ir, que não precisava já eu estava doente. essa é a minha grande mágoa.

Entretanto fez quimioterapia

Sim, aqui em Portalegre, mas não me custou muito ... Não me deram aquela vermelha ... (epirrubicina). Nunca me caiu o cabelo, eu vinha á espera que a quimioterapia ... diziam tanto mal, tanto mal da quimioterapia que eu vinha á espera que ainda fosse pior do que é ás vezes tenho a boca rebentada e essas coisas todas ... mas aguentei bem, aguentei bem, não foi das coisas mais dolorosas ...

De todos os tratamentos qual foi mais difícil?

Bem, ... o que me dá algum abalo é a quimioterapia ... mas sem ela ... eu sei que é a quimioterapia que me mantém mais ou menos, portanto ... sei que é ela que me mantém viva ... acho que fico é ... assustada se parar a quimioterapia, veja lá, pode parecer parvoíce, mas é o que sinto.

3 - Alterou... aquela altura a seguir á cirurgia, porque não podia fazer as coisas, era muito difícil, mas eu sempre com aquela força que havia de melhorar e de conseguir ultrapassar, e estava tudo bem, e eu sentia-me bem, de maneira que não houve assim nada de especial.

5 – Se quer que lhe diga o meu marido não apoiou muito não gostava de falar disso ... nem nada, mas ele talvez sofresse ainda mais do que eu ... e eu vi-me sozinha e tive que ser comigo mesmo que eu enfrentei tudo ... ás vezes eu ... quando me via ao espelho pela primeira vez ... fiquei um bocado abalada ... mas pronto ... voltava sempre as costas ao meu marido quando me estava a despir e ... essas coisas ... nunca mais se falou no assunto, porque o meu marido tem um feitio assim, não gosta de falar nas

coisas, mas é com tudo, pronto, não é por mal, porque ele agora tem sido incansável. Mas naquela altura como via que estava tudo bem, pronto. Assim pessoas de fora não ... não tinha ninguém, já não tinha a minha mãe ... tinha o meu pai ... mas já era velhote, mas ... os filhos ainda eram novinhos e pronto... não falava com eles ... nunca falei com ninguém. Agarrei-me á minha fé ... foi muito importante para mim.

6- Falo com Deus. E pronto.

7 – Ai! (suspiro) Preocupa-me o final, preocupa-me o sofrimento, porque (...) tenho medo dessa fase, muito medo de sofrer, peço a Deus que pronto, ou que viesse outra doença ou ... olhe, não sei. Mas essa fase é que me preocupa. Os filhos ficam cá , cada um segue a sua vida, ande passar, com os meus netinhos, que eu tenho dois netinhos. Mas tenho muito medo e sofro muito, tenho muitos nervos por causa disso. Sabe é que ainda ninguém me disse que eu ainda vou cá andar algum tempo ... ainda ninguém me disse isso, nem médicos ... ainda ninguém me deu uma esperançazinha, assim ... de vida ... agora quando parei a quimioterapia por causa da infecção no catéter, já andava outra vez com tosse ... com a falta da quimioterapia ... as pernas mais cansaço ...e eu ando muito pouco ... (tosse) e então como me canso dedico-me muito ao sofá. De resto tenho passado bem com a quimioterapia. E Deus queira que esta que vai substituir a outra ... me dê bem. gostava que me dissessem que ainda cá vou andar mais uns tempos ... eu ás vezes penso: nunca ninguém me diz nada, devo estar no fim. E pronto.

8 – Da mama andei sempre bem, o choque maior que eu tive foi saber que ... foi nesta fase de transição, que estava tudo bem ... afinal estava tudo mal. Isso é que me preocupou mais. É que foi um choque tremendo, eu andei ... andei para enlouquecer. Faziam-me mamografia á outra mama, análises e ... mandavam-me para casa, que

estava tudo bem. Viu-se que estava tudo bem! estive meses internada porque não sabiam se era da mama, se era do pulmão ... até que veio o resultado que era da mama. E estava tudo bem! O médico deixou-me a TAC aberta para eu entregar ao dr P., ora eu li e vi, ora quando eu vi aquilo ... não sou parva ... agora ando muito esquecida e tenho que andar com o marido atrás ... não fixo nada ... mas eu não era parva de todo e vi logo tudo. Não queira saber o que eu sofri ... e continuou o sofrimento mas ... deram-me alta do instituto porque estava bem, ... disseram-me: “já aqui não anda a fazer nada, há aqui doentes que precisam mais” deram-me alta quando eu estava pior ... agente não sabe para quem se voltar para quem deitar as culpas ... é o destino, calhou-me a mim ... também há-de calhar a outras, infelizmente. Eu ia ao Vencer e Vivere havia lá umas senhoras, e aqui também há, e havia lá umas senhoras a conformar as pessoas e eu estava tão bem que eu dizia para comigo: “mas eu não preciso disto! O que elas estão a dizer eu sei” eu estava bem, eu estava ótima, estava ótima. Foi um período da minha vida, quer dizer, com, com ... a situação que houve ... mas muito feliz. Estava bem, forte. Mas a fortaleza não era minha ... vinha de cima (Deus) deu-me muita força. E continuei assim por estes anos todos, mais ou menos, não é? (suspiro) e agora estou aqui, aqui à espera do que ... entreguei, entreguei tudo nas mãos de Deus e agora daqui por diante é nas mãos de Deus e dos médicos. Mas a minha maior revolta a grande desilusão foi andar em consultas de vigilância que não vigiam nada. Fiquei para enlouquecer!

Entrevista 7

Nome: C. V.

Idade: 40 anos

Menarca: 11 anos

Menopausa: desde esta altura

Nº de filhos: 1

Amamentação: não amamentou.

Antecedentes familiares: não tem

Profissão: Técnica de farmácia

Tratamentos: Cirurgia; Qt; Rt; Hormonoterapia.

1 – Foi há.... portanto, eu descobri no dia 31 de Dezembro. Era um género de casca de laranja, não era caroço, não era caroço. Portanto eu estava a trabalhar na farmácia, e depois fiquei com uma sensação esquisita... quando cheguei a casa á hora de almoço, estive a observar... o peito... e vi. Logo nesse dia fui ao médico. Portanto eu descobri á hora de almoço e de tarde fui á médica. Pronto, como tenho confiança com a médica, por causa da farmácia, apareci lá... e ela não me disse... mas eu fiquei logo... mais ou menos alarmada. Tinha até uma esperança de não ser nada, mas pronto, fiquei logo... naquela de haver logo qualquer problema. (Pausa)

Fez exames

Fiz a.... era para ir a Lisboa fazer a mamografia, mas depois demorava ainda.... era seis dias, só, mas para mim seis dias era muito, não é? E então vim aqui fazer á C.S., a pagar e...na mamografia estava tudo normal, na mamografia. Na ecografia mamária o médico não me disse directamente mas mandou-me ir logo a Elvas fazer uma biopsia, pronto. Ora para mim já era o suficiente.... pronto fiquei logo, praticamente com certezas.

Sempre com esperanças, não é? Mas uma parte dizia que sim outra dizia que não, mas fiquei logo com a sensação... de que era grave.

Quem lhe disse?

A minha médica chamou-me e disse que era para tirar a mama, pronto percebi logo. Perguntei-lhe se era dos piores e ela disse-me que era maligno e portanto tinha que ir para a cirurgia.

2 - (suspiro, pausa) Sei lá! Aquilo foi um choque! Mas depois ficou outro. Desaba tudo sobre a nossa cabeça. Pronto. A primeira coisa que pensei foi no meu filho. Foi, pronto, foi o não conseguir ver futuro. Eu já não via nada á frente, acabava-se ali tudo, o mundo saiu-me sobre a cabeça e pronto, só pensava no meu filho. Foi terrível! É uma sensação de estar encurralada e de não ter saída possível. É um desespero tal que nos rói a alma.

3 - Alterou muito. Ainda não estou a trabalhar, ainda não me sinto com forças para voltar ao trabalho, psicologicamente ainda não estou bem e depois era muito movimento... atender o público... e depois é só doenças... vem uma dói-lhe isto, vem outra dói-lhe aquilo e depois vem á baila a minha doença... e psicologicamente afectava-me muito, e eu não tinha disponibilidade para estar a atender... como devia ser ... as pessoas.

E a nível familiar?

Portanto a nível familiar sempre tive o apoio do meu marido, ele sempre soube e sempre me acompanhou desde o princípio... acho que eu lhe dei mais forças a ele do que ele propriamente a mim, pronto, é, ele foi-se mais a baixo e eu tento não preocupa-lo. O meu filho sabe, ele tem 14 anos, mas não.... ajuda em tudo o que pode, mas pronto, não é capaz de dizer:” ó mãe precisas de alguma coisa? ou “como te sentes?” mas pronto é o feitio dele. Mesmo quando a minha mãe faleceu á cinco anos... ele é neto único e foi

criado com ela, ele nunca foi capaz de me perguntar ou de falar da minha mãe, ainda hoje... ele é muito fechado e eu então tento estar o melhor possível na frente dele... penso mais nos outros do que propriamente em mim.

E a nível social?

Tento fazer a minha vida normal. Não me isolo, saio quando tenho que sair, não ando em festas, que a disposição não está para isso, mas não me tranquei em casa, não. Vou às compras, vou dar as minhas voltinhas, pronto, tento fazer a vida normal, para ver se a minha doença não modifica muito a nossa vida.

4 – Foi o... a quimio foi a quimio. A radioterapia não me custou nada, foi só cansativo, andava sem forças... mas valeu a pena, voltava para casa todos os dias à noite e isso não tem preço. Estar ao pé da família, nem quero pensar se tivesse que ficar em Lisboa.

A cirurgia também não, reagi muito bem. Agora a quimio ... a queda do cabelo, pronto, tenho tido fases ... sabia desde o início que isso ia acontecer, então não deixei que acontecesse rapei o cabelo todo e enfiei a peruca. Acho que me custa mais ver o cabelo a cair do que cortá-lo. Custou-me muito, muito, muito ir, cortá-lo a primeira vez, mas pronto, aí fui á cabeleireira mesmo... é uma dor, custa muito, as pessoas... todos nos conhecemos... é um drama. Afectou-me um bocado, psicologicamente, mas... pronto! o que me custou realmente foi a quimioterapia. São aqueles dois ou três dias piores... e depois pronto, lá vem outra dose. Mas pronto, tenho aguentado bem.

E ter ficado sem a mama?

Olhe, acho que isso é o mal menor. Ela estava doente, então o melhor é cortar o mal pela raiz. Mas custou-me, claro. Não é uma coisa bonita de se ver ao espelho, não é só a imagem... há gordos, magros baixos, enfim, mas aqui falta qualquer coisa... e sempre que me dispo eu lembro-me porque me falta a mama.

5- O meu marido. É a pessoa com quem eu posso contar. A minha mãe, infelizmente já não está, era um apoio.... em tudo. o meu pai nunca conversamos sobre isso, nunca, nunca, nunca. Pergunta como é que eu ando, se eu estou melhor.... todos os dias, todos os dias ... mas quem me apoia, quem está sempre ali é o meu marido.

Também tenho uma tia que está em França, que estava cá a passar o Natal o ano passado e... ela já não abalou. Ficou cá, também me apoiou muito... mesmo quando estive no hospital, ela é que tomava conta da casa, apoiou-me muito, muito, muito. E ficou cá até Outubro. Ajudou-me muito. O meu marido dava-me força mas a minha tia tirava-me o trabalho de cima. Ela cozinhava, passava a ferro, arrumava a casa... só quem passou pelo que eu passei poderá dar valor a esta ajuda. Uma pessoa a fazer quimioterapia, da que eu fiz, não é capaz de tomar conta duma casa. Dificilmente, é capaz de tomar conta de si, quanto mais duma casa de família.

6 - A única pessoa com quem eu falo da minha doença é o meu marido. O meu filho tem só 14 anos. Resta o marido. Pronto! É com quem eu me sinto á vontade para falar.

7 - É o medo, é o medo... de haver alguma recaída. É o único medo... mas é normal, não é? Mas pronto, tenho, tenho levado isto com optimismo, que eu julgava que não. Quando a minha mãe morreu tive uma grande depressão. Eu quase desisti da vida e agora luto para ter a vida. Ao princípio foi um choque muito grande, fui-me muito abaixo, mas agora, pronto, tenho que ter forças, para tudo, para lutar contra a doença, e... tenho lutado. Mas é isso que me preocupa, o medo da doença voltar. Sempre que faço os marcadores fico ansiosa e sobressaltada até vir á consulta,... nem imagina o que é quando a médica me diz que está tudo bem. A espada está sempre sobre a minha

cabeça e a sensação com que fico é que ainda não foi desta que ela desceu sobre mim. O medo que tenho... mas olhe, cá no fundo acho que estou curada. Só que é preciso muita força para ser optimista.

8 – Quando a minha mãe morreu eu revoltei-me muito contra Deus e ao mesmo tempo arrependia-me de me revoltar. Mas agora, nesta altura eu rezo muito e o meu marido reza comigo para ver se... sei lá, pronto. Rezar é como que um calmante, e... sabe, é reconfortante o meu marido rezar comigo. Pronto. E é para diante e pronto, então não é? Porque uma pessoa levar um choque destes e... andar bem, sem ter sintomas de nada, e de repente, ali de um dia para o outro,... deixa de existir tudo, o mundo ... tudo deixa de ter significado, ... mas pronto, Deus há-de ajudar!

ENTREVISTA 8

Nome - C. A.

Idade – 65

Menarca – 12

Menopausa – 45

Nº filhos – 2

Amamentação – 1º não, 2º filho – até +/- 2 anos

Antecedentes – não há.

Profissão - Trabalhadora rural

Tratamentos: Cirurgia, Qt, Radioterapia e Hormonoterapia.

1 – Faz dois anos no dia 29 de Janeiro. Eu fui operada dia 28 de janeiro á tiroide e depois a enfª A estava-me a lavar e fez assim: há! E eu disse assim: há! Então caiu o dreno? Eu nem sabia que tinha nada no peito, nunca me doeu nada nunca tive nada, nem sintomas, nem nada, nunca tive nada. E depois eu... percebi ela dizer: ó sr dr. R, não sei o quê, não sei o quê. Eu estrava... o meu quarto era mesmo além em frente ao guichet, onde está além o telefone e tudo, lá estiveram a falar e tudo e ele a apalpar, a apalpar a apalpar e tudo e fiz assim: ó sr. dr. então eu tenho alguma coisa na mama? E ele fez assim: não, não tem. Mas... ele depois abalou, no outro dia deu-me alta e mandou-me embora para a minha casa e mandou-me cá vir ao fim de oito dias, para tirar os pontos da... tiróide. E depois disse-me assim: “olha minha filha agora é que vamos ver como estão as tuas mamas” e eu: “ai credo sr dr., lá está outra vez com as mamas. Mande-me fazer uma eco... uma mamografia que eu ainda nunca fiz.” E depois ele esteve a ver, a ver e disse: “olha... eu não te mando fazer uma mamografia... tens aqui um nódulo...” e eu “então isso é o quê sr dr?” “ É um caroço, vais ao bloco, ficas cá hoje e eu amanhã de manhã tiro-to, e não estamos com radio... mamografias nem ecografias nem nada. Eu tiro o nódulo, ele vai a analisar e depois logo se vê. Mas depois abalei para casa, vim tirar os pontos, aqui por cima... do mamilo ... que ele tirou, vim tirar os pontos e depois ele disse-me... digo “então sr dr?” ele disse-me: “correu tudo bem mas, vais ter que ser operada outra vez.” Ai sr dr vou ter que tirar a mama, não?

Já tinha o resultado?

Não, ele não tinha o resultado, mas pelo que tirou viu logo. E ele fez assim:” não, não há nada.” E eu disse assim “então sr dr então o sr está a dizer isso aos meninos da graça? Já nos conhecemos á tantos anos... então o sr dr sabe que me tem de ope... de me

tirar a mama...” e ele olhou para mim e disse assim: “eu não sei, sei que tens de ser operada mas não sei se te vou tirar a mama.

Depois.... quando veio o resultado a ... mandou-me cá vir e ele viu-me a 28 de abril e fui operada a 8 de maio. Vim a 28 de abril e depois tive além na conversa com ele ...como a senhora agora está e ele disse-me: “olha, sempre vou ter que te operar outra vez.” Digo: “Vai tirar-me a mama, não sr dr? Ele é assim.... muito fechado, não é? E muito coiso... e ele fez assim: “mas a sr^a assina o termo de responsabilidade” e eu fiz assim: “então e eu assino sr dr., o que não presta deita-se fora. Se a minha mama não presta, se o problema é esse, a mama deita-se fora e abala tudo.” Ele olhou para mim e faz assim: “que grande coragem! que grande coragem!” e eu disse assim: Ósr dr eu já estou disposta para tudo, e há-de ser o que Deus quiser. (...)

2 – Bom... quer dizer... eu não pensei nada porque eu já tinha pensado tudo, eu já tinha pensado tudo... e eu pensava assim: “há muita gente na minha terra que já tem tirado peitos e... (...) que ainda lá estão e que criaram os filhos e que trabalharam sempre no campo... e há muitíssima gente... uma senhora que me foi visitar, que me disse que o dela era do pior que havia e já foi há dez anos... também o meu, o meu também é dos piores, então não era?! (...) então eu... agarrava-me a estas coisas todas e... e eu via estas coisas todas na frente e outras mais não é? Quer dizer eu... quer dizer, eu...não fiquei contente,.... pois não, mas não foi aquela coisa ao fundo ... não pensei que me caía tudo em cima ... tinha fé.

4 - Custou-me mais a queda do cabelo... custou sim senhora, porque a mama é destas coisas, a mama está aqui... está tapada. Graças a Deus não me dói nada... tenho o braço preso, pois tenho... na altura quando tirei a mama... pois a cirurgia custou... mas passou... não tive nada, pronto. Mas quando eu vi o cabelo a cair... a senhora não calcula o desgosto que eu tive! (suspiro) Nem calcula. Não calcula e deus queira que nunca saiba. E então tem sido assim a minha vida. Tenho andado muito bem...

E a radioterapia?

Não. Não me custou. Não me queimei nem nada. A dr T lá do IPO até me receitou uma pomada, que eu até comprei, mas nem cheguei a pôr, não me queimei, nada, nada, nada. Nunca me queimei.

E a quimioterapia?

A quimioterapia foi muito difícil, foi, foi... depois queimei a mão... tive muitas dores...

Custou-lhe mais a queda do cabelo do que os vômitos, as náuseas e as outras complicações?

(faz o gesto duma balança) Foi as duas coisas. O cabelo porque não o tinha, e é uma coisa que se vê, não é? E a quimioterapia... aqueles dias... principalmente aqueles três primeiros dias... horrorosos... são horrorosos... e peço a Deus que já não tenha que fazer quimioterapia. (...) Nossa Senhora me ajude...

3 – Olhe... não alterou muito a minha vida... porque não dá para pensar nela... porque apesar da doença que tenho eu sou muito católico e tenho tido muitas graças na minha vida... e sou uma pessoa que me distraio muito, saio, vou para aqui, vou para além...e às vezes “há! Olha lá onde tu andas, hem! E tens essa doença!” Mas acho que a vida é assim... trato do meu netinho, tenho-o sempre comigo ... não faz mal pois não?

Não faz mal nenhum. A sua doença não se pega.

Pois. E então olhe, tenho-o criado... e custa-me se não vou poder ficar com ele...

5 – Muita gente me tem ajudado, o meu marido, principalmente o meu filho mais velho, as minhas madrinhas, porque eu fui criada por uma madrinha... tenho muita, muita gente... a minha irmã... e então tenho tido muito apoio,... as minhas vizinhas iam-me visitar ... e isso tudo. E a minha vida tem sido assim. Há-de ser o que Deus se quiser.

6 – Olhe, com o meu marido, infelizmente não posso... os meus filhos andam a trabalhar... a minha nora está empregada... a minha irmã é muito doente do coração... e então sabe com quem eu falo? Falo com a Nossa Senhora. É com Nossa Senhora que eu falo (emociona-se) e ponho todos os meus problemas na mão dela... e no Filho, porque a mãe sofreu muito mas o filho também sofreu, não é? Morte de cruz. E ao mesmo tempo digo “Ó meu Deus, eu tenho esta doença, mas se for para viver, Deus me deixe cá estar. Mas se for para morrer, que me dê a graça duma boa morte”. (pausa) E o futuro a Deus pertence.

7 – Olhe eu tirei a mama, fiz os tratamentos, fiz tudo o que me mandaram e foi tudo numa andada, não houve tempo para pensar... mas agora que já lá vai algum tempo, quando penso em tudo o que passei.... tenho medo, muito medo que tudo volte para trás e que tenha de passar por tudo outra vez ... é um arrepio na espinha ... é saber que estou pior e a doença voltou, mas também porque tenho que passar por tudo outra vez, ele é a

queda do cabelo, os vômitos, as ânsias ... aquelas ânsias que me punham tão doente ... e pior de tudo é que já não vou enganada sei o que já passei e sei o que vou voltar a passar. Deus não permita isso! Ficava doente da cabeça.

7 – Agora neste momento o que mais me preocupa é esta coisa no fígado que deu a ecografia. Estou desejando chegar a hora da consulta com a tac para ver o que a doutora me diz, porque a senhora doutora da outra vez fez-me o caso muito feio, viu a ecografia e disse: “Ó Dona C. o seu mal está a desenvolver fortemente” eu ainda vinha assim... muito coisa, mas... estes quinze dias têm sido... (silêncio)

Então a sua fé?

Eu não tenho ideia da perder... não tenho ideia da perder....vamos lá a ver o que a srª Drª agora me diz... eu andava tão contente com o meu netinho...

Eu rezo muito a nossa senhora... e não rezo só por mim... todos os dias rezo um rosário, que como a senhora sabe são três terços... rezo todos os dias...e peço por todos.

ENTREVISTA 9

Nome : F.G.

Idade: 50 anos

Menarca: 14 anos

Menarca 48

Filhos: 1

Amamentação: não

Antecedentes familiares: não tem

Profissão: Empregada têxtil

Cirurgia; Quimioterapia; Radioterapia

1 – Foi há 3 anos. Fui ao rastreio e depois chamaram-me a Coimbra, depois eu fui a Coimbra e lá disseram-me que estava tudo bem e disseram-me que fosse quando cá voltasse o carro, mas quando veio o carro fazia 11 meses que eu lá tinha ido e ... já eu tinha ... um caroço bastante grande. Depois fui ao médico de família, fiz mamografia e ecografia e o médico, lá do Rx, deu-me logo a entender que pois que tinha um grande caroço ... e se eu não o tinha visto ... eu disse que sim mas que me tinham dito que não era nada, e ... olhe... são situações que revoltam muito, eu podia ter sido melhor vista e se calhar hoje estava bem ...(pausa) ... Mas como estava a dizer fui fazer a biopsia e pronto, já estava á espera do que era ... quando veio o resultado chamaram-me para a cirurgia, não foi surpresa nenhuma, agente pensa sempre o pior, não é? Apesar de me terem descansado logo ao início ... (suspiro)

Quem lhe disse?

A minha médica. Disse que tinha que tirar a mama, eu percebi logo, agente não é parva, não é?

2 – Senti uma grande revolta. Disseram-me que não era nada, mas afinal era. Senti um desespero e uma vontade de chorar, ... de recuar no tempo e insistir para que vissem melhor o que tinha, quando me detectaram o nódulo pela primeira vez mas as coisas não se passaram assim ... eu queria fugir daquele acontecimento da minha vida, queria fugir ... mas sentia-me tão encurralada ... como se sufocada, mas pronto, ... tudo passa e eu também tive que ultrapassar isto e ... olhe, agarrei-me á esperança que me ia curar, que ia ficar boa.

3 – Alterou muito. Nessa altura já tinha a loja, estava lá sozinha, ... agora, desde que isto apareceu, tive que por lá uma pessoa a trabalhar comigo. E mesmo em casa vou fazendo as coisas, quando não sou capaz, faz-se noutro dia ou fica por fazer ...

e a nível social...

Quando me sinto bem sou capaz de sair e de ir aos encontros da igreja e assim. Outras alturas só me apetece ficar na cama e não ouvir ninguém. Às vezes até me dá zanga ouvi-los falar, lá em casa, quero é sossego, que me deixem em paz.

4 – É a quimioterapia, é a que é.

Por causa da queda do cabelo?

Também custa muito, mas pode-se remediar. Agora o mal estar, as ânsias, os cheiros isso não tem remédio, é de aguentar. O cair o cabelo, pronto, naquela altura caiu, caiu. Mas o mal estar é constante, e não tem remédio. É o pior de tudo, é o que mais custa.

E a seguir?

Foi o cabelo, o choque de começar a cair aos montes e de não parar de cair. Nem imagina o horror de ver cabelo por todo o lado, na almofada de manhã, na banheira, ... é horrível, parece um filme de terror e o pior é que fazemos parte dele ... mas olhe, resolvi

este problema da segunda vez que fiz quimioterapia, sabe como? Rapei o cabelo todo. Doeu-me a alma mas não o vi cair. Fiquei triste como a noite mas não passei por aquela situação tão traumatizante de ver o cabelo a cair aos montes.

E a radioterapia?

A radioterapia não dói. É o estar longe, deixar a família, a casa, mas pronto primeiro está a saúde. Estive lá sete semanas. Aquilo dá um bocado de cansaço ...

Não se queimou?

Queimei. Queimei e muito, nem podia por nada em cima da pele. Mas pronto já passou. Também comecei a ficar queimada quando acabei e eu queria era vir-me embora ... pus uma pomada que lá me receitaram e a coisa passou.

E a cirurgia?

É! Na altura, pois, foi uma cirurgia! Não tive complicações, o braço ficou a mexer pouco ... está ainda preso ... mas com o tempo foi melhorando.

E ficar sem a mama?

Ficamos incompletas, não é? Agente nunca gosta de estar pela metade. Até para me despir evito o meu marido e os espelhos também. Cada vez que vejo a cicatriz lembro-me da minha doença, mesmo que não se queira pensar nela ela está sempre tão ali, á mostra

5 - Foi a minha família, o meu marido e o meu filho. Mas eu nunca fui de muitas lamechas. Sempre me desenrasquei sozinha, nunca dependi dos outros, sabe? contei sempre só comigo.

6 - Eu... não tive assim ... falo com quem calha, pois ... não tenho assim ninguém especial. Também do que é que me adianta? Não resolvem o meu problema ... não vale a pena aborrecer ninguém, bem basta eu.

Mas às vezes ajuda ...

Eu sempre que falo do meu problema enervo-me porque me lembro do atraso de 11 meses na minha doença e é cá uma revolta!! Por isso quanto menos falar melhor!

Eu ando na comunidade cristã, agora de hoje a oito dias vamos a um encontro lá para os lados de Coimbra. Sabe? Voltei-me para Deus. Deus não me falha e as pessoas ... (suspiro)

Virou-se para Deus?

Sim, não. Eu sempre tive a minha fé, mas agora o sentido da vida tem outro significado e a maneira como encaro a doença e a morte também é diferente.

Pensa na Morte?

Não tenho medo de morrer, tenho medo do sofrer e de não ter um acompanhamento como deve ser. Tenho medo que me atirem para uma cama e que me deixem morrer ali, sozinha e sem aconchego. Porque se existe no hospital um serviço para fazer tratamentos de quimioterapia, não é verdade? Também deveria haver um serviço para os acompanhar quando estão piores, e não há ... não há. E eu já pedi ao meu marido que não me traga para o hospital quando estiver muito mal ... prefiro ficar em casa, (pausa) se não há nada a fazer ... fico na minha casa com os meus, ao menos morro acompanhada. (Pausa) Mas não vale a pena falarmos disto, há-de ser o que Deus quiser.

7 – O que me preocupa? Preocupa-me que um dia não possam fazer mais tratamentos ... preocupa-me muito o sofrimento e mais preocupa-me as pessoas não ligarem ao sofrimento dos outros ...

Refere-se a quem?

Refiro-me ... bem, ... não leve a mal, mas refiro-me ao hospital ... agente dizer que dói ou que estamos mal e não haver uma palavra ... (pausa) se chamamos muitas

vezes, dizem-nos que temos que ter calma, que não está nada prescrito que têm mais doentes ... mas sabe? Doentes há sempre muitos ... mas todos os que precisam se queixam do mesmo que eu. (pausa) por isso lhe digo que o meu maior medo é de sofrer e de ver a indiferença de quem me podia aliviar o sofrimento. Como lhe disse, se eu puder ficar em casa, fico, porque do sofrimento ... se calhar não me livro dele ... se calhar não, mas tenho de certeza carinho e bom modo. ... (suspiro) há-de ser o que Deus quiser!

8 – Não, não sei. Acho que os produtos naturais são uma boa ajuda para pessoas como eu ... porque isto é assim: a quimioterapia queima tudo e temos que compensar ... ou você pensa que os tratamentos que eu faço á tanto tempo, á tanto tempo, pensa que eu tinha valores para os fazer? Á ano e meio que eu ando a fazer quimioterapia, sempre seguida e eu tenho sempre as análises boas para o fazer. Quem é que aguentava andar a fazer quimioterapia tanto tempo seguido? Tenho gasto muito dinheiro mas nunca deixei de fazer tratamento. Os produtos naturais ajudam-me a recuperar da quimioterapia. Pronto, é só isto.

ENTREVISTA 10

Nome: I. G.

Idade – 51 anos

Menarca - 10 anos

Menopausa – histerectomia há 7anos, (44 anos) não sabe porquê, referia dores.

Número de filhos – 2

Amamentação sim aos dois filhos +/- 1 ano

Antecedentes familiares – não tem

Profissão – doméstica

Tratamento Tumorectomia; Quimioterapia e radioterapia

1 – Tinha 42 anos quando vi uma coisita muito pequenina na mama. Fazia todos os anos uma mamografia e ecografia e nunca acusava nada. E só agora no ano passado é que comecei a ter dores (...) e ele mudou, era assim muito redondinho e ficou assim ... parecia um nó e começou a dar-me dores, e eu desconfiei logo. E começou a ficar mais gordo e depois fui ao médico, ao dr V e ele mandou-me logo fazer exames e nos exames o dr J. notou logo que aquilo não estava bom e ele disse-me logo ... deu-me logo a entender, não me disse directamente mas disse-me que o meu médico é que iria falar comigo. E quando fui ao dr V. ele disse-me que tinha que ir á consulta da mama e fazer uma picadinha.

Não lhe disse porquê?

Não, não me disse mas eu sabia que alguma coisa não estava bem.

Quando fui á dr I. eu perguntei se teria que ir a Lisboa e ela disse-me : Pode ser que não seja preciso, vamos lá ver o resultado que vem de lá. E quando de lá veio (o resultado) a dr disse: “está melhor do que agente esperava, está mesmo no inicio. Veio mesmo a tempo.” Isto foi assim a picadinha foi no dia 20 de abril e depois veio o resultado dia 20 de maio e ela marcou-me logo a operação para dia 6 de junho.

Para tirar a mama?

Não para tirar só o nódulo e aqui na axila.

2 – Eu ... o médico estava assim um bocadinho “coiso” de me dizer e eu até lhe disse: “Ó sr dr diga-me lá que eu gosto de saber. Já com os olhos (cegou devido a glaucoma) foi igual, pedi que me dissessem a verdade e o médico que não havia solução, é que eu não gosto de andar enganada, ao menos assim eu sei com o que posso contar, eu quero logo desenrascar-me duma vez por todas, quero saber a verdade. E o médico disse-me: “Realmente tem, mas está no início. Não é preciso alarmar-se porque você suportou essa que não teve cura mas esta tem cura.

Claro que custou um bocadinho, a drª P. falou em tirar o peito mas eu pedi-lhe: Óh srª Drª por favor, se vir que há solução sem tirar o peito tudo bem, porque já tenho muita coisa em falta e se houver possibilidade não quero ficar sem ... e a Drª I também é uma pessoa competente e se ela diz que tirou tudo, ... pronto. Nunca tive assim pensamentos ... sempre tive esperança que me vou pôr boa e acredito que me vou pôr boa.

3 – Não, não alterou eu faço tudo, sempre fiz, tomo conta da casa sem ajuda de ninguém, do meu marido, do meu filho e criei o meu neto. Se eu me desenrasquei quando ceguei não era agora que me atrapalhava. Vou ás compras, saio quando preciso, ...quando não tenho vontade de fazer, espero que a vontade volte e cá me vou desenrascando.

4 – Foi a quimioterapia. A radioterapia não custa só depois agente anda assim mole, mas passa-se bem, custou-me ficar lá no lar ... longe da família ... isso é que me custou. Agora a quimioterapia custa muito, muito. Ando para aí dez dias ou doze dias sem força nas pernas, não como, não consigo meter os dentes, com ansias, ai que castigo ... passo tanto, tanto, tanto.

E a queda do cabelo?

Também me custou, mas não tanto com a quimioterapia. Da primeira vez que caiu, custou-me mais porque tinha o cabelo maior, e vê-lo cair assim aos montões, custa

um bocadinho. Sabe o que fiz agora depois da radioterapia? Rapei-o todo, assim não o vi cair e não me custou tanto. Lá em casa ando sem nada, às vezes até me esqueço de pôr o gorro quando alguém vem cá a casa e é o meu neto que me lembra para o pôr. Não me custa muito, não. Assim custasse a quimioterapia ...

Tirou o nódulo

Sim mas não foi difícil, só tirei aquele bocadinho e também aqui debaixo do braço, pronto não foi difícil ... sabe? Custava-me levantar o braço, mas eu fui mexendo, mexendo, até ficar bem. Não foi difícil, mas sabe? Eu fiquei com a minha mama e fiquei ... fiquei completa.

5 – Tem sido o meu filho. Sim tem sido o meu filho, sabe ele está, assim mais perto de mim ... o pai é assim mais ... é assim mais ... é o feitio sabe? O filho apoia mais e tem-me acompanhado para todo o lado.

6 – É ... falo com o meu filho ... mas não estou a preocupá-lo com as minhas coisas ... não falo com ninguém.

Mas não ajudava falar sobre o que a preocupa?

Sim mas .. às vezes não podemos estar a preocupar assim os nossos ... se tivesse assim uma pessoa amiga se calhar falava-se mais á vontade, assim vai-se aguentando, eu não tenho assim, a bem dizer, muitas ralações, pronto.

7 – Nada. Não me preocupa nada. Quer dizer ... assustava-me um bocado se não ficasse, assim bem curada e se tivesse de fazer mais tratamentos, que eles custam muito. Mas pronto não podemos pensar em desgraças.

8 – não, é só a quimioterapia que me dá muito abalo, dá-me muito abalo e dói-me o braço de levar os tratamentos. Um é o doente e não pode fazer força, o outro não tem acção por causa dos tratamentos, estou desejosa que isto acabe tudo e que me deixem em paz.

ANEXO 4

Matriz de Análise das Entrevistas

MATRIZ DE ANÁLISE DAS ENTREVISTAS

Entrevista das	Tipo de Informação
E1	<p>“ Prepararam-me logo. Estive lá muito mais tempo que elas. Disseram-me que podia ter que tirar a mama”</p> <p>“ Quando veio a biopsia a drª I disse-me que talvez fosse melhor tirarmos a mama”</p> <p>“ eu disse : srª drª então qual a origem da minha doença? E ela disse por estas palavras: <i>não há boas nem más. Se quiser meu conselho tira-se a mama, ficamos descansadas</i>”</p>
E2	<p>“... na altura em que fui fazer os exames soube logo o que era, ... pela ecografia, ... disseram-me logo que tinham que tirar o que aqui estava”</p> <p>“ disseram-me que era para tirar a mama e eu perguntei se era mau e ela disse que sim, que era para tirar a mama”</p> <p>“ disseram-me logo que tinham que tirar o que aqui estava, não me disseram abertamente”</p>
E3	<p>“ Quando fiz o exame soube ... o médico disse-me que era para tirar ...”</p> <p>“ disse que tinha que tirar a mama, que isto não era bom”</p>
E4	<p>“... eles disseram-me que eu tinha aqui ... um tumor ... disse: “ vamos lá ver o que aí esrá e depois tira-se logo, tira-se logo”</p>
E5	<p>“ quando fiz a ecomamária o dr P disse-me que havia ali qualquer coisa e que tínhamos de saber bem o que era”</p> <p>“ Quando fui ao dr M e ele me explicou que eu tinha um tumor... eu não me estava a perceber bem, mas de repente quando ele disse que tinha de ser operada e tirar a mama toda... foi nessa altura que eu vi realmente o que tinha...”</p> <p>“mas bem, bem, o que é isso? E ele disse-me:... tens um cancro da mama.”</p>
E7	<p>“ Na ecografia mamária, o médico não me disse directamente, mas mandou-me ir logo a Elvas fazer uma biopsia, pronto.”</p> <p>“ perguntei-lhe se era dos piores e ele disse-me que era maligno”</p>
E8	<p>“... o médico disse-lhe: “ tens aqui um nódulo... Eu tiro o nódulo, ele vai analisar e depois logo se vê.”</p>
E9	<p>“... o médico, lá do Rx, deu-me logo a entender que ... tinha um grande caroço ...”</p> <p>“ A minha médica disse que tinha que tirar a mama, eu percebi logo, agente não é parva, não é?”</p>
E10	<p>“... ele disse-me que tinha que ir à consulta da mama e fazer uma picadinha.”</p> <p>“... a drª disse-me: está melhor do que agente esperava, está mesmo no início. Veio mesmo a tempo.”</p>
E6	<p>“... nunca me disseram que iam tirar-me o peito. Só depois da cirurgia... quando consegui chegar com a mão ao peito é que vi que já não tinha a minha maminha, ... pensei: já está, já não tenho o meu peito.”</p>

Entrevista das	Reacção à notícia
E1	“ Tenho medo de tudo,... de tudo ... qualquer coisa é um sobressalto para mim, tudo me assusta.”
E2	“ Não entrei em crise, não tive depressões, não... nada disso, lutei e sempre tive esperança,... sempre pensei que isto, apesar de ser um cancro, eu ia combatê-lo.”
E3	“...nunca pensei em morrer, nem pensei em nada,... não penso na morte, ... sei que tenho uma coisa ruim, mas penso assim: nós temos que morrer, se não é da mama é da barriga, se não é da barriga é de uma perna, se não é da perna é da cabeça ... a vida é assim ... temos que continuar a ver se isto vai ... eu penso assim ...”
E4	“... pensei que ia morrer ... é custoso pensar que se tem isto ...” “ estava nervosa e assustada, pensei que ia morrer ... é custoso pensar que se tem isto ...”
E5	“ foi ... como o mundo me caísse em cima.” “ naquele momento tudo se desmoronou ... vi-me num beco sem saída, aquela sensação ... de que não se pode fazer nada ... é horrível, não tem explicação”
E6	“... o ficar sem a mama, a operação e a doença, se pensarmos no que eu passei de repente ... não é fácil. Mas eu estava num período bom da minha vida e encarei tudo muito bem.”
E7	“... o mundo caiu-me sobre a cabeça ...” “ Aquilo foi um choque!...Desaba tudo sobre a nossa cabeça... foi o não conseguir ver futuro. Eu não via nada à frente, acabava-se ali tudo, o mundo caiu-me sobre a cabeça... É uma sensação de estar encurralada e de não ter saída possível. É um desespero tal que nos rói a alma.
E8	“ eu pensava assim: há muita gente na minha terra que já têm tirado peitos e que ainda lá estão... então eu... agarrava-me a estas coisas todas e eu via estas coisas todas na frente e outras mais, não é? Quer dizer eu... não fiquei contente,... pois não, mas não foi aquela coisa ao fundo ... não pensei que me caia tudo em cima ... tinha fé.”
E9	“ eu queria fugir daquele acontecimento da minha vida, queria fugir ... mas sentia-me tão encurralada ... como sufocada” “ Senti uma grande revolta. Disseram-me que não era nada, mas afinal era. Senti um desespero e uma vontade de chorar,... de recuar no tempo e insistir para que me vissem melhor o que tinha ...” “... eu tive que ultrapassar isto e ... agarrei-me à esperança que me ia curar, que ia ficar boa.”
E10	“ Nunca tive assim pensamentos... sempre tive esperança que me vou pôr boa e acredito que me vou pôr boa.”

Entrevista Das	Alterações Provocadas pela Doença Alterações socioeconómicas
E1	“ Trabalhava no campo, fazia o que calhava... mas ganhava dinheiro... agora é a minha reforma e a do meu marido... somos os dois doentes... à assistência social já fui duas vezes... não podem fazer nada ...”
E2	“ Sempre trabalhei, tenho um emprego do estado, estável, isto foi muito importante a nível de segurança senti sempre apoio, nunca tive dificuldades económicos,...”
E3	“ tive que me reformar por invalidez, que eu trabalhava a dias ... foi esse dinheiro que deixou de entrar ... as despesas são muitas e a reforma não dá para nada ... cá vamos sobrevivendo ... pouco saímos de casa ... só o indispensável, quando precisamos de alguma coisa.”

Entrevista das	<p style="text-align: center;">Alterações Provocadas pela Doença</p> <p style="text-align: center;">Familiares</p>
E5	<p>“ Bom, quer-se dizer... o meu marido arranjou uma amante... ainda saiu de casa... mas depois... acabou por voltar para casa. Mas é sempre aquela coisa que... esquisita... porque... há sempre aquela coisa que nos sentimos assim um bocadinho mais... diminuídas, percebe?”</p> <p>“... aquilo que eu sentia de estar sem o meu peito, eu, eu ... eu até encarei bem, mas a reacção do meu marido ... ele mostrou que ... a atitude dele mostrou que, para ele, eu era incapaz.”</p> <p>“... continuei a sair com as minhas amigas, vou à praia, as oportunidades que tiver para ir passear ... eu vou. Não deixo escapar nada, tento fazer uma vida normal e por uma pedra sobre o assunto.”</p>

Entrevista das	<p style="text-align: center;">Alterações Provocadas pela Doença</p> <p style="text-align: center;">Profissionais</p>
E5	<p>“... deixei de trabalhar onde trabalhava, eu trabalhava num super mercado, era complicado ... tinha que carregar muitos pesos ... agora estou no ATL a trabalhar com crianças.”</p>
E7	<p>“ Ainda não estou a trabalhar, ainda não me sinto com forças para voltar ao trabalho,... atender o público ... e depois é só doenças ... vem uma dói-lhe isto, vem outra dói-lhe aquilo e depois vem à baila a minha doença ... e psicologicamente afectava-me muito ...”</p>
E9	<p>“... agora, desde que isto apareceu, tive que pôr lá uma pessoa a trabalhar comigo.”</p>

Entrevista das	<p style="text-align: center;">Alterações Provocadas pela Doença</p> <p style="text-align: center;">Outras alterações</p>
E2	<p>“ Alterou a maneira de ver as coisas, a maneira de pensar, a maneira de estar,... não vivo as coisas com tanta intensidade, se não faço agora, faço logo ou amanhã ... penso que as coisas materiais já não são importantes, penso muito no bem estar da minha casa, do meu marido e do meu filho ...”</p>
E4	<p>“ Cá vamos vivendo um dia de cada vez...”</p>
E5	<p>“ Alterou muito... a minha maneira de pensar, de ver as coisas... é assim, eu agora habituei-me a viver um dia de cada vez... cada dia que acordo e abro os olhos e vejo a minha casa... a minha filha... os meus familiares e as pessoas amigas... é uma benção, é o mais importante.”</p>

Entrevista das	<p style="text-align: center;">Dificuldades Sentidas no Tratamento</p> <p style="text-align: center;">Quimioterapia</p>
E1	<p>“foi a quimioterapia, custa muito, mesmo muito”</p> <p>“Só se suporta porque se faz para nos pormos boas... o pior é que eu fiz tanta vez... que é para me manter viva, não é?”</p> <p>“se não fosse a quimioterapia ... se calhar já cá não estava”</p> <p>“Nos dias a seguir à quimioterapia tenho “ânsias”, vomito, passo mal... nem posso ver a comida... nem cheirá-la... quanto mais fazê-la...”</p> <p>“... Ó depois a dr^a começou-me logo a mentalizar... que podia cair o cabelo... eu disse que não, não podia ver-me sem cabelo, (choro) então a dr^a fez-me outro tratamento... que enfraqueceu muito, mas nunca caiu...”</p>
E2	<p>“O que mais me custou... (suspiro) foi a quimioterapia...”</p> <p>“foi o mal estar ... foi a agonia ... foi aquele mal estar ... Agonia, nauseada.”</p>
E3	<p>Ai! Foi a quimio! Ai mãe! Foi, foi... Custou muito.”</p> <p>“É uma coisa que se anda tão mal, que me sentia tão em baixo... passava o tempo a vomitar, com ânsias ... durante 5 ou 6 dias, não fazia nada ... estava mesmo de cama, e vomitava ... e mal disposta ... não comia, não bebia ... nem coisa nenhuma.”</p>
E4	<p>“Custa-me mais o tratamento (a quimioterapia), é o tratamento ...”</p> <p>“Aquela “agoniação”... os vômitos, não era bem os vômitos, é aquela coisa, a má disposição, os arrepios, aquela coisa no corpo. Olhe, tenho uns dias que como menos, outros que como mais, outros que praticamente não como, pronto.”</p> <p>“também me custou ... isso então ... parece que toda a gente olha para mim, sinto-me sempre ... pronto.”</p>
E5	<p>“A quimio ... O pior foi a quimio.”</p> <p>“A reacção ao tratamento... dava náuseas, depois não conseguia comer, dores no corpo...”</p> <p>“... o pior foi a queda do cabelo, ... estava a tomar banho, passei a mão pelo cabelo e caiu um grande pedaço de cabelo, chorei, chorei, chorei, ...”</p>
E7	<p>“Foi o... a quimio, foi a quimio.”</p> <p>“... a queda do cabelo, pronto, tenho tido fases ... sabia desde o início que isso ia acontecer, então não deixei que acontecesse ... rapei o cabelo todo e enfiei a peruca. Custou-me muito, muito ir, cortá-lo... é uma dor, custa muito, as pessoas... todas nos conhecemos... é um drama. Afectou-me um bocado, psicologicamente, mas... pronto”!</p>
E8	<p>“a quimioterapia foi o mais difícil, foi, foi ...”</p> <p>“... quimioterapia ... aqueles dias ... principalmente aqueles três primeiros dias ... horrorosos ... são horrorosos ... e peço a Deus que já não tenha que fazer quimioterapia.”</p> <p>“Custou-me mais a queda do cabelo... custou-me sim senhora, mas quando eu vi o cabelo a cair ... a senhora não calcula o desgoste que eu tive!</p>
E9	<p>“é a quimioterapia, é a que é.”</p> <p>“... o mal estar, as ânsias, os cheiros isso não tem remédio, é de aguentar ... o mal estar é constante, e não tem remédio.”</p> <p>“... o cabelo, o choque de começar a cair aos montes e de não parar de cair. Nem imagina o horror de ver cabelo por todo o lado, na almofada de manhã, na banheira,... é horrível, parece um filme de terror e o pior é que fazemos parte dele ...”</p>
E10	<p>“Foi a quimioterapia... passo tanto, tanto, tanto.”</p> <p>“...ando para aí dez dias ou doze dias sem força nas pernas, não como, não consigo meter os dentes, com ânsias, ai que castigo...”</p> <p>“Também me custou, mas não tanto como a quimioterapia. Da primeira vez que caiu, custou-me mais porque tinha o cabelo maior, e vê-lo cair assim aos montões, custa um bocadinho.</p>

Entrevista das	<p style="text-align: center;">Dificuldades Sentidas no Tratamento</p> <p style="text-align: center;">Mastectomia</p>
E1	<p>“... se tiro o peito estou a tirar a doença ... encarei a operação como um tratamento ... eu queria era tirar a doença ... e não há melhor maneira de tirar a doença do que tirá-la dali, do meu peito ... eu estava até com ânsias em tirá-la depressa. Foi um alívio quando fui operada, senti-me limpa. Estive internada quase duas semanas mas não me custou, porque eu pensei que tinha tirado o mal dali.”</p>
E3	<p>“... ficar sem o peito não foi problema, não me deixei ir abaixo ... é mais peito menos peito ... o que eu queria era tirar a doença.”</p>
E5	<p>“ A cirurgia, pronto, custou. ... a recuperação custou um bocadinho, depois tive que fazer fisioterapia ...”</p>
E6	<p>“...ás vezes eu... quando me vi ao espelho pela primeira vez... fiquei um bocado abalada... mas pronto.” “ voltava sempre as costas ao meu marido, quando me estava a despir e ... essas coisas ... nunca mais se falou no assunto, porque o meu marido tem um feitio assim, não gosta de falar nas coisas ...”</p>
E7	<p>“ Não é uma coisa bonita de se ver ao espelho, não é só a imagem... há gordos, magros, baixos, enfim, mas aqui falta qualquer coisa.” “... sempre que me dispo eu lembro-me porque me falta a mama.” “ olhe, acho que isso é um mal menor. Ela estava doente, então o melhor é cortar o mal pela raiz.”</p>
E8	<p>“ Se a minha mama não presta, se o problema é esse, a mama deita-se fora e abala tudo.” “... a mama é destas coisas ... está tapada. ... não me dói nada ... tenho o braço preso, pois tenho ... na altura quando tirei a mama ... pois, a cirurgia custou ...”</p>
E9	<p>“ Ficamos incompletas, não é? Agente nunca gosta de estar pela metade. Até para me despir evito o meu marido e os espelhos também.” “ Cada vez que vejo a cicatriz lembro-me da minha doença, mesmo que não se queira pensar nela... ela está sempre tão ali, à mostra...” “... o braço ficou a mexer pouco ... está preso ... mas com o tempo foi melhorando.”</p>
E10	<p>“ Oh sr d^a por favor, se vir que há solução sem tirar o peito, tudo bem, porque já tenho muita coisa em falta e se houver possibilidade não quero ficar sem... e a dr^a I também é uma pessoa competente e se ela diz que tirou tudo,... pronto.”</p>

Entrevista das	<p style="text-align: center;">Dificuldades Sentidas no Tratamento</p> <p style="text-align: center;">Radioterapia</p>
E1	<p>“ A radioterapia não custa... agente anda assim mole...” “ Difícil foi estar longe de casa. Deixar o meu marido, depender da minha cunhada, para olhar por ele... o tratamento não foi difícil, não me queimei graças a Deus” “ custou-me ver tanta gente mal. Agente lamenta a nossa sorte, mas ver o que eu lá vi ... é triste.”</p>
E7	<p>“ A radioterapia não me custou nada, foi só cansativo. Andava sem forças, mas valeu a pena.” “ Voltava para casa todos os dias à noite e isso não tem preço, estar ao pé da família, nem quero pensar se tivesse que ficar em Lisboa.”</p>
E9	<p>“ A radioterapia não dói. Queimei-me e muito, nem podia pôr nada na pele ... dá um bocado de cansaço ...” “ É o estar longe, deixar a família, a casa, mas pronto, primeiro está a saúde.”</p>
E10	<p>“ Custou-me ficar lá no lar... longe da família... isso é que me custou.”</p>

Entrevista das	Apoios
	Apoio Religioso
E1	“ Não, não. Não posso preocupá-la com as minhas... rezo... faço as minhas orações”
E2	“... Agarrei-me à fé, nada de extremismos nem fanatismos,... mas sinto necessidade de rezar. Sinto-me melhor mais calma... foi outra das mudanças da minha vida...”
E3	“ Ai toda a gente me dá apoio” “ Ai! Com Deus, comigo.” “ ...eu é com Deus, falo sozinha ... quando me vejo cansada ... choro e peço a Deus ...”
E4	“ ora falar ... falo com Deus. Falo com a minha filha, pois falo, ela coitadinha está sempre a animar... e eu não a vou preocupar com as minhas coisas,...”
E5	“... foi Deus que fez com que eu visse a vida de outra maneira, habituei-me a viver um dia de cada vez, com mais tolerância, mais compreensão e paciência. Apesar de ter sido sempre muito católica e de querer muito em Deus, mas agora, parece que há... outro sentir diferente.”
E6	“ Se quer que lhe diga o meu marido não me apoiou muito... e eu vi-me sozinha e tive que ser comigo mesmo que eu enfrentei tudo... Agarrei-me à fé... foi muito para mim.” “ Falo com deus”
E 7	“... nesta altura eu rezo muito e o meu marido reza comigo para ver se ... sei lá, pronto. Rezar é como um calmante e ... é reconfortante o meu marido rezar comigo.”
E8	“ Olhe, com o meu marido, infelizmente não posso... os meus filhos andam a trabalhar... a minha nora está empregada... e então sabe com quem falo? Falo com Nossa Senhora. É com Nossa Senhora que falo e ponho todos os problemas na mão dela.”
E9	“ Eu... não tive assim... falo com quem calha, pois... não tenho assim ninguém especial... Voltei-me para Deus. Deus não me falha e as pessoas...”

Entrevista das	Apoios
	Apoio Familiar
E1	“ Foi a minha cunhada e o meu irmão. Falo com a minha cunhada. Não tenho mais ninguém. Mas... assim... coisas da doença... medos e ânsias que tenho... não falo com ela para não a preocupar ... e como não tenho mais ninguém, pronto ... guardo para mim.”
E4	“ É a minha filha, pois. Ela é que me acompanha para todo o lado.”
E5	“ Todos me apoiaram, mas tenho uma pessoa especial, a minha irmã mais velha, (...) até mesmo hoje, qualquer coisa que eu tenho, é com ela, não é com mais ninguém...”
E8	“ muita gente me tem ajudado, o meu marido, ... o meu filho mais velho, as minhas madrinhas ... tenho muita gente ...”
E10	“ Tem sido o meu filho... ele está assim perto de mim...” É falo com o meu filho... mas não estou a preocupá-lo com as minhas coisas, não falo com ninguém.”

Entrevista das	Outros Apoios
E1	<p>“ Acho que se tivesse uma amiga, agente conta melhor o que nos vai na alma... a uma pessoa de fora, percebe? Esta doença... já basta sabermos o que tenho... falo com vocês (as enfermeiras)...”</p> <p>“... a minha cunhada traz-me uma sopinha ... e quando me sinto com forças, lá a empurro pela boca abaixo ... É um sacrifício muito grande...”</p>
E2	<p>“... foi as minhas amigas. Mais que a família, porque a família não tem noção... a minha família, pronto, evidentemente que lhe custa mais,... devo muito às minhas amigas e colegas de trabalho ... nunca deixaram de estar comigo, ... mais que a família, ...”</p> <p>“... até porque conversamos mais abertamente, podemos falar sobre assuntos mais friamente, ... porque é uma doença que as pessoas ainda têm medo de falar dela ... eu nunca escondi a minha doença, nunca.</p>
E3	<p>“... se eu vou falar a qualquer pessoa ... ninguém me ajuda, o que é que eu adianto, todos temos que morrer, ninguém me diz assim: “ vou acabar com os seus problemas” então não vale a pena andar a aborrecer os outros com os meus problemas...”</p> <p>“ só não tive apoio numa coisa, já tenho dito muitas vezes e ... não dão, não dão a ninguém, mas é onde agente precisa de mais apoio, e é no fazer assim um comerzinho, ... uma limpeza, não é ser coitadinha, nem nada disso mas ... uma mulher que faz a lida da casa, a comida e assim ... e quando está doente e não tem filhos perto de nós, ... como é que é? ... Precisamos de comer... ora eu nem podia ver a comida, quanto mais fazê-la... Por isso o apoio não é só dizer “coitadinha, tenho muito pena” havia de haver uma instituição que auxiliasse agente em casa, sim senhora, é isso.”</p>
E7	<p>“ O meu marido dava-me força mas a minha tirava-me o trabalho de cima. Ela cozinha, passava a ferro, arrumava a casa... só quem passou pelo quer eu passei poderá dar valor a esta ajuda. Uma pessoa a fazer quimioterapia, da que eu fiz, não é capaz de tomar conta duma casa. Dificilmente é capaz de tomar conta de si, quanto mais duma casa de família.”</p>
E9	<p>“ Também do que é que adianta? Não resolvem o meu problema... não vale a pena aborrecer ninguém, bem baste eu.”</p> <p>“ Acho que os produtos naturais são uma boa ajuda para as pessoas como eu... porque isto é assim: a quimioterapia queima tudo e temos que compensar... ou você pensa que os tratamentos que eu faço à tanto tempo, à tanto tempo, pensa que eu tinha valores para os fazer? À ano e meio que eu ando a fazer quimioterapia, sempre seguida e eu tenho sempre as análises boas para o fazer. Quem é que aguentava a fazer quimioterapia tanto tempo seguido? Tenho gasto muito dinheiro mas nunca deixei de fazer tratamento. Os produtos naturais ajudam-me a recuperar da quimioterapia.”</p>
E10	<p>“... às vezes não podemos estar a preocupar assim os nossos ... se tivesse assim uma amiga ... se calhar falava-se mais à vontade, assim vai-se aguentando, ...”</p>

Entrevista das	Preocupações actuais Medo de Recidiva
E2	“ O que me pode preocupar é sempre uma volta... é se no outro peito aparece alguma coisa ... ou noutra órgão, ... há sempre um medo de aparecer outro ... os marcadores ... agora estou desejosa de saber se os marcadores indicam alguma coisa ... é a única coisa, porque de resto ...”
E4	“ agora tenho medo se ... se vem outra vez isto com força, ou que possa rebentar outra vez mais ...”
E5	“... Preocupa-me se volta outra vez, a mínima dor que haja, a mínima alteração... penso logo se será alguma coisa, logo. A preocupação é essa.”
E7	“ é o medo, é o medo ... de haver alguma recaída. É o único medo...”
E8	“... quando penso em tudo o que passei ... tenho muito medo, muito medo que tudo volte para trás e que tenha de passar por tudo outra vez ...” “... é um arrepio na espinha ... é saber que estou pior e a doença voltou, mas também porque tenho que passar por tudo outra vez, ele é a queda do cabelo, os vómitos, as ânsias ... aquelas ânsias que me punham tão doente ... e o pior é que já não vou enganada, seio que passei e sei o que vou voltar a passar.”
E10	“... assustava-me um bocado se não ficasse, assim bem curada e se tivesse de fazer mais tratamentos, que eles custam muito.”

Entrevista das	Preocupações Actuais Medo de Sofrimento/Inexistência de Cuidados Paliativos
E1	“ Preocupa-me com o futuro, sabe? Eu sei que preciso fazer sempre tratamentos, para ir atrasando a doença... não é? Mas um dia que precise ser internada... assim... num serviço qualquer... pessoas que não me conhecem... já sofri tanto... mete-me medo isso, agente tem que se sujeitar ao que há mas gostava que me conhecessem e que me tratassem bem... chega uma altura que nós precisamos é de mimo, é de gente que nos trate bem.”
E3	“ Tenho medo... do sofrimento... às vezes não vou mais aos médicos, não vou mais aos hospitais porque até tenho muito medo das agulhas, é este stress... tenho medo de sofrer... o sofrimento e o que posso vir a sofrer é que me assusta... e o ficar internada... numa cama, sozinha, sem ninguém que me acarinhe... tenho muito medo.”
E9	“ Não tenho medo de morrer, tenho medo de sofrer e de não ter um acompanhamento como deve ser. Tenho medo que me atirem para uma cama e que me deixem morrer ali sozinha e sem aconchego. Porque se existe no hospital um serviço para fazer tratamentos de quimioterapia, não é verdade? Também deveria haver um serviço para os acompanhar quando estão piores, e não há... não há. E eu pedi ao meu marido que não me traga para o hospital quando estiver muito mal...prefiro ficar em casa,... se não há nada a fazer ... fico na minha casa com os meus, ao menos morro acompanhada.” “ O que me preocupa? Preocupa-me que um dia não possa fazer tratamentos... preocupa-me muito o sofrimento... e mais preocupa-me as pessoas não ligarem ao sofrimento dos outros...”

“ Refiro-me... bem,... não leve a mal, refiro-me ao hospital ... agente dizer que dói ou que estamos mal e não haver uma palavra, ... se chamamos muitas vezes, dizem-nos que temos que ter calma, ... que não está nada prescrito ... que têm muitos doentes ... mas sabe? Doentes há sempre muitos... mas todos os que precisam se queixam do mesmo que eu... por isso lhe digo que o meu maior medo é de sofrer e de ver a indiferença de quem me podia aliviar o sofrimento. Como lhe disse, se eu puder ficar em casa, fico, porque do sofrimento... se calhar não me livro dele... se calhar não, mas tenho de certeza carinho e bom modo... (suspiro)... há-de ser o que Deus quiser!”