**UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO**

PAOLA ALEXANDRIA PINTO DE MAGALHÃES

O significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens

**Ribeirão Preto
2017**

PAOLA ALEXANDRIA PINTO DE MAGALHÃES

O significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para
obtenção do título de Doutor em Ciências, Programa
de Pós-Graduação Enfermagem em Saúde Pública.

Linha de Pesquisa: Assistência à saúde da mulher no
ciclo vital

Orientadora: Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco

Ribeirão Preto
2017

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

FICHA CATALOGRÁFICA

Magalhães, Paola Alexandria Pinto de

O significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens/
Magalhães, Paola Alexandria Pinto de; orientadora Marislei Sanches
Panobianco. – Ribeirão Preto, 2017.

200 p. : il. ; 30 cm

Tese (Doutorado) – Programa de Pós- Graduação Enfermagem Saúde
Pública, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo,
Ribeirão Preto, 2017.

1. Neoplasias da mama. 2. Adulto jovem. 3. Mulheres

Magalhães, Paola Alexandria Pinto de

O significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens

Tese apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo para a
obtenção do título de Doutor em Ciências

Aprovada em: ____/____/____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Julgamento: _____

Dedicatória

Dedico este trabalho aos meus pais, Eliane e Anísio, em forma de agradecimento por tudo que me ensinaram, principalmente a ser honesta, batalhadora e uma pessoa de bem. Obrigada por todo apoio, carinho, amor, compreensão, força e proteção sempre. Pelas orientações, conversas, aconchego, por entenderem minhas ausências, por sempre acreditarem em mim e por toda a base que me deram para eu alcançar meus objetivos. Por me ensinarem a ser uma pessoa de bem! Amo vocês incondicionalmente!

Aos meus irmãos, Felipe, Diego e Stephanie, por todo companheirismo, amor, amizade, lealdade, proteção e paciência.

À todas as mulheres jovens que passaram pela experiência do câncer de mama, especialmente àquelas que participaram deste estudo.

Agradecimentos

A Deus, por ser fonte inesgotável de energia, força e fé para me ajudar a vencer todos os obstáculos do caminho e conseguir cumprir e finalizar minha jornada, hoje e sempre.

Aos meus mentores espirituais e anjo da guarda por me intuírem e me darem força durante todo o processo de produção da Tese.

Aos meus queridos e amados pais, Eliane e Anísio, por todo apoio, ensinamento, paciência e fé que depositarem em meu potencial de crescimento.

Aos meus queridos irmãos Diego e Stephanie pelo apoio, amizade e amor sempre.

À minha orientadora, Profa Dra Marislei Sanches Panobianco, que sempre acreditou na minha capacidade como aluna e pesquisadora, e por me acompanhar nesta jornada.

Ao Prof Dr Pedro Fredemir Palha, pelas contribuições profissionais e neste trabalho.

À Profa Dra Maria Lourdes Casillas Santana por todo empenho para me ajudar a ir para Madrid, pelas contribuições profissionais e pessoais, por toda preocupação por eu estar em um país diferente ao meu de origem.

À Profa Dra Ana Maria de Almeida e a todo Grupo de Estudos em Oncologia pelas enriquecedoras discussões, mesmo quando eu estava distante.

À Profa Dra Marli Mamede e à Profa Dra Marcia Maria Fontão Zago pelas contribuições no exame de qualificação.

À Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, por ter me acolhido desde a graduação em 2006 e me fornecido tantas oportunidades de aprendizado e horas de estudo.

Ao Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública, aos docentes, funcionários da Pós-graduação, principalmente a Shirley, pelo incentivo, simpatia e disponibilidade sempre.

À Universidade Autônoma de Madrid por me receber como pesquisadora visitante.

Ao Núcleo de Ensino, Pesquisa e a Assistência à Mastectomizadas (REMA), por ter me acolhido durante todos esses anos de trabalho, principalmente à Enfermeira Antonieta, pelo carinho, ajuda e compreensão.

À vovó Joana, ao tio Danilo e à tia Nina que sempre acreditarem em meu potencial.

Às minhas sobrinhas Melissa e Heloísa, por terem sido fonte de luz e alegria na minha vida durante o processo de finalização desse trabalho.

Aos meus animais de estimação, Luígie e Betowen, por serem meus companheirinhos nos meus longos dias de estudo e por todo amor que me deram.

Aos queridos amigos Vivian, Rômulo e Vahram pela amizade e companheirismo de uma vida toda.

À querida amiga Raquel pela amizade além das cadeiras da graduação, por toda força que me deu para que eu não esmorecesse e pelo incentivo e paciência nos dias difíceis.

Às minhas queridas amigas Laurence, Marcela, Marina, Aláinha e Gabriela pela amizade ao longo desta trajetória do doutorado, pelo apoio e companheirismo sempre.

À querida amiga Marina, pela paciência, pela amizade e companheirismo durante minha estadia em sua casa e por ouvir minhas alegrias e angústias advindos de todo esse processo de finalização deste trabalho.

À querida amiga Edilaine, pela amizade além do trabalho, pelas conversas e discussões sobre a temática e pelo apoio sempre.

À Mariana, Felipe, Leonardo e Débora, companheiros de pós-graduação por dividirem interesse sobre a temática câncer de mama e pelas conversas além do trabalho.

Aos alunos de graduação, com os quais pude compartilhar meus conhecimentos ao longo das aulas, laboratórios e estágios, em especial aos alunos Laís, Gabriela, Everton, Beatriz, e Ana Carolina, pela oportunidade de poder colaborar em sua iniciação científica e trabalho de conclusão de curso

A todos os meus amigos queridos de Ribeirão Preto, Catanduva, São Paulo, Espanha e do mundo, que dividiram comigo alegrias, experiências, risadas e que souberam entender minhas ausências.

Agradecimentos especiais

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio financeiro de um ano do meu doutorado no Brasil e pelo apoio financeiro durante meu estágio de doutorado sanduíche na Espanha.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de São Paulo (FAPESP), pelo apoio financeiro de quatro anos do meu doutorado no Brasil e por financiar e acreditar no meu projeto de pesquisa.

“Muitas pessoas devem a grandeza de suas vidas aos problemas e obstáculos que tiveram de vencer.”

Charles Haddon Spurgeon

RESUMO

MAGALHÃES, P. A. P. **O significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens.** 2017. 200f. Tese (Doutorado) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Objetivo: compreender o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens, com relação ao Trabalho, Maternidade e Imagem corporal. **Método:** estudo qualitativo; referencial metodológico: Discurso do Sujeito Coletivo; teórico: Interacionismo Simbólico. Desenvolvido em um Ambulatório de Mastologia e Núcleo de Reabilitação de Mastectomizadas. A coleta ocorreu de fevereiro/2014 a janeiro/2015. Participaram 12 mulheres selecionadas por prontuários, entre 18 e 40 anos, com até um ano do diagnóstico do câncer, sendo excluídas aquelas que não se expressavam individualmente e com metástase; responderam às questões norteadoras: “Como é para você ser uma mulher jovem que teve diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? À maternidade? À sua imagem corporal?”. **Resultados:** emergiram as categorias: “Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar, às vezes eu me sinto meio inválida, sabe? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco”; A importância do trabalho pelo fato de ser mulher e jovem: “O Trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho, e como mulher jovem: Liberdade!”; O afastamento da mulher jovem de sua atividade de trabalho e as relações sociais; A maternidade e o fato de ser mulher jovem com câncer de mama: “A maternidade me mostrou um amor grande demais, mas abala (o câncer) porque nessa idade que eu estou a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu”; Dilema materno: ter ou não filhos após o câncer de mama?; A amamentação para a mulher jovem com câncer de mama; Dilema materno: a possível ausência para os filhos; Dilema materno como mulher jovem: a proteção com os filhos diante do diagnóstico do câncer de mama; Para a mulher jovem com câncer de mama a maternidade é o ponto de equilíbrio para o enfrentamento do câncer; Perda de cabelos, pelos e mudança na coloração da pele e unhas: “Me fez sentir feia. Fica sem expressão. Me sinto debilitada como mulher”; O fato de ser jovem e a falta da mama: “Não quero ser mutilada. Perder um seio é muito difícil”; Sentimento da mulher relacionado ao ganho de peso durante o tratamento: “está me incomodando e fico com a autoestima lá embaixo”; A mulher jovem se incomoda com os olhares curiosos por apresentar mudança corporal causada pelo câncer de mama: “Quero passar despercebida, não quero que sintam pena ‘coitada, tão nova’”; “O pessoal jovem sofre demais. Você se olha no espelho e diz: ‘puts eu não sou igual a todo mundo’.” A vivência do câncer de mama para as mulheres jovens, relacionado ao trabalho, maternidade e imagem corporal, significou viver com a dualidade de “ter de se tratar” e ter de “passar pelas adversidades impostas pelo câncer de mama”; lidar com dificuldades, quando necessitaram “camuflar sofrimentos” para que filhos/companheiros/familiares e amigos não sofressem “pelas suas dores (das mulheres)”, e “apoio”, quando conseguiram “compartilhar o câncer de mama” com eles. **Conclusão:** profissionais de saúde devem atuar diante dos comprometimentos causados pela doença.

Descritores: Neoplasias da mama, adulto jovem, mulheres

ABSTRACT

MAGALHÃES, P. A. P. **The meaning of breast cancer experience for young women.** 2017. 200f. Thesis (Doctorate) - Ribeirao Preto School of Nursing, University of Sao Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Objective: to understand the meaning of breast cancer experience for young women in relation to Work, Maternity and Body Image. **Method:** qualitative study; Methodological approach: Discourse of the Collective Subject; Theory: Symbolic Interactionism. Developed in a Mastology Ambulatory and Mastectomized Rehabilitation Nucleus. The data collect occurred from February / 2014 to January / 2015. Twelve women between 18 and 40 years were selected by medical records, with up to one year of diagnosis of cancer participated, and those with metastasis and who could not express themselves individually were excluded; they answered the guiding questions: "How is for you to be a young woman diagnosed with breast cancer in relation to work? Motherhood? And body image?" **Results:** The categories emerged: "The fact that you are young and have to stop working, sometimes I feel kind invalid, you know?"; The importance of work for being a woman and a young person: "Work is the building up of the soul! There's no better phrase that defines work, and as a young woman: Freedom!"; The removal of the young woman of his work activity and the social relations; Motherhood and the fact of being a young woman with breast cancer: "Motherhood has shown me a great love, but it shakes (cancer) because at this age that I am we have many dreams yet, do you understand?"; Maternal dilemma: have or not have children after breast cancer?; Breastfeeding for the young woman with breast cancer; Maternal dilemma: possible absence for the children; For the young woman with breast cancer, motherhood is the point of balance for coping with cancer; Loss of hair and change in the color of the skin and nails: "It made me feel ugly. Without expression. I feel weak as a woman"; The fact of being young and the breast's loss: "I do not want to be mutilated. Losing a breast is very difficult"; Woman's feeling associated to weight gain during treatment: "it's bothering me and my self-esteem falls"; The young woman is bothered by the curious looks due to the corporal change caused by breast cancer: "I want to go unnoticed, I do not want them to feel 'poor, so young'"; "Young people suffer a lot. You look at yourself in the mirror and say, 'Oh, I'm not like everyone else.' The experience of breast cancer for young women, in relation to work, maternity and body image, it meant living with the duality of "having to treat" and to have to "go through the adversities imposed by breast cancer"; deal with difficulties, especial when they needed to "camouflage their suffering", so their children / partner / relatives and friends would not suffer "with their pains (of women)", and "support" when they were able to "share the experience of breast cancer" with them. **Conclusion:** health professionals must act on the deficits caused by the disease.

Descriptors: Breast Neoplasms. Young Adult. Women.

RESUMEN

MAGALHÃES, P. A. **El significado de la experiencia del cáncer de mama para las mujeres jóvenes.** 2017. 200f. Tesis (Doctorado) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2017.

Objetivo: Comprender el significado de la experiencia del cáncer de mama para las mujeres jóvenes, con respecto al trabajo, maternidad y imagen corporal. **Método:** Estudio cualitativo; referencia metodológica: Discurso del Sujeto Colectivo; teórica: Interaccionismo Simbólico. Desarrollado en una clínica de Mastología y centro de rehabilitación de mastectomizadas. Los datos se llevó a cabo de febrero / 2014 hasta enero / 2015. Participaron 12 mujeres de 18 a 40 años seleccionadas por los registros médicos, con máximo de un año después del diagnóstico de cáncer y se excluyeron aquellas que no podrían expresarse de forma individual y con metástasis; respondieron las preguntas: "¿Cómo le parece ser una mujer joven con diagnóstico de cáncer de mama con respecto al trabajo? maternidad? imagen corporal? ". **Resultados:** surgieron las categorías: "La situación de ser joven y tener que dejar de trabajar, a veces me siento poco válida. Y la situación de que me quite de lo que me gusta hacer, me asusté un poco "; La importancia del trabajo por ser joven: "El trabajo es la edificación del alma! No tiene mejor frase para el trabajo, y como mujer joven: libertad!"; La eliminación de la mujer joven de su actividad de trabajo y las relaciones sociales; La maternidad y el facto de ser mujer joven con cáncer de mama: "La maternidad me mostró un gran amor, pero queda malo, porque a esa edad tenemos muchos sueños"; Dilema materno: tener o no niños después del cáncer; Lactancia materna para mujeres jóvenes con cáncer de mama; Dilema materno: la posible ausencia para los niños; Dilema materno: la protección de los niños ante el diagnóstico; Para la joven y madre, el cáncer de mama es el punto de equilibrio para hacer frente al cáncer; La pérdida del cabello, y el cambio de color de la piel y uñas de la mujer joven con cáncer de mama: "Me hizo sentir fea, sin expresión. Me siento débil como mujer "; Ser joven y sin mama: "No quiero ser mutilada. La pérdida de una mama es muy difícil"; Sensación de la mujer joven con cáncer de mama relacionado con el aumento del peso durante el tratamiento, 'me molesta y me deja la autoestima baja'; La joven se molesta por las miradas por los cambios corporales causados por el cáncer: "Quiero pasar desapercibida. No quiero que sientan "cosa mala, tan nueva"; "Los jóvenes también sufren. Te miras en el espejo y deci: 'No soy como todo el mundo' ". El cáncer de mama para las mujeres jóvenes, relacionados con el trabajo, maternidad y imagen corporal significó vivir con la dualidad de "tener que cuidarse" y tener que "pasar por las adversidades impuestas por el cáncer"; hacer frente a las dificultades, cuando sea necesario camuflar el sufrimiento para los niños / pareja / familia y amigos para que no sufran "con su dolor", y "apoyo" siempre que fuera posible "compartir el cáncer de mama " con ellos. **Conclusión:** los profesionales de la salud deben actuar delante los déficits causados por la enfermedad.

Descriptores: Neoplasias de la Mama. Adulto Joven. Mujeres.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 -	Instrumento de Análise de Discurso 1.....	52
Quadro 2 -	Exemplo de Instrumento de Análise de Discurso 1, referente à questão “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? O que significa para você o trabalho?”	53
Quadro 3 -	Instrumento de Análise de Discurso 2.....	54
Quadro 4 -	Exemplo de Instrumento de Análise de Discurso 2, referente ao agrupamento A da questão “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? O que significa para você o trabalho?.....	55

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

BRCA	Breast câncer
BRCA1	Breast cancer 1, early onset
BRCA2	Breast cancer 2
CEP-EERP/USP	Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
DSC	Discurso do Sujeito Coletivo
DSCs	Discursos do Sujeito Coletivo
E	Entrevista
E1	Entrevista 1
E10	Entrevista 10
E11	Entrevista 11
E12	Entrevista 12
E2	Entrevista 2
E3	Entrevista 3
E4	Entrevista 4
E5	Entrevista 5
E6	Entrevista 6
E7	Entrevista 7
E8	Entrevista 8
E9	Entrevista 9
ECH	Expressões-chave
EERP/USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
HCFMRP/USP	Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
IAD1 –	Instrumento de Análise de Discurso 1
IAD1.1	Instrumento de Análise de Discurso 1 referente à questão 1
IAD1.2	Instrumento de Análise de Discurso 1 referente à questão 2
IAD1.3	Instrumento de Análise de Discurso 1 referente à questão 3
IAD2	Instrumento de Análise de Discurso 2
IC	Ideias centrais

IS	Interacionismo Simbólico
PTEN	Phosphatase and tensin homolog
REMA	Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas
SP	São Paulo
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UTI	Unidade de Terapia Intensiva

SUMÁRIO

1 Introdução	19
1.1 O câncer de mama e a mulher jovem.....	24
1.2 O trabalho e a mulher jovem com câncer de mama.....	26
1.3 A maternidade e a mulher jovem com câncer de mama	29
1.4 O corpo e a mulher jovem com câncer de mama.....	32
1.5 Justificativa do estudo.....	35
2 Objetivo	36
3 Bases teórico-metodológicas	38
3.1 Escolha da Abordagem	39
3.2 Referencial Teórico: Interacionismo Simbólico	40
3.3 Referencial Metodológico: Discurso do Sujeito Coletivo	44
3.4 Contexto Social do Estudo.....	47
3.4.1 Ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP)	47
3.4.2 Núcleo de Ensino, pesquisa e assistência de mulheres mastectomizadas (REMA).47	
3.5 Participantes do Estudo.....	48
3.6 Procedimento para coleta de dados.....	49
3.7 Aspectos éticos	51
3.8 Análise dos dados	51
3.8.1 Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo.....	52
4 Resultados	60
4.1 Conhecendo as mulheres do estudo	61
4.2 Caracterização das participantes	68
4.3 Análise dos dados empíricos.....	69
4.4 Apresentação e discussão dos dados empíricos	72
4.4.1 A vivência da mulher jovem com câncer de mama e o trabalho.....	74
4.4.2 A vivência da mulher jovem com câncer de mama e a maternidade	91
4.4.3 A vivência da mulher jovem com câncer de mama e a Imagem corporal	109
4.5 Mulher jovem com câncer de mama e sua vivência relacionada ao trabalho, à maternidade e à imagem corporal.....	137
5 Considerações finais	142
Referências	144
Anexos.....	163
Apêndices.....	170

Durante a minha vida acadêmica, me dediquei a estudar mulheres com câncer de mama. No período da graduação, tive duas iniciações científicas cujo tema principal era câncer de mama e aspectos psicológicos. Esse tema sempre me chamou muito a atenção. Formei-me em 2009 e, após formar-me tive a oportunidade de fazer residência em Enfermagem em Terapia Intensiva no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo. Neste contexto, deparei-me com pacientes oncológicos, com os mais variados tipos de câncer. E vinha em minha mente como eles se sentiam e como o câncer poderia afetar suas vidas. Após concluir a residência, tive a oportunidade de trabalhar como enfermeira supervisora de um serviço de diagnóstico por imagem de uma cidade do interior paulista. Neste contexto, deparei-me com situações nas quais atendi mulheres que foram encaminhadas ao serviço para realização de ultrassom de mama, mamografia e muitas vezes tomografia computadorizada. Pude observar que muitas mulheres jovens iam ao serviço para a realização de tais exames e, conversando com os radiologistas responsáveis pelos laudos dos mesmos, pude observar que as imagens levavam à suspeição de câncer de mama em tais mulheres. Esse fato me instigou bastante e despertou a necessidade de estudar mais sobre o câncer de mama em mulheres jovens. Dessa forma, busquei na literatura artigos que discorressem sobre o tema, no entanto estes eram poucos e a maioria deles abordava mais o aspecto epidemiológico da doença em detrimento do aspecto psicossocial. Então, decidi investigar o significado que o câncer de mama tem para as mulheres jovens e, assim desenvolvi um projeto de pesquisa nesta temática para o meu doutorado, com o intuito de entender como a vivência do câncer de mama para mulheres com idade até 40 anos interfere na sua vida diária, no trabalho, na relação conjugal, na sua imagem corporal, nas relações sociais e como é para elas o tratamento e o enfrentamento da doença.

1 Introdução

Atualmente a identidade feminina é concebida sob três aspectos: combativa, doméstica e sensual, e seus correspondentes objetos significantes são: o trabalho, o filho e o corpo (OLIVEIRA; PELLOSO, 2004).

No que se refere ao aspecto **combativo**, o trabalho se constitui, para as mulheres, como um dos valores essenciais para sua vida, sendo fonte de independência e de renda, e representa para elas um grande desafio, visto que o seu papel na vida privada continua sendo referência nas esferas afetiva e emocional (VIEIRA; AMARAL, 2013).

O trabalho tem ainda uma função psicológica cognitiva, ou seja, ajuda a promover a atividade, o pensamento, a linguagem, as emoções, além de desempenhar uma função social, visto que origina a produção de objetos e, ao mesmo tempo as trocas sociais (CLOT, 2007).

Nesse sentido, a incorporação progressiva das mulheres no mercado de trabalho foi uma das mudanças sociais mais relevantes nas últimas décadas. No Brasil, resultou em crescimento econômico (OLIDI; PAREJO; PADILLA, 2013) e as levou a disputar com os homens as oportunidades por cargos e reconhecimento no que se refere à questão laboral e a investirem cada vez mais em suas carreiras (VIEIRA; AMARAL, 2013).

Contudo, apesar da emancipação feminina e da busca por igualdade entre os gêneros na esfera contemporânea, ao se considerar o mundo educacional e do trabalho, no que se refere ao **aspecto doméstico**, que engloba a vida familiar, a grande maioria das mulheres segue com seu desejo de procriar. Para isso, elas se lançam ao desafio de enfrentar a infatigável tarefa de conciliar carreira e maternidade, e acabam por sofrer com um impasse ao ter de determinar o tempo ideal para o desenvolvimento da carreira e o tempo ideal para engravidar, conceber e criar seus filhos (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013).

Assim, ainda que a mulher se dedique ao seu crescimento profissional e o valorize, o desejo de ser mãe prevalece, e ela se dispõe a realizar esse projeto de vida, mesmo que mais tardiamente, uma vez que se percebe uma tendência atual de conceberem e gestarem a partir dos 35 anos, momento no qual as suas vidas estão mais organizadas quanto às questões financeira, profissional e pessoal (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013).

O desejo da maternidade, na maioria das vezes, vem acompanhado da expectativa da amamentação, prática esta que promove saúde para o bebê, além de uma experiência significativa para a mãe. Neves e Marin (2013) afirmam que a mulher que amamenta pode se sentir reconfortada diante de sua capacidade de continuar gerando vida por meio de um alimento que é produzido pelo seu corpo, e comentam que a impossibilidade de amamentar, por algum

motivo específico de saúde da mulher ou do bebê, pode acarretar sentimentos de tristeza, angústia e culpa (NEVES; MARIN, 2013; REA, 2004).

Ainda com relação à concepção da identidade feminina, no que se refere ao **aspecto sensual**, vale ressaltar que é perceptível uma grande preocupação da mulher com relação à imagem e à estética, visto que a indústria cultural valoriza o corpo esbelto, magro, belo e simétrico. Segundo Melo e Oliveira (2011) e Silva, Saenger e Pereira (2011), a beleza e a juventude tornaram-se um imperativo, ou seja, uma qualidade fundamental que pode gerar insatisfação, se esses ideais de beleza não forem alcançados, principalmente quando se trata de adolescentes e mulheres. Essa insatisfação com a imagem corporal pode se tornar significativa a ponto de desencadear transtornos psicológicos (PEREIRA et al., 2009), principalmente quando se trata da modificação do corpo devido à alguma doença (AMARAL et al., 2001).

Nesse sentido, adentramos na esfera que abarca o câncer de mama e seus tratamentos, focos do presente estudo, pois estes vinculam imediatamente à ideia de uma terapêutica radical e mutiladora, e isso tudo se deve ao fato de as mamas terem um significado relevante na sociedade ocidental (AZEVEDO; LOPES, 2010), sendo consideradas um símbolo do feminino e estando relacionadas à sexualidade, à fertilidade e à maternidade (WALBERG, 2003).

Dentro desse universo complexo, o adoecimento pelo câncer da mama leva a mulher a se questionar sobre os inúmeros aspectos envolvidos no processo de adoecimento, o que pode desencadear impactos nas esferas física, psicológica, social e espiritual para sua saúde (AZEVEDO; LOPES, 2010), além de mudanças na rotina de vida e perspectiva de morte, o que gera consequências importantes na vida da mulher, no seu corpo e na sua vida social, que podem ser vivenciadas de modo traumático e de forma intensa pela população feminina (WHITE, 2002).

Em mulheres com câncer de mama, as modificações físicas, especialmente com a cirurgia da mama afetada, que pode causar sua perda parcial ou total, e os sintomas causados por alguns tratamentos como náuseas e vômitos, alopecia, fadiga, ganho de peso, efeitos na pele, menopausa induzida, diminuição da lubrificação vaginal, redução do desejo sexual e dispareunia repercutem na vida funcional e produtiva da mulher (OLIVEIRA et al., 2010; WHITE, 2002). Além disso, o medo da recidiva da doença e o temor da morte são aspectos que propiciam modificações nos modos como essas mulheres lidam com o próprio corpo, consigo mesmas e na relação com as demais pessoas (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Assim, as mulheres acometidas pelo câncer de mama são levadas a reflexões e questionamentos sobre sua vida e sobre seu futuro. Podem surgir mudanças no relacionamento

com o parceiro, com familiares e amigos, e no trabalho, além de preconceitos e estigmas. Elas podem se questionar acerca da sexualidade, da vida sexual, da autoimagem e da autoestima e apresentar quadros de ansiedade e depressão. Podem ainda apresentar sentimentos de fragilidade, revolta, medo e inconformismo (AMBRÓSIO, 2010; VIEIRA; LOPES; SHIMO, 2007), assim como queixas de disfunção sexual, ondas de calor e angústia quanto à fertilidade, principalmente quando são adultas jovens (LEWIS et al., 2012).

Além disso, no Brasil, o câncer de mama é o mais comum e o que mais leva as mulheres a óbito. Muitos casos são diagnosticados tardiamente e necessitam de tratamentos mais agressivos, que são menos efetivos, o que resulta em maiores chances de complicações físicas e psicossociais (ABREU; KOIFMAN, 2002; INCA, 2012). Aliado a essa situação, o câncer de mama vem acometendo cada vez mais mulheres jovens (INCA, 2012; LEWIS et al., 2012).

Estudos (AMIRIKIA et al., 2011; BARRETO et al., 2006; ELKUM et al., 2007; PEPPERCORN; PARTRIDGE, 2008) apontam que nas mulheres jovens (com idade até 40 anos), os carcinomas mamários geralmente apresentam características clínicas e patológicas associadas à doença mais agressiva com maior risco de recidiva locorregional e morte, além de apresentarem maiores dimensões no momento do diagnóstico, do que de mulheres na pós-menopausa. Relatam ainda que, apesar de ser considerado incomum e menos frequente, o câncer de mama em mulheres com menos de 40 anos deve ser destacado, uma vez que há evidências de chegar a 6,5% de casos nesta faixa etária, com taxa de mortalidade de 46,9%, ou seja, mais elevada do que em pacientes entre 40 e 50 anos (26,9%).

Considerando esse perfil epidemiológico, deve-se salientar a necessidade de um diagnóstico com alto índice de suspeição clínica, além de práticas preventivas entre todas as mulheres em idade fértil (LIMA et al., 2011). Isso se deve ao fato de que em mulheres jovens, na maioria dos nódulos palpáveis, há suposição de benignidade da lesão devido à baixa incidência da doença nesta faixa de idade, o que pode levar ao atraso no diagnóstico (BARRETO et al., 2006; SHANNON; SMITH, 2003), que, por sua vez está associado com a progressão da doença, podendo gerar potenciais micrometástases e tornar a doença incurável (TRUFELLI et al., 2007, 2008).

Dessa forma, nas mulheres jovens, os tumores costumam ser de alto grau, infiltrantes e com margens comprometidas, além de terem alta fração de proliferação, maior invasão vascular, mais linfonodos comprometidos e maior número de recidivas. Tais tumores, na maioria das vezes,

não expressam receptores hormonais e apresentam elevadas taxas de recorrência local, o que reforça a ideia de um possível prognóstico ruim (AEBI, 2005; ANDERS et al., 2009; FERNANDOPUPLLE et al., 2006; YANKASKAS, 2005-2006).

Acresce-se que estudos apontam que o câncer de mama em estágio avançado na mulher jovem pode provocar o agravamento físico e manifestações psicológicas, além de impactar de forma significativa a saúde mental e a fertilidade; pode ocasionar menopausa precoce e problemas ósseos, que são piores nesta mulher do que naquelas com mais de 40 anos (FERREIRA et al., 2011).

Quando se trata de câncer de mama em mulheres jovens, é imprescindível ressaltar que o fator hereditário passa a ser muito importante, visto que a presença de história familiar deste câncer em parentes de primeiro grau, aumenta em duas vezes o risco relativo para a doença, e este percentual passa a ser mais elevado quando o diagnóstico se dá antes dos 35 anos (CHAN et al., 2000; SCHMIDT et al., 1991).

Outro fator a ser considerado nesses casos é que, em mulheres que ainda não passaram pela menopausa, os tratamentos de câncer diminuem a fertilidade ou podem levar à falência ovariana permanente. Após a quimioterapia adjuvante para câncer de mama, de 10% a 20% das mulheres com menos de 35 anos têm experiência de amenorreia permanente, e o risco de falência ovariana para mulheres tratadas e com idades entre 35 e 40 anos é de 90% (CANADA; SCHOVER, 2012). Autores comentam que há ainda o agravante de o câncer de mama e seus tratamentos poderem afetar o funcionamento sexual, especialmente dessas mulheres mais jovens, além de serem maiores suas preocupações com as modificações no corpo (BURWELL et al., 2006), ou seja, relacionado às questões físicas, há um impacto negativo na autoimagem e na percepção da sexualidade destas mulheres (PINHEIRO et al., 2013).

Ainda em relação aos efeitos nocivos dos tratamentos para o câncer de mama, a mulher jovem, principalmente, tem a necessidade de camuflar as alterações físicas, a fim de preservar sua privacidade no convívio social, ou de restaurar uma aparência próxima a um ideal de beleza, com ênfase aos cabelos e à simetria corporal, atributos sociais considerados ideais de feminilidade, de beleza e de saúde na sociedade (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Dessa forma, o câncer de mama em pacientes jovens necessita de uma atenção diferenciada e algumas situações especiais devem ser levadas em consideração, como gestações futuras e contracepção, sexualidade, autoimagem, relações sociais, além das questões familiares e genéticas (BONNIE, 2005).

Diante desses apontamentos da literatura científica, com destaque para o fato de a maioria das mulheres jovens, quando diagnosticadas com o câncer de mama, estar na fase mais produtiva de suas vidas (BAUCOM et al., 2005; FIALHO et al., 2008; LIMA et al., 2011; MARHHOM; COHEN, 2007; VOLLBRECHT et al., 2009), para o presente estudo consideramos as seguintes questões: como o câncer de mama, em mulheres com até 40 anos de idade, pode interferir no trabalho, na maternidade e na imagem corporal? Como é para essas mulheres o enfrentamento da doença e de seus tratamentos?

1.1 O câncer de mama e a mulher jovem

O câncer de mama é a neoplasia mais temida pelas mulheres, visto que pode atuar negativamente nas questões físicas, emocionais, sociais e espirituais (PINHEIRO et al., 2013).

Esse câncer representou cerca de 25% do total de casos de câncer no mundo em 2012, com aproximadamente 1,7 milhão de casos novos. Além disso, é a quinta causa de morte por câncer em geral (522.000 óbitos) e a causa mais frequente de morte por câncer em mulheres (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2012). A taxa de mortalidade por câncer de mama ajustada pela população mundial apresenta uma curva ascendente, ou seja, vem crescendo ao longo dos anos (INCA, 2015a).

No Brasil, o câncer de mama também representa a primeira causa de morte por câncer na população feminina, com 12,66 óbitos/100.000 mulheres em 2013 e, para o biênio 2016/2017 o número estimado de casos novos da doença é de 57.960, que representam uma taxa de incidência de 56,2 casos por 100.000 mulheres. As regiões Sudeste e Sul são as que apresentam as maiores taxas, com 14,25 e 13,70 óbitos/100.000 mulheres em 2013, respectivamente (INCA, 2015b).

Embora a incidência do câncer de mama seja maior nos países desenvolvidos, a mortalidade causada por ele é menor devido à melhor eficiência, tanto no rastreamento, quanto no tratamento desta doença. Já no Brasil, a incidência do câncer de mama tem aumentado, assim como a morbidade e a mortalidade, uma vez que ainda existem barreiras que dificultam o acesso das mulheres às ações de detecção precoce, à utilização dos recursos diagnósticos e aos tratamentos. Essas condições repercutem de forma negativa na sociedade, e acabam por gerar importantes impactos individuais, sociais e políticos, visto que o câncer de mama tem sido considerado um problema de saúde pública e um dos alvos primordiais da Política Nacional de Atenção Oncológica (INCA, 2011), política esta que estabeleceu o controle dos cânceres do colo

do útero e da mama como componente fundamental a ser previsto nos planos estaduais e municipais de saúde (MARTINS et al., 2013).

É importante destacar que as neoplasias de mama acometem principalmente mulheres na perimenopausa, no entanto, as mulheres jovens que se encontram em plena atividade reprodutiva, também têm sido acometidas (PINHEIRO et al., 2013). Nos Estados Unidos, aproximadamente 27% dos cânceres de mama invasivos e não invasivos ocorrem em mulheres com menos de 50 anos de idade. Além disso, entre as adultas jovens, comparado com as mulheres mais velhas, a malignidade do câncer de mama é diagnosticada com mais frequência (MARTINS et al., 2013).

Apesar de ser considerado atípico, a literatura tem trazido estudos das últimas décadas que mostram o aumento da incidência do câncer de mama e da mortalidade em mulheres jovens em diversos países do mundo (FONTENOY et al., 2010; JOHNSON et al., 2013; POLLÁN et al., 2009; SANTOS et al., 2013; TAGHAVI et al., 2012; WU et al., 2012). Estudo realizado no Brasil, com casos elegíveis, cadastrados nos registros hospitalares de câncer, no período de 2000 a 2009, constatou 12.689 mulheres jovens (com até 40 anos) diagnosticadas com câncer de mama (INCA, 2011).

O aumento da incidência do câncer de mama em mulheres jovens em diversos países, inclusive no Brasil, segundo alguns estudos, tem sido considerado preocupante visto que pode ser resultante de novas exposições ambientais e, além disso, sugerem que a mulher jovem pode ter sofrido exposição a fatores de risco desde sua vida intrauterina, fatores estes como substâncias estrogênicas durante o desenvolvimento fetal e na infância, e isso pode influenciar em risco futuro para desenvolver a neoplasia da mama (PARK et al., 2008; SANTOS et al., 2013).

Os dados estatísticos também apontam uma grande incidência de câncer de mama em mulheres jovens pertencentes à famílias de risco, ou seja, apesar de ser descrito na literatura como uma doença atípica na ausência de história familiar de câncer de mama e/ou ovário, membros de famílias afetadas por síndromes hereditárias para essas neoplasias podem ter um risco de 40 a 80% de desenvolverem a neoplasia de mama. Devido a isso, indivíduos portadores de mutações específicas em os genes BRCA1 ou BRCA2, são responsáveis pela chamada síndrome hereditária de câncer de mama-ovariano. Famílias com síndrome de Cowden, também hereditária, que envolvem os genes PTEN (Phosphatase and tensin homolog) apesar de serem raras, também estão associadas ao alto risco de câncer de mama em mulheres jovens (SANTOS et al., 2013).

O câncer de mama em mulheres jovens é definido como aquele que se desenvolve antes dos 40 anos (AMIRIKIA et al., 2011; BARRETO et al., 2006; ELKUM et al., 2007;

PEPPERCORN; PARTRIDGE, 2008), apresentando-se com pior prognóstico, uma vez que o diagnóstico é feito quando a paciente é sintomática e, portanto, quando o mesmo já evoluiu para um estágio mais avançado da doença (MARTINS et al., 2013; PINHEIRO et al., 2013). Alguns estudos apontam que essa maior vulnerabilidade de mulheres jovens ao diagnóstico avançado pode ser justificada pela falta de ações de rastreamento e dificuldade de leitura e interpretação dos resultados mamográficos, devido à alta densidade do tecido mamário desta mulher. Outro fator é a falsa percepção, por muitos profissionais de saúde, de que mulheres jovens não possuem risco de desenvolver câncer, e acabam por desvalorizar os sinais e sintomas iniciais da doença nessas mulheres (PINHEIRO et al., 2013), como já citado anteriormente.

O diagnóstico de câncer de mama em mulheres jovens traz grandes desafios para os serviços de saúde e para os profissionais que neles atuam, visto que essas geralmente encontram-se na sua fase reprodutiva, constituindo família e iniciando sua carreira profissional. O tratamento da doença, nesse período da vida, pode trazer efeitos negativos sobre a estética, atividades laborais, fertilidade e além de graves implicações psicológicas (PINHEIRO et al., 2013; VOLLBRECHT et al., 2009).

1.2 O trabalho e a mulher jovem com câncer de mama

Este item contempla a continuidade da discussão dos aspectos sobre o tratamento e o diagnóstico do câncer de mama, que podem trazer efeitos negativos para as mulheres jovens no que se refere às atividades laborais, visto que essas mulheres estão em fase ativa de suas vidas (VOLLBRECHT et al., 2009).

A palavra *trabalho* significa fazer ou preparar algo para determinado fim, treinar ou exercitar para melhorar ou desenvolver, fazer alguma tarefa, formar ideias ou fazer reflexões, estar em funcionamento, fazer esforço para algo e exercer uma atividade profissional (DICIONÁRIO DO AURÉLIO, 2008-2017).

Desde meados da década de 1950, pesquisadores têm buscado compreender o significado que o trabalho tem para as pessoas. Segundo o grupo de pesquisadores Meaning of Work Internacional Research Team (MOW, 1987), o trabalho pode assumir desde uma “*condição de neutralidade até uma condição de centralidade na identidade pessoal e social*”.

Nesse sentido, um estudo realizado com adultos jovens mostrou que para essa população, o trabalho trouxe o significado de aprendizagem, autonomia, reconhecimento e segurança (MORIN et al., 2007).

É importante salientar também que as relações de trabalho representam um aspecto das relações sociais marcadas por gênero, sendo uma posição importante daquilo que é definido como masculino e feminino. Apesar disso, é no mundo do trabalho que homens e mulheres se enfrentam como indivíduos aparentemente livres e iguais (GONÇALVES, 2010). E transformações nos padrões culturais e nos valores relativos ao papel social da mulher, intensificadas pelos movimentos feministas a partir da década de 1970 e pela atuação marcante das mulheres nos espaços públicos, têm modificado estas relações sociais marcadas por gênero, além de produzirem modificações significativas na constituição da identidade feminina, tornando a mulher cada vez mais voltada para o trabalho produtivo (BRUSCHINI, 2007).

Além disso, o aumento no nível de escolaridade dessas mulheres e o ingresso nas universidades possibilitaram o acesso das mesmas às novas oportunidades de trabalho. A consolidação de todas essas mudanças passa então a ser um dos fatores que explicaria não apenas o crescimento da atividade feminina, mas também as transformações nas famílias e no perfil da força de trabalho deste gênero (BRUSCHINI, 2007).

Por meio de sua ascensão profissional, a mulher tem se tornado cada vez mais protagonista de mudanças sociais que manifestam uma ruptura histórica em seu modo de ser e agir e nas formas de construção da identidade feminina (SMEHA; CALVANO, 2009):

A figura feminina, por muitos anos, foi diretamente relacionada às funções de mãe e esposa, imagem essa que as mulheres viam como sendo distante da sua realização pessoal. No entanto, o compromisso feminino passou também a ser com a esfera profissional, no sentido de corresponder a uma preocupação consigo e aos desejos de expressão e realização íntima (SMEHA; CALVANO, 2009).

Nessa conjuntura, a feminilização do mercado de trabalho vem se tornando positiva, uma vez que permite constituir e avançar o processo de emancipação da mulher, o que gera a possibilidade de diminuir formas de dominação patriarcal no espaço doméstico (BULGACOV et al., 2010). Além disso, é inúmera a quantidade de casais em que os dois cônjuges trabalham, ultrapassando muito o número das famílias em que apenas o homem trabalha. Assim, o trabalho vai construindo ainda mais a identidade social das mulheres em comparação com a identidade que tinham antigamente, época em que os papéis socialmente legítimos das mulheres eram apenas de mãe e esposa (OLIVEIRA; TRAESEL, 2008).

As mulheres também têm assumido, cada vez mais, o papel de chefes de família. No Brasil, o número de mulheres indicadas como a pessoa de referência dentro do núcleo familiar aumentou consideravelmente entre 1996 e 2006, passando de 10,3 milhões para 18,5 milhões. Esse aumento corresponde a uma variação de 79%, enquanto, nesse mesmo período, o número

de homens “chefes” de família aumentou 25%. A maioria delas, que se declarou como pessoa de referência da família, situa-se nos grupos etários de 25 a 30 anos, ou seja, mulheres adultas jovens (IBGE, 2016).

As mulheres, pelo fato de ainda terem grandes responsabilidades no âmbito doméstico, buscam também por condições mais flexíveis na jornada de trabalho, com a finalidade de se organizarem de modo que não se prendam apenas às cargas horárias rígidas, o que pode ajudá-las a amenizar os conflitos entre a vida familiar e a vida profissional. Fica evidente, dessa forma, o próprio papel social inerente à mulher, de responsabilidade com a família (BULGACOV et al., 2010).

Sendo assim, diante de uma doença, como o câncer de mama, por exemplo, a mulher pode passar por um processo de mudança em suas relações sociais, familiares e com ela mesma. Tais transformações impõem, muitas vezes a ideia de novas rotinas e/ou limitações impostas pelo adoecimento e tratamento oncológico. Nesse sentido, novos contextos, situações e pessoas passam a fazer parte do seu dia a dia, exigindo modificações, adaptações ou interrupções nos projetos de vida (MESQUITA et al., 2011), o que afeta profunda e significativamente a vida da mulher, inclusive no que se refere ao trabalho.

Segundo Martins e colaboradores (2009), as pacientes em tratamento para o câncer de mama que exercem atividade remunerada podem apresentar dificuldades em conciliar o trabalho e os tratamentos, o que as leva a apresentar um elevado percentual de faltas no trabalho, e muitas vezes precisam mesmo ser afastadas de suas atividades laborais devido às limitações físicas e emocionais, acarretadas por esses tratamentos.

Estudo nacional realizado em 2009, com 52 mulheres (MARTINS et al., 2009), aponta que:

(...) afastamento de quase a metade das pacientes entrevistadas, sendo a maioria com atividade remunerada. Esse fato é de grande relevância, considerando que essas mulheres não só deixaram de contribuir com a renda familiar, como também representaram um custo socioeconômico significativo para o país (MARTINS et al., 2009).

Segundo Schlindwein (2013), quando um indivíduo é privado do trabalho pode ocorrer o enfraquecimento da função deste trabalho na vida pessoal e coletiva dessa pessoa, podendo levá-la a ficar sem defesas e a vir a degradar o controle que exerce sobre os resultados de seus comportamentos, principalmente o comportamento emocional. O rompimento do exercício do trabalho, no que se refere à vida profissional, pode levar a um estado de impotência, desamparo e à angústia, visto que o trabalho é um espaço essencial para a construção da própria identidade do indivíduo e de sua saúde.

É importante salientar que quase um terço dos pacientes com câncer são indivíduos em idade ativa e, a maioria desses pacientes deseja voltar ao trabalho, porque para eles o *return to work* (retorno ao trabalho) implica em um retorno à “normalidade” e à qualidade de vida (BIERI et al., 2008; BUTLER; JOHNSON; GUBLER, 2009; GROENEVELD; BOER; FRINGS-DRESEN, 2012; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008). Dessa forma, retornar ao trabalho para as mulheres com câncer de mama durante ou depois do tratamento deste tipo de câncer, segundo Roelen e colaboradores (2011), é de suma importância, porque o *return to work* possibilita que as mulheres restaurem suas participações nas relações sociais, o que aumenta a qualidade de vida como paciente.

No caso do presente estudo, para as mulheres jovens com câncer de mama, a permanência no trabalho pode auxiliar na recuperação, aumentando a autoestima, controle emocional, distração e redução da ansiedade, o que resulta em maior valorização da vida, aceitação e compromisso dessas mulheres consigo mesmas, influenciando positivamente no processo de cura (GUDBERGSSON et al., 2008).

Dessa forma, fica evidente que o trabalho para as mulheres, principalmente para as mais jovens, como foi citado anteriormente, constitui um dos valores essenciais para sua vida, sendo fonte de independência e renda, representando para elas um grande desafio, em função de seu papel na esfera privada e em continuar sendo referência no âmbito afetivo e emocional (VIEIRA; AMARAL, 2013).

1.3 A maternidade e a mulher jovem com câncer de mama

A maternidade e o cuidado com a administração do lar se configuraram, por muito tempo, como funções femininas valorizadas socialmente, permitindo que a mulher fosse reconhecida e ocupasse uma posição de aparente prestígio dentro da sociedade (LEITE; FROTA, 2014).

Historicamente, a maternidade foi construída como o ideal máximo da mulher, representando um caminho para alcançar a plenitude e a realização da feminilidade, além de vincular um sentido de abnegação e sacrifícios. Nas últimas décadas do século XVIII, e principalmente no século XIX, as mulheres assumiram dedicação integral aos filhos e responsabilidade pelo espaço privado da família. Surge, assim, a representação social de devotamento e sacrifício inerentes à maternidade, que passa a ser vista como um sofrimento voluntário e indispensável para a mulher (BORSA; FEIL, 2008).

Contudo, o aparecimento dos métodos contraceptivos e a entrada da mulher no mercado de trabalho, o divórcio e a chance de estabelecer novas relações amorosas contribuíram para o declínio do tradicional modelo familiar, com alterações significativas na vida pública e privada. Nesse contexto, pesquisadores (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2009), afirmam que ocorreu a *reinvenção do feminino*, que permitiu à mulher assumir “novos papéis e novos desafios”.

Devido aos fatores supracitados e ao aumento da expectativa de vida, ao advento das técnicas de reprodução assistida, ao aumento dos anos de estudo, ao competitivo mercado de trabalho, que exige qualificação profissional, e à demora pela estabilidade profissional, as mulheres retardaram cada vez mais o nascimento do primeiro filho (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013).

Apesar dos novos papéis que vêm ocupando na sociedade contemporânea, a imagem associada à mulher-mãe ainda é muito valorizada e a maternidade continua sendo idealizada e compreendida como um salto qualitativo para a vida da mulher (BARBOSA; ROCHA-COUTINHO, 2009). Como apenas a mulher pode engravidar, a maternidade representa um traço absoluto que marca a diferença de gênero. Dessa forma, tal diferença contribui para a ideia de que um filho, esperado pelas mulheres, pelos parceiros e pelo entorno familiar e social, significa a confirmação da feminilidade. Portanto, gerar um filho traz um significado muito importante para a mulher (LEITE; FROTA, 2014).

Por isso, a possibilidade de não engravidar, devido a algum fator intrínseco ou mesmo por uma doença, pode ferir e desestruturar a representação da autoimagem feminina, uma vez que costuma afetar a maneira como as mulheres se sentem a respeito de si mesmas. Dessa forma, essas mulheres, muitas vezes, se sentem culpadas e inferiores devido à impossibilidade de cumprir esta função esperada e cobrada pela sociedade (LEITE; FROTA, 2014).

O desenvolvimento de uma doença, como é o caso do câncer de mama, pode comprometer a construção fundamental da existência feminina que é ser mãe (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). O câncer de mama provoca um comprometimento da função social do corpo da mulher, visto que a mama se associa a papéis da identidade feminina, como a sexualidade, a feminilidade e a maternidade, diante da possibilidade exclusivamente concedida à mulher do ato da amamentação (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). Assim como a mama, a gravidez se associa à construção dos papéis femininos “(...) *ela não é apenas um evento biológico (...) suscita significados culturais que apontam para uma importante transição do status social de 'mulher' para o de 'mãe'*” (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Por conta desses significados importantes para a identidade feminina, a infertilidade, que pode ser ocasionada pelos tratamentos do câncer de mama, é para a mulher um fator de angústia. E, em algumas sociedades, a “mulher estéril” é vista como uma pessoa frustrada e socialmente “incompleta” (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Assim, com relação ao câncer de mama e à maternidade, autores destacam que os tratamentos, incluindo a quimioterapia e a hormonioterapia podem induzir à amenorreia e à infertilidade nas mulheres em idade reprodutiva e, aquelas que não desenvolvem amenorreia durante o tratamento, podem apresentar menopausa precoce e infertilidade durante o seguimento oncológico. Além disso, discorrem que muitas dessas mulheres optam por programar a primeira gravidez após os 30 anos e destacam que um elevado número de casos deste câncer é diagnosticado na fase de planejamento familiar destas mulheres, ou seja, tem sido feito com relativa frequência, em pacientes em idade jovem, aquelas que ainda não constituíram sua prole (RICCI et al., 2007).

Estudo nacional, realizado em 2012, apontou que casos novos de câncer de mama durante a menacme (período fértil da mulher) ocorrem em 10 a 20%, e que entre 3 a 8% das mulheres acometidas pela doença tornar-se-ão gestantes (MARTINS; LUCARELLI, 2012). Dessa forma, frente ao desejo de engravidar, costuma-se aconselhar às pacientes que desenvolveram câncer de mama em idade precoce, sem sua prole constituída, a obedecer um intervalo de dois anos entre o tratamento da doença e a gravidez subsequente, quando o exame histopatológico dos gânglios dissecados axilares for negativo. No entanto, muitas mulheres são advertidas para não engravidar após o tratamento de câncer de mama, pois a gravidez poderá gerar alterações endocrinológicas que afetam os níveis de estrogênio, progesterona, hormônio do crescimento e fatores imunológicos (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005), além de aumentar o risco de teratogenicidade, perdas fetais, prematuridade e restrição de crescimento, causados por alguns tratamentos (MARTINS; LUCARELLI, 2012).

Mesmo assim, tais recomendações, apoiadas em pesquisas epidemiológicas e genéticas, bem como na prática médica, nem sempre são seguidas pelas jovens mulheres que tiveram câncer de mama e que almejam uma gravidez, mesmo após o tratamento, confirmando a importância da maternidade, de gestar e de amamentar para o universo feminino (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Assim, algumas mulheres jovens que foram acometidas pelo câncer de mama não abdicam do objetivo de se tornarem mães, pois dessa forma se sentem completas e enxergam na maternidade uma forma de enfrentamento da doença, e até mesmo uma possibilidade de cura:

A gravidez está em sua mente como algo a ser conquistado, como um objetivo fundamental a ser alcançado para que ela possa sentir-se plena e realizada. Esse é seu papel de mulher. A gravidez, além de ser uma forma de completar a mulher, também pode ser vista como a cura do câncer de mama (...) Um filho (...) traz momentos de prazer e felicidade (...) dá coragem (...) para (...) vencer (MARTINS; LUCARELLI, 2012).

1.4 O corpo e a mulher jovem com câncer de mama

[...] à experiência do homem é dado um corpo que é seu corpo - fragmento de espaço ambíguo, cuja espacialidade própria e irreduzível se articula com tudo com o espaço das coisas [...] O modo de ser da vida, aquilo mesmo que faz com que a vida não exista sem me prescrever suas formas, me são dados, fundamentalmente, por meu corpo [...] (FOUCAULT, 1966, p. 331).

O corpo, para Foucault (1966), filósofo francês do século XX, também historiador das ideias e teórico social, é o veículo pelo qual o homem pode perceber o mundo ao seu redor e se articular com o mesmo.

É através do corpo que o ser humano interage com o mundo e, através dessa interação, produz sentido, inserindo-o em um espaço social e cultural. Ao mesmo tempo em que, com seu corpo, o indivíduo produz sentido e também integra à rede de sentidos do grupo social do qual faz parte. Dessa forma, é por meio do corpo que o ser humano experiencia o mundo externo e interno e, é a partir dessa interação que o corpo se modifica (TAVARES; CUNHA, 2003).

A representação mental do corpo dada pelo indivíduo, por meio do seu contato com o mundo, tem sido apresentada como base do conceito de *imagem corporal* (TAVARES; CUNHA, 2003). Antes de definirmos *imagem corporal*, é importante entender o que é a *imagem do corpo*, conceito anterior ao de *imagem corporal*. A *imagem do corpo* é entendida como “a imagem que formamos do nosso corpo em nossa mente, ou seja, o modo como o nosso corpo se apresenta para nós” (SCHILDER, 1981).

A partir dessa conceituação, podemos compreender que o conceito de *imagem corporal* está ligado ao significado dos termos *imagem mental* e *imagem de corpo*. A *imagem mental* é definida como “a experiência subjetiva de como o mundo, em um dado instante, se apresenta para o sujeito” (TAVARES; CUNHA, 2003). Dessa forma, é a partir das imagens que se pode criar e trabalhar mentalmente com uma representação de objetos, pessoas e situações. A *imagem de corpo* ocorre através dos sentidos, do contato do sujeito com o meio externo, com as outras pessoas e pode ser influenciada por questões culturais e suas exigências com o corpo, que podem variar de uma sociedade para outra (TAVARES; CUNHA, 2003).

Assim, a imagem do corpo está relacionada com as experiências vividas através das trocas entre os sujeitos, e a *imagem corporal* passa a ser o retrato mental do sujeito, baseado em experiências, vivências e estímulos presentes, possível de modificações ao longo da vida do sujeito (TAVARES; CUNHA, 2003).

Segundo alguns estudiosos, a utilização do termo *imagem corporal* é uma forma de padronizar os diversos componentes que integram a imagem corporal. São eles: “*satisfação com o peso, satisfação corporal, avaliação da aparência, orientação da aparência, estima corporal, corpo ideal, padrão de corpo, esquema corporal, percepção corporal, distorção corporal e desordem da imagem corporal*” (DAMASCENO et al., 2006; THOMPSON; COOVERT; STORMER, 1999). E o processo de formação da imagem corporal pode ser influenciado por fatores distintos como: sexo, idade, meios de comunicação; além da crença, valores e atitudes que fazem parte de determinada cultura (DAMASCENO et al., 2006).

É importante salientar que as relações com o corpo, atualmente, têm sido amplamente influenciadas por diversos fatores socioculturais (DAMASCENO et al., 2006). O ser humano tem vivenciado um forte investimento sobre o corpo, uma vez que “a busca pela perfeição da forma física parece universal”, ou seja, a busca pelo corpo ideal (AMARAL et al., 2010).

A mídia, a família e os amigos condicionam os indivíduos a cuidar de seus corpos o que acaba por direcionar os mesmos a desejos, hábitos, cuidados (DAMASCENO et al., 2005), além de, nas últimas décadas determinar a busca da “anatomia ideal” (LABRE, 2002). Tais fatores conduzem homens e mulheres a apresentarem preocupações, insatisfações e descontentamentos com a imagem corporal (DAMASCENO et al., 2006), caso esse ideal de beleza não seja alcançado (AMARAL et al., 2010; DAMASCENO et al., 2005).

Segundo Oliveira e Pelloso (2004), o conceito de padrão de beleza é culturalmente construído e está associado à imagem corporal, remetendo à ideia de poder e mobilidade social, e os meios de comunicação têm se tornado um poderoso condutor dos ideais socioculturais relacionados a esse ideal de beleza. Estudiosos ainda discorrem que tem sido observado que as revistas de moda, por exemplo, em sua grande maioria, apresentam em seus conteúdos mulheres em sua maioria jovens, altas e extremamente magras, enrijecidas, difundindo, assim, um ideal feminino de beleza (DAMASCENO et al., 2006; THOMPSON; SMOLAK, 2001; THOMPSON, 1990, 1996). Dessa forma, a beleza e a juventude tornaram-se uma qualidade fundamental, o que pode acarretar insatisfação diante do fato de tais ideais de beleza não serem alcançados, e isso se dá, principalmente entre as mulheres (MELO; OLIVEIRA, 2011; SILVA; SAENGER; PEREIRA, 2011).

Os problemas com a imagem corporal ocorrem quando há uma acentuada diferença entre a imagem corporal projetada pela mente do indivíduo, muitas vezes influenciada pelos fatores supracitados, com as expectativas depositadas em si mesmo, principalmente quando ocorre a ruptura dessa imagem devido à alguma doença (SCHILDER, 1981).

Corroborando o que foi descrito acima, Kebbe (2006) afirma que:

Quaisquer alterações que comprometam o corpo, especialmente as partes mais valorizadas culturalmente, levam o sujeito à inadaptação individual e social, pois as expectativas nele investidas, quer seja pelo próprio indivíduo ou pelas pessoas com os quais convive, necessitam ser repensadas e reajustadas (KEBBE, 2006).

Tavares e Cunha (2003) ainda ressalta que, “[...] a imagem corporal é considerada importante, um elemento real e mutável, passível de se desenvolver, vulnerável aos efeitos deletérios de traumas e doenças.”

No caso de mudanças da imagem corporal ocasionadas pelo câncer de mama, há que se considerar o simbolismo social e individual da mama feminina na sociedade, especialmente na ocidental.

O aspecto físico das mamas tem relação direta com a sensualidade e a vaidade por um corpo bonito, considerado relevante para as mulheres em nossa sociedade. A mama é tida como símbolo da beleza, feminilidade e sensualidade (ALMEIDA et al., 2015; SILVA et al., 2010), sendo importante ressaltar a importância da mama para as mulheres. Segundo Leal (2000),

Se a perda desse órgão, prescindível dentro do corpo conhecido pela medicina provoca tantos danos às mulheres, é porque há uma outra realidade onde ele tem significado e outro valor. Não se trata mais da mama, mas do seio que a recobre. Perdê-lo, para muitas, é como perder a vida, implica uma dor que ultrapassa as questões médicas (LEAL, 2000).

Além disso, estudo realizado recentemente demonstrou uma enorme preocupação da mulher jovem com câncer de mama com a sua imagem corporal, tendo a mama uma importância fundamental para essa imagem, assim como, para sua identidade e sensualidade (ALMEIDA et al., 2015; SILVA et al., 2010).

Sabemos que o tratamento cirúrgico traz consigo todo um estigma para a mulher, mas além dele os outros tratamentos como quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia, também acarretam a ela consequências físicas e emocionais importantes como alopecia, náuseas, vômitos, mucosite, nefro, cárdio e hepatotoxicidade, fadiga, anorexia, ganho de peso, neutropenia, ansiedade, estresse, depressão, consequências essas que afetam a autoestima e

autoimagem da mulher, principalmente a mulher jovem (ALMEIDA et al., 2015; BRASIL, 2011).

Dessa forma, o câncer de mama pode afetar a saúde física e emocional das mulheres jovens, tema deste presente estudo, desencadeando estresse psicossocial, espiritual e físico, como o medo de recorrência da doença e da morte, mudanças no corpo, redução da feminilidade e da sexualidade (PANOBIANCO et al., 2012).

1.5 Justificativa do estudo

Estudos sobre mulheres jovens com câncer de mama ainda são escassos, tendo sido encontrados poucos artigos que discorressem sobre esta temática, principalmente no que se refere à vivência do câncer de mama para as mulheres jovens. E levando-se em consideração todas as modificações físicas e psicossociais que o câncer de mama pode acarretar na vida da mulher jovem, acreditamos que identificar as necessidades e expectativas apresentadas por esse grupo de mulheres, principalmente no que se refere ao trabalho, maternidade e imagem corporal, poderá contribuir para um cuidado mais eficaz, humanizado e holístico a elas, difundir o conhecimento para outros segmentos da área da saúde, trazer subsídios para outras produções científicas e alertar para a importância da detecção precoce da doença, especialmente em mulheres jovens.

2 Objetivo

Compreender o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens, com relação:

- ao Trabalho,
- à Maternidade;
- à Imagem corporal.

3 Bases teórico-metodológicas

Um método reúne uma gama de técnicas por meio das quais pode-se conhecer dada realidade, gerar certo objeto ou desenvolver procedimentos ou comportamentos (OLIVEIRA, 1999). O método científico é caracterizado pela apuração de procedimentos sistemáticos utilizados para descrever e explicar determinada realidade e sua escolha deve basear-se em dois critérios básicos: “a natureza do objetivo ao qual se aplica e o objetivo que se tem em vista no estudo” (FACHIN, 2001). Dessa forma, a eleição de determinado tipo de pesquisa a ser utilizada em um estudo deve ser definida pela natureza do problema. Este problema, assim, deve ser pertinente ao objetivo da investigação e deve reunir elementos teóricos para a análise dos dados (MINAYO; SANCHES, 1993; POPE; MAYS, 2009).

3.1 Escolha da Abordagem

A abordagem qualitativa, contemplada no presente estudo, tem sido frequentemente utilizada em trabalhos científicos voltados para a compreensão da vida humana em campos como sociologia, antropologia, psicologia, dentre outros das ciências sociais (DENZIN; LINCOLN, 2000). Pesquisas de natureza qualitativa abarcam uma grande variedade de materiais empíricos, que podem ser, por exemplo, estudos de caso, experiências pessoais, histórias de vida, produções e artefatos culturais, interações, enfim, materiais que descrevam a rotina e os significados da vida humana. Autores destacam que dados de natureza qualitativa são fontes de descrições ricas que permitem a preservação dos fluxos cronológicos, identificados como achados inesperados, que sejam revistos modelos conceituais; enfim, esses dados são vivazes, e acabam por envolver o público ao qual se apresentam, devido à riqueza de interpretações que eles possibilitam (MILES; HUBERMAN, 1994).

O presente estudo utilizou o Interacionismo Simbólico (IS) como referencial teórico e o Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como referencial metodológico, os quais estão inscritos no grupo das pesquisas qualitativas, isto é, no grupo das pesquisas que estudam os indivíduos em seus ambientes naturais e coletam dados sobre a experiência vivida por esses indivíduos. Esta experiência, por sua vez, está intimamente relacionada a significados, crenças, sentimentos, atitudes, valores e compreensões estabelecidos pelos indivíduos através de suas experiências com o mundo (MORSE, 2010).

3.2 Referencial Teórico: Interacionismo Simbólico

O interesse em compreender o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens fez com que optássemos pelo IS como referencial teórico, uma vez que essa abordagem possibilita compreender o significado da experiência de vida no contexto saúde-doença, além disso, essa abordagem considera que um fenômeno tem significado ligado de modo íntimo à interação social. Dessa forma, o fenômeno manifesta-se a partir da interpretação consciente, e passa a ter significado para a pessoa no momento em que ela toma consciência do mesmo, ou seja, quando esta pessoa o considera e reflete sobre o mesmo.

Acreditamos que ao oferecer a oportunidade às mulheres jovens de se expressarem sobre o significado da vivência do câncer de mama na relação com o trabalho, com a maternidade e com a imagem corporal, poderemos compreender a dimensão desse fenômeno para elas, na relação consigo mesmas, com os outros e com o mundo.

O IS entende que é na vida grupal, por ser um espaço de variados objetos e de construção de atitudes, que está a condição essencial para a consciência do indivíduo. Vale ressaltar que o comportamento humano é autogerido e manifesto, na significação simbólica e interacional, fato que permite ao ser humano planejar e coordenar suas ações em relação aos outros, além de conferir significado aos objetos que ele utiliza para realizar suas planificações (HAGUETTE, 1992).

Nesse referencial, o ser humano define e age na situação de acordo com as significações construídas, significações que surgem a partir da interação social e influem nas atitudes dos mesmos, nas organizações sociais e nas relações intra e interpessoais estabelecidas. Vale ressaltar que o significado atribuído a algo está diretamente relacionado à ação, tanto na forma como esta emerge quanto na influência deste contexto de interações (CHARON, 1989). Trata-se de uma perspectiva da Psicologia Social, sendo esta uma ciência social que retrata a ação do ser humano na relação com o mundo, com foco na natureza da interação, na dinâmica social entre as pessoas e, de acordo com estudiosos (BLUMER, 1969; CHARON, 1989; LITTLEJOHN, 1992) é a mais ampla perspectiva relacionada ao papel da comunicação em sociedade.

O IS originou-se com sociólogos clássicos americanos, primeiramente no trabalho de George Herbert Mead (1863 – 1931), psicólogo social e professor de filosofia, que foi influenciado pelo pragmatismo filosófico e pelo behaviorismo (CHARON, 1989). Reuniu ainda estudos de outras figuras americanas importantes, como John Dewey, W. I. Thomas, Robert E.

Park, William James, Charles Horton Cooley, Florian Znaniecki, James Mark Baldwin, Robert Redfield, e Louis Wirth (BLUMER, 1969; CONSUELO; LOPES, 2005). Autores e estudiosos desse referencial como Blanco (1988), Haguette (1995), Joas (1999) e Trezza (2002) são unânimes em considerar as contribuições advindas das obras de clássicos da Escola de Chicago, destacando o professor de filosofia George Herbert Mead, como seu principal pesquisador.

Mead fundamenta tal teoria a partir da descrição do comportamento humano, cujo dado principal é o ato social, configurado como “comportamento ‘externo’ observável e também como atividade ‘encoberta’ no ato” (CONSUELO; LOPES, 2005; HAGUETTE, 1992). Vale ressaltar que a maior influência deste estudioso foram as publicações de notas de seus alunos e seguidores, assim como a interpretação de seus trabalhos por vários sociólogos, especialmente por Herbert Blumer. A sua obra mais conhecida foi *Mind, Self and Society*, editada em 1934. Outras obras suas foram compiladas e editadas após a sua morte em 1931 (CHARON, 1989; CONSUELO; LOPES, 2005).

No entanto, foi Herbert Blumer, discípulo de Mead, quem criou o termo “interacionismo simbólico”, e colocou em evidência as principais perspectivas dessa abordagem (CONSUELO; LOPES, 2005; SAMPAIO, 2013). Segundo Sampaio (2013) o termo *interacionismo* vem da palavra interagir, vocábulo este formado etimologicamente pelo prefixo inter (que significa entre) mais o substantivo ação, ou seja, significa ação integrada. Simbólico vem do grego *symbolikós*, e do latim *symbolicu*, e significa “aquilo que tem caráter de símbolo”.

O IS, no que se refere ao estudo da experiência humana, traz uma abordagem diferenciada, considerando a descrição do comportamento humano a partir do ato social. Esse ato social se dá através de duas dimensões: a dimensão da atividade manifesta, compreendida como comportamento externo observável e a dimensão da atividade encoberta, que se trata da experiência interna do indivíduo (BLUMER, 1969). Dessa forma, “o ser humano interage com o meio do qual faz parte, sendo ator e reator, inserido em uma sociedade composta de culturas que integram diversos valores e expectativas” (SAMPALIO, 2013).

A teoria de Mead foi responsável por apresentar três conceitos: mente, eu e sociedade. Tais conceitos interagem em um único processo de significação do fenômeno, e gera como unidade básica de análise o “ato social”. O “ato social” tem um conceito amplo que pode abranger a maioria dos processos psicológicos sociais; ele se dá quando o indivíduo coloca-se na posição do outro, identifica-se com ele e desenvolve a habilidade de responder aos seus próprios gestos. Esta habilidade permite que diferentes seres humanos respondam da mesma forma ao mesmo gesto e possibilita compartilhar experiências, além de incorporar o comportamento em si,

comportamento esse que é social e não meramente uma resposta dos outros. Assim, o ser humano responde a si mesmo da mesma forma que as outras pessoas lhe respondem, e ao fazer isso, passa a compartilhar a conduta de outras pessoas (BLUMER, 1969).

É importante salientar que, segundo Littlejohn (1992), estudioso deste referencial, os atos humanos se iniciam a partir de um impulso e envolvem a percepção e atribuição de significado, além disso, envolvem também repetição mental, ponderação de alternativas e consumação final.

Ao considerar este processo de significação, uma classe de objetos sociais é encontrada, denominados **símbolos**, que podem ser definidos a partir de seu uso. Tal objeto é utilizado intencionalmente para que haja a comunicação entre os indivíduos e do indivíduo consigo mesmo (MILES; HUBERMAN, 1994). Além disso, os **símbolos** representam aquilo que as pessoas concordam que eles poderiam representar e são usados de maneira intencional para que haja a comunicação entre os indivíduos e, também, do indivíduo consigo mesmo (CHARON, 1989; SAMPAIO, 2013).

Quando se trata do IS, o **símbolo** passa a ser o ponto central, por tanto objeto social utilizado pelo ator para representação e comunicação, ou seja, sem ele os seres humanos não conseguem interagir. Esta comunicação ocorre por meio de símbolos que possuem significados entre as pessoas e é através da interpretação deles que ocorre a interação social. Assim, o **símbolo** é utilizado como instrumento para pensar, comunicar e representar, e algo somente se torna simbólico quando expressa um significado, uma representação e/ou uma intencionalidade (MEAD, 1977).

Alguns autores (HAGUETTE, 1992; SAMPAIO, 2013; SIQUEIRA, 2012) destacam que Blumer propõe três premissas como base para que se compreenda o IS. A primeira delas é: o ser humano age com relação às coisas (objetos físicos, indivíduos, instituições, ideias e atividades da vida cotidiana) de acordo com o sentido que elas têm para ele; a segunda: o sentido das coisas surge a partir da interação social que o indivíduo estabelece com outros; e a terceira e última: o sentido é manipulado e modificado por meio de um processo interpretativo que o indivíduo utiliza quando trata as coisas que encontra.

É a partir disso que este referencial teórico atribui destaque à natureza da interação ao invés de focar apenas no indivíduo e suas características de personalidade ou estrutura social em si, como causa do comportamento humano, além disso, a dinâmica da atividade social que acontece entre as pessoas também é destacada. Assim, o ser humano passa a ser percebido como um ser ativo, já que a interação consiste nas suas ações em relação aos outros, ou seja, age, percebe, interpreta e retoma esta mesma ação. Dessa forma, o indivíduo é compreendido através

de sua ação no presente, que pode ser influenciada por situações que aconteceram no passado, e também pela interação do presente, espaço no qual suas perspectivas são construídas, transformadas e recolocadas nesta interação, e a partir daí concebe a comunicação (CHARON, 1989; SIQUEIRA, 2012). O ser humano é ativo na sua experiência, visto que, à medida que interage, age no presente influenciado pelo que está passando, e aplica aspectos que vivenciou no passado (CHARON, 1989). Ou seja, o indivíduo constrói uma percepção pessoal do mundo baseada na realidade social desenvolvida por meio da interação com os outros (CHARON, 1989; SIQUEIRA, 2012).

Segundo Blumer (1969), para que haja tal comunicação, é necessário que o indivíduo possua o ego, definido como *self*, que representa a resposta do organismo diante de si mesmo e dos outros. É importante salientar que o ser humano pode se tornar objeto de suas ações dentro da sociedade, e isto gera uma comunicação consigo mesmo a todo tempo. Além disso, o *self* também é formado por definições feitas por outros que podem servir de referencial para que a pessoa possa olhar a si mesma.

O *self* é representado a partir de duas fases diferentes: o “eu”, que é onde se iniciam os atos antes que ele seja submetido ao controle das definições e expectativas dos que o cercam, e corresponde à reação diante das atitudes dos outros e o “mim”, que vem a ser as atitudes organizadas dos outros, as quais o indivíduo passa a adotar para si mesmo. Assim, o “eu” dá propulsão para o ato e o “mim”, a orientação e direção (CHARON, 1989).

Outro conceito importante do IS é a **mente**. É ela quem possui o mecanismo de controle sobre os símbolos, e aparece no processo social quando o mesmo está presente na experiência do indivíduo. Para Mead (1977), quando há interação, o indivíduo passa a ser autoconsciente e a desenvolver a **mente**. Este mesmo indivíduo, a partir disso, começa a conhecer suas relações e as relações de outros que estão envolvidos na mesma situação com ele, interagindo e reagindo, possibilitando que ele conheça melhor a si e aos outros. Tal fato é denominado de interação social, e pode ocorrer pela “comunicação do gesto” ou pelo uso de “símbolos significantes” (BLUMER, 1969).

É importante salientar que para Blumer (1969), o significado das coisas, eventos e fenômenos aparece como resultado de orientações psicológicas internas dos indivíduos, e este resultado é o produto da vida social. Dessa forma, o fenômeno só poderá ter significado a partir da interação dos seres humanos.

A perspectiva do IS tem sido utilizada na área de enfermagem com a finalidade de compreender os significados que o indivíduo atribui às situações vivenciadas por ele,

reconhecendo a importância da linguagem do discurso, assim como da linguagem simbólica de seu comportamento (CARVALHO et al., 2007).

De acordo com essa perspectiva, os indivíduos tentam atribuir sentidos aos fatos inerentes de sua realidade, levando em conta sua própria interpretação e interação, ressaltando que suas vivências são plenas de valores e significados. Ao vivenciar o presente, o indivíduo é influenciado pelas experiências do passado, do presente e do futuro (CARVALHO et al., 2007; SAMPAIO, 2013).

Assim, ao entrevistar mulheres jovens com câncer de mama, considerando essa perspectiva, elas expressaram e interpretaram o significado da vivência desta doença, no que se refere ao trabalho, à maternidade e relação com os filhos, e à sua imagem corporal.

3.3 Referencial Metodológico: Discurso do Sujeito Coletivo

Entre os vários métodos de coleta e análise de dados qualitativos, encontram-se: teoria fundamentada nos dados, narrativa, entrevista etnográfica, observação participante, estudos de caso, discurso do sujeito coletivo, entre outros. Para este estudo, cujo enfoque é o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens com relação ao trabalho, à maternidade e à imagem corporal, adotamos o método do DSC como técnica para a organização dos dados e posterior análise.

O DSC é um método e técnica de processamento e de organização de dados qualitativos de natureza verbal, obtidos por meio de depoimentos, que permite a padronização, além de propiciar que os dados sejam agregados e analisados (BENEDETT, 2013).

Essa técnica foi desenvolvida pelos professores Fernando Lefrève e Ana Maria Cavalcanti Lefrève, da Universidade de São Paulo, também fundadores do Instituto de Pesquisa do Discurso do Sujeito Coletivo. Esses professores consideram que o DSC é “um método de avaliação quanti-qualitativo que possibilita a reconstrução da estrutura subjacente ao discurso coletivo de uma população escolhida para que as pessoas expressem suas ideias sobre um tema” (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2006).

Além disso, estes estudiosos acrescentam que o DSC:

(...) é uma modalidade de apresentação de resultados de pesquisa qualitativa sobre forma de depoimentos como matéria prima (...) de um ou vários discursos síntese escritos na primeira pessoa do singular (...) que visa expressar o pensamento de uma coletividade, como se esta coletividade fosse o emissor de um discurso (...) (LEFRÈVE et al., 2002, p. 70).

O DSC é uma técnica destinada a fazer “a coletividade falar diretamente”, ou seja, é um discurso-síntese construído a partir de fragmentos de discursos que tenham sentido semelhante. Esses fragmentos são organizados a fim de se conseguir um conjunto de discursos-sínteses e resgatar o sentido das opiniões coletivas, com a finalidade de se conseguir reunir uma determinada ideia sobre algum fenômeno que esteja sendo estudado (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2006).

Dessa forma,

O sujeito coletivo se expressa, então, através de um discurso emitido no que se poderia chamar de primeira pessoa (coletiva) do singular. Trata-se de um eu sintático que, ao mesmo tempo em que sinaliza a presença de um sujeito individual do discurso, expressa uma referência coletiva na medida em que esse eu fala pela ou em nome de uma coletividade. Esse discurso coletivo expressa um sujeito coletivo, que viabiliza um pensamento social: como afirma Geertz, ‘a sociedade ou as culturas podem ser lidas como um texto’ (GEERTZ apud LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003, p. 16).

Ao dizer que um indivíduo ou coletividade tem determinado pensamento sobre algum tema, pode-se dizer que ele pode produzir um ou vários discursos a respeito deste tema. Segundo os estudiosos deste referencial metodológico (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003), quando algo que as pessoas dizem é um pensamento, uma ideia, uma opinião, este “algo” é sempre um discurso. A partir disso entende-se que os pensamentos de indivíduos e coletividade serão descritos de maneira mais coerente se coletados, processados e apresentados em forma de discurso, visto que os pensamentos pertencem à ordem do discurso.

O processo para a construção dos DSCs envolve a identificação de figuras metodológicas, designadas como: *expressões-chave (ECH)*, *ideias centrais (IC)* e *ancoragem*. As *ECH* são fragmentos do discurso, destacados pelo pesquisador, em cada depoimento; é a partir delas que a essência do conteúdo do discurso pode ser vislumbrada. Já as *IC* descrevem de maneira mais assertiva os sentidos presentes nas *ECH* e também no conjunto de discursos (que possuem sentidos semelhantes) de diferentes sujeitos, além disso, as *IC* também desempenham o papel de discriminar e classificar as *ECH*, o que permite identificar e distinguir os vários sentidos ou posicionamento contidos nos depoimentos. As *ancoragens* são expressões sintéticas que descrevem as ideologias, os valores e as crenças presentes nos depoimentos individuais, que são tidos como afirmações genéricas que surgem a partir de circunstâncias particulares (CAMARGO, 2013; LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005).

Dessa forma, no DSC, diversos conteúdos e opiniões podem compor um mesmo posicionamento. Além disso, segundo Lefrève e Lefrève (2005), há a possibilidade de um

mesmo indivíduo apresentar mais de uma ideia central em distintos depoimentos, e enfatizam que ideias diferentes devem ser tratadas como distintos depoimentos.

Assim, a opinião individual de cada depoimento é preservada, visto que o objetivo não é desenvolver uma soma matemática de fragmentos, mas sim um discurso coletivo que indique um posicionamento. Por tanto, o DSC é um discurso-síntese delineado na primeira pessoa do singular e formado pelas expressões-chave que possuem a mesma ideia central ou ancoragem (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003, 2005).

Para o DSC, o sujeito coletivo se constitui em uma tentativa de reconstituir um sujeito que, enquanto pessoa coletiva, esteja, ao mesmo tempo, falando como se fosse indivíduo e veiculando uma representação com conteúdo ampliado (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2006):

A proposta do Discurso do Sujeito Coletivo (DSC) como forma de conhecimento ou redução da variabilidade discursiva empírica implica um radical rompimento com essa lógica quantitativo-classificatória, na medida em que busca resgatar o discurso como signo de conhecimento dos próprios discursos (...) os discursos dos depoimentos não se anulam ou se reduzem a uma categoria comum unificadora já que o que se busca fazer é reconstruir, com pedaços de discursos individuais, como em um quebra cabeça, tantos discursos-síntese quantos se julguem necessários para expressar uma dada 'figura', ou seja, um modo de pensar ou representação social sobre um fenômeno (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2005, p. 19).

É importante ressaltar que o DSC exige um rigor científico que visa a contemplar a discursividade, própria do pensamento coletivo, a fim de preservá-la durante toda a pesquisa, desde a coleta até a apresentação dos resultados:

“(...) dizer que o DSC é uma fala social não significa, é claro, a ausência do pesquisador como instância organizadora e produtora dessa fala (...) produzir o sujeito social ou coletivo do discurso e o discurso coletivo correspondente, fazendo o social falar como se fosse um indivíduo. E, isso não é por um passe de mágica, nem a partir de uma instância científica supostamente transcendente, mas como manda o rigor científico, utilizando procedimentos explícitos, transparentes, padronizados (...) construindo-se a fala social com o material empírico proveniente de falas dos indivíduos, buscando, nas ideias centrais e nas expressões-chave, coincidentes ou semelhantes de discurso efetivamente existentes, um discurso compartilhado” (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003, p. 29).

Um grande número de pesquisas qualitativas no campo da saúde vem utilizando a aplicação da técnica do DSC e, sua aplicação, tem demonstrado eficácia para o processamento e expressão das opiniões coletivas. Dessa forma, o DSC passa a ser uma proposta de reconstituição de um sujeito coletivo, na forma de discurso manifestado na primeira pessoa do singular (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2006).

Ao utilizar o método de DSC cria-se a possibilidade de condições mais favoráveis para se verificar como os sujeitos veem e vivenciam o objeto em questão. Assim, neste estudo, diante da construção dos discursos foi possível compreender o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens, tendo como base o IS.

3.4 Contexto Social do Estudo

3.4.1 Ambulatório de Mastologia do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HCFMRP/USP)

No referido ambulatório são realizadas consultas, procedimentos diagnósticos, acompanhamento de mulheres que tiveram diagnóstico de câncer de mama ou ginecológico, nas diversas fases da doença. É oferecido atendimento multiprofissional, com médicos ginecologistas, oncologistas clínicos, mastologistas, enfermagem, psicologia e serviço social. O atendimento se dá às segundas e quartas-feiras, pela manhã.

Anualmente, são atendidas cerca de 1.600 mulheres com câncer de mama que realizam seguimento no referido ambulatório, somando em torno de 150 casos novos, e 200 retornos por semana, de mulheres que terminaram ou estão realizando o tratamento. Em relação ao diagnóstico tardio do câncer de mama, cerca de 50 mulheres (casos novos) são diagnosticadas nos estágios III e IV e a sobrevida daquelas com diagnóstico tardio é de aproximadamente 60%, em cinco anos.

O número de mulheres com idade até 40 anos com diagnóstico de câncer de mama é de 220, nos últimos dezessete anos, e vem aumentando ultimamente, segundo informações do médico, docente do HCFMRP/USP e responsável pelo Ambulatório de Mastologia.

3.4.2 Núcleo de Ensino, pesquisa e assistência de mulheres mastectomizadas (REMA)

Este estudo também foi desenvolvido no Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA), da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP). O REMA foi criado em 1989, por docentes da EERP/USP, com o intuito de oferecer à mulher com câncer de mama, o apoio necessário à sua

reabilitação integral, abordando os aspectos físicos, emocionais e psicossociais, oferecidos por uma equipe multiprofissional. Neste serviço, as mulheres recebem atendimento multiprofissional e realizam atividades que as ajudam a superar as sequelas da doença. A reabilitação física se faz por meio de exercícios para prevenção e controle de linfedema e de limitações de amplitude de movimentos de braço e ombro, drenagem linfática, enfaixamento, estimulação elétrica de alta voltagem. Já a reabilitação emocional e social se dá por meio dos grupos verbais, nos quais elas encontram espaço para troca de experiências e solução de dúvidas a respeito do adoecer por câncer, assim como pela sua participação em passeios e eventos comemorativos, organizados pela equipe e pelas usuárias. O núcleo funciona nas dependências da EERP/USP, às segundas, quartas e sextas-feiras, das 7:30 às 12 horas.

Segundo dados do REMA, a média de atendimentos por dia neste serviço é de 38,4 mulheres. Quanto à quantidade de mulheres que frequentam este serviço anualmente, foram cadastradas 216 mulheres, de fevereiro de 2012 a junho de 2013. Além disso, o núcleo atendeu um total de 158 mulheres jovens com câncer de mama nos últimos cinco anos.

O HCFMRP/USP e o REMA foram escolhidos para a realização do estudo por se tratarem de locais nos quais era possível manter contato com mulheres que se enquadravam no perfil desta pesquisa.

3.5 Participantes do Estudo

Foram critérios de inclusão do estudo: mulheres com idades entre 18 e 40 anos, com até um ano do diagnóstico do câncer de mama e que estivessem sendo atendidas nos serviços supracitados. Já os critérios de exclusão foram: mulheres que não pudessem se expressar individualmente e mulheres com metástase.

O número de participantes não foi pré-determinado. Para a abordagem qualitativa, o critério fundamental não é o quantitativo e, sim, sua possibilidade de incursão (MINAYO, 1994)

Vale ressaltar que muitas pacientes jovens com câncer de mama, em atendimento no Ambulatório de Mastologia do HCFMRP/USP não foram incluídas no estudo porque apresentavam metástases. Aquelas que se enquadravam nos critérios de inclusão foram contactadas por via telefônica, mas em muitos casos o número de telefone informado no prontuário não completava a ligação ou estava desligado. No REMA, todas as mulheres jovens

que contemplavam os critérios de inclusão foram convidadas e aceitaram participar desta pesquisa.

3.6 Procedimento para coleta de dados

Para início da coleta dos dados, que ocorreu de fevereiro de 2014 a janeiro de 2015, foram selecionadas, por meio dos prontuários (Ambulatório de Mastologia do HCFMRP/USP) e banco de dados (REMA), mulheres com idades entre 18 e 40 anos, com até um ano do diagnóstico do câncer de mama e que estivessem sendo atendidas nestes serviços.

O tempo de diagnóstico de até um ano justifica-se pelo fato de que as informações coletadas sobre o significado da vivência do câncer de mama e seus tratamentos, para a mulher jovem, poderiam ser lembradas com mais precisão pelas entrevistadas, uma vez que seriam mais recentes.

Nesse sentido, segundo a Sociedade Brasileira de Mastologia, tratamentos complementares à cirurgia da mama, bastante utilizados, como a quimioterapia e a radioterapia, têm duração média de cinco a seis meses (com um máximo de 12 meses) e de três a seis semanas, respectivamente. Estudos relatam que há comprometimento das funções físicas, emocionais e sociais, principalmente em vigência do tratamento e logo após o mesmo (CONDE et al., 2006; FANGEL et al., 2013; SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA, 2001).

No Ambulatório de Mastologia do HCFMRP/USP, foram consultados os prontuários das mulheres no dia anterior à consulta de retorno das mesmas. Aquelas que contemplaram os critérios de inclusão foram contatadas por meio telefônico e convidadas a participar do estudo. Para as que concordaram em participar, foi agendado dia, hora e local de preferência da mulher para que fosse realizada a entrevista; além disso, assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), por meio do qual foram informadas sobre o objetivo do estudo, ressaltando sua forma de participação que foi voluntária. Foi assegurado sigilo de suas identidades, direito à recusa e a possibilidade de interromper sua participação na pesquisa a qualquer momento, sem que houvesse qualquer tipo de prejuízo à sua pessoa e/ou tratamento.

No REMA, também foram consultados os prontuários das mulheres e, aquelas que contemplaram os critérios de inclusão, foram abordadas após o atendimento no referido núcleo e convidadas a participar do estudo. Para as que concordaram em participar, foi agendada entrevista nos dias de atendimento do REMA, após as atividades do mesmo, durante às segundas, quartas e sextas-feiras, ou foi agendada para outro dia, horário e local da preferência da mulher.

Dessa forma, 13 mulheres que contemplavam os critérios de inclusão deste estudo foram convidadas a participar do mesmo. Uma foi excluída, pois após o início da entrevista referiu que não tinha câncer de mama, mas um linfoma. Assim, participaram 12 mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama, todas realizando algum tipo de tratamento para o câncer de mama, sendo que cinco (41,67%) estavam sendo atendidas apenas no Ambulatório de Mastologia do HCFMRP/USP, e sete (58,33%) participavam do REMA.

Dessa forma, em local reservado e que mantivesse a privacidade das mulheres, estas responderam às perguntas de um formulário com questões sobre dados pessoais (idade, naturalidade, ocupação, estado civil, religião, história de câncer na família, quando/como percebeu alteração nas mamas, quando procurou o serviço de saúde, quando realizou mamografia/ultrassonografia e/ou biópsia, data do diagnóstico de câncer de mama e quais tratamentos já foram realizados, quantas gestações teve, quando foi a primeira menstruação, se tem vida sexualmente ativa e com que idade iniciou a atividade sexual). Após, foi realizada uma entrevista aberta, com questões norteadoras sem, no entanto, restringi-las ou fixá-las, visto que é importante que o pesquisador mantenha uma estrutura que permita às participantes reconstruir sua experiência dentro do contexto de suas vidas (SEIDMAN, 1991).

As entrevistas foram finalizadas no momento em que os dados empíricos possibilitaram a compreensão do fenômeno (MINAYO, 1994).

Todas as entrevistas foram gravadas e transcritas na íntegra para início imediato da codificação dos dados. As questões abertas que direcionaram o ponto do estudo a ser explorado foram:

- 1- “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho?”
- 2- “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação à maternidade?”
- 3- “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação à sua imagem corporal; como você vê o seu corpo após o câncer de mama? O que você sentiu? Como você se enxerga olhando no espelho?”.

Para saber o que uma pessoa ou um conjunto de indivíduos pensa sobre determinado assunto é preciso perguntar de maneira que tais pessoas manifestem um pensamento, ou seja, expressem um discurso, e isso só pode ser feito por meio de questões abertas. A questão fechada não permite a expressão do pensamento, mas sim a adesão a um pensamento preexistente (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003).

Antes da aplicação, tanto o formulário quanto as questões abertas da entrevista foram submetidos à avaliação de dois juízes, ou seja, profissionais de saúde que prestam assistência às mulheres com câncer de mama (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003).

3.7 Aspectos éticos

Considerando o envolvimento de seres humanos, o protocolo de pesquisa foi apreciado, acompanhado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), instituição proponente do estudo (protocolo 22495813.8.0000.5393) (ANEXO A), bem como pelo comitê de ética em pesquisa da instituição coparticipante, HCFMRP/USP (ANEXO B) e foram respeitados os procedimentos éticos para pesquisas com seres humanos, contidos na resolução 466/12, do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012) e observância dos cuidados éticos das pesquisadoras. O Chefe do Ambulatório de Mastologia do HCFMRP/USP (ANEXO C) e a coordenadora do Núcleo de Ensino, Pesquisa e Assistência na Reabilitação de Mastectomizadas (REMA) da EERP/USP (ANEXO D) aprovaram o desenvolvimento do projeto na referida unidade.

Foram elaborados os TCLE em linguagem apropriada à população alvo e foi cuidadosamente respeitado o processo de obtenção do consentimento para cada um dos participantes (APÊNDICE A). O processo de obtenção do consentimento foi finalizado com a assinatura dos Termos.

As participantes do estudo foram identificadas com a letra E de “entrevista” e os algarismos arábicos, conforme a ordem de realização dos convites para participar do presente estudo (E1, E2, E3...E12).

3.8 Análise dos dados

Os dados empíricos deste estudo foram analisados à luz do IS, utilizando-se a técnica do DSC e a Análise de Conteúdo temática. É importante ressaltar que a análise qualitativa de dados é um fenômeno que se caracteriza por ser um processo indutivo cujo foco é a fidelidade ao cotidiano de vida dos sujeitos, estando baseada nos mesmos pressupostos da chamada pesquisa qualitativa (ALVES; SILVA, 1992).

3.8.1 Técnica do Discurso do Sujeito Coletivo

A técnica do DSC para análise dos dados empíricos, após todas as entrevistas terem sido coletadas, gravadas e transcritas consistiu nos seguintes processos:

A) Tabulação dos dados

A tabulação dos dados é formada por seis passos que, segundo os criadores deste método (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003) devem ser rigorosamente seguidos para que sejam construídos os DSCs.

O primeiro passo é a análise isolada das questões. Se o estudo possui uma ou mais questões, primeiramente deve ser analisada a primeira questão de todos os sujeitos entrevistados; na sequência, a segunda questão e assim sucessivamente (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003).

Este estudo foi composto de três questões, conforme disposto no *Procedimento de Coletas de Dados*, e cada uma delas foi analisada isoladamente.

Para iniciar a tabulação dos dados, faz-se necessário o uso do *Instrumento de Análise de Discurso 1 (IAD1)* (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003), que se trata de um quadro formado por caselas onde são dispostas às expressões-chave, ideias centrais e ancoragem. (Quadro 1).

Quadro 1 - Instrumento de Análise de Discurso 1

EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS	ANCORAGEM

Cada questão tem o seu IAD1. Assim, seguindo as orientações dos autores desta técnica (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003), o primeiro passo consistiu em copiar, integralmente, o conteúdo de todas as respostas referentes à questão 1 no IAD1.

O segundo passo foi “*identificar e sublinhar, em cada uma das respostas, com uma cor determinada ou utilizando outro recurso gráfico, as expressões-chave das ideias centrais*”

e, quando houver, com outra cor ou utilizando outro recurso, as expressões-chaves das ancoragens” (LEFREVE; LEFREVE, 2003, p.48).

No *terceiro passo* as ideias centrais e/ou ancoragens foram identificadas a partir das ECH e colocadas nas caselas correspondentes. Diferentemente das IC, as ancoragens nem sempre estarão presentes nos discursos, e somente serão levadas em conta no método do DSC “quando estiverem concretas e explicitamente presentes nesses depoimentos, o que nem sempre acontece” (LEFREVE; LEFREVE, 2003, p. 50). No caso deste estudo as ancoragens não estiveram presentes.

O Quadro 2, apresentado abaixo é um exemplo de IAD 1 que se refere à primeira questão desta pesquisa, e ilustra os primeiros três passos da construção do DSC:

Quadro 2 - Exemplo de Instrumento de Análise de Discurso 1, referente à questão “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? O que significa para você o trabalho?”

EXPRESSÃO-CHAVE	IDEIA CENTRAL
<u>E1: eu fui trabalhar algumas vezes no meu serviço, chegava gente em mim. Teve uma cliente que me chocou, porque eu peguei e contei a minha história, e ela me perguntou: “C. como você está? Estou orando por você”. Eu disse: eu estou muito feliz, porque eu fico muito feliz por pessoas que estejam orando pela gente, porque eu acredito que quanto mais pessoas estejam orando eu creio que isso é positividade que está vindo para a minha vida. (...) aí eu via clientes que nem eram minhas que tinham a necessidade de vir próximo a mim e me contar, igual a outra que falou “C. fica tranquila, eu tive em meu estômago, e ele foi reconstruído há mais de dez anos e eu estou curada. Tem cura, é só você acreditar.” E todas essas pessoas que vinham me contar essa positividade me deixava feliz. (...)Eu sou Evangélica né? Eu conseguia, isso me fazia eu respirar, porque eu imaginava que era um surto dele do choque do acontecido, que a qualquer momento ele poderia perder a mulher dele com filho pequeno, com contas, porque eu ajudava muito o financeiro, então eu acho que juntou tudo, eu acho que ele quase ficou louco, eu acho que foi um surto.</u>	<p>Fato de estar com câncer no ambiente de trabalho</p> <p>O trabalho permite troca de experiência com quem tem uma história de câncer pessoal ou na família.</p> <p>Orações e boas vibrações/palavras de conforto dos colegas de trabalho agem positivamente no enfrentamento da doença.</p> <p>Formas de enfrentamento</p> <p>Marido ajuda nas tarefas domésticas, é exemplo de bom marido e bom pai o que ajuda na reabilitação</p>

Cabe citar que as IC são descrições do sentido que estão presentes nas ECH e não são consideradas interpretações.

No *quarto passo* as IC foram agrupadas juntos às que tinham um mesmo sentido, sentidos equivalentes ou ainda sentidos complementares e, em cada agrupamento foram marcadas as letras: A, B, C e assim, sucessivamente, conforme sugerem os autores.

No quinto passo, após denominar cada um dos agrupamentos por A, B, C, etc, foi criada a ideia central síntese, que consiste na melhor maneira possível de expressar todas as IC que tenham um mesmo sentido (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003).

O sexto passo é a construção do DSC.

B) Construção do Discurso do Sujeito Coletivo

Para a construção do DSC, no sexto passo, foi utilizado o Instrumento de Análise de Discurso 2 (IAD2), que consiste em um quadro composto pelas expressões-chave e o DSC (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003) (Quadro 3).

Quadro 3 - Instrumento de Análise de Discurso 2

EXPRESSÕES-CHAVE	IDEIAS CENTRAIS SÍNTESE	DSC

Para o presente estudo, foi acrescida ao IAD2, pela pesquisadora deste presente estudo, uma coluna referente às ideias centrais sínteses, a fim de ilustrar melhor a construção do DSC de cada agrupamento. Assim como o IAD1, para cada uma das três questões foi desenvolvido um IAD2.

Seguindo os procedimentos da técnica acima referida, para cada grupo identificado com as letras A, B, C, etc, foi construído um DSC.

A primeira etapa para a construção do DSC foi “copiar do IAD1 todas as expressões-chave do mesmo agrupamento e ‘colá-las’ na colunas das expressões-chave do IAD2” (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003, p. 54). A segunda etapa foi a construção do DSC, propriamente dita, para cada agrupamento. Para que seja construído o DSC é preciso sequenciar as ECH, “(...) discursivar (...) obedecendo a uma esquematização clássica do tipo: começo, meio e fim, ou do mais geral para o menos geral e mais particular” (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003, p. 55).

Para que seja feita a conexão entre as partes dos discursos, faz-se necessário o uso de conectivos, ou seja, palavras que promovam a *coesão* do discurso, tais como: assim, então, logo, enfim (MAINGUENEAU, 2000). Também é importante extinguir ideias que sejam repetidas, mas os autores advertem que as ideias quando expressas com palavras e de modos diferentes, ainda que semelhantes, devem ser consideradas (LEFRÈVE; LEFRÈVE, 2003).

Segue abaixo um exemplo de IAD2, que se refere a um dos agrupamentos da primeira questão deste estudo, a fim de ilustrar os passos acima expostos.

Quadro 4 - Exemplo de Instrumento de Análise de Discurso 2, referente ao agrupamento A da questão “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? O que significa para você o trabalho?”

EXPRESSÕES-CHAVE	IDÉIA CENTRAL síntese	DSC
<p>E1: eu fui trabalhar algumas vezes no meu <u>serviço, chegava gente em mim. Teve uma cliente que me chocou, porque eu peguei e contei a minha história, e ela me perguntou: “C. como você está? Estou orando por você”</u>. Eu disse: eu estou muito <u>feliz, porque eu fico muito feliz por pessoas que estejam orando pela gente, porque eu acredito que quanto mais pessoas estejam orando eu creio que isso é positividade que está vindo para a minha vida</u>. (...) aí eu via clientes que nem eram minhas que tinham a necessidade de vir próximo a mim e me contar, igual a outra que falou “C. fica tranquila, eu tive em meu estômago, e ele foi reconstruído há mais de dez anos e eu estou curada. Tem cura, é só você acreditar.” E todas essas pessoas que vinham me contar essa positividade me deixava feliz. (...) Eu sou Evangélica né? Eu conseguia, isso me fazia eu respirar, porque eu imaginava que era um surto dele do choque do acontecido, que a qualquer momento ele poderia perder a mulher dele com filho pequeno, com contas, porque eu ajudava muito o financeiro, então eu acho que juntou tudo, eu acho que ele quase ficou louco, eu acho que foi um surto.</p>	<p>Formas como as mulheres jovens enfrentaram e enfrentam o câncer de mama no que se refere ao trabalho</p>	<p>A psicóloga me falou, eu sou técnica de enfermagem, então “o conhecimento te traz sofrimento”. Caiu o mundo em cima de mim. E o setor que eu trabalho, sinceramente, é uma coisa assim que eu sinto que elas não vão ser companheiras, não vão assim pensar “nossa oh”, eu tenho até gravado aqui, me perguntaram “tirou tudo ou tem metástase?”. Eu não me sentia à vontade de falar para as minhas colegas de trabalho, quem sabia mais eram pessoas de outros setores, ficaram sabendo mesmo no dia, realmente, quem sabia mesmo era a enfermeira, minha chefe e só. Mas algumas pessoas que estavam à minha volta, meus amigos, minha chefe, que é a diretora geral da UTI, ficou muito chateada quando descobriu. Algumas amigas minhas mesmo ficaram sabendo lá no meu local de trabalho “ai, nossa, mas ai a gente vê todo dia um morrer de câncer aqui, ai, espero que não aconteça com a gente”, que pessoas pessimistas, porque acho que morrer todo mundo vai. Então, eu acho que eles não vão ser colaborativos não porque, dentro de uma UTI é corrido, muito muito muito corrido, além de não ter como elas me ajudarem, elas não querem me ajudar. No entanto, fui trabalhar algumas vezes no meu serviço, chegava gente em mim: “Estou orando por você”. Fiquei feliz, porque eu fico muito feliz por pessoas que estejam orando pela gente, porque eu acredito que quanto mais pessoas estejam orando eu creio que isso é positividade que está vindo para a minha vida. “E eu acredito que o câncer tem cura, é só você acreditar.” E todas essas pessoas que vinham me contar essa positividade me deixava feliz. Quanto ao trabalho, eu ajudava muito no financeiro, mas hoje meu esposo me ajuda, eu sou uma mulher, eu tenho muita sorte por ter o homem, o companheiro, o esposo, o pai que eu tenho do meu lado, é, ele me ajudou muito, muito e me ajuda até hoje, então hoje, é, eu preciso da ajuda dele inclusive em casa, assim, a gente passa dificuldades, sim, só que como eu não posso trabalhar eu tenho que aceitar, as coisas vão acontecendo e a gente vai sabendo lidar com a situação, vai aceitando e eu procuro fazer, é o melhor possível de tudo no meu tratamento, nas minhas dificuldades, nas minhas tristezas, eu procuro dar o melhor de mim, fazer o melhor de mim. Eu também tive bastante gente que me ajudou, eu tive família que se reuniu, amigos que se reuniram, então não teve problema nenhum. Eu sei que isso aconteceu e eu tenho que ficar até quando der, se me liberar para trabalhar eu já volto, normal. Posso dizer que estão me dando muito apoio no trabalho, eu tenho muito apoio da direção, compreensão principalmente, eu pensava “nossa eu vou ficar tanto tempo afastada, eles não vão me querer mais”, mas eu não tenho esse problema porque eles são muito abertos. E em casa eu continuo ativa, vamos dizer, eu estou longe lá fazendo o meu papel, mas ao mesmo tempo eu consigo continuar fazendo aquilo que eu gosto e isso está me ajudando muito, eu me sinto bem. E eu acho que essa força vem de Deus. Eu sou Evangélica né? Isso me fazia eu respirar. que então assim, é, eu até acredito que no decorrer do tempo eu parei para pensar que Deus me deu uma oportunidade de descanso, ele falou assim para mim “vamos parar um pouquinho, você trabalha demais, e não é bom para a sua saúde”, e aí é onde veio o câncer, ao mesmo tempo eu acho que Deus deu isso para mim é porque ele acha que eu tenho estrutura psicológica suficiente para enfrentar e fé, eu achei que eu não tinha essa fé que eu tenho, hoje eu vejo que eu tenho muita fé que eu não tinha antes, por isso, a gente tem que ter muita fé, porque a gente sabe que é uma doença que pode voltar, pode acontecer de não voltar nunca mais. Mas eu tenho a cabeça boa para encarar assim. Quando eu não estou legal também eu assisto um bom filme, eu estou evitando um pouco de usar <i>facebook</i>, porque tem o grupo lá Amigas do peito, então tem lá muitas amigas que faleceram, aí eu vi que isso não estava me deixando legal e também para enfrentar eu venho pensando tudo na minha filha. Quando eu vou fazer exame eu penso já nela. Por causa dela tenho que estar forte.</p>

Após a construção dos DSCs referentes a cada agrupamento das três questões deste estudo, foi realizada a análise de conteúdo temática.

A análise de conteúdo é um conjunto de técnicas de análise das comunicações que adota procedimentos sistemáticos para descrever os conteúdos dos discursos. Esta análise tem por função revelar o que pode estar implícito nos discursos, com a finalidade de atingir realidades mais profundas que os conteúdos manifestos (BARDIN, 2004). Dessa forma, possibilita o aprofundamento nos conteúdos, a partir da leitura de primeiro plano, na “medida em que relaciona estruturas semânticas (significantes) com estruturas sociológicas (significados) destes conteúdos, e assim busca associar os conteúdos manifestos dos discursos aos fatores psicossociais, contexto natural e o processo de produção da mensagem” (MINAYO, 2001).

Segundo Minayo (2001), há várias técnicas que podem ser utilizadas em análise de conteúdo de material qualitativo. São elas: a Análise de Expressão, Análise de Relações, Análise Temática e Análise de Enunciação.

No presente estudo optamos por utilizar a Análise Temática.

Para Minayo (1996), a análise temática consiste em desvelar núcleos de sentido que estão presentes em dada comunicação cuja frequência traga significado para o objetivo apresentado. Além disso, que qualitativamente a presença de determinados temas traga valores de referência e modelos de comportamentos que estejam presentes no discurso.

Partindo de cada DSC construído dos agrupamentos identificados, para cada uma das três questões deste estudo, foram elencadas unidades temáticas que se mostraram importantes para compreender o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens, considerando o trabalho, a maternidade e a imagem corporal. A partir disso, e dos referidos DSCs construídos, essas unidades foram agrupadas por convergência de significados e agregadas em categorias teóricas levando em conta e respeitando os agrupamentos estabelecidos do quais surgiram os DSCs.

A inferência e as interpretações dos dados foram baseadas em leituras referentes às temáticas de gênero, identidade feminina, atividade profissional, mulher jovem, imagem corporal, câncer e no referencial do IS, para que fosse possível entender e apreender elementos que influenciaram na construção do significado da vivência do câncer de mama para mulher jovem no que se refere ao trabalho, maternidade e imagem corporal, a partir do diálogo e do senso comum.

Dessa forma, para a análise temática, foi seguida a ordem cronológica das diferentes fases da análise do conteúdo: pré-análise, exploração do material, e tratamento dos resultados, inferência e interpretação (MINAYO, 2001).

1) Pré-análise

Compreende a organização dos dados empíricos, cujo objetivo é sistematizar as ideias iniciais e conduzir o desenvolvimento das operações posteriores e sucessivas. No presente estudo foram utilizados os DSCs construídos a partir dos agrupamentos dos dados transcritos das entrevistas. Nesta etapa, foram determinadas as unidades temáticas e a delimitação de contexto da compreensão da unidade temática. Podem surgir, neste momento, recortes, categorização, modalidade de codificação e os conceitos teóricos mais gerais que orientarão a análise (MINAYO, 2001). No presente estudo, é importante salientar que, a partir desta etapa, iniciou-se a categorização dos dados.

2) Exploração do material

Esta é uma fase longa e cansativa que consiste na definição das categorias e da codificação, decomposição ou enumeração, sendo a efetivação das decisões tomadas na pré-análise. É o momento em que os dados brutos são agregados, de forma organizada, em unidades, para permitir uma descrição das características pertinentes ao conteúdo.

É uma etapa muito importante, pois possibilita interpretação e inferência diante dos dados empíricos. Esta é a fase da descrição analítica, a qual diz respeito “ao *corpus* submetido a um estudo aprofundado, orientado pelas hipóteses e referenciais teóricos” (BARDIN, 2001).

3) Tratamento dos resultados, inferência e interpretação

Esta etapa é destinada ao tratamento dos resultados; eles são tratados de uma maneira que os torne válidos, de acordo com os objetivos do presente trabalho. É nesta etapa que ocorre a condensação e o destaque das informações para análise, permitindo que sejam feitas interpretações inferenciais; é o momento intuitivo, de uma análise reflexiva e crítica (BARDIN, 2001).

É nesta etapa que ocorre a categorização, que consiste na classificação de elementos constitutivos de um conjunto, por diferenciação e reagrupamento, utilizando os critérios previamente definidos. Neste estudo, vale ressaltar que todas as etapas da análise de conteúdo foram utilizadas para cada DSC construído, de maneira isolada, sendo que as unidades temáticas e as categorias surgiram a partir dos agrupamentos preestabelecidos na construção do DSC.

Com o intuito de contemplar todas as etapas, é importante ordenar os dados obtidos por meio da transcrição integral das entrevistas gravadas, através de um contato exaustivo com o material coletado (MINAYO, 2004). Essa etapa foi realizada a partir dos DSCs já construídos e, a partir deles e das unidades temáticas e categorias que surgiram, foi possível compreender intimamente o significado da vivência do câncer de mama para mulheres jovens no que se refere ao trabalho, maternidade e imagem corporal, do ponto de vista delas consigo mesmas e delas com os outros e com o mundo.

Assim, na perspectiva do IS, a partir dos DSCs construídos para cada agrupamento referente a cada uma das três questões deste estudo, e da análise temática aplicada a cada um dos DSCs, foi possível o mapeamento das unidades temáticas para cada uma das categorias analíticas teóricas, sendo que as últimas, neste estudo, coincidiram com as ideias centrais síntese de cada agrupamento.

4 Resultados

4.1 Conhecendo as mulheres do estudo

Realizamos uma descrição detalhada de cada participante deste estudo, com o intuito de fornecer melhor visualização de seu perfil, tendo por base os dados coletados de seus prontuários, na entrevista e no formulário de identificação. Vale ressaltar que no retrato da pesquisa qualitativa, as generalidades, particularidades e peculiaridades são consideradas importantes.

Por questões éticas, seus nomes não serão referidos; serão utilizadas as iniciais de seus nomes para identificá-las. As iniciais de cada participante serão acompanhadas da letra E (entrevista) e do número correspondente à entrevista.

S. P. S. (E1)

S. P. S., 37 anos, branca, é natural de Ribeirão Preto-SP e, à época da entrevista, residia com seu companheiro nesta mesma cidade; tem dois filhos, uma menina e um menino; o filho mais novo mora com ela e o companheiro. Coursou ensino fundamental, mas não terminou toda a etapa do estudo. É balconista, mas estava de licença saúde à época da entrevista, devido ao câncer de mama. Foi entrevistada no REMA, após as atividades usuais do núcleo. Refere ser da religião Espírita. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que o avô paterno teve câncer de intestino e a tia, teve câncer na garganta. S. refere ter identificado um nódulo na mama esquerda há três anos, mas em novembro de 2012, percebeu uma alteração no nódulo e, em janeiro de 2013, procurou o serviço de saúde. Passou por consulta no oncologista/mastologista em janeiro de 2013 e foi submetida a exames de mamografia, ultrassonografia e biópsia em março do mesmo ano. Foi diagnosticada com câncer na mama esquerda e submetida a uma mastectomia com esvaziamento axilar. Fez dois ciclos de quimioterapia e à época da entrevista ia começar a radioterapia. Sua menarca foi aos 15 anos; iniciou a atividade sexual aos 16 anos e é sexualmente ativa. Fez uso de anticoncepcional dos 18 aos 27 anos; teve três gestações, dois partos normais e um aborto; amamentou cada um dos dois filhos por seis meses. No momento da entrevista, apresentava alopecia, estava aparentemente tranquila, corada, mas um pouco tímida e teve momentos em que se emocionou bastante, principalmente ao falar dos filhos.

R. A. R. (E2)

R. A. R., 34 anos, branca, é natural de Cajuru-SP e, à época da entrevista, residia com seu companheiro nesta mesma cidade. Ela tem um filho que reside com eles. Coursou o colegial completo, é doméstica, mas está de licença saúde, devido ao câncer de mama. Foi entrevistada no REMA, após as atividades usuais do núcleo. Refere ser da religião Católica. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que a tia materna teve câncer de mama. R. A. R. refere que fazia o autoexame das mamas periodicamente e que notou um nódulo na mama direita, tendo procurado o serviço de saúde três dias após. Relata que o médico tratou o referido nódulo com a medicação E-mama durante um ano. Segundo ela, o nódulo crescia e apresentava-se dolorido e, depois de quase dois anos, conseguiu realizar a

mamografia, ultrassom e biópsia (agosto de 2013); após isso foi encaminhada para o mastologista, em setembro de 2013. Foi diagnosticada com câncer de mama em outubro de 2013 e submetida a uma mastectomia total da mama direita com esvaziamento axilar em novembro de 2013 e, logo após, fez reconstrução mamária. Fez oito ciclos de quimioterapia após a cirurgia e até a época da entrevista, ainda não havia iniciado a radioterapia. Sua menarca foi aos 14 anos; começou a atividade sexual aos 17 anos e refere ser sexualmente ativa; fazia uso de anticoncepcional desde os 17 anos; amamentou por três meses o seu filho; teve uma gestação, um parto cesárea e nenhum aborto. No momento da entrevista estava corada, apresentava alopecia, aparentava tranquilidade e estar à vontade. No momento no qual foi questionada sobre a maternidade, emocionou-se bastante demonstrando muita preocupação com o filho de cinco anos e como seria se um dia ela faltasse na vida dele.

S. R. N. C. (E3)

S. R. N. C., 39 anos, branca, é natural de Mococa -SP e, à época da entrevista, residia com seu companheiro nesta mesma cidade. Tem um filho que reside com eles. cursou o colegial completo, é diarista, mas até o momento da entrevista não recebia nenhum tipo de remuneração. Foi entrevistada no REMA, após as atividades usuais do núcleo. Refere ser da religião Católica. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que a tia materna teve câncer gástrico, duas primas paternas tiveram sarcoma e uma tia materna teve câncer de mama. S. R. N. C., refere que, em junho de 2012, teve um tombo de bicicleta e bateu a mama esquerda; relata que, em agosto de 2012, percebeu um nódulo na mama esquerda durante autoexame; procurou o serviço de saúde em setembro de 2012 e o mesmo referiu que era apenas um trauma da glândula mamária. Não satisfeita com o diagnóstico médico, procurou uma segunda opinião e, segundo ela, o médico referiu que “o problema dela estava na mente”, encaminhando-a para o psiquiatra. Como o problema não havia sido solucionado, procurou uma terceira e quarta opiniões médicas, até que, em novembro de 2012, o médico a encaminhou para exame de ultrassom. A partir daí foi encaminhada para mastologista em novembro de 2012 e, em dezembro de 2012, foi realizada a biópsia. Foi diagnosticada com câncer de mama em janeiro de 2013, a partir daí foi encaminhada para o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto para mastectomia radical da mama esquerda em fevereiro de 2013 com esvaziamento axilar. Fez oito ciclos de quimioterapia após a cirurgia e, à época da entrevista, estava fazendo hormonioterapia. Começou a atividade sexual aos 20 anos, fez uso de anticoncepcional por nove anos, amamentou por sete meses e meio; teve uma gestação, um parto cesárea e nenhum aborto; referiu ter sido submetida a cirurgias anteriores na mama direita devido a cisto lactente. Até o momento da entrevista estava aguardando reconstrução da mama. Durante a entrevista, apresentava-se bastante à vontade, com semblante tranquilo. Mostrou-se tranquila com as questões que foram colocadas para ela, mas ressaltou que o atendimento médico a ela prestado deveria ter sido mais humanizado.

L. A. M. G. M. (E4)

L. A. M. G. M., 36 anos, branca, é natural de São Joaquim da Barra- SP e, à época da entrevista, residia com seu companheiro em Ribeirão Preto-SP, tem duas filhas, que residem com ela e o companheiro. É enfermeira e, no momento da entrevista, estava ativa. Foi entrevistada em seu local de trabalho, em sala reservada, de escolha da participante. Refere ser da religião Evangélica. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que a avó e o avô maternos tiveram câncer gástrico e a tia paterna teve câncer no pâncreas. L. A. M. G. M. refere ter percebido nódulo na mama direita e procurado o serviço de saúde; refere que logo já foram pedidos exames de ultrassom, mamografia e também foi encaminhada para o mastologista; relata que realizou exame de biópsia e foi diagnosticada com câncer de mama. Fez quadrantectomia à direita com esvaziamento axilar. Fez oito ciclos de quimioterapia após a cirurgia, 30 sessões de radioterapia e, até a época da entrevista, estava fazendo hormonioterapia. Sua menarca foi aos 11 anos; começou a atividade sexual aos 22 anos e, até o momento da entrevista, era sexualmente ativa; fez uso de anticoncepcional por quatro anos e, após a primeira filha nascer, colocou DIU de cobre; refere não ter amamentado a primeira filha, mas a segunda filha amamentou por quatro meses; teve duas gestações, dois partos, sendo um parto Fórceps (primeira filha) e outro parto cesárea, (segunda filha) e nenhum aborto; referiu ter cirurgias anteriores nas mamas de colocação de prótese mamária e ter feito a reconstrução mamária após a quadrantectomia. No momento da entrevista, apresentava-se bastante séria. Durante a entrevista, mostrou-se revoltada com sua imagem corporal e também em relação à sua vida sexual, modificadas após o aparecimento da doença.

A. P. T. S. (E5)

A. P. T. S., 34 anos, branca, é natural de Ribeirão Preto- SP e, à época da entrevista, residia com seu companheiro em Batatais-SP, tem uma filha que reside com ela e o companheiro. cursou o colegial completo e referiu não exercer nenhum tipo de trabalho remunerado, apenas cuidar da casa e da filha. Foi entrevistada no saguão de atendimento do Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto, segundo escolha da participante. Refere ser da religião Católica. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que a avó teve câncer de garganta. Refere que no final do ano de 2013, durante o banho, sentiu dores na mama esquerda e, seis meses depois, procurou o serviço de saúde visto que o nódulo apresentava crescimento rápido; refere ter sido encaminhada para consulta com mastologista em maio de 2014 e que logo já foram pedidos exames de ultrassom e mamografia, também em maio de 2014, e, em junho de 2014, foi realizado exame de biópsia. Foi diagnosticada com câncer de mama nesta mesma época. Até o momento da entrevista ainda não havia sido submetida à cirurgia de remoção de câncer de mama e estava realizando o terceiro ciclo de quimioterapia neoadjuvante. Relata que, após o término da quimioterapia, a equipe médica iria decidir se haveria ou não necessidade da realização de cirurgia. Sua menarca foi aos 15 anos; começou a atividade sexual aos 27 anos e, até o momento da entrevista, era sexualmente ativa e relatou fazer uso constante de anticoncepcional; refere ter amamentado a filha por dois anos e meio e ter tido apenas uma gestação, um parto normal e nenhum aborto. No momento da entrevista apresentava-se bastante tímida, calada e um pouco assustada, apresentava perda de cabelo devido à quimioterapia. Durante a entrevista, demonstrou muita preocupação com a família e referiu não querer dar preocupação à mesma. Emocionou-se bastante ao falar sobre a filha.

V. C. M. S. (E6)

V. C. M. S., 37 anos, mulata, é natural de Ribeirão Preto- SP, e à época da entrevista residia com seu companheiro nesta mesma cidade; tem duas filhas que residem com eles. Coursou o colegial completo, é secretária e, até no momento da entrevista, estava de licença saúde. Foi entrevistada no REMA, após as atividades usuais do núcleo. Refere ser da religião Católica. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que a avó materna teve câncer de intestino, o avô paterno teve câncer gástrico e uma tia materna teve câncer de útero. Refere que durante o autoexame das mamas, sentiu um nódulo na mama direita em 2010 e relata que após uma semana procurou o serviço de saúde; foi encaminhada para consulta com mastologista em 2010, e o mesmo solicitou acompanhamento. Em 2013 voltou a procurar o serviço de saúde porque estava sem convênio médico e, em julho de 2013, realizou ultrassom; sua nova consulta com o mastologista foi em agosto de 2013. Relata que em novembro de 2013 realizou a biópsia. Foi diagnosticada com câncer de mama em janeiro de 2014. Foi submetida à mastectomia total à esquerda e reconstrução mamária. Não necessitou fazer quimioterapia e/ou radioterapia e até o momento da entrevista estava em hormonioterapia. Sua menarca foi aos 11 anos; começou a atividade sexual aos 16 anos; refere ser sexualmente ativa; relatou ter feito uso constante de anticoncepcional (não soube precisar o tempo de uso), mas relata ter colocado DIU após o nascimento da segunda filha. Amamentou a primeira filha por quatro meses e a segunda filha não amamentou, pois a essa época, ela apresentava câncer na tireóide. Teve duas gestações, sendo o primeiro parto a fórceps, o segundo parto cesárea e nenhum aborto; referiu ter realizado tireoidectomia e remoção de mamas numerárias. No momento da entrevista, mostrou-se ansiosa, mas parecia alegre. Quando falou das filhas, emocionou-se bastante. Ao se referir à sua vida sexual, pareceu bastante incomodada, com vergonha para falar sobre o assunto.

R. S. D. (E7)

R. S. D., 33 anos, mulata, é natural de Ribeirão Preto- SP e, à época da entrevista, residia com seu companheiro nesta mesma cidade; não tem filhos. Coursou o colegial completo, é auxiliar de enfermagem e encontrava-se de licença saúde. Foi entrevistada no REMA, após agendamento por via telefônica. Refere ser da religião Católica. Além disso, também relata ter história de câncer na família, sendo que um primo paterno teve câncer cerebral. Refere ter percebido derramamento de secreção no mamilo direito em 2013 e ter procurado o serviço de saúde cerca de quinze dias após; foi submetida a exame de ultrassom em novembro de 2013 tendo sido encaminhada para a primeira consulta com mastologista em fevereiro de 2014. Foi submetida à mamografia e ressonância magnética em maio de 2014 e diagnosticada com câncer de mama em março de 2014. Em maio do mesmo ano, foi submetida à mastectomia total à direita; não realizou reconstrução mamária. Foi submetida a seis sessões de quimioterapia e iria começar a hormonioterapia à época da entrevista. Sua menarca foi aos 13 anos; começou a atividade sexual aos 18 anos; relatou ser sexualmente ativa. Refere ter feito uso constante de anticoncepcional por cinco anos. Nunca amamentou. Teve uma gestação, nenhum parto e um aborto. No momento da entrevista, mostrou-se bastante tímida, mas tranquila. Ao longo da entrevista, a paciente mostrou-se mais relaxada e à vontade diante das questões que foram colocadas.

R. C. S. F. (E8)

R. C. S. F., 39 anos, branca, é natural de Orlândia-SP, e à época da entrevista residia com os dois filhos e com seu companheiro nesta mesma cidade. É formada em pedagogia e refere ter feito pós-graduação, trabalha como professora e psicopedagoga e, até o momento da entrevista, estava de licença saúde. A entrevista foi realizada na casa da própria participante segundo escolha da mesma. Refere ser da religião Católica. Relata não ter história de câncer na família. Relata que, em 2013, percebeu um nódulo na mama e fez acompanhamento do mesmo; procurou o serviço de saúde em abril de 2014, pois passou a sentir dores no seio. A partir daí, realizou exames de ultrassom e mamografia em abril de 2014, e foi encaminhada para consulta com mastologista em maio de 2014; refere ter sido submetida à biópsia em julho de 2014, quando foi diagnosticada com câncer de mama. Até a data da entrevista, não havia sido submetida à cirurgia para retirada do nódulo e estava em tratamento quimioterápico, tendo completado oito ciclos (novembro de 2014); até o momento da entrevista não havia sido submetida à radioterapia e/ou hormonioterapia. Foi submetida à biópsia do linfonodo sentinela, mas não soube dizer se havia linfonodos comprometidos. Sua menarca foi aos 10 anos; começou a atividade sexual aos 25 anos e referiu ser sexualmente ativa. Relatou ter feito uso de anticoncepcional desde os 26 anos. Amamentou os dois filhos cerca de seis a oito meses. Teve duas gestações, sendo os dois partos cesárea e nenhum aborto; referiu ter realizado cirurgia de remoção de cisto ovariano. No momento da entrevista, mostrou-se tímida e ansiosa. Referiu alopecia e estava usando um lenço em sua cabeça. Quando falou dos filhos, emocionou-se bastante e, ao discorrer sobre seu trabalho, também emocionou-se muito dizendo que o trabalho significa muito para ela, pois ama o que faz.

K. G. S. (E9)

K. G. S., 32 anos, branca, é natural de Sertãozinho-SP, à época da entrevista, residia com a filha e o companheiro nesta mesma cidade. Tem o ensino fundamental incompleto, é inspetora de alunos em uma escola na cidade em que reside e, até o momento da entrevista, estava de licença saúde. A entrevista foi realizada no REMA, através de agendamento por contato telefônico e segundo escolha da participante. Refere ser da religião Católica. Relata ter história de câncer na família, sendo que uma tia paterna teve câncer de mama. Refere que em maio de 2014, percebeu enrijecimento da mama esquerda e a mesma achou que o tal enrijecimento fosse devido ao uso do anticoncepcional ou por uso do sutiã. Relata ter procurado o serviço de saúde quinze dias após ter notado a alteração e que o médico que a examinou pediu exame de ultrassom. Apesar disso, voltou a trabalhar, mas que quando fazia movimentos bruscos, a mama inchava, ficava bastante dolorida e em estado febril, então decidiu procurar o serviço de emergência da Santa Casa de sua cidade; foi realizado ultrassom em junho de 2014 e diagnosticada uma mastite. Foi medicada com antibiótico por quinze dias. Após esse período, a mama continuava edemaciada e dolorida. Procurou o serviço de saúde novamente, mas não foi atendida. Dessa forma, segundo relata a participante, suas amigas uniram-se para pagar uma consulta particular para ela no ginecologista em junho de 2014; foi solicitada uma punção da mama neste mesmo mês, e o resultado acusou câncer de mama em julho de 2014. Assim foi encaminhada para o Hospital das Clínicas de Ribeirão Preto. Até a data da entrevista, não havia sido submetida à cirurgia para retirada do câncer de mama; estava em tratamento quimioterápico, tendo completado seis ciclos (novembro de 2014); também não havia sido

submetida à radioterapia e/ou hormonioterapia até o momento da entrevista. Sua menarca foi aos 12 anos; começou a atividade sexual aos 20 anos e refere ter vida sexual ativa. Relatou ter feito uso de anticoncepcional por 10 anos. Amamentou a filha por 10 meses. Teve uma gestação, sendo um parto e nenhum aborto. Também referiu ter sido tabagista por 20 anos. No momento da entrevista, mostrou-se apreensiva e parecia ansiosa. Referiu alopecia e estava usando um lenço colorido em sua cabeça no momento da entrevista, aparentando ser bastante vaidosa. Durante a entrevista, emocionou-se bastante referindo que tem se tornado uma pessoa agressiva depois do câncer de mama e que precisa de ajuda psicológica.

M. Q. J. (E10)

M. Q. J., 34 anos, branca, é natural de Ribeirão Preto-SP, à época da entrevista residia com a companheira e sua enteada nesta mesma cidade. cursou ensino superior completo, é gerente de uma empresa de distribuição alimentícia e, no momento da entrevista, estava ativa. A entrevista ocorreu em seu local de trabalho conforme escolha da própria participante, através de agendamento por contato telefônico. Refere ser da religião Católica, mas também seguir o Espiritismo. Relata não ter história de câncer na família. Refere que em outubro de 2011 percebeu alterações no mamilo esquerdo. Na época, não residia no Brasil e que apenas em janeiro de 2012, procurou o serviço de saúde de uma universidade particular em Ribeirão Preto-SP para consulta e foi diagnosticada com câncer de mama, no entanto, o referido local, segundo a participante, não possuía condições financeiras e físicas para realizar sua cirurgia. Relata ter sido indicada para dois hospitais de atendimento público, no entanto, em um dos hospitais queriam iniciar seu tratamento sem haver realizado exames. Dessa forma, M. Q. J. relata que negou-se a ser submetida ao tratamento sem que fossem realizados os devidos exames e procurou o serviço de oncologia em Barretos, onde foi atendida. Dessa forma, sua primeira consulta com o mastologista foi em dezembro de 2012, na qual foi realizado ultrassom, biópsia e mamografia em janeiro de 2013. Foi diagnosticada com câncer de mama em janeiro de 2013 e submetida à mastectomia total à esquerda com reconstrução mamária e esvaziamento axilar, realizou tratamento quimioterápico neoadjuvante (14 sessões) e também tratamento radioterápico e, até o momento da entrevista, fazia uso de hormonioterapia. Sua menarca foi aos 13 anos; começou a atividade sexual aos 20 anos e refere ser sexualmente ativa. Relatou nunca ter feito uso de anticoncepcional ou ter amamentado. Nunca teve uma gestação e/ou parto e nenhum aborto e referiu não ter filhos; referiu ter sido tabagista por 18 anos e ter parado de fumar há 12 meses da data da entrevista. No momento da entrevista, mostrou-se tranquila e bastante à vontade; apresentava-se corada, com aparência feliz e ser bastante vaidosa. Durante a entrevista, emocionou-se quando se referiu à força espiritual que teve durante todo o processo de cura.

G. A. C. (E11)

G. A. C., 35 anos, branca, é natural de Jardinópolis-SP, à época da entrevista residia com a filha e o companheiro nesta mesma cidade. É graduada em enfermagem e trabalha em uma unidade de terapia intensiva na cidade em

que reside; até o momento da entrevista estava de licença saúde. A entrevista foi realizada no saguão do HCFMRP-USP, através de agendamento por contato telefônico e segundo escolha da participante. Refere ser da religião Católica e não ter história de câncer na família. Relata que, em agosto de 2013, notou por meio de palpação um nódulo na mama direita. Segundo relata G. A. C., a mesma notou aumento do tamanho da mama e procurou o serviço de saúde em setembro de 2013. Refere ter realizado exame de ultrassom e tomografia em abril de 2014. Após isso, foi encaminhada para consulta com o mastologista em maio de 2014 no HCFMRP-USP, tendo sido diagnosticada com câncer de mama em maio de 2014. Refere ter sido submetida à quadrantectomia de mama direita e, até a data da entrevista, estava em tratamento quimioterápico, tendo completado seis ciclos e também realizava hormonioterapia. Sua menarca foi aos oito anos e começou a atividade sexual aos 18 anos; refere que até o presente momento não tem vida sexual ativa e explicou que conversou com o companheiro e, por não poder fazer uso de anticoncepcional e o casal não utilizar outro método contraceptivo por opção, decidiram não ter relação sexual. Relatou ter feito uso de anticoncepcional por 14 anos e ter interrompido por conta do tratamento de câncer de mama. Amamentou a filha por seis anos. Teve uma gestação, um parto cesárea e nenhum aborto. No momento da entrevista, mostrou-se tranquila e receptiva. Mantinha uma aparência saudável e referiu ter tido alopecia, mas que o cabelo já estava voltando a crescer. Durante a entrevista, emocionou-se quando falou de sua imagem corporal, visto que relata ter engordado bastante depois dos tratamentos e isso estava trazendo tristeza para ela.

C.M.A.M. (E12)

C.M.A.M., 37 anos, branca, é natural de Ribeirão Preto-SP, à época da entrevista, residia com os dois filhos e o companheiro nesta mesma cidade. Tem o colegial incompleto. É cabeleireira e trabalha em seu próprio salão; até o momento da entrevista estava ativa. A entrevista foi realizada em seu local de trabalho, através de agendamento por contato telefônico e segundo escolha da participante. Refere ser da religião evangélica e ter história de câncer na família, sendo que um tio paterno teve câncer de intestino e a avó materna teve câncer de bexiga. No que se refere ao modo como percebeu alterações nas mamas: no banho notou um nódulo na mama direita em maio de 2013 e logo procurou o serviço de saúde. Refere que na época tinha convênio médico e que a médica que a atendeu disse que o nódulo era devido à amamentação. No entanto, a participante continuou a sentir incômodo na mama direita e seu bebê não aceitava esta mama quando ela oferecia para a amamentação. Relata que novamente procurou a médica para pedir exame de ultrassom; o exame foi realizado e não detectou nenhuma alteração. Assim, relata que a médica prescreveu antibióticos, o que fez melhorar a dor, mas o nódulo não desapareceu. Em julho de 2013, conseguiu se consultar com um médico do convênio; tal ao ouvir a história relatada por ela, a encaminhou para um mastologista. Assim, em julho de 2013, passou por consulta no mastologista; fez nova ultrassom e punção em maio de 2013, mas segundo refere, os resultados foram negativos. No entanto, o médico decidiu pedir mais exames para poder ter certeza do diagnóstico. Então, em julho de 2013, fez raio X, mamografia, hemograma e ressonância magnética. Os resultados foram negativos, mas o médico decidiu retirar o nódulo e enviar para análise. Assim, fez uma nodulectomia à direita em agosto de 2013 e teve o diagnóstico de câncer de mama. Segundo a paciente, o médico

seguir com a investigação e optaram por mastectomia radical à direita e à esquerda com esvaziamento axilar e reconstrução bilateral, realizada em fevereiro de 2014. Refere ter realizado seis ciclos de quimioterapia, 31 sessões de radioterapia e, até a data da entrevista, estava em uso de hormonioterapia. Sua menarca foi aos 14 anos; começou a atividade sexual aos 18 anos e refere que até o presente momento tem vida sexualmente ativa. Relatou ter feito uso de anticoncepcional, mas que este uso não foi contínuo e que fez uso de DIU por 10 anos. Amamentou a filha por oito meses, e o filho por nove meses, mas referiu desejo de ter amamentado o filho por mais tempo, no entanto, o processo de amamentação foi interrompido devido ao diagnóstico de câncer de mama. Teve três gestações, três partos, sendo o parto da filha e do filho e não teve nenhum aborto, no entanto, refere ter perdido um filho após o nascimento. No momento da entrevista, mostrou-se ansiosa, mas receptiva. Mantinha uma aparência saudável. Durante a entrevista, emocionou-se muito quando referiu-se aos filhos, principalmente ao mais novo que à época do diagnóstico era apenas um bebê. Relata que a fé fez com que ela tivesse força para enfrentar a doença.

4.2 Caracterização das participantes

Foram entrevistadas 12 mulheres jovens que haviam sido diagnosticadas com câncer de mama, há, no máximo, um ano, sendo que cinco estavam em tratamento no Ambulatório de Mastologia do HCFMRP-USP, e sete eram atendidas no REMA.

A média de idade dessas mulheres foi de 35,6 anos, sendo que três tinham 34 anos. Cinco eram procedentes de Ribeirão Preto e sete de outras cidades da região e todas tinham companheiro/a. Com relação à ocupação, 11 tinham ocupação e uma referiu ser do lar. Das 11 mulheres que tinham ocupação, uma era cabeleireira, duas diaristas, uma balconista, duas enfermeiras, uma auxiliar de enfermagem, uma secretária, uma professora, uma inspetora de aluno e uma gerente comercial, mas a maioria - sete estava de licença-saúde. Com relação à religião, a maioria – oito mulheres declararam-se católicas.

No que diz respeito aos tratamentos, cada mulher pode ter realizado mais de um, sendo que nove foram submetidas à cirurgia de remoção da mama e/ou parte dela; 11 mulheres realizaram quimioterapia, quatro delas também realizaram radioterapia e sete estavam em tratamento de hormonioterapia. Quanto à história de câncer de família, duas mulheres referiram história de câncer de mama, enquanto seis mencionaram casos de outros tipos de câncer na família.

Quanto aos dados obstétricos, relacionado ao número de gestações, seis das mulheres gestaram uma única vez, três tiveram duas gestações, duas ficaram grávidas três vezes e uma nunca engravidou. Ao informar sobre o número de partos, cinco referiram que tiveram um parto e uma, entre as que engravidaram, abortou antes de parir. Além desta última, outras duas

participantes referiram ter abortado, totalizando três. Com relação ao número de filhos vivos, a média foi de 1,5, sendo que cinco das mulheres que pariram têm um filho e cinco têm dois filhos. Quanto à amamentação, todas as entrevistadas que têm filhos vivos (10 mulheres), amamentaram pelo menos um deles.

Seis mulheres referiram menarca antes dos 12 anos de idade; 11 fizeram uso de algum tipo de método anticoncepcional até o momento da entrevista, sendo que 11 utilizaram contraceptivo hormonal. Sobre a atividade sexual, 11 entrevistadas declararam-se ativas sexualmente e, seis iniciaram atividade sexual antes dos 18 anos de idade.

4.3 Análise dos dados empíricos

Cada uma das participantes concedeu uma entrevista que foi gravada e transcrita. Após, foi aplicada a técnica do DSC para análise dos dados empíricos, e procedeu-se à tabulação dos dados, seguindo rigorosamente os seis passos propostos para compor os DSCs.

Para este estudo, a partir do IAD 1.1 (Instrumento de Análise de Discurso 1 referente à questão 1) referente à questão: “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? O que significa para você o trabalho?”, foram identificadas 35 IC. As IC permitiram a construção de cinco ideias centrais síntese, seguindo os passos do referencial metodológico adotado (LEFRÉVE; LEFRÈVE, 2003), e a partir daí, um DSC foi construído para cada uma das ideias centrais síntese.

- a) **Ideia central síntese A:** *O afastamento da mulher jovem de sua atividade de trabalho e as relações sociais.*
- b) **Ideia central síntese B:** *“Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar, às vezes eu me sinto meio inválida, sabe? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco”.*
- c) **Ideia central síntese C:** *A importância do trabalho pelo fato de ser mulher e jovem: “O Trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho, e como mulher jovem: Liberdade!”.*
- d) **Ideia central síntese D:** *O câncer não mudou a rotina do trabalho, nem o modo de enxergá-lo: “Se eu te falar assim que afetou muita coisa, não! Eu encaro com naturalidade, eu sei que é uma coisa que vai passar. Então, com relação ao meu trabalho não mudou nada”.*

- e) Ideia central síntese E:** *Perspectiva de futuro no trabalho como mulher jovem após o câncer de mama: “eu, nasci! Hoje eu nasci, amanhã eu vou nascer!”*

Foi feita a leitura exaustiva dos DSCs de cada ideia central síntese e foram elencados os DSCs que responderam intimamente a primeira questão desta pesquisa. São eles os DSCs referentes às Ideias Centrais Síntese A, B e C (Apêndice B).

A partir do IAD 1.2, referente às questões: “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação à maternidade? O que significa para você a maternidade?”, e seguindo os passos da construção do DSC, chegamos aos seguintes agrupamentos, foram identificadas 47 IC. As ICs permitiram a construção de 10 ideias centrais síntese conforme orienta a técnica da construção do DSC (LEFRÉVE; LEFRÉVE, 2003), e a partir delas foi construído um DSC para cada uma das ideias centrais síntese.

- a) Ideia central síntese A:** *Dilema materno: a possível ausência para os filhos.*
- b) Ideia central síntese B:** *Dilema materno como mulher jovem: a proteção dos filhos diante do diagnóstico do câncer de mama da mãe.*
- c) Ideia Central síntese C:** *A maternidade e o fato de ser mulher jovem com câncer de mama: “A maternidade me mostrou um amor grande demais, mas abala (o câncer) porque nessa idade que eu estou a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu”?*
- d) Ideia Central Síntese D:** *Dilema materno: ter ou não filhos após o câncer de mama?*
- e) Ideia Central Síntese E:** *Dilema materno: a falta de apoio familiar para exercer a maternidade e o autocuidado.*
- f) Ideia central síntese F:** *A amamentação para a mulher jovem com câncer de mama*
- g) Ideia central síntese G:** *A maternidade da mulher jovem com câncer de mama mobiliza a fé para o enfrentamento da doença.*
- h) Ideia central síntese H:** *Para a mulher jovem com câncer de mama a maternidade é o ponto de equilíbrio para o enfrentamento da doença.*
- i) Ideia central síntese I:** *Expectativa para o futuro relacionada à maternidade e à família.*
- j) Ideia central síntese J:** *Apoio familiar para exercer a maternidade.*

Foi feita a leitura exaustiva dos DSCs de cada Ideia Central Síntese referente a segunda questão desta pesquisa e foram elencados os DSCs que responderam de maneira mais completa a mesma, são eles os DSCs referentes às Ideias Centrais Síntese A, B, C, D, F e H. (Apêndice C).

No IAD 1.3, que se refere à questão: “Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação à sua imagem corporal, como você vê o seu corpo após o câncer de mama? O que você sentiu? Como você se enxerga olhando no espelho?”, foram identificadas 174 IC. As IC permitiram a construção de 14 ideias centrais síntese conforme a técnica da construção do DSC (LEFRÉVE; LEFRÈVE, 2003), e a partir delas foi construído um DSC para cada uma das ideias centrais síntese.

- a) **Ideia central síntese A:** *Dores e incômodos físicos da mulher jovem após o câncer de mama: “Tenho um monte de restrições hoje”.*
- b) **Ideia central síntese B:** *Aceitação: “O meu foco é a cura, sei que é um processo que irá passar”.*
- c) **Ideia central síntese C:** *“O pessoal jovem sofre demais. Você se olha no espelho e diz: ‘puts eu não sou igual a todo mundo’.”.*
- d) **Ideia central síntese D:** *O fato de ser mulher jovem e a sexualidade: medo de não ser aceita pelo (a) parceiro (a) devido às mudanças corporais ocasionadas pelo câncer de mama.*
- e) **Ideia central síntese E:** *A mulher se incomoda com os olhares curiosos, pelo fato de ela ser jovem e apresentar mudança corporal causada pelo câncer de mama: “Quero passar despercebida, não quero que sintam pena ‘coitada, tão nova’”.*
- f) **Ideia central síntese F:** *“O câncer de mama é uma das piores coisas que podem acontecer, mexe muito com a questão estética e com 34 anos, me incomoda demais”.*
- g) **Ideia central síntese G:** *Perda de cabelos, pelos e mudança na coloração da pele e unhas para a mulher jovem com câncer de mama: “Me fez sentir feia. Fica sem expressão. Me sinto debilitada como mulher”.*
- h) **Ideia central síntese H:** *O fato de ser jovem e a falta da mama: “Não quero ser mutilada. Perder um seio é muito difícil.”*
- i) **Ideia central síntese I:** *O fato de ser jovem e a busca da força para enfrentar as modificações corporais causadas pelo câncer de mama.*

- j) **Ideia central síntese J:** *Dilema: A reconstrução gera esperança para sentir-se melhor como mulher jovem e “apesar disso o valor diminui. Tinha dia que não conseguia olhar no espelho”.*
- k) **Ideia central síntese K:** *Sentimento da mulher jovem com câncer de mama relacionado ao ganho de peso durante o tratamento: “está me incomodando e fico com a autoestima lá embaixo”.*
- l) **Ideia central síntese L:** *Apoio social é essencial durante a mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama, mas gera preocupação para a mulher jovem.*
- m) **Ideia central síntese M:** *As mudanças corporais causadas pelo câncer de mama na mulher jovem e o sentimento relacionado ao futuro: “será que vai ser como era antes?”.*
- n) **Ideia central síntese N:** *Dilema: A reconstrução da mama traz superação para a mulher jovem, “apesar disso o valor diminui. Tinha dia que não conseguia olhar no espelho”.*

Assim como realizado em relação às questões anteriores, foi feita a leitura exaustiva dos DSCs de cada ideia central síntese referente à essa última questão e foram elencados os discursos que responderam a mesma, ou seja, correspondentes às ideias centrais síntese C, E, G, H, K e L (Apêndice D).

4.4 Apresentação e discussão dos dados empíricos

A partir dos DSCs elencados, foi realizada a análise de conteúdo temática e de cada DSC surgiram as categorias analíticas e as unidades temáticas, que foram se conformando a partir do momento em que as mulheres jovens com câncer de mama identificavam suas vivências com a doença, relacionadas ao trabalho, à maternidade e à imagem corporal, na relação consigo mesmas e na relação com os outros e com o mundo.

Assim, no que se refere ao trabalho, o fato de a mulher jovem, devido ao câncer de mama, ter de se ausentar da atividade laboral, e até mesmo deixar de receber seu salário, que era fonte de contribuição para a renda familiar, fez com que ela desenvolvesse sentimentos de impotência, de incapacidade e, até mesmo de invalidez. Já no que se refere à maternidade, ela se deparou com um dilema, pois ao mesmo tempo que aflorou o medo da sua finitude e de se

retirar das vidas dos filhos, ela conseguiu se superar e criar uma força interior para buscar a cura do câncer e assim, sobreviver para cuidar dos filhos pequenos.

Quanto à imagem corporal, a alteração dessa imagem, devido ao câncer de mama, compunha-se como algo que exigia recursos instrumentais para o seu enfrentamento e ocorria devido aos tratamentos para a doença, resultando em: aumento de peso corporal, alopecia, perda da mama ou de parte dela. Foram então necessários alguns disfarces para essas mudanças, que consistiram no uso de prótese externa para o local da mama extirpada pela cirurgia; de roupas mais largas, pela mudança do corpo com o aumento de peso; de acessórios para a cabeça, como lenços, chapéus e perucas por causa da alopecia. Assim, no que se relaciona à imagem corporal, vale citar que as mulheres tiveram dificuldades em lidar com todas as mudanças, e sofreram ao terem de enxergar o reflexo da própria imagem, ao se olharem no espelho. Ainda jovens, sem muitas rugas no rosto, ficava difícil acreditar que teriam de conviver com esta nova imagem, imposta pelo câncer: “sem mama”, “gorda” e “careca”. O espelho, por sua vez, tornou-se um instrumento marcante nas vidas dessas mulheres, sendo que algumas delas chegavam a evitá-lo.

Assim, a vivência do câncer de mama para a mulher jovem, em um conjunto daquilo que se refere ao trabalho, à maternidade e à imagem corporal mostrou-se como um objeto social, visto que afetou suas relações sociais, gerando a necessidade de mudanças nas atividades sociais e laborais rotineiras, como buscar os filhos na escola, atividades de lazer com os amigos e com a família como festas e comemorações. Gerou preocupação sobre o modo como era vista pelos filhos e pela família, pois a falta do cabelo e da mama, por exemplo, gerou estranheza principalmente para os outros e, muitas vezes, esta mulher sentiu-se envergonhada ao trocar de roupa ou tomar banho perto dos filhos ou marido. Mostrou-se ainda como um objeto abstrato, representado pelo sentimento de vergonha que levava à necessidade de disfarce das mudanças físicas ocasionadas pela doença e por seus tratamentos.

Dessa forma, a vivência da doença por essa mulher em uma relação consigo mesma e em uma relação com os outros e com o mundo pode ser interpretada remetendo-nos ao referencial teórico designado para este estudo, o IS, uma vez que para Mead (1977), todo ser humano possui um *self*, que consiste no reconhecimento de seus próprios conceitos e nos conceitos que os outros têm dele. Ao passar por determinadas situações ele avalia, observa, interpreta e formula uma ação individual ou conjunta. O homem pode atuar em relação a si mesmo como um objeto e o termo “objeto”, segundo Blumer (1969), não se limita ao caráter material e pragmático da palavra, mas apresenta tudo aquilo que for possível de ser indicado.

Para Sampaio (2013), um objeto apresenta-se de diferentes formas para diferentes observadores, e os objetos sofrem constantes modificações e ajustes com o passar do tempo. Dessa forma, quando a mulher jovem com câncer de mama passa a interpretar este conjunto de objetos (vivências junto à doença relacionadas ao trabalho, à maternidade e à imagem corporal) individualmente e passa a refletir sobre eles por meio da comunicação e da linguagem, isso se torna uma interação simbólica, e esses objetos transformam-se em símbolos.

Partindo desses símbolos, individualmente cada mulher tem consigo o *self*, em que o “eu” pode ser retratado, no caso da relação com a questão da imagem corporal, por exemplo, em sua dificuldade para se olhar no espelho, e o “mim”, como sua autoimagem e autoestima por meio de seus pensamentos de seu reflexo no espelho.

Em sua **mente**, na relação consigo própria, essa mulher reflete sobre suas emoções, sua identidade feminina, sua vaidade, sua capacidade enquanto ser humano de um modo geral. Ela tem dificuldades para lidar com sua nova condição, mas vai descobrindo formas de se fortalecer e enfrentar essa situação.

Já quando acontece a **interação social**, a mulher se apresenta como ator, comunicando-se e relacionando-se com os outros e com o mundo, e deixa claro como a vivência da doença pode influenciar em seus hábitos rotineiros e na sua vida social. Podem ser identificadas ainda instituições como a família, os filhos, o companheiro, a religião e o ambiente de trabalho, que podem auxiliar ou até mesmo dificultar o enfrentamento do câncer de mama para estas mulheres jovens.

Assim, a partir dos DSCs surgiram as categorias e as unidades temáticas correspondentes, as quais, para melhor compreensão estão dispostas nos três temas principais abordados na presente pesquisa: *A vivência da mulher jovem com câncer de mama e o trabalho - na relação consigo mesma e na relação com os outros e com o mundo*; *A vivência da mulher jovem com câncer de mama e a maternidade - na relação consigo mesma e na relação com os outros e com o mundo* e *A vivência da mulher jovem com câncer de mama e a imagem corporal - na relação consigo mesma e na relação com os outros e com o mundo*. Elas são apresentadas a seguir, com a discussão e interpretação dos dados realizadas à luz do IS.

4.4.1 A vivência da mulher jovem com câncer de mama e o trabalho

Na relação consigo mesma

Categorias e unidades temáticas:

- a) *“Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar, às vezes eu me sinto meio inválida, sabe? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco”, cujas unidades temáticas são: Sentimentos das mulheres jovens relacionados ao fato de ter que parar de trabalhar devido ao câncer de mama e seus tratamentos; O fato de ter que parar de trabalhar devido aos tratamentos do câncer de mama gera modificação na renda da mulher jovem e cobrança por parte de si mesma, e Modificações físicas ocasionadas pelos tratamentos geraram mudança nas atividades laborais das mulheres jovens.*
- b) *A importância do trabalho pelo fato de ser mulher e jovem: “O Trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho, e como mulher jovem: Liberdade!”, cuja unidade temática é: Significado do trabalho para a mulher jovem com câncer de mama.*

a) “Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar, às vezes eu me sinto meio inválida, sabe? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco”

Sentimentos das mulheres jovens relacionados ao fato de ter que parar de trabalhar devido ao câncer de mama e seus tratamentos

Segundo Roelen e colaboradores (2011), o câncer de mama é a neoplasia maligna mais comum nas mulheres em “idade de trabalho”, ou seja, em idade ativa (com até 40 anos). É importante salientar que no mundo contemporâneo a independência e a individualização da mulher têm se dado por meio do trabalho (GONÇALVES, 2010).

De acordo com Gonçalves (2010), em seu estudo qualitativo, com doze mulheres em idade ativa, o trabalho mostrou-se essencial para a maioria dessas mulheres e a possibilidade de perder o emprego ou a capacidade de trabalhar representou para as mesmas a perda de suas conquistas e de sua independência. Pensar na finitude da atividade laboral pelo adoecimento ou pela incapacidade gerou pavor nessas mulheres.

Corroborando os dados das pesquisas acima comentadas, as mulheres deste estudo apresentaram diversos sentimentos como medo, preocupação, pavor, chateação e tristeza, relacionados ao fato de ter que interromper a atividade laboral devido ao tratamento do câncer

de mama. “Parar de trabalhar” significou para elas impotência e incapacidade, principalmente pelo fato de serem jovens e ativas.

A mulher começa a conviver com a ideia do câncer de mama e seu trabalho, e com isso há o envolvimento de um repertório de elementos internos dela, como seu *self*, os símbolos com os quais identifica a situação de *ser mulher jovem com câncer de mama*, perspectivas e referências de seu grupo social próximo, o que acaba interferindo na vivência do câncer de mama para ela no que se refere ao trabalho.

Quando analisamos estes significados atribuídos pelas mulheres, notamos que o ser humano percebe a si mesmo, e a partir disso tem concepções e comunica-se consigo próprio, tornando-se objeto de sua própria ação, conforme reforça Blumer (1969). Dessa forma, para a mulher jovem, “parar de trabalhar” devido ao câncer de mama, foi muito difícil de aceitar e de vivenciar:

“Olha, na verdade foi um susto, né? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco.” (E 9)

“Então, em relação ao trabalho eu sinto muita dificuldade porque eu gosto de trabalhar. Eu nunca fui de ficar em casa, ainda mais por conta de doença, então isso me faz muita falta por conta disso. Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar neste momento, principalmente por isso.” (E 10)

“Eu me sinto ruim, fico muito chateada porque eu sou uma pessoa muito esforçada, entendeu? (...) Isso me deixou pra baixo, não vou poder voltar tão rápido à ativa né? Me abalou bastante, tirou um pedaço de mim, né?” (E 2)

“Eu me sinto incapacitada, né? (...) o trabalho dignifica né? Então, agora afastada do trabalho, sei lá, eu me senti um pouco impotente, incapaz. Significa muito para mim trabalhar.” (E 8)

O trabalho feminino na sociedade contemporânea aparece como uma exigência individual e identitária, como uma condição para realizar-se na existência e um meio de autoafirmação (OLIVEIRA; TRAESEL, 2008).

Nesse sentido, podemos inferir, por meio dos DSCs relativos às falas das participantes deste estudo que o trabalho significa para elas satisfação pessoal e “estar ativa”, e que privar-se de trabalhar devido à doença fez com que elas se enxergassem como pessoas incapazes e impotentes, como se perdessem sua identidade enquanto mulheres e seres humanos. Para muitas delas trabalhar também é sinônimo de saúde, de estar saudável.

“(...) porque o parar significa que você não está bem, você tem que parar porque está doente e é difícil aceitar que você está doente de uma coisa que não te causava dor, que não te causava nada, não estava impedindo de viver, entendeu. Isso me incomoda também.” (E 6)

“Quando eu parei de trabalhar, eu senti a mulher mais desamparada da face da Terra, uma mulher jovem (...) de 34 anos (...) Eu me senti bem impotente, aí quando veio ‘ah agora você vai receber o auxílio-doença’, eu não achava que isso ia acontecer, a gente sempre acha que pode acontecer, mas mais pra frente, não na minha idade! Agora eu me sinto assim, muito impotente, muitos sonhos que está difícil agora, né? (choro)” (E 1) (E 10)

O questionamento sobre o significado do trabalho para as mulheres deste estudo gerou sentimentos de tristeza. Autores descrevem que o afastamento do trabalho pode levar inclusive à instalação de quadros de frustração e depressão (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013). Ficar sem trabalhar é muito sofrido, principalmente por elas serem jovens, e considerarem que o trabalho é seu “ganha pão”:

“Eu não consigo ficar sem trabalhar, eu acho que é muito triste uma pessoa que não tem o seu trabalho, não tem o seu ganha-pão, acho que é muito triste uma mulher depender do outro.” (E 1)

O fato de ter que interromper a atividade laboral e de ter sofrido modificações nestas atividades devido ao câncer de mama fez com que elas sentissem insegurança quanto ao seu futuro. Muitas delas viam-se com uma limitação e sentiam-se preocupadas e ansiosas em saber como seria após a doença: se iriam poder voltar a trabalhar, poder desempenhar tarefas que realizavam antes do câncer e como ficaria a questão econômica. Assim, a vivência do câncer de mama com relação ao trabalho para as mulheres jovens significou incerteza quanto ao futuro:

“Eu pensava ‘como vai ficar todo mundo nesse período, será que daria pra eu trabalhar?’ Era um momento difícil e não sabia como ia ficar as pessoas e a minha vida (...) e a médica foi um pouco indelicada e disse ‘você sabe que a doença pode voltar e que se voltar a gente pode ver a possibilidade de te aposentar’, isso era tudo que eu não queria ouvir, pois assim eu nem curei a primeira, eles já falavam que iria poder voltar, eu sai de lá chorando e transtornada (...)” (E 6)

“Eu fico preocupada, ansiosa, ao mesmo tempo que dava ansiedade eu ficava desanimada (...) pelo fato de ter as limitações eu fico preocupada em amanhã ou depois eu não conseguir fazer o que eu fazia antes, tanto em casa como no trabalho, então eu fico com muito medo, também da questão econômica.” (E 8)

Ainda em relação ao medo, às limitações e à preocupação com o futuro relacionado ao trabalho, uma revisão sistemática da literatura e metassíntese qualitativa sobre trabalho e câncer (WELLS et al., 2014) evidenciou que o *return to work* e o futuro com relação ao trabalho dos indivíduos poderia ser fortemente influenciado pela intensidade com que o câncer afetou: a autoidentidade, o sentido e significado do trabalho, o contexto familiar e financeiro e o ambiente de trabalho. Assim, o fato de ter a oportunidade de trabalhar após o câncer frequentemente

ajudava as pessoas a restabelecerem a normalidade e o senso de si mesmas, mas ao mesmo tempo, a autoidentidade era desafiada pelas consequências físicas e emocionais do tratamento do câncer, o que poderia afetar o futuro desses pacientes no que se refere ao retorno às atividades laborais (WELLS et al., 2014).

De acordo com Rodriguez e Carneiro (2013), o medo da perda do emprego assume extrema relevância, principalmente nos dias de hoje, frente a difícil situação de se conseguir outra atividade ocupacional, e para os sobreviventes do câncer, manter-se no trabalho preserva a sua estabilidade financeira, evitando sofrimentos e consequências psicológicas adversas (SHARP; TIMMONS, 2013).

Cabe salientar ainda que, de acordo com a literatura, quase um terço dos pacientes com câncer são indivíduos em idade ativa, e a maioria deles deseja voltar ao trabalho, ou seja, realizar um “retorno à normalidade e à qualidade de vida” (BIERI et al., 2008; BUTLER; JOHNSON; GUBLER, 2009; GROENEVELD; DE BOER; FRINGS-DRESEN, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2010).

Nesta investigação, a necessidade de continuar a atividade de trabalho desempenhada antes dos tratamentos, além de proporcionar para a mulher jovem a volta à “normalidade” fez com que ela desenvolvesse também o autocuidado, como por exemplo, praticar exercícios com o braço homolateral à cirurgia, proteger o braço de calor excessivo. Descobriu até mesmo técnicas para diminuir a dor e o inchaço deste braço. Então, para algumas mulheres jovens, a vivência do câncer de mama com relação ao trabalho significou estímulo ao autocuidado:

“Eu até aprendi uma técnica sem ninguém me ensinar para o braço, eu mesma, eu não procurei fisioterapeuta, eu pensei assim, se quando você tem um hematoma, se você bate e incha aí, é, você coloca gelo, eu acredito que se eu fizer o mesmo vai desinchar, então quando minha mão começa a inchar, eu pego, eu encho um balde e coloco minha mão inteira com água gelada e espero até a mão queimar, aí a mão queima, eu tiro e volto, tiro e volto, ela desincha todinha. E eu faço exercício com a mão também, eu sozinha (...) Agora eu também só tenho um pouco mais de cuidado com o braço para não ter queimadura, essas coisas (...)” (E 1)

Muitas participantes desta pesquisa referiram gostar muito de trabalhar e ter que parar de fazer o que gostavam gerou bloqueio em muitas áreas de suas vidas: não conseguiam cuidar de suas casas, de suas famílias e de seus filhos.

De acordo com Smeha e Calvano (2009), apesar de a figura feminina estar relacionada às funções de mãe e esposa, as mulheres têm buscado, além da realização pessoal, a profissional. Dessa forma, o trabalho constitui um dos valores essenciais para sua vida,

considerado por ela como fonte de independência e de liberdade (VIEIRA; AMARAL, 2013). Assim, o fato de não estar exercendo sua atividade de trabalho significou para essas mulheres “sentir-se presa”:

“Porque eu não me vejo parada, eu acho que foi isso o que me atrapalhou mais nesse problema, nessa doença, então é difícil, bloqueou muita coisa na minha vida, entendeu? Ela (o câncer) me tirou assim o meu ser, entendeu? Me prejudicou, porque se eu pudesse sair cedo, trabalhar, voltar (voz embargada) eu encararia como um tratamento normal, mas a partir do momento que me barrou aí já me veio a questão do bloqueio, já comecei a pensar o porquê que uma pessoa que já trabalha, porque eu trabalho desde os 10 anos, então assim uma pessoa que sempre trabalhou agora parar tudo assim de uma vez (choro). Minha paixão é levantar cedo e sair para trabalhar e voltar e fazer tudo que tenho pra fazer, cuidar da minha casa, da minha filha, tudo, eu conseguia trabalhar e de repente parar, aí foi meio difícil (suspiro).” (E 10)

“(...) porque sem trabalhar eu me sinto presa. Eu me sinto presa dentro de uma gaiola, de uma redoma, é todo dia a mesma coisa, eu gosto de trabalho, eu gosto de ser independente (...)” (E 3)

Segundo Venturi e Recamán (2004, p. 28), *a inserção no mercado de trabalho, conquista ou meta da maioria das mulheres, é valorizada sobretudo por possibilitar a construção de sua autonomia, ou ao menos por trazer independência econômica*. Para Baptista (1995) o lado profissional também proporciona à mulher valorização, ou seja, por meio do trabalho ela constrói sua identidade na relação consigo mesma, além de interpretar e entender a possibilidade de trabalhar como ter autonomia em sua vida, valor, independência e satisfação.

Assim, para as mulheres participantes deste estudo, o “parar de trabalhar” levou a sentimentos de pavor, medo e tristeza e significou impotência e incapacidade, assim como ausência de saúde e perda de liberdade.

O fato de ter que parar de trabalhar devido aos tratamentos do câncer de mama gera modificação na renda da mulher jovem e cobrança por parte de si mesma

As mulheres passaram a entender a importância do trabalho nas diferentes fases da vida, principalmente como profissão e carreira, e isso aconteceu a partir de 1960 com o constante e crescente aumento da escolarização. Para essas mulheres, o salário pode ser considerado parte do orçamento doméstico ou um “complemento” ao salário do companheiro ou da família ou ainda, o salário pode ser responsável pela totalidade das despesas domésticas e extra-domésticas (GONÇALVES, 2010).

Segundo Roellen e colaboradores (2011), as mulheres com câncer de mama em situação laboral estável normalmente acabam por interromper o seu trabalho para o tratamento de câncer, e a ausência prolongada do trabalho devido à doença muitas vezes gera perda de renda e até exclusão social. Esses autores constataram ainda em seu estudo que a maior parte dos afastamentos do trabalho por câncer de mama ocorreu com mulheres com menos de 40 anos.

Para as participantes do presente estudo, que estão em plena fase ativa de suas vidas, isso não foi diferente. Ter de se afastar do trabalho, ou até mesmo “parar de trabalhar” gerou preocupação com o aporte financeiro delas e de suas famílias. “Parar de trabalhar” significou mudança na sua vida financeira, com redução ou perda do salário e consequente dificuldade nesta área:

“(...) tendo que interromper o meu trabalho, passa por dificuldade financeira porque você já não recebe aquele salário que você está acostumada a receber, você passa a receber um outro bem menor, então é, gera um monte de sentimento (...)” (E 12)

“Eu dependia do meu trabalho, eu era autônoma, né? Eu fiquei sem dinheiro, foi o fundo do meu poço, foi horrível (...)” (E 1)

“É complicado, porque eu tenho um filho novo, eu tenho que trabalhar para ajudar no sustento de casa, da educação do meu filho (...)” (E 2)

É importante ressaltar que há três décadas as mulheres vêm se apresentando cada vez mais no mercado de trabalho. Além de ter aumentado o número de assalariadas, aumentou também a quantidade daquelas que não param de trabalhar depois do casamento e do nascimento do primeiro ou segundo filho (GILLES, 2000). Para Baptista (1995), foi a partir do movimento feminista nos anos 70 que a mulher percebeu sua condição e seu potencial intelectual, sua capacidade de trabalho e de competitividade. Atualmente, a continuidade do emprego feminino se impõe como a norma dominante e tem aumentado cada vez mais o número de famílias em que tanto a mulher como o homem trabalham, e esse fato tem ultrapassado muito o das famílias em que apenas o homem trabalha.

Dessa forma, o trabalho tem construído cada vez mais a identidade social da mulher e a condição feminina pós-moderna tem sido caracterizada pelo compromisso com o trabalho, respondendo, agora, à recusa da dependência em relação ao marido e à reivindicação de uma autonomia (GILLES, 2000). Além disso, Bilac (2002) afirma que as mulheres jovens apresentam altas taxas de participação no mercado de trabalho com menores taxas de desemprego e níveis mais elevados de rendimentos, ou seja, de salários.

Essas afirmações tornam compreensível a importância que as mulheres deste estudo atribuem ao trabalho, que além de lhes dar uma identidade na sociedade moderna, também é sua fonte de renda, compõe a renda de sua família e contribui especialmente como aporte financeiro para a criação dos filhos. Ao se depararem com a nova situação de vida, com a doença e com a redução da renda, elas se viram obrigadas a mudar também o estilo de vida:

“E uma coisa importante é que quando eu terminei o tratamento era como se eu tivesse nascido com 34 anos e isso foi muito difícil, porque eu voltei a trabalhar e meu patrão me mandou embora e aí pra eu retomar a vida, para você cair a ficha que você tem que retomar a vida de novo é complicado, muito complicado (...) Fui mandada embora, aí eu não tinha perspectiva para ir atrás de outro trabalho, você fica ‘puts e agora, pra onde você vai?’, bateu o desespero porque eu ganhava 11 mil e passei a ganhar 700 (risos), as minhas contas eram de oito mil reais, seis mil reais, de cartão de crédito, estou pagando no mínimo cinco, e aí quando eu vi que eu tinha que parar de trabalhar (risos) para ganhar de INSS, e aí foi desespero ‘e agora o que que eu vou fazer?’, quando eu fui para o INSS eu comecei a ganhar 700 reais, falei ‘ferrou a vida, mas daí eu desliguei da tomada falei ‘meu, deixa rolar, o mais importante agora é a minha saúde e não as minhas contas, banco a gente releva, tive até que vender meu carro, paguei a outra parte das minhas dívidas, mas ainda ficou um pouquinho.” (E 11)

Autores (GODINHO; GRECO; GONÇALVEZ, 2011; RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013) relatam que quando a pessoa compõe a renda da família ou no caso de ser o provedor familiar e encontrar-se impossibilitado de exercer sua profissão, acaba sofrendo por preocupar-se com a família. Com isto, manter o padrão econômico e o *status* perante a sociedade torna-se sensivelmente mais difícil para a pessoa que foi afastada do trabalho devido à doença, o que agrava o sentimento de frustração e inutilidade.

Um estudo realizado no interior do estado de São Paulo com 51 pacientes oncológicos evidenciou que, devido à alta exigência física e psíquica no trabalho, tem sido observado grande número de afastamentos do ambiente laboral na realidade do atendimento oncológico. Nesse estudo, observou-se cerca de 13,45% de casos em afastamento (GALLASCH; ALEXANDRE; ESTEVES, 2015).

Na presente pesquisa, por meio dos relatos podemos constatar que muitas participantes foram afastadas do trabalho devido ao câncer de mama e isso significou para elas preocupação e sofrimento com relação ao aporte financeiro pessoal e familiar.

No entanto, vale citar que em alguns países como a Holanda, por exemplo, as mulheres não precisam ter esse tipo de preocupação, pois o afastamento por qualquer tipo de doença, e qualquer que seja a sua causa, costuma ser totalmente compensado pelo empregador no primeiro ano e até 70% no segundo ano (ROELEN et al., 2011).

Assim podemos compreender o significado que as mulheres jovens deste presente estudo atribuíram ao futuro com relação ao trabalho, significado este de medo com relação ao retorno às atividades laborais no que se refere ao aspecto de desempenho físico e ao aspecto econômico, e de incerteza com o amanhã.

Modificações físicas ocasionadas pelos tratamentos geraram mudança nas atividades laborais das mulheres jovens

Um estudo realizado na Holanda com pacientes com câncer de mama, de várias faixas etárias, constatou uma diminuição do retorno ao trabalho após o diagnóstico da doença, principalmente daquelas com menos de 40 anos, uma vez que elas tinham indicação de tratamento com quimioterapia. Reconheceu-se assim, que essas mulheres são menos propensas a retomar o seu trabalho, o que pode estar relacionado aos efeitos colaterais do tratamento (SUKEL et al., 2008; ROELEN et al., 2011).

Neste estudo, os tratamentos, como a mastectomia, a linfonodectomia, quimioterapia e radioterapia ocasionaram alterações físicas, como limitações de movimentos, dores e desconforto, que obrigaram as mulheres a modificar suas atividades domésticas e laborais, provocando até mesmo afastamento do trabalho, pois elas não conseguiam mais desempenhar as mesmas atividades de antes do diagnóstico do câncer. Elas relataram que atualmente conseguem fazer serviços mais leves, mas não aqueles que exigem mais força, como estender roupa ou realizar uma “faxina”, por exemplo. Então para elas, a vivência do câncer de mama como mulher jovem, neste caso, significou limitação:

“(...) eu tenho um limite hoje, isso me deixa um pouco chateada sim, eu dependo da ajuda do meu esposo, ele por ser homem, né? Não é igual a gente faz, não é igual eu gosto (...) Eu sou muito perfeccionista, eu gosto de tudo em ordem, de tudo limpinho e nessa parte, eu sofro muito porque eu não consigo fazer o que eu fazia antes porque eu sinto um cansaço físico, o meu braço ele começa, ele tem um peso, e é como se ele avisasse ‘para que não dá mais’, então eu sinto um peso, aí ele começa a me incomodar, eu sinto uma dor, um incômodo, aí eu tenho que parar (...)” (E 3)

“(...) aconteceu já da minha mão inchar que eu levei um susto muito grande, mas depois desinchou e isso me deixa (...) um pouco chateada (...) Eu não consigo segurar e não posso, mais que cinco kg, né? Na mão. Eu não consigo pegar os meus sobrinhos, não posso, então assim, isso é um limite que a doença me trouxe (...)” (E 1) (E 4)

As mulheres com câncer de mama, principalmente as mais jovens, segundo Roelen e colaboradores (2011), Hansen e colaboradores (2008) e Calvio e colaboradores (2010), podem

até retornar ao trabalho inicialmente, mas o retorno completo (*full return to work*) é impedido pelos problemas que persistem após os tratamentos, como a fadiga, limitações físicas e até mesmo dificuldades cognitivas e de memória.

Nessa mesma direção, outros autores também afirmam que os efeitos residuais da quimioterapia e da radioterapia podem causar impacto direto no retorno ao trabalho dos pacientes que vivenciam o câncer (TEVAARWERK et al., 2013), visto que tais tratamentos podem gerar depressão e ansiedade e restringir as atividades laborais (FEUERSTEIN et al., 2007). Além disso, limitações para o trabalho podem ser encontradas até 11 anos após o diagnóstico e início do tratamento em pacientes com câncer.

Nesse sentido, Feuerstein e colaboradores (2007) nos remetem à importância da atuação dos profissionais de saúde junto às pacientes jovens com câncer de mama, afirmando que esses profissionais necessitam de informações e habilidades que permitam realizar modificações no ambiente de trabalho e desenvolver ações para melhorar desses quadros, favorecendo o retorno dessas mulheres às suas atividades laborais após o diagnóstico e os tratamentos da doença.

Algumas das participantes deste estudo foram obrigadas a repensar ou interromper sua atividade laboral, sendo que outras vivenciaram a situação de serem demitidas do trabalho devido ao câncer de mama:

“Eu queria trabalhar, mas eu não podia trabalhar porque meu patrão não podia me aceitar a trabalhar por conta do tratamento, tinha dias que eu não estava legal e eu tinha que gerar muito dinheiro e, para o meu patrão não servia que eu trabalhasse uma dia, e um dia não, eu tinha que estar na ativa o tempo todo, então ele não quis.” (E 11)

“(...) E, igual pra fora, pra fora eu não sei se eu vou conseguir trabalhar, mas só se for algum outro tipo de trabalho, uma coisa bem leve mesmo.” (E 2)

“Então, às vezes eu me sinto meio inválida, sabe parei de fazer muita coisa (...) porque a gente se sente um pouco inútil, né? Não poder fazer, né?” (E 4)
(E 5)

O retorno ao trabalho de indivíduos sobreviventes do câncer tem sido relatado como problemático, devido às alterações da capacidade física, fadiga, falta de apoio e adaptações no ambiente ocupacional, além da sobrecarga (ABMA; VAN DER KLINK; BÜLTMANN, 2013).

Podemos constatar por meio dos depoimentos das participantes deste estudo, assim como dos dados da literatura apresentada ao longo desta discussão que realmente as limitações físicas ocasionadas pelo câncer de mama passam a ser fatores limitantes não só na vida pessoal das mulheres como também em sua vida como ser ativo, que desempenha alguma atividade

ocupacional. Identificar quais são os limites que elas apresentam é um fator crucial para trabalhar sua reabilitação física e psíquica a fim de ajudá-las a retomar suas atividades da vida diária. Daí a importância do profissional de saúde neste processo.

Voltar a trabalhar (*return to work*) durante ou depois do tratamento de câncer de mama, segundo Roelen e colaboradores (2011) é importante, porque o *return to work* possibilita que as mulheres restaurem suas participações e relações sociais, o que aumenta a qualidade de vida como paciente.

Cabe observar que para as participantes deste estudo o câncer trouxe algo positivo para suas vidas, porque interromper sua atividade ocupacional fez com que se descobrissem capazes de desempenhar outras tarefas, poderem passar mais tempo com a família e olharem o trabalho de maneira a atribuir mais valor para o mesmo, o que neste contexto, significou novas oportunidades:

“E tem muita coisa que eu aprendi, né? A fazer, sabe? Nem eu mesmo sabia que eu gostava de fazer e podia fazer algumas coisas e hoje eu faço, então tem seu lado bom e seu lado ruim, né?” (E 4)

“E, apesar de ficar em casa e não aguentar mais a rotina, penso que foi até muito bom pra mim ficar em casa, porque eu comecei ver as coisas de uma outra forma, até o trabalho você começa a olhar diferente, aprende a olhar pra outra pessoa, com mais compaixão (...)” (E 6)

De acordo com Kergoat (2002), a maioria das mulheres jovens não costuma enfrentar grandes desafios na escolha profissional ou até mesmo na mudança da carreira profissional, pois, aparentemente, todas as portas já se encontram abertas a elas justamente por serem mais jovens. No entanto, após passarem pela experiência do câncer de mama, muitas acabam por modificar sua forma de ver o trabalho e o valor que dão a ele. Algumas passam a ver o trabalho como algo não primordial, e voltam a trabalhar muitas vezes somente devido à necessidade financeira (KENNEDY et al., 2007). Tiedtke e colaboradores (2010), em sua revisão da literatura sobre experiência de mulheres sobreviventes do câncer de mama encontrou que essa modificação do valor atribuído ao trabalho acontece porque essas mulheres modificam suas ambições e prioridades, que na maioria das vezes contemplam a família e o tempo com os filhos.

b) A importância do trabalho pelo fato de ser mulher e jovem: “O Trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho, e como mulher jovem: Liberdade!”

Significado do trabalho para a mulher jovem com câncer de mama

Um dos papéis fundamentais na vida do ser humano é o trabalho, e esse papel advém dos seus efeitos positivos no que concerne à satisfação das necessidades básicas de subsistência (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013). Para Gilles (2000), no caso da mulher, o trabalho não é apenas um valor, mas é também um instrumento de realização pessoal, um desejo de ser sujeito de sua própria existência.

Além disso, para Morin e colaboradores (2007), o trabalho, além da satisfação pessoal, significa autonomia, sobrevivência, aprendizagem e crescimento, bem como um meio para o indivíduo construir sua identidade e sua independência

As falas das mulheres jovens deste estudo vêm ao encontro do supracitado. Quando questionadas sobre o significado do trabalho, elas manifestaram que trabalhar significa edificação, satisfação, independência financeira, liberdade, significa relacionar-se com outras pessoas, criar laços de amizade, ou seja, a oportunidade de viver uma vida melhor:

“Ah! O trabalho é tudo né? Tudo! Você levantar cedo, ir trabalhar, você ter seu dinheiro, você não ter que ficar pedindo para marido, né? Sua independência, né? (...)” (E 4)

“(...) É legal trabalhar porque você conhece pessoas, você é tem outros relacionamentos.” (E 6)

“O trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho. O trabalho ele te regenera, então você sai da sua casa, do seu âmbito de harmonia para ir para um lugar de transição que você aprende e você traz essa soma para dentro da sua casa, além do que você sai porque você precisa gerar dinheiro pra você viver uma vida melhor (...)” (E 11)

“Além disso, o ato de trabalhar significa liberdade e como mulher jovem: Liberdade!” (E 3)

O trabalho é essencial na vida das pessoas já que garante a sobrevivência (MORIN et al., 2007), e, de acordo com Rocha-Coutinho e Losada (2007, p. 496), para a mulher, assumir uma atividade de trabalho *configura-se (...) não apenas como fonte de sustento, mas, principalmente, como fonte de satisfação, algo que deveria ser assumido não só pelo retorno material, mas principalmente pelo prazer que proporciona.*

Neste estudo, além de o trabalho significar “edificação da alma”, liberdade, satisfação e autonomia, para as mulheres jovens com câncer de mama ele também significou uma oportunidade de crescimento pessoal para um futuro melhor:

“E eu sendo nova ainda tenho um futuro pela frente, né? O trabalho eu acho importante porque eu fui criada assim, né? Minha família foi criada assim, a gente tem que trabalhar, a gente tem que exercer, a gente tem que funcionar, né? Alguma coisa na gente tem que funcionar. E, apesar de tudo, por ser jovem eu me sinto muito feliz, porque eu vejo que eu sou capaz de muita coisa ainda, né? A gente é capaz de muita coisa, de enfrentar, tudo que passou, de aprender coisas que você não tinha tempo de poder fazer (...)” (E 2) (E 4)

É por meio da atividade que o homem se apropria da prática histórica social e da experiência da humanidade, constituindo-se como pessoa, como cidadão, e adquirindo possibilidades de uma existência (BULGACOV et al., 2010).

O trabalho é um espaço essencial não só para a construção da identidade e da saúde, mas também é o local no qual as pessoas podem adquirir a experiência e o desenvolvimento de suas capacidades e suas competências (SCHLINDWEIN, 2013). Segundo Morin e colaboradores (2007), é por meio do trabalho que o indivíduo espera para o seu futuro poder progredir e aprimorar sua atividade laboral, passar a receber remunerações maiores e poder conquistar seus sonhos.

Dessa forma, para as mulheres jovens deste estudo o trabalho configurou-se como uma atividade de suma importância para o seu crescimento pessoal e profissional, além de oportunizar aprendizagem e de construir relações sociais. Significou “sentir-se livre e autossuficiente”, ou seja, foi a forma de elas “tomarem as rédeas da própria vida”, especialmente após o diagnóstico da doença.

Na relação com os outros e com o mundo

Categoria e unidades temáticas

a) O afastamento da mulher jovem de sua atividade de trabalho e as relações sociais.

Esta categoria foi composta pelas seguintes unidades temáticas: *os comentários sobre a situação do câncer de mama pelos colegas de trabalho e a ausência de colaboração dos mesmos no ambiente laboral gera sofrimento para a mulher jovem*. Além disso, na percepção da vivência do câncer de mama no trabalho como um objeto social, denotaram que apesar do estigma que a doença traz, a *solidariedade e positividade no trabalho* também estão presentes; além disso, elas têm o *apoio familiar que auxilia a superar a falta do trabalho*.

Ao mesmo tempo em que a mulher jovem interagiu consigo própria, e refletiu sobre si mesma no que se refere à sua vivência do câncer de mama com relação ao trabalho, trazendo essa vivência como um objeto para si, ela percebeu o papel do outro, o que chamamos de *self* social. Esse movimento vai ao encontro da premissa de Blumer, de que “*os significados das coisas para o ser humano são derivados da interação com o outro*” (BLUMER, 1969).

a) O afastamento da mulher jovem de sua atividade de trabalho e as relações sociais

Os comentários dos colegas de trabalho sobre a situação do câncer de mama e a ausência de colaboração dos mesmos no ambiente laboral geram sofrimento para a mulher jovem

Segundo Bulgacov e colaboradores (2010), toda e qualquer atividade *está inserida em um sistema de relações sociais*, e é por meio da atividade que o homem pode se relacionar com os outros e com sua realidade pessoal e objetiva e, ao mesmo tempo, construir sua subjetividade. Assim, o trabalho não só desenvolve a função psicológica na vida pessoal como também a desenvolve na vida social dos sujeitos. A função social do trabalho, então, tem o objetivo de produzir objetos e serviços a partir de trocas sociais (CLOT, 2007).

No entanto, o rompimento do trabalho no que concerne ao horizonte profissional pode levar o indivíduo a um estado de impotência, desamparo e angústia de ser um “eu” sem o “outro”, principalmente quando esse rompimento ocorre devido a uma doença (SCHLINDWEIN, 2013). Dessa forma, as dificuldades que surgem no trabalho para pacientes com câncer de mama dependem de uma complexa interação dos fatores individuais, mas também dos fatores ambientais e sociais (AMIR; NEARY; LUKER, 2008; TAMMINGA et al., 2012).

Estudo qualitativo realizado com doze pacientes com câncer de mama na Holanda encontrou que a falta de apoio de colegas, supervisores e funcionários foi uma barreira para o *return to work* dessas mulheres. Muitos não sabiam como lidar com a situação de ter uma colega com câncer. Além disso, falar sobre o câncer de mama no local de trabalho era difícil, visto que isso provocava sentimentos de desconforto entre colegas (TAMMINGA et al., 2012).

Em relação às participantes deste estudo, algumas enfrentaram dificuldades no ambiente laboral, devido ao modo de os colegas lidarem com o fato de elas estarem doentes. Elas, por sua vez, não aceitavam a forma como eles se portavam diante dessa situação, e sentiam-se constrangidas na convivência e interação com os outros no próprio local de trabalho. Esse foi um aspecto negativo abordado por elas:

“Eu sou técnica de enfermagem, e a psicóloga me falou: ‘então, o conhecimento te traz sofrimento’. Caiu o mundo em cima de mim. E o setor que eu trabalho, sinceramente, é uma coisa assim que eu sinto que elas não vão ser companheiras, não vão assim pensar ‘nossa oh’, eu tenho até gravado aqui, me perguntaram ‘tirou tudo ou tem metástase?’ Eu não me sentia à vontade de falar para as minhas colegas de trabalho, quem sabia mais eram pessoas de outros setores, ficaram sabendo mesmo no dia, realmente, quem sabia mesmo era a enfermeira, minha chefe e só (...) Algumas amigas minhas mesmo ficaram

sabendo lá no meu local de trabalho ‘ai, nossa, mas ai a gente vê todo dia um morrer de câncer aqui, ai, espero que não aconteça com a gente’, que pessoas pessimistas, porque acho que morrer todo mundo vai.” (E 7)

Apesar de as evidências científicas sugerirem que a maioria das sobreviventes de câncer de mama são capazes de retornar ao trabalho, muitas delas apresentam dificuldades neste retorno ou permanência no trabalho não só devido às modificações físicas ocasionadas pela doença, mas pelo fato de o ambiente de trabalho apresentar-se hostil, principalmente no que se refere aos colegas, visto que essas mulheres podem sofrer discriminação e falta de colaboração por parte dos mesmos (TAMMINGA et al., 2012).

Pudemos compreender também por meio dos relatos que a mulher jovem percebe que, apesar de estar passando pela doença e alguns de seus colegas saberem sobre a gravidade da mesma, nem todos se mostram solidários para colaborar com elas nas atividades laborais, o que gera insegurança no retorno ao trabalho:

“Então eu acho que eles não vão ser colaborativos não. Porque, dentro de uma UTI é corrido, muito, muito, muito corrido, além de não ter como elas me ajudarem, elas não querem me ajudar.” (E 7)

Segundo Well e colaboradores (2013), uma grande proporção de pacientes que completam o tratamento de câncer de mama retornam ao trabalho, mas acabam por abandonar o mesmo dentro de um ano, pois apresentam dificuldades significativas na reintegração, tanto da atividade laboral como com os colegas de trabalho.

Além disso, em vários estudos qualitativos, mulheres com câncer de mama expressam uma necessidade de assistência e apoio emocional, tais como o fornecimento de informação relacionada com a sua doença, ajustes no local de trabalho e horas trabalhadas, além de desenvolvimento de um plano que seja adaptado para o seu retorno ou continuidade no trabalho (TAMMINGA et al., 2012; TIEDTKE et al., 2010; YARKER et al., 2010).

Dessa forma, no que se refere ao contexto que engloba a vivência da mulher jovem com o câncer de mama, seu trabalho e sua relação com os outros e com o mundo, compreendemos que este representou para algumas delas dificuldades direcionadas principalmente ao relacionamento com os colegas em seu local de trabalho. Elas se sentiram incomodadas com comentários a respeito de sua situação de saúde e reclamaram da falta do apoio, auxílio e solidariedade dos mesmos.

Solidariedade e positividade no trabalho

De acordo com Morin e colaboradores (2007), o trabalho precisa ser fonte de experiências de relações humanas satisfatórias, ou seja, a possibilidade da construção de laços de afeição. Para os sobreviventes de câncer, a capacidade de trabalhar é importante, não só pela questão econômica e física mas também para manter as relações sociais, a autoestima e o bem-estar psicológico (WELLS et al., 2014).

O apoio de colegas, supervisores e empregadores, assim como o de médicos e enfermeiros ocupacionais desempenha um papel fundamental no *return to work* de pacientes com câncer de mama. Segundo Tamminga e colaboradores (2012), por exemplo, o apoio dos supervisores consistiria em expressar confiança e trabalhar juntamente com o funcionário doente. Já o apoio de colegas consistiria em apoio social dando *feedback* positivo e encorajando estas mulheres para que elas sentissem que retornaram para um ambiente familiar e seguro. E no caso de apoio dos médicos e enfermeiros ocupacionais, estes deveriam moderar o excesso de ansiedade e traçar um plano de trabalho adequado para que essas mulheres pudessem voltar a desempenhar as atividades laborais anteriores ao câncer.

Assim, apesar de, algumas participantes denotarem a ausência de colaboração dos colegas no trabalho, outras relataram vivenciar a solidariedade por parte dos mesmos, contando inclusive com a preocupação deles devido ao seu diagnóstico de câncer de mama. Eles forneceram-lhes ainda encorajamento para enfrentar a doença, trazendo para elas positividade e felicidade, demonstrando a possibilidade de uma interação positiva no ambiente de trabalho:

“(...) fui trabalhar algumas vezes no meu serviço, chegava gente em mim: ‘Estou orando por você’. Fiquei feliz, porque eu fico muito feliz por pessoas que estejam orando pela gente, porque eu acredito que quanto mais pessoas estejam orando eu creio que isso é positividade que está vindo para a minha vida. E eu acredito que o câncer tem cura, é só você acreditar. E todas essas pessoas que vinham me contar essa positividade me deixava feliz.” (E 1)

“Posso dizer que estão me dando muito apoio no trabalho, eu tenho muito apoio da direção, compreensão principalmente, eu pensava ‘nossa eu vou ficar tanto tempo afastada, eles não vão me querer mais’, mas eu não tenho esse problema porque eles são muito abertos.” (E 9)

Relacionado a isso, Tamminga e colaboradores (2012) comentam que atitudes positivas no ambiente de trabalho podem ajudar as mulheres com câncer de mama e isso inclui compreensão por parte dos colegas, supervisores e empregadores além de dar ao trabalhador a liberdade de planejar o seu *return to work* de acordo com suas possibilidades.

Acresce-se que muitos fatores sociais e ambientais podem ter uma influência positiva ou negativa para as mulheres com câncer de mama no que se refere ao trabalho, mas algo positivo

para elas é a possibilidade de controle sobre a situação, como por exemplo, poder trabalhar em casa, planejar suas tarefas diárias e ter flexibilidade no horário de trabalho, além do apoio dos colegas, amigos e chefes e o bom relacionamento com os mesmos (TAMMINGA et al., 2012).

Assim, na relação com os outros e com o mundo, enquanto algumas mulheres enfrentaram dificuldades no reajustamento ao trabalho após o diagnóstico do câncer de mama, especialmente no que se referia à relação pessoal com colegas, supervisores ou empregadores, outras encontraram neles apoio e solidariedade, o que facilitou o retorno e a retomada de suas atividades laborais.

O apoio familiar auxilia a superar a falta do trabalho

De acordo com Scorsolini-Comin, Santos e Souza (2008), o câncer é uma das experiências humanas mais impactantes, tanto do ponto de vista pessoal como familiar. Do ponto de vista familiar, a família de uma paciente com câncer de mama também se sente abalada com o diagnóstico e desenvolve estratégias para enfrentar o problema, e é apenas com o decorrer do tempo que consegue desenvolver esperança, solidariedade e fé para ajudar essa mulher no enfrentamento da doença (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011).

Neste estudo, muitas participantes manifestaram preocupação com o fato de terem de se afastar do trabalho devido ao câncer de mama. Essas preocupações relacionavam-se aos prováveis danos financeiros no orçamento familiar, uma vez que parando de trabalhar elas não poderiam contribuir na renda mensal de seus lares. No entanto, puderam contar com o apoio da família e dos amigos para superar essa situação:

“Quanto ao trabalho eu ajudava muito no financeiro, mas hoje meu esposo me ajuda, eu sou uma mulher, eu tenho muita sorte por ter o homem, o companheiro, o esposo, o pai que eu tenho do meu lado, é, ele me ajudou muito, muito e me ajuda até hoje, então hoje, é, eu preciso da ajuda dele inclusive em casa, assim, a gente passa dificuldades, sim, só que como eu não posso trabalhar eu tenho que aceitar, as coisas vão acontecendo e a gente vai sabendo lidar com a situação, vai aceitando e eu procuro fazer, é o melhor possível de tudo no meu tratamento, nas minhas dificuldades, nas minhas tristezas, eu procuro dar o melhor de mim, fazer o melhor de mim. Eu também tive bastante gente que me ajudou, eu tive família que se reuniram, amigos que se reuniram, então não teve problema nenhum (...)”

Autores explicam que a família é o principal agente responsável pela promoção de conforto, segurança e encorajamento ao paciente com câncer (SOUZA; ESPÍRITO SANTO,

2008). Estudo aponta que apesar de sentirem medo, familiares de mulheres com câncer de mama procuraram encorajá-las, expressando palavras de ânimo, coragem e incentivo. Estas atitudes, aliadas à ajuda nos afazeres domésticos, às manifestações de carinho, ao apoio financeiro e à participação ativa no tratamento, contribuíram positivamente para a vida pessoal e social das acometidas pela doença (VASCONCELOS; NEVES, 2010). Dessa forma, este apoio leva as mulheres à autoaceitação e ao enfrentamento do câncer de mama na relação consigo mesmas e na relação com os outros e com o mundo.

Segundo Charon (1989), para descrever um indivíduo interiormente a partir da perspectiva do IS, são detalhadas fases que o indivíduo precisa transcorrer para atingir um determinado significado. Essas fases são: em um primeiro momento, o indivíduo (neste estudo, as mulheres jovens com câncer de mama) chega a uma determinada situação trazendo consigo seu *self*, a mente, símbolos, perspectivas e suas referências. A partir do momento que entrou em determinada situação, neste caso o câncer de mama, o passo seguinte é a definição deste para si mesmo. Isto é caracterizado como o momento no qual a pessoa identifica e define os objetos sociais presentes, aplica experiências passadas, estabelece relação com o presente, considera o futuro e volta a olhar para si mesmo na situação. A partir disso, esta pessoa torna-se capaz de determinar a ação e agir em relação aos demais objetos sociais presentes, aos demais indivíduos.

Assim, por meio dos DSCs das mulheres jovens deste estudo pudemos compreender a vivência das mesmas no que se refere ao câncer de mama e o trabalho, nas esferas pessoal e social. Essa vivência, quando se tratava da relação delas consigo mesmas trouxe tanto questões positivas, como sua busca por conhecimento para conseguir conquistar melhores condições de trabalho, quanto questões negativas, evidenciadas por sua tristeza e por suas limitações diante das atividades de trabalho. Também a vivência em sua relação com os outros e com o mundo possibilitou-nos compreender os aspectos positivos e negativos advindos dessa relação. Positivos no que se refere à solidariedade oferecida pelos colegas de trabalho, familiares e amigos, e negativos com relação à dificuldade que encontraram em seus ambientes laborais, principalmente no relacionamento com os colegas.

4.4.2 A vivência da mulher jovem com câncer de mama e a maternidade

Na relação consigo mesma

Categorias e unidades temáticas:

- a) *A maternidade e o fato de ser mulher jovem com câncer de mama: “A maternidade me mostrou um amor grande demais, mas abala (o câncer) porque nessa idade que eu estou a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu”; cuja unidade temática é: O significado de ser mãe como mulher jovem com diagnóstico de câncer de mama.*
- b) *Dilema materno: ter ou não filhos após o câncer de mama?, cujas unidades temáticas são: Sentimentos relacionados à im/possibilidade de ter filhos como mulher jovem após o tratamento do câncer de mama, e O fato de ter tido o câncer de mama como mulher jovem fez com que desistisse da ideia de ter filhos.*
- c) *A amamentação para a mulher jovem com câncer de mama, cuja unidade temática é: Importância da amamentação para a mulher jovem com câncer de mama.*

- a) **A maternidade e o fato de ser mulher jovem com câncer de mama: “A maternidade me mostrou um amor grande demais, mas abala (o câncer) porque nessa idade que eu estou a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu?”**

O significado de ser mãe como mulher jovem com câncer de mama

Para mulheres com câncer de mama, principalmente as mais jovens, ser mãe significa desempenhar em plenitude sua capacidade como mulher geradora e traz uma sensação de completude e de realização (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). Martins e Lucarelli (2012) destacam que ser mãe, para essas mulheres pode significar a cura do câncer, porque através da maternidade elas adquirem força e coragem para vencer a doença.

Em um estudo qualitativo realizado por Vieira, Gomes e Trajano (2005) com mulheres jovens com câncer de mama, elas revelaram que têm esperança e creem que a cura é possível após o tratamento, e que essa esperança se fortalece devido à existência dos filhos. Eles lhes proporcionam momentos de prazer e felicidade, e são considerados como um presente de Deus para ajudá-las neste momento difícil.

As participantes deste estudo referiram que para elas a maternidade “é tudo”, “é um sonho”, “é um amor muito grande” e ser mãe nesta fase do câncer de mama significou “superação”, “uma luz no fim do túnel”:

“Ai, a questão da maternidade eu nunca parei para pensar nesse ponto. É importante? Muito! Maternidade (...) (pensando) é um sonho, né? (choro) (pausa) (choro).” (E 7)

“A maternidade me mostrou um amor grande demais, eu conheci um amor que ele é infinito, me sinto realizada em ver meu filho, depois dessa doença a gente se aproximou, meu filho é um filho ótimo (risos) é tudo né? Ser mãe é tudo.” (E 3) (E 4)

“Uma maravilha! Em poucas palavras uma criaturinha te ajuda, então esse ser mãe para mim é muito importante nessa fase agora. Foi superação (maternidade), foi uma luz no fundo do túnel, né? Me ajudou bastante, bastante mesmo.” (E 2) (E 8)

b) Dilema materno: ter ou não ter filhos após o câncer de mama?

Sentimentos relacionados à im/possibilidade de ter filhos como mulher jovem após o tratamento do câncer de mama

Muitas mulheres passaram a programar a primeira gravidez após os 30 anos. Com isso, um elevado número de casos de câncer de mama acaba sendo diagnosticado na fase de planejamento familiar (RICCI et al., 2007).

O câncer de mama e seus tratamentos, como o quimioterápico, por exemplo, além de provocarem um adiamento da concepção, podem afetar a fertilidade dessas mulheres, (RICCI et al., 2007). Elas apresentam maior risco de infertilidade devido ao efeito tóxico dos medicamentos sobre os folículos ovarianos, e as portadoras de mutação do gene BRCA podem necessitar de uma ooforectomia para redução de risco de câncer de ovário (MARTINS; LUCARELLI, 2012).

Segundo o antropólogo Helman (1994), experiências como gravidez e nascimento do filho são de extrema importância para a mulher, e a infertilidade pode gerar frustração e sensação de incompletude. Outros autores acrescentam que elas passam por sensações de fracasso, de solidão e de inferioridade (LEITE; FROTA, 2014; VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005)

Assim, ao se deparar com a impossibilidade de conceber, a mulher perde o controle sobre si, sobre seu corpo e seu projeto de vida. Ao notar que a realização do seu desejo de ser mãe não está em seu poder, ela se sente impotente, fracassada, deficiente, humilhada, desamparada, injustiçada e desvalorizada, podendo apresentar sinais de depressão, inquietude e desânimo, o que acaba por afetar outras esferas da sua vida (LEITE; FROTA, 2014).

No presente estudo, ao pensarem e refletirem sobre a maternidade, as mulheres manifestaram tristeza e sentiram-se abaladas, pois ainda jovens tinham o sonho de ter filhos e o

câncer de mama “roubou-lhes” essa oportunidade. Dessa forma, pensar na vivência da maternidade para mulheres jovens com câncer de mama significou medo de não poder ser mãe ou ter mais filhos:

“(...) trouxe um baque né? Porque você é nova né? ‘nossa, você nova e já com isso, né? Como que pode acontecer isso comigo?’ Foi um susto bem grande. Eu acho que abala mais porque nessa idade que eu estou a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu? Então, assim aí essa doença vem e tipo ela te desmorona um pouquinho, você está com um monte de planos, aí você tem que parar tudo para viver um outro problema, uma outra situação, ela prejudica mais é na fase da minha idade porque geralmente mulher nessa idade ela ainda tá tendo muitos sonhos ela quer muito, igual eu queria arrumar outro filho (...) já era um projeto tipo pra mais um filho, entendeu? Aí de repente, vem tudo isso então, te rouba um pouco seu sonho (...)” (E 4) (E 10)

“Vontade de ter mais filhos? Tinha muito, eu amo criança, minha maior vontade assim foi ter filhos (...)” (E 11)

“Me abala, falar assim ‘nunca mais vai poder ter outro filho’ (...) Se eu não tivesse eu ia ficar muito mais abalada, entendeu? (...) Mas tenho medo de não poder ter filhos, traz medo o fato de não poder ser mãe, medo de não poder ter filho por conta do problema até porque é cinco anos que você tem que esperar (...)” (E 2) (E 7) (E 10)

Mulheres com câncer de mama entrevistadas em estudo qualitativo de Vieira, Gomes e Trajano (2005), comentaram que se viram apavoradas diante de uma provável impossibilidade de conceber ou de voltar a conceber. Sobre esses medos, os autores observaram que, apesar do avanço tecnológico que vem sendo incorporado ao tratamento do câncer e à fertilização subsequente, ainda persiste a ideia de que o câncer cresce e destrói, fazendo dele uma doença cruel para o imaginário social, causando medo e insegurança quanto às suas consequências.

Por outro lado, recentes elevações nas taxas de cura do câncer e o desenvolvimento de tratamentos conservadores encorajam muitas dessas jovens mulheres a almejar uma nova gravidez, depois do tratamento (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). Algumas mulheres deste estudo manifestaram, através do DSC, acreditar que por serem jovens, ainda podem se curar e ter filhos:

“(...) Acredito assim, eu fico dessa forma, mas o fato da idade é que me dá esperança que eu vou conseguir também, pelo fato de ter vindo cedo, eu acredito também que a possibilidade de eu conseguir (cura e maternidade) é maior por causa da idade, entendeu?” (E 4) (E 10)

Cabe citar que uma das participantes apresentou-se conformada com a possibilidade de não poder ser mãe devido ao câncer de mama, e pensou em outra estratégia para desempenhar a maternidade:

“Eu me sinto bem confortada porque eu penso assim, tem tanta criança aí que pode ser adotada, eu tenho uma pessoa aí que pode gerar um filho meu, é, e a

gente vai suprimindo com outras coisas que vão vindo, entendeu? (...) Eu sempre fui homossexual, depois dos meus 25 anos, eu sempre quis que minha parceira tivesse e não eu. Eu tenho uma parceira hoje que ela tem uma filha de nove anos, ela me chama de mãe, que ela me ama (pausa). A minha namorada fala para mim que ela carregaria um filho meu, que a gente tem aquela inseminação que carrega o meu útero, né? Mas não é o fato de ter uma criança que interfere na questão de ser quem eu sou; eu acho que Deus controlou a minha vida do jeito que ele saberia que eu seria feliz (...) Hoje é o que eu vivo, eu não tenho uma filha de sangue, mas eu tenho uma enteada que é a coisa mais linda, ela é mais agarrada em mim.” (E 11)

Segundo Ricci e colaboradores (2007) e Fei e colaboradores (2012), existem algumas alternativas para a preservação da fertilidade no pré-tratamento (como a criopreservação de embriões) e, durante o tratamento, com a utilização de medicamentos para proteger a função ovariana. No pós-tratamento do câncer de mama, as mulheres que se tornarem inférteis podem recorrer aos bancos de doação de embriões (desvantagem: o requisito de preparação endometrial para receber esses embriões é a utilização de estrógeno e progesterona, o que pode estar contraindicado para algumas mulheres), e caso isso não seja possível, a mulher pode recorrer à adoção.

Assim, de acordo com os fragmentos dos DSCs aqui apresentados pudemos compreender os sentimentos gerados a partir do câncer de mama no que se refere à impossibilidade de tornar-se mãe ou vir a ser mãe novamente, os quais transitaram entre a impotência e o fracasso, mas também entre a coragem e a busca de novas alternativas para viver a maternidade.

O fato de ter tido o câncer de mama enquanto jovem fez com que a mulher desistisse da ideia de ter filhos

A mulher projeta a maternidade em sua mente como algo a ser conquistado, como um objetivo fundamental a ser alcançado para que ela possa sentir-se plena e realizada e a gravidez a torne “mais mulher” (HELMAN, 1994; ZIMMERMANN et al., 2001).

As mulheres com neoplasia mamária, no entanto, inclusive as mais jovens, são constantemente advertidas para não engravidar durante ou até mesmo após o tratamento, visto que a gestação pode alterar os níveis de estrogênio, progesterona e hormônio do crescimento, o que é prejudicial no desenvolvimento de alguns tipos de câncer de mama (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Dessa forma, ainda que permaneçam férteis após os tratamentos, muitas mulheres são aconselhadas a adiar a gravidez por no mínimo dois anos, devido ao risco elevado de recorrência tumoral (RICCI et al., 2007).

No presente estudo, muitas delas receberam orientação médica para não engravidar, o que poderia colocar em risco suas vidas e de seus bebês. Foram alertadas, inclusive da possibilidade de retirada de ovários:

“(...) como eu não vou poder ter mais também, né? É, então por isso que eu já falo assim, porque isso veio de dentro lá do hospital, sobre o diagnóstico e com o diagnóstico.” (E 2)

“O médico foi categórico: ‘duas coisas que eu vou te pedir, por favor, se você gostar da sua vida, você não bebe bebida alcoólica, se você bebe, e não me engravida, porque isso vai custar a sua vida e a vida do seu bebê.’” (E 12)

“(...) Tanto que eu vou fazer uma consulta com a genética agora e a doutora falou dependendo de como for o resultado, de como for o exame, ela acha interessante tirar o meu ovário.” (E 6)

Assim, elas adiaram a gravidez, ou até mesmo deixaram de lado o “sonho de ser mãe”, de engravidar novamente. Segundo Vieira, Gomes e Trajano (2005), as mulheres acreditam que não poderão mais ter filhos após o câncer de mama (o que realmente acontece com muitas delas), e isso advém de informações fornecidas por profissionais de saúde, assim como também faz parte do senso comum. Elas passam a acreditar que engravidar neste período pode lhes trazer transtornos tanto físicos como psíquicos.

Para as mulheres jovens deste estudo, refletir sobre a maternidade fez com que tivessem medo de engravidar novamente ou de não poder cuidar de um futuro filho, devido à doença. Essa experiência significou para elas desistir da maternidade por insegurança diante do que poderia acontecer no futuro:

“Foi depois do diagnóstico. Eu acredito que eu estaria fazendo loucuras, agora depois do diagnóstico fica mais complicado, pedindo demais a Deus que eu tivesse um filho (...)” (E 1) (E 2)

“Por causa do câncer. Claro! Eu faço tratamento com Tamoxifeno e eu não posso engravidar por cinco anos, eu tenho 34 anos, eu vou engravidar com 40 anos? E eu não sei o dia do meu amanhã.” (E 11)

“(...) você vai arrumar um filho e deixar para outras pessoas cuidarem? Eu dei essa resposta que eu não queria ter mais filhos devido ao diagnóstico, né? Porque se eu ficasse na esperança de ter outro filho e não poder, não ia me completar (...)” (E 2) (E 12)

De fato, muitas mulheres jovens com diagnóstico de câncer de mama optam por não engravidar, por acreditar que o tratamento de câncer pode ocasionar problemas tanto para elas

como para o conceito (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005). Nesse sentido, pesquisas apontam que o uso da quimioterapia no primeiro trimestre está associado à malformações em 10-20% dos fetos, como micrognatia, malformações de mãos e pés e ventriculomegalia e ainda podem ocorrer casos de aborto. Além disso, engravidar neste período significa ter que adiar os tratamentos, como por exemplo, a radioterapia e a hormonioterapia, o que dificulta o controle local da doença e a prevenção de metástases sistêmicas (LEYDER et al., 2011; MONTEIRO et al., 2013).

As mulheres deste estudo que já tinham filhos, ao refletirem sobre e importância e o significado da maternidade, colocaram-se no lugar das outras jovens com câncer de mama que ainda não haviam concebido, e o fato de “já ser mãe” significou para elas sorte e alívio:

“A minha sorte é que eu já tenho as minhas filhas, e aí eu fico pensando assim como deve ser pra uma mulher que ainda não tem filhos, não casou, e tem pacientes que não havia casado ainda, não tinham filho e elas ficavam preocupadas, porque agora com o tratamento também que não acaba quando acaba a quimioterapia, a radioterapia e cirurgia, o tratamento continua por mais cinco anos e agora estão falando de dez anos de tomar o medicamento, assim é ruim (...) Então, eu já tenho as minhas filhas, eu acho que a minha missão já cumpri muito, e assim não tenho interesse.” (E 6)

Este fragmento de DSC vai ao encontro dos achados de um estudo transversal com trinta mulheres jovens com câncer de mama, no qual um quarto delas eram nuligestas no momento do diagnóstico e, quando questionadas quanto ao desejo de gestar, a maioria expressou vontade de ter filhos, enquanto as que já possuíam filhos não referiram vontade de engravidar novamente (VOLLBRECHT et al., 2009).

Os fragmentos dos DSCs das mulheres deste estudo deixam claro que a importância da maternidade não diminui pelo fato de estarem acometidas pelo câncer de mama, no entanto, devido às prováveis consequências da doença e de seus tratamentos, muitas desistem da possibilidade de se tornarem mães ou de uma nova gestação. Dessa forma, torna-se essencial que os profissionais da saúde informem adequadamente sobre as reais chances de uma gravidez após os tratamentos da doença, assim como sobre as consequências para mãe e bebê, que podem advir dessa gestação. Cada caso e cada mulher têm diferentes possibilidades, e as orientações devem, portanto, ser individualizadas.

Nesse sentido, é fundamental que, no momento do diagnóstico, o profissional médico discuta com a paciente as opções de preservação da fertilidade e o potencial impacto do tratamento sobre o futuro reprodutor da mesma (MARTINS; LUCARELLI, 2012).

c) A amamentação para a mulher jovem com câncer de mama

Importância da amamentação para a mulher jovem com câncer de mama

O Ministério da Saúde afirma que o aleitamento materno é a estratégia isolada que mais previne mortes de crianças e promove não só a saúde física, psíquica e mental da criança como da mulher que amamenta (BRASIL, 2009).

A amamentação é uma experiência única entre mãe e filho. O ato de amamentar está vinculado a determinantes sociais e culturais, e significa, para a mulher, sua capacidade de continuar gerando vida, uma vez que está nutrindo o filho com o leite que produz. Este comportamento está baseado no aprendizado, na experiência, na observação e em exemplos vivenciados. Assim, o ato de amamentar, idealizado e constantemente incentivado pela sociedade faz com que a nutriz se realize como mulher (NEVES; MARIN, 2013, WILHELM et al., 2015).

Nesse sentido, compreende-se que a cultura traz arraigada consigo as ideias e valores dos seres humanos, assim como suas emoções (WILHELM et al., 2015). Dessa forma, as pessoas são conduzidas por uma construção de produtos culturais extremamente variáveis e sujeitos a diversas influências, que acabam por se expressar por meio de símbolos e se organizam a partir de concepções e conceitos, na busca de significados (GEERTZ, 1989).

Ainda em relação ao ato de amamentar, apesar de biologicamente natural e socioculturalmente esperado, ele pode ser influenciado pelas condições pessoais e reais de vida da mãe e do bebê e, portanto, nem sempre é possível (NEVES; MARIN, 2013).

Isso não quer dizer que seu grande valor e importante significado sejam minimizados, seja na subjetividade de cada mulher, ou na sociedade em geral. No caso da mãe impossibilitada de amamentar seu bebê, isto pode causar experiências negativas e constrangimento (ALMEIDA; NOVAK, 2004), e aqui estão incluídas aquelas com diagnóstico de câncer de mama, que podem até ter perdido uma das mamas devido à doença (VIEIRA; GOMES; TRAJANO, 2005).

Esse fragmento de DSC das mulheres do presente estudo mostrou que a vivência do câncer de mama com relação à maternidade, no que se refere à amamentação significou a ruptura de um sonho, mas também a esperança de poder realizá-lo, ainda que fosse em parte (tendo somente uma das mamas):

“Então, assim, talvez para uma mulher que fique sem as mamas, que não vá poder amamentar (...) Eu até chegava a brincar e falar ‘nossa, tanto que eu tenho sonho de amamentar pode acontecer de um dia eu não ter leite’, eu nunca imaginaria que fosse isso, mas eu sinto assim, meu marido até faz brincadeira que com um só eu vou conseguir amamentar o meu e se tiver algum faltando

que vai ter (choro), então a gente procura pensar dessa maneira. Eu pensei ‘se tem o outro peito, então vai dar pra ter o sonho realizado ainda’.” (E 6) (E 7)

Neves e Marin (2013) comentam que a impossibilidade de amamentar gera sentimentos de tristeza, angústia e culpa, principalmente pelo fato de a amamentação carregar o significado de ser benéfica para a saúde do bebê e da mãe. Além disso, interromper a amamentação pode desencadear preocupações com o estabelecimento do vínculo entre mãe e bebê.

Algumas mulheres deste estudo tinham filhos e tiveram de interromper o processo de amamentação devido ao câncer de mama. Isso gerou um “baque” e uma tristeza muito grande, e significou para elas uma forma de desligamento forçado entre mãe e filho:

“O doutor pegou o exame ele falou assim ‘a partir de hoje você vai começar a ensinar seu filho a mamar diferente, você vai ter que dar leite para ele’. Ai, foi um, ah! Eu me senti péssima porque eu amava amamentar. Foi tipo um desligamento que eu fui obrigada, foi triste (...)” (E 1)

“Toda vez que ela tinha que dormir, ela vinha no meu peito e ficava. Aí que foi duro, porque como eu estou fazendo a quimio, ela não pode, né? Eu falava para ela que eu tô vindo no médico para tomar remédio para sarar o tetê, ela fala ‘tetê’ (pedindo), né? Aí ela fica, ela fica assim (triste).” (E 5)

Assim, as mulheres deste estudo, ao terem de interromper a amamentação e interpretarem essa situação como uma forma de desligamento forçado entre mãe e filho, chegaram à “situação maternidade”, que passou a ser alvo de suas inquietações, desencadeando sua interiorização e compreensão de fatores que permitiram que elas fossem direcionadas para uma tomada de decisão, no que se refere a este desligamento pela possível ação de interromper a amamentação. Esse processo, Segundo Blumer (1969), é denominado “chegada à situação”, no qual a pessoa define o significado que a situação tem para si própria.

Na relação com os outros e com o mundo

Categorias e unidades temáticas:

- a) *Dilema materno: a possível ausência para os filhos*, cujas unidades temáticas são:
Sentimentos das mulheres jovens relacionados à possível ausência para os filhos devido ao câncer de mama; A luta da mulher jovem para sobreviver ao câncer de mama para cuidar dos filhos pequenos.

- b) Dilema materno como mulher jovem: a proteção com os filhos diante do diagnóstico do câncer de mama, cujas unidades temáticas são: “Não quero ver meu filho sofrer”; Dilema materno: deixar ou não os filhos viverem com elas o câncer de mama.*
- c) Para a mulher jovem com câncer de mama, a maternidade é o ponto de equilíbrio para o enfrentamento do câncer, cuja unidade temática é: Os filhos são a força da mulher jovem para a luta contra o câncer de mama.*

O IS, referencial teórico desta pesquisa, é uma teoria que analisa o homem nas interações dentro de seu contexto social, conserva os processos dinâmicos entre as pessoas, enfatizando o caráter imprevisível do ser humano, e busca interpretar o sentido que advêm das interrelações pessoais (BAZILLI, 1998; CAMACHO et al., 2010).

Para Blumer (1969), o ser humano age com relação às coisas, segundo o sentido que as mesmas têm para ele e o sentido das coisas surge da interação social que o indivíduo estabelece com outros.

Assim, as mulheres interpretaram a vivência da maternidade em sua relação consigo mesmas, agiram segundo o sentido que a maternidade tinha para elas, e esse sentido se mostrou mais claro na reflexão do seu papel como mãe, em sua relação com os outros e com o mundo.

Dessa forma, a partir dos DSCs construídos, pudemos identificar as categorias que vão ao encontro da vivência do câncer de mama no que se refere à maternidade, na relação das mulheres com os outros e com o mundo.

a) Dilema materno: a possível ausência para os filhos

Sentimentos das mulheres jovens relacionados à possível ausência para os filhos devido ao câncer de mama

De acordo com Osório (2002), o papel materno em conformidade com a representação simbólica do corpo feminino, está além das tarefas nutricionais, significando também proteção da prole, além de ter a função de receptáculo das angústias dos filhos.

Além disso, atualmente, a mulher vive o dilema de ter que conciliar a função materna, a função de companheira/esposa, os cuidados com a casa, o trabalho, os cuidados estéticos e a vida social, sentindo-se dividida entre o amor a si mesma (sua vida como mulher) e a preocupação com o filho. Ter de dividir seu tempo para dar conta de tudo isso gera insegurança

e preocupação em conseguir desempenhar de maneira assertiva o papel de mãe (ZIMMERMANN et al., 2001).

Esse processo se intensifica quando ela, ainda jovem se depara com uma doença como o câncer de mama que traz a ideia de finitude. Então, junta-se o medo da morte e da impossibilidade de acompanhar o crescimento do filho, o que torna mais difícil o enfrentamento, o tratamento e as condutas médicas para esta doença (HIETALA; OLSSON; JERNSTRÖM, 2008).

As mulheres do presente estudo, no que se refere à vivência do câncer de mama com relação à maternidade, manifestaram medo e preocupação com o futuro de seus filhos, pela possibilidade de a doença e os tratamentos deixarem-nas incapazes de cuidar deles, e também com o futuro dessas crianças caso elas (mães) viessem a falecer em um curto período de tempo:

“(...) medo de faltar na vida dele, de deixar o filho pequeno e de ele sofrer com essa morte, é esse o medo que eu tive. Eu vi a morte tão perto, é uma arma ativada na sua cabeça.” (E 1)

“Fiquei muito preocupada de faltar pra ele (choro), minha maior preocupação era de faltar para ele neste momento (choro) porque ele é muito pequenininho e ele não entender a situação (choro) (...) medo das pessoas não saberem reagir com ele. Exageradamente, eu tenho medo de faltar pra ele (pausa), porque (pausa), (choro), eu o amo demais, e (pausa), ele me completa, entendeu? (choro).” (E 2)

“Eu morro de medo de faltar e deixar ela (suspiro) abandonada, eu amo minha filha, sabe? Então, o medo em relação à doença, em relação à maternidade é esse, de eu faltar e deixá-la e os outros judiarem, entendeu? Dela passar falta das coisas, passar necessidade apesar que ela tem o pai dela, ela tem minha sogra, tem minha mãe, mas eu acho que ninguém olha igual a gente. Meu medo maior é esse, entendeu? De eu faltar e ela ficar, não é jogada, porque jogada ela não vai ficar, mas um filho criado sem uma mãe, sempre precisa da gente (...) Não sei te explicar (emocionou), o medo de eu faltar para ela em uma hora que ela precisar de um apoio, uma hora que ela precisar de um conselho, apesar de eu ser muito jovem, eu já vivi uma experiência de vida (...) meu maior medo é, de eu faltar e ela se envolver com drogas, se envolver com bebida (...) entendeu? (...)” (E 12)

Moura e Araújo (2004) apontam que as relações de maternagem são produzidas por uma série de agenciamentos sociais, ou seja, dependem muito da cultura e da sociedade às quais a mulher pertence. Assim, para cada sociedade a maternidade assume determinada importância, sendo que na ocidental ela é vista como um papel que modela os comportamentos, a percepção, a memória, a sensibilidade e a forma como se relacionam mãe e filho.

Assim, deriva o significado de extrema importância que as mulheres deste estudo atribuem ao papel de mãe, de onde advêm a preocupação e medo de faltarem na vida dos filhos devido ao câncer. Além disso, a sensação de proximidade da morte, gerada pela vivência da

doença, resultou na necessidade de passar mais tempo com os filhos e transmitir-lhes suas experiências e ensinamentos para que pudessem se tornar independentes:

“Então, vinha um sentimento assim, ‘poxa e se eu morrer quanto tempo da minha vida eu passei com as minhas filhas? Qual a lembrança que elas vão ter de mim? Eu fiquei preocupada, me fez acordar um pouco pra olhar para as minhas filhas, porque eu falei se eu não tiver mais aqui amanhã, o que elas vão lembrar de mim? Talvez se eu morresse, de ficar naquela situação terminal, eu quero chamar, eu quero conversar com as minhas filhas, vou fazer uma carta e escrever tudo o que eu diria pra elas que vai servir pra uma vida inteira. Eu ficava com um pouco de medo da doença voltar, de não poder cuidar das minhas filhas (...) o que me afetou é isso, o medo de não poder é deixar elas de forma que elas possam se cuidar sozinha. Falei ‘para mim, minha vida acabou’.” (E 6)

De acordo com Graciotto (2000), as mães que por alguma razão precisam se afastar de seus filhos (trabalho ou doença) vivenciam sentimento de perda por passarem pouco tempo com eles, que muitas vezes estão sendo educados por avós e professoras de escolas infantis. Assim, afastar-se das responsabilidades de mãe traz, para essas mulheres, enorme culpa, além de um novo sentimento de "anormalidade", visto que contraria a natureza de mãe cuidadora e protetora dos filhos (MOURA; ARAÚJO, 2004).

Grant (2001), em sua visão psicanalítica, enfatiza a mãe como sendo responsável, de modo simplista, por determinar a saúde ou a doença psíquica de uma criança. Daí a angústia que as mulheres deste estudo manifestaram com relação ao crescimento, desenvolvimento e cuidado dos filhos ao se depararem com a ideia de finitude que vivenciaram com o câncer de mama, por que, de acordo com Brazelton (1992), a mãe vê a criança como uma extensão de seu próprio *self*, um apêndice de seu corpo, acrescentando-lhe uma dimensão a mais de si mesma (BRAZELTON, 1992, p. 14). Por isso, a preocupação de algumas mulheres jovens em ensinar e preparar seus filhos caso elas viessem a falecer pelo câncer de mama.

A luta da mulher jovem para sobreviver ao câncer de mama para cuidar dos filhos pequenos

Rodriguez e Carneiro (2013) afirmam que, atualmente, a mulher tem sofrido uma pressão para ser bem-sucedida em todos os aspectos da vida, incluindo a maternidade.

A possibilidade de gerar um outro ser semelhante a si e criá-lo, proporciona para a mulher sentimentos de força, poder, posse e o controle sobre a vida e a morte de um ser cuja existência depende dela (GRACIOTTO, 2000).

De acordo com Galvão, Cunha e Machado (2010), mulheres que têm alguma doença vêm na maternidade um estímulo para cuidar ainda mais da própria saúde, além de se sentirem mais fortes e capazes de resistir a essa doença.

Ao se ver vítima do câncer de mama, a mulher jovem entrou em um sofrimento muito grande devido à preocupação de vir a sucumbir e deixar seus filhos desamparados. A partir disso, buscou sua força interior para lutar contra a doença a fim de sobreviver e criar os seus filhos pequenos:

“É que nem o que os outros falam, ‘câncer maligno é que vai já, não vai ter muito tempo’, vai morrer, então você fica pensando ‘não, eu tenho que sobreviver para cuidar da minha filha’(...)” (E 5)

“(...) foi a primeira coisa que veio no momento na minha cabeça, ‘que que vai ser dela, se eu faltar na vida dela’? E então, eu acredito que não é hora dela (morte) na minha vida ainda, né? (...)” (E 8) (E 9)

“(...) eu falei ‘eu não posso fazer isso com ela (filha)’ (...) então, eu acredito que eu vou me curar por ela, pelo amor que eu tenho nela (choro) (...)” (E 10)

Em algum momento, adoecer e pensar sobre a finitude faz com que a mãe se mostre, muitas vezes, confusa de sua relação à saúde do filho, e de acordo com Galvão, Cunha e Machado (2010) “*tal realidade remete o imaginário social à dor, à doença e, sobretudo, à morte (...)*”. Assim, a figura da mãe assume importância fundamental sobre a sobrevivência e o bem estar da criança. Além disso, poder cuidar e criar estes filhos é motivo de prazer para a mulher (GRACIOTTO, 2000).

Nos fragmentos de DSC supracitados, pudemos compreender a dimensão que envolve a maternidade e o câncer de mama na relação das mulheres jovens com seus filhos. Vivenciar a doença e ter os filhos pequenos gerou sentimentos de culpa por não saberem o que poderia acontecer com elas após o câncer de mama, por se depararem com a possível ideia de morte e de não poderem criar e cuidar de seus filhos. Esse martírio desencadeou a luta para sobreviver ao câncer de mama e poder estar ao lado dos filhos, cuidando e os vendo crescer.

b) Dilema materno como mulher jovem: a proteção com os filhos diante do diagnóstico do câncer de mama

Não quero ver meu filho sofrer

Rodriguez e Carneiro (2013) discorrem que a partir do nascimento do primeiro filho, “um novo desafio é apresentado à mulher: a tarefa de conter as angústias do bebê e as suas

próprias, mantendo a ‘continuidade de ser’”. Dessa forma, a maternidade é definida como um conjunto de sentimentos ambivalentes que, na maioria das vezes, é vivida secretamente pela mulher por falta de espaço para extravasar o que sente (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Podemos assim compreender porque as mulheres deste estudo, apesar de se sentirem felizes com a maternidade, também sofreram com isso, uma vez que tiveram de camuflar sentimentos e dores (físicas e emocionais) consequentes da doença, para proteger seus filhos e até mesmo outros familiares.

Muitas delas evitavam chorar na frente dos filhos e procuravam passar para os mesmos a imagem de que estavam bem e felizes. Então, a vivência do câncer de mama no que se refere à maternidade para a mulher jovem na sua relação com os outros e com o mundo, neste contexto, significou camuflar suas dores, sofrimento e angústia a fim de privar os outros, principalmente os filhos, do sofrimento que a vivência do câncer de mama poderia trazer tanto para elas como para eles:

“(...) Isso mexeu com a minha família toda, mas nunca deixei ninguém, nem esposo, nem filho, nem ninguém da minha família ver que eu estava triste. Eu procuro nas minhas crises, nem esposo e nem filho me ver chorar, nunca viram, mesmo se eu não tô legal, eu procuro mostrar pra eles que eu tô bem, porque eu percebi que a minha doença mexeu com os dois, eu senti que meu esposo ficou perdido e meu filho, ele tem medo que eu morra, porque ele chegou em mim e falou: ‘mãe, você tem câncer, você vai morrer? Eu não quero’. Eu fico triste, sabe? Mas também procuro ficar bem, procuro passar pra eles que eu tô bem e que tô lutando e fazendo tudo possível para ter uma vida, sabe, normal, saudável? Poder passar para ele (filho) que eu estou bem e eu ver a felicidade dele, você entendeu?” (E 3)

“(...) eu precisava deles ficarem fortes, para eu também seguir (...) aí eu procurava não deixar eles verem, procurava sempre estar bem para eles, pra gente caminhar.” (E 4)

Na sociedade ocidental, nos dias de hoje, a maternidade ganha significados tais como “*sacrifício, amor incondicional e disponibilidade completa*” (RODRIGUEZ; CARNEIRO, 2013). Por isso, a mulher se sente cobrada por si mesma e pela sociedade para ser uma ótima mãe, e isso gera insegurança para a mesma, pois não sabe se conseguirá desempenhar de forma “adequada” esse papel, de não conseguir educar, cuidar e proteger o filho adequadamente (STRAPASSON; NEDEL, 2010).

Dessa forma, uma das grandes preocupações das participantes do presente estudo foi a de evitar, de qualquer forma, o sofrimento para os filhos devido à sua doença. E quando isso acontecia, elas sofriam junto com eles:

“Eu não queria que ele sofresse mais, porque como ele mesmo falou para mim, ‘eu não gosto de ver minha mãe sofrer’. Eu me sentia muito ruim, de certa

forma eu estava fazendo meu filho sofrer, não que eu queria aquilo, mas através da minha doença, eu estava fazendo ele sofrer, eu sofria também, mais do que eu estava sofrendo. Me fazia mal (...)” (E 3)

“Eu me sentia fraca quando eu via que eles estavam sofrendo, eu me sentia muito mais fraca (voz embargada) (...) Eu me preocupava mais é deles sofrerem, né? (...)” (E 4)

“Eu fiquei muito chateada. É difícil, né pra gente? E o que mais me preocupa é que ela me poupa disso, ela não me fala, ela sofre calada também, porque ela não quer ‘eu não vou dar mais problema para minha mãe’, então isso me preocupa (...)” (E10)

“Eu tenho medo talvez de ela não conseguir superar e o sofrimento que vai acarretar isso, eu estou com o psicológico tão atacado que eu não estou conseguindo nem ser mãe direito, então de eu prejudicar isso na minha filha, eu mesma causar algo nela (choro) (...)” (E 10)

Rodriguez e Carneiro (2013) afirmam que vivemos em uma cultura na qual *“falhar como mãe não é uma ideia muito admitida”*. Conseguir enfrentar as pressões sociais e negar a impossibilidade de completar o filho, segundo as autoras *“parece, em algum ponto, contribuir para os estados depressivos maternos.”*

Daí o sofrimento e tristeza de algumas mulheres deste estudo com o sofrimento dos filhos por elas estarem doentes, o que interpretavam como “não estou conseguindo exercer meu papel de mãe que é o de proteger meus filhos”. Além disso, elas demonstraram a aflição que sentiam pelo fato de saberem que os filhos sofriam calados para não levarem ainda mais sofrimento para a mãe. Assim, a vivência do câncer de mama dessas mulheres jovens com relação à maternidade, em sua relação com os outros e com o mundo também significou preocupação com o outro.

Dilema materno: deixar ou não os filhos viverem com elas o câncer de mama

O câncer de mama traz para a vida da mulher uma série de eventos estressores, compatíveis com o enfrentamento de uma doença que ameaça não só sua integridade física e que exige cuidados intensivos, mas também traz repercussões emocionais, familiares e na vida de relações sociais advindas de um tratamento longo, invasivo e potencialmente turbulento. O impacto sobre o bem-estar no primeiro ano de tratamento é acentuado, colocando à prova a capacidade adaptativa de cada paciente, além de colocar em cheque o convívio familiar (SILVA; SANTOS, 2008).

No caso de uma doença oncológica, a percepção da finitude da vida torna-se presente e provoca medo nas pessoas (CEOLIN, 2008).

Dessa forma, o câncer pode ser compreendido com base na construção histórico-social dos sentidos e significados atribuídos à doença (OTANI; BARROS; MARIN, 2015).

As mulheres desta pesquisa relataram que além de terem de enfrentar inúmeros eventos estressores relacionados ao câncer de mama e seus tratamentos, angustiaram-se por não saber se deixavam ou não os filhos pequenos “viverem o câncer com elas”. Queriam evitar que passassem por um sofrimento maior, mas não sabiam se para eles seria melhor conviver com a realidade da mãe doente ou nem saber o que estava acontecendo com ela. Algumas procuraram, inclusive, ajuda de um profissional da Psicologia:

“Sabe assim quando você fica sem saber o que fazer com relação à sua filha? Eu deixo ela viver isso comigo? Eu evito que ela viva isso?” (E 10)

“Perguntei para uma psicóloga. Ela me disse que eu tinha que falar (...) ela falou pra mim ‘não esconde nada, porque um dia alguém vai falar o que que é, alguém pode falar ao contrário, alguém pode torcer a história e isso pode piorar a situação psicológica dele, então jogo aberto, como se fosse um adulto. É baque? É, mas é uma realidade (...)’” (E 1) (E 2)

Assim como ocorre com o paciente diagnosticado, sua família também sofre em função das dúvidas e inseguranças advindas dessa notícia. Os valores, o conhecimento prévio, a história da família e as suas expectativas em relação ao tratamento podem interferir na forma de lidar com a doença (FARINHAS; WENDLING; DELLAZZANA-ZANON, 2013)

De acordo com Blumer (1969), todas as interações sociais são mediadas por símbolos que representam aquilo que uma pessoa quer expressar, sejam palavras, gestos ou as demais formas de comunicação não verbal. Nessa perspectiva, a imagem do ser humano é de um indivíduo dinâmico e ativo que interage com outros e tem suas ações baseadas no significado que deriva das interações sociais, como é o caso do câncer de mama.

O câncer carrega um estigma com o simbolismo de finitude, sofrimento e mutilação, estigma este advindo das relações sociais das pessoas com esta doença, e assim quem a vivencia também passa a compreendê-la dessa forma e interioriza esse significado. Assim podemos explicar a preocupação das mulheres jovens deste estudo em dizer ou não para os filhos que estavam enfrentando um câncer de mama e seus tratamentos.

De acordo com Vasconcelos e Neves (2010), a integração da mulher submetida aos tratamentos para o câncer de mama com seus filhos é de extrema importância para a verbalização dos sentimentos e consequente redução da tensão advinda da doença, além de promover a segurança, a aceitação e as habilidades de enfrentamento de ambas as partes, ou seja, tanto da mulher como dos filhos. A mulher que se sente impotente pela impossibilidade de mudar a situação dos tratamentos, que se preocupa com os filhos dependentes dela e que

percebe o corpo alterado, dolorido e limitado, precisa muito mais da disponibilidade de escuta e de compreensão dos familiares.

A partir disso, muitas delas optaram em compartilhar com os filhos o que estava acontecendo e em explicar claramente toda a situação do câncer de mama. Neste momento elas sentiram-se aliviadas, pois viram que o filho compreendeu toda situação e isso lhes deu ainda mais força em seguir com os tratamentos a fim de se alcançar a cura:

“(...) eu contei toda a história ‘mamãe tem um carocinho no seio, mamãe vai ter que fazer uma cirurgia’, expliquei o que era, expliquei tudo, ele chorou (...) ele chorou bastante, perguntou se eu ia morrer (voz embargada) (...) ele me fez duas perguntas, ‘mas você vai voltar pra casa? Você num vai morar mais aqui não, né?’ (...) E consegui passar pra ele que a gente ia continuar junto (...) hoje se você conversa com ele, ele entende tudo, tudo, graças a Deus ele ficou bem tranquilo (...) eu achei bem melhor pra mim e pra ele eu ter feito esse jogo aberto.” (E 2)

“(...) acho que o meu filho compreendeu mais do que minha mãe, meu pai, meus irmãos, sabe? Foi difícil, mas depois eu me senti aliviada em estar falando, explicando o que estava acontecendo, eu me senti aliviada, porque eu tinha preocupação, eu ficava preocupada em qual seria a reação dela, se ela ia ficar revoltada, é difícil para uma criança a mãe se afastar por uns tempinhos assim, é difícil (...)” (E3) (E 8)

A mulher jovem camufla o que está sentindo com a vivência do câncer de mama para proteger os filhos e a família, porque é aflitivo para ela conviver com o sofrimento que a doença pode acarretar para os mesmos. Muitas delas vivenciaram o conflito em relatar ou não para os filhos que elas estavam doentes, porque se preocuparam com o impacto que a notícia poderia ocasionar na vida deles, como por exemplo, queda no desempenho escolar e até mesmo mudanças de comportamento. No entanto, aquelas que optaram por contar para os filhos sobre seu adoecimento sentiram-se mais tranquilas.

c) Para a mulher jovem com câncer de mama a maternidade é o ponto de equilíbrio para o enfrentamento do câncer

Os filhos são a força da mulher jovem para a luta contra o câncer de mama

Otani, Barros e Marin (2015, p. 237) comentam que o apoio social para as mulheres com câncer de mama “é considerado essencial (...) é por meio do auxílio físico e/ou emocional que elas se sentem mais fortalecidas”, seja esse apoio da família, filhos ou de amigos.

Essa é uma observação importante, uma vez que o câncer traz mudanças no convívio social, levando a uma maior aproximação ou até mesmo a um distanciamento entre as pessoas.

Assim, no caso da mulher com câncer de mama, a família, um importante núcleo de apoio para o equilíbrio do ser humano, especialmente nos momentos de dificuldades, deve participar ativamente do crescimento interior dessa mulher, estimulando seus sentimentos de coragem e esperança. O apoio emocional dos filhos é fundamental, pois ocorre uma inversão de papéis no relacionamento entre eles. Ela, que culturalmente exerce a função de cuidadora, protetora e provedora afetiva, agora é quem necessita de cuidados, acolhimento, proteção e afeto deles (BERVIAN; PERLINI, 2006; OTANI; BARROS; MARIN, 2015; VASCONCELOS; NEVES, 2010).

Corroborando a isso, pudemos compreender que a maioria das mulheres jovens deste presente estudo encontrou na maternidade uma forma de enfrentamento para o câncer de mama e continuação dos tratamentos. A relação com os filhos significou apoio e trouxe para elas bom ânimo e ajuda para vivenciar o câncer de mama:

“(...) meu filho falava assim pra mim e sempre fala ‘o mãe, eu estou junto com você, eu te amo’, então isso me ajudou muito e, em todo meu tratamento, me ajudou então ser mãe (...) são apoios, meu filho me apoia em tudo, em tudo, tudo, eu sou uma mãe muito presente e ele é um filho muito presente (...)” (E 2) (E 3)

Autores afirmam que na maioria dos casos de câncer de mama, a possibilidade da perda da mãe leva os filhos a modificarem seus comportamentos e atitudes a fim de estreitar os laços familiares e, principalmente, fortalecer e apoiar a mulher. Apesar do temor dessa perda, procuram expressar palavras de ânimo, coragem e incentivo. Estas atitudes, aliadas às manifestações de carinho, contribuem positivamente na autoaceitação da mulher diante da doença e evitam a instalação de um processo depressivo e outros conflitos psicológicos (VASCONCELOS; NEVES, 2010).

As mulheres deste estudo consideraram seus filhos uma fonte de força para passar por toda dor e sofrimento provocados pelo câncer, para lutar contra a doença e acreditar na cura, podendo assim vê-los crescer, estudar e “andar com as próprias pernas”:

“Eu acredito que por eu ter tido filho, eu acho que a força veio para mim, pra eu lutar, pra eu viver, para eu ter vontade de viver, pra eu criar os meus filhos. Têm momentos que eu penso assim ‘senhor, se eu puder viver até o meu filho estar engrenado na vida, ter uma faculdade ou até mesmo ele poder andar com as próprias pernas, aí o senhor pode me levar que eu não vou ficar triste.’” (E 1)

“(...) eu venho pensando tudo na minha filha. Quando eu vou fazer exame, eu penso já nela. Por causa dela, né? A gente tem que estar forte. É uma preocupação de mãe e também pelo câncer, mas aí como eu penso sempre nela, então eu estou muito forte, estou superando tudo,

tem vezes que eu choro, né? Mas aí eu fico firme, eu penso na minha filha, aí eu fico firme. Pensando nela me dá muita força.” (E 5)

“O que me faz acreditar na minha cura é que eu preciso ficar bem para cuidar dos meus filhos. Então o foco maior são eles, a minha fortaleza são meus filhos (...)” (E 9)

As mulheres mais jovens acometidas pelo câncer de mama preocupam-se, portanto com a possibilidade de conseguir viver para ver os filhos crescerem e também com as complicações e recidivas da doença que podem torná-las incapacitadas. Essa é mais uma prova de que necessitam do apoio da família, especialmente dos filhos para maior conforto e segurança diante desta situação (VASCONCELOS; NEVES, 2010).

Compreendemos assim, que a maternidade se mostrou como uma instituição de suma importância para as mulheres jovens deste estudo, tanto na relação consigo mesmas como na construção de sua relação com os outros e com o mundo. Apesar de a vivência do câncer de mama ter trazido para elas o sentido e o significado de medo, incerteza quanto à sua fertilidade e insegurança quanto ao seu futuro e de seus filhos, elas encontraram, por meio da maternidade, a força para vencer o câncer de mama.

4.4.3 A vivência da mulher jovem com câncer de mama e a Imagem corporal

O corpo vem sendo concebido cada vez mais como objeto, no qual a cultura acaba por impor uma estrutura física que deve ser arquitetada de acordo com regras estéticas, sociais e morais. De acordo com Marzano-Parisoli (2004), “a vida de um ser humano é sempre marcada por seu corpo, num fluxo interminável de sensações e gestos”. Diante disso, cada pessoa é estruturada por meio das relações que mantém consigo mesma e com os outros, “e toda relação se processa no e pelo corpo, sendo este o que uma pessoa é e o que ela tem” (KAPPAUN, 2008; MARZANO-PARISOLI, 2004).

Já a imagem corporal é definida como a figura que se tem do próprio corpo e os sentimentos em relação ao seu tamanho, forma e partes constituintes (SLADE, 1988).

A elaboração da imagem corporal pelas pessoas pode ser considerada um fenômeno multidimensional, pois envolve aspectos fisiológicos, psicológicos e sociais, que afetam as emoções, pensamentos e o modo de as pessoas se relacionarem com os outros, influenciando intensamente a qualidade de vida delas (PRUZINSKY; CASH, 2002).

Dessa forma, a imagem corporal é transformada e modificada pelo sujeito ao longo de sua trajetória de vida, estando diretamente relacionada às experiências vividas pelos indivíduos por meio das trocas entre os mesmos (PIRATI, 2007).

No caso do câncer de mama feminino, além de apresentar implicações inerentes a qualquer adoecimento, este é também um dos cânceres mais temidos, por afetar não apenas o corpo anatômico, mas principalmente alguns aspectos psicossociais da paciente, dentre os quais, destaca-se sua imagem corporal (ALMEIDA; GUERRA; FILGUEIRAS, 2012).

Assim, a mulher passa por um importante processo de reformulação da imagem corporal quando lida com o câncer de mama (SANTOS; VIEIRA, 2011).

Neste trabalho, ao longo dos DSCs construídos a partir das falas das participantes entrevistadas, pudemos identificar *o significado da vivência do câncer de mama para a mulher jovem com relação à imagem corporal*, à luz do IS, no que se refere à *relação delas consigo mesmas*.

Na relação consigo mesmas

Categorias e unidades temáticas:

- a) *Perda de cabelos, pelos e mudança na coloração da pele e unhas da mulher jovem com câncer de mama*: “Me fez sentir feia. Fica sem expressão. Me sinto debilitada como mulher”, cujas unidades temáticas são: *Sentimentos relacionados à mudança da imagem corporal devido à perda de pelos e cabelos ocasionada pelos tratamentos do câncer de mama; Mudança na coloração da pele, unhas e mucosa devido aos tratamentos – alteração da imagem corporal da mulher jovem; Uso de acessórios para disfarçar a alopecia – como se sente como mulher jovem*.
- b) *O fato de ser jovem e a falta da mama*: “Não quero ser mutilada. Perder um seio é muito difícil”, cujas unidades temáticas são: *O sentimento diante da mudança da imagem corporal da mulher jovem após a perda da mama*: “é uma tortura me imaginar sem mama”; *Mudança da imagem corporal após a retirada da mama causa modificações na autoestima e na vida sexual da mulher jovem*.
- c) *Sentimento da mulher jovem com câncer de mama relacionado ao ganho de peso durante o tratamento*: “está me incomodando e fico com a autoestima lá embaixo”; cujas unidades temáticas são: *Fato de ser jovem e as mudanças corporais devido*

ao ganho de peso ocasionado pelos tratamentos: sentimentos gerados e mudança na autoestima, e “Engordei com o tratamento, mas isso é passageiro.”

O reconhecimento das mudanças físicas relacionadas aos tratamentos do câncer de mama que ocorrem no corpo da mulher jovem acaba por revelar para ela própria como essas modificações podem interferir na sua vida. De acordo com Sampaio (2013), “este processo de internalização de sentimentos e significados a partir desta vivência constitui uma maneira única de atingir a situação”, além de projetar uma perspectiva ímpar de identificar e definir a situação que a mulher está vivenciando para si e caracterizar e definir os objetos sociais presentes neste processo, que nesta temática se referem à vivência do câncer de mama com relação à imagem corporal.

a) Perda de cabelos, pelos e mudança na coloração da pele e unhas da mulher jovem com câncer de mama: “Me fez sentir feia. Fica sem expressão. Me sinto debilitada como mulher”

Sentimentos relacionados à mudança da imagem corporal devido à perda de pelos e cabelos ocasionada pelos tratamentos do câncer de mama

Entre os tratamentos do câncer de mama, a quimioterapia é um dos que mais repercutem negativamente na imagem corporal da mulher, principalmente devido aos efeitos adversos que provoca, como é o caso da alopecia (McPHAIL; WILSON, 2000).

A alopecia é definida como a queda espontânea do cabelo e de pelos do corpo (axilas, região pubiana, cílios, sobrancelhas), ocasionada pela ação dos quimioterápicos sobre os folículos pilosos (SPENCE; JOHNSTON, 2001).

O cabelo, por sua vez tem significados importantes nas mais diversas sociedades, porque desde os primórdios o sentimento de adoração aos cabelos atingiu os impérios, a mitologia, a cultura, as classes sociais, a ciência e a religião (BATCHELOR, 2001; GOUVEIA et al., 2005).

Assim, através do tempo, o cabelo tem sido considerado um dos aspectos definidores da aparência humana, e passou a ser importante, principalmente, na esfera psicossocial, visto que é considerado símbolo da sexualidade e identidade feminina (JESUS; LOPES, 2003). É um marcador importante para a imagem corporal, autoimagem e autoestima da mulher (ROSMAN, 2004).

Para a mulher, a alopecia é, portanto, um dos eventos adversos mais estigmatizantes do tratamento, porque influencia diretamente nas questões referentes à feminilidade (BATCHELOR, 2001; JESUS; LOPES, 2003), e outros poucos eventos adversos quimioterápicos dermatológicos

podem levar a um sofrimento emocional tão intenso para as mulheres (ROSMAN, 2004; TRUEB, 2009).

Nesse sentido, as jovens do presente estudo relataram ter ficado muito abaladas e ter apresentado sentimentos de culpa, tristeza, angústia e desânimo diante da perda dos cabelos, que para elas têm o significado de vaidade da mulher:

“(...) você vai ficando inchada e sem cabelo (...) E eu fiquei pensando ‘será que se eu tivesse procurado antes quando o meu marido falou, será que talvez teria sido melhor, e o meu cabelo? Foi difícil pra mim quando caiu o cabelo, porque eu falei ‘como eu saio na rua?’ (...)” (E 6)

“(...) no primeiro dia quando o meu cabelo caiu, eu chorei muito, a hora que eu fui tomar banho que eu passava a mão e ia caindo, eu chorei muito, eu sabia que era algo que podia acontecer, mas aí eu chorei muito, sabe?” (E 9)

“Foi muito triste isso, mas eu já esperava, né? Igual eu te falei, é, de início eu olhei, eu fiquei triste, não vou mentir, eu fiquei muito triste, muito triste mesmo. Eu me senti estranha, né ?(...)” (E 7) (E 3)

“(...) porque o cabelo é a vaidade da mulher, a gente desanima, né? Você olha no espelho, né? Não tem o seu cabelo.” (E 5)

Em um estudo com 20 mulheres com câncer de mama, aproximadamente 80% delas apresentaram algum problema emocional, envolvendo mudanças na autoestima e na imagem corporal (PANOBIANCO et al., 2011).

Outro estudo com mulheres com câncer de mama e que apresentavam alopecia decorrente do tratamento quimioterápico apontou que elas manifestaram sentimentos de tristeza e até crises de choro frequentes, denotando que a mudança na imagem corporal interferiu em sua autoestima (SAMPAIO, 2013).

Algo que chamou bastante a atenção neste estudo foi a importância que algumas mulheres jovens deram aos cílios e sobrancelhas, resultados que corroboram os do estudo de Sampaio (2013). Relataram em suas entrevistas que a partir do momento que caíram os cílios e as sobrancelhas, elas realmente começaram a se sentir feias e com vergonha, e desconheciam a importância deles na construção da fisionomia da pessoa. Para algumas delas, foi mais difícil perder os cílios e sobrancelha do que perder o cabelo, porque sem eles sentiam-se doentes e sem identidade, com dificuldade de se olhar no espelho e se reconhecer como mulher:

“(...) hoje está sensível, amanhã está sem sobrancelha (...) Minha sobrancelha, ela caiu todinha, a sobrancelha e os cílios, e aí eu fiquei bem feia, eu não sabia que a sobrancelha e os cílios eram tão importantes no rosto de uma mulher tanto que depois que começou a nascer, eu ficava no espelho e falava ‘gente que gracinha, como é legal ver os cílios brotarem de novo, sobrancelha’, te dá contorno (...) e perder o cílio e a sobrancelha pra mim foi mais difícil do que perder o cabelo (...) mas quando você faz o tratamento não dá, porque seu rosto fica inchado, você fica esquisita, todo mundo vai olhar pra você e falar

‘nossa ela está doente’ (...) quem tem câncer de mama, porque a pessoa fala ‘olha, nossa coitada, está doente’, porque você fica com cara de doente, apesar de não se sentir doente, então perder a sobrancelha e o cílio pra mim foi pior do que perder o cabelo, porque você fica sem expressão, você olha no espelho e fala ‘meu Deus, aonde eu estou?’ Você olha e não se reconhece, porque é como se tivesse te apagado (...) Eu ficava chateada, nessa fase que eu fiquei sem sobrancelha, eu tinha um pouco de vergonha de sair, às vezes eu tinha que ir ao supermercado, eu ficava com um pouco de vergonha (...) é um sentimento de vergonha, de raiva, não querer estar naquela situação de você se olhar no espelho e não saber quem você é, é como se eu tivesse dentro de um outro corpo (...)” (E 6)

Os cílios e sobrancelhas, assim como o cabelo são vistos como símbolo de identidade feminina pelas mulheres, e aquelas mais apegadas a estes ideais de beleza e feminilidade podem apresentar maior angústia e sofrimento ao se depararem com a alopecia (SANTOS; VIEIRA, 2011).

O fato de estar sem cabelos e pelos devido à quimioterapia fez com que as mulheres jovens deste estudo apresentassem sentimentos de raiva e inutilidade. Além disso, para elas, essa imagem no espelho fazia com que se deparassem com a realidade de “estar com câncer” e de “estar doente”:

“(...) Daí tem o momento que cai o cabelo, porque até então você injeta a quimio e esse foi o dia que eu me senti a pessoa mais inútil, mais péssima e que eu me senti muito mal mesmo (...) Eu me olhava e falava ‘nossa, estou com câncer!’ Fazia me lembrar sempre que eu estava. Estava sendo tratada e eu me via doente (...)” (E 1)

“Porque aí, nossa! Essa quimioterapia, olha, até sinto que estão prejudicadas minhas veias (risos) (...) e eu não sei se é pior quimioterapia ou hemodiálise, mas eu vou te falar uma coisa, que coisa ruim! Parece que seu corpo está se acabando, que vai te destruindo aos poucos, se for ver parece que é, porque destrói as células, nossa senhora, mas essa quimioterapia é muito, muito, muito terrível! (...) Então eu me sentia muito triste, né? Queria que acabasse rápido (...) eu senti muito mal, foi onde eu falei ‘Deus me livre’, o sentimento que eu tive foi esse ‘se eu tiver que passar por isso de novo, eu prefiro morrer’.” (E 7)

Para Jesus e Lopes (2003), a imagem da mulher sem o cabelo acaba por destacar a existência do câncer, expondo a pessoa e aumentando sua chance de ser alvo de ridicularização pelo fato de ser diferente e ter a aparência adoecida. Tal acontecimento contribui para composição de um quadro de fragilidade emocional, que pode evoluir para a depressão.

Vale citar, no entanto, que algumas mulheres indicaram que toda essa mudança da imagem corporal, sem os cabelos fazia parte de um processo de cura, e dessa forma, sentiam-se conformadas:

“(...) eu acho assim, vai cair o cabelo, mas é porque eu vou sarar, é devido a um processo (...)” (E 9)

“É lógico, eu tinha cabelo longo, né? Cuidava, tinha um luxo com o meu cabelo, e quando eu comecei fazer a quimioterapia, meu cabelo caía tanto que eu resolvi ir e já raspar, porque estava sem condições mesmo, caía muito muito, e eu tenho muito cabelo, eu fui, raspei (...) Me aliviou.” (E 3) (E 9)

Em corroboração aos achados deste estudo, Costa e Leite (2009) afirmam que o enfrentamento ocupa lugar central na emoção, visto que o indivíduo adota uma série de manobras cognitivas que têm por objetivo a transformação do significado de determinada situação, sem dar importância para o fato de haver ou não distorção da realidade. Este é um mecanismo de enfrentamento que apesar de não modificar a situação propriamente dita, faz com que o indivíduo aprenda a negociar com suas emoções e, dessa forma, manter-se positivo e esperançoso (COSTA; LEITE, 2009).

Dessa forma, pudemos compreender que as participantes desta pesquisa ao se depararem com a queda do cabelo e pelos internalizaram para si o significado que este objeto tem para a vida delas. Assim, a ausência deste objeto desencadeou sentimentos de culpa, tristeza, angústia, desânimo, assim como raiva e inutilidade, porque estar sem pelos e cabelos significou para elas “estar doente”, provocando uma dificuldade inclusive de se deparar com a nova imagem ao se olharem no espelho, visto que a maioria delas evitava esse contato justamente para não se chocar com essa mudança. Apesar disso, muitas delas sentiram-se conformadas e esperançosas de que seriam modificações passageiras.

Uso de acessórios para disfarçar a alopecia – como se sente como mulher jovem

Ao se enxergarem sem os seus cabelos, as mulheres revelaram concepções sobre o próprio corpo, e ao se comunicarem consigo mesmas, fizeram indicações da necessidade de autocuidado.

O autocuidado é definido por Orem (2001) como a prática de atividades iniciadas e executadas pelos indivíduos, em seu próprio benefício, para manutenção da vida, da saúde e do bem-estar.

As mulheres jovens deste estudo, ao se depararem com a falta dos cabelos e pelos, passaram a utilizar artefatos para o autocuidado, ou seja, para esconder e disfarçar a alopecia que mudou sua imagem corporal. Muitas delas foram aprendendo a utilizar acessórios como lenços, perucas, cílios postiços, lápis para a sobrancelha, e foram se adaptando conforme o que lhes fazia sentir-se melhor:

“Então, logo de início, eu não me adaptei a lenços, eu usava boinas, eu achava que a boina era uma coisa prática e mais rápida, depois, é, eu comecei a gostar dos lenços também, e usei lenço e boina (...) Eu quero sim tirar essa toca logo, mas enquanto meu cabelo não estiver normalzinho, sem as falhinhas, eu não me sinto à vontade (...)” (E 3) (E 7)

“Mas, quanto ao lenço você não se acostuma. É, eu não acostumei (...) meus parentes tudo querem que eu veja peruca, mas sei lá, vamos ver se eu fico bem, se eu me sinto bem, a sua preocupação é essa, tem que se sentir bem (...)” (E 5)

“E, na hora que eu chego na minha casa, que a realidade vem, até que eu estou com o lenço, eu estou bem, mas aí a hora que eu chego em casa que eu tiro o lenço, toda vez que eu tiro, vem a realidade ‘nossa, eu estou sem cabelo’, porque parece que com o lenço eu estou protegida, parece que eu estou com o cabelo, aí a hora que eu chego na minha casa, aí já vem aquele bloqueio ‘nossa, eu estou sem cabelo’ (...)” (E 10)

Já outras mulheres deste estudo se sentiam à vontade para ficar com a cabeça descoberta em ambientes “seguros”, ou seja, dentro de sua zona de conforto; fora desses espaços, lançavam mão do disfarce. Para White e Hodd (2011), a zona de conforto se caracteriza como uma gama de ações, pensamentos e/ou comportamentos que um indivíduo está acostumado a ter e que não causam nenhum tipo de medo, ansiedade ou risco, além de desencadearem sensação de segurança:

“(...) Tinha lugares que eu ficava careca, porque assim que eu fiz a quimioterapia, que eu fiquei careca, estava muito calor, então, os lugares que eu podia ficar sem, eu ficava, só que eu não consigo tirar a toquinha perto de ninguém.” (E 3) (E 7)

Rosman (2004) encontrou resultados semelhantes em seu estudo, pois aponta que mulheres que vivenciaram a alopecia desenvolveram estratégias para disfarçar a perda de pelos e cabelos, como forma de camuflarem tais mudanças físicas. Elas tentaram esconder o problema usando lenços, chapéus, bonés, ou até mesmo perucas em uma tentativa de, parcial ou completamente, esconder sua perda de cabelo, e de proteger-se.

Alguns estudiosos recomendam o uso desses disfarces a fim de camuflar as mudanças físicas geradas pela quimioterapia, evitando constrangimentos das mulheres no convívio social (PEREIRA et al., 2006; SILVA; SOPHIE, 2006) uma vez que aquelas mais apegadas aos ideais de beleza e feminilidade tendem a apresentar maior angústia e sofrimento ao vivenciarem a alopecia. Dessa forma, elas podem restaurar uma aparência física próxima ao ideal exigido pelas sociedades ocidentais e reforçado pela mídia (ROSMAN, 2004; SANTOS; VIEIRA, 2011).

Por outro lado, cabe citar Sampaio (2013), que em estudo com mulheres com câncer de mama e ginecológico, constatou que embora elas utilizassem “disfarces” como uma estratégia de autocuidado e enfrentamento, também relataram que se sentiam constrangidas em usá-los porque eram artificiais.

Além disso, as mulheres jovens deste estudo sofriam com uma ambiguidade de sentimentos. A alopecia feria sua vaidade feminina, mas também se mostravam cansadas com o fato de terem que estar “sempre belas” ao mesmo tempo em que vivenciavam o câncer de mama:

“(...) eu colocava e não gostava porque eu sabia que era artificial, eu sei que é mentira, o meu couro cabeludo está esquentando. Eu até ganhei uma peruca só que aí vamos ver como é que eu vou reagir, é complicado! É estranho (...) Eu fico muito esquisita sem o cabelo, ainda os outros falam ‘ah, põe lenço’, mas também não fico bem com lenço (...) tem vezes que eu choro, né?” (E 5) (E 6) (E 10)

“Até entrei no site ‘quimioterapia e beleza’, tem cílios postiços e eu falava ‘ah não, né?’ Eu achava cansa demais ficar nessa busca toda, tinha que ter paciência, é um período que a gente tá doente, não dá pra você querer ficar todo dia querendo colocar cílios postiços, fazer sobancelha, inventar um nó diferente do lenço, não adianta, é tudo mentira pra você se enganar eu acho, não é verdade, você não tá bonita, os cílios não é seu, a sobancelha não é sua, o cabelo não é seu, então não adianta, eu olho no espelho e falo ‘eu estou doente e pronto e vai passar’, era isso que eu ficava pensando (...) então eu falava ‘não adianta, eu não quero pôr peruca, deixa eu sair do jeito que eu tô, é vocês que estão me vendo mesmo’ (...) Eu tentei passar lápis pra fazer uma sobancelha postiça e assim é, esse sentimento de vergonha mesmo de não querer que as pessoas me vissem desse jeito (...)” (E 6)

“(...) Eu me olhava no espelho, eu falava ‘gente, eu estou parecendo um travesti, né?’ (choro) Eu pus um monte de besteira na minha cabeça (...) Aí como vaidade, eu já sinto falta, quando eu vejo um cabelo bonito, que era quase igual ao meu (...) sabe? Então me bloqueou bem, me deixou bem assim, fraca, debilitada como mulher (...)” (E 10)

Assim, a alopecia descrita na maioria dos estudos como uma experiência negativa de vida, geralmente ocasiona sentimentos de baixa autoestima e de inferioridade, e repercute em um sofrimento que traz as representações e significados atribuídos ao câncer ao longo da história e da cultura. Além disso, penetra as dimensões do ser feminino, o que interfere em suas relações interpessoais e na qualidade de vida (ROSMAN, 2004; SAWADA et al., 2009; SILVA, 2008).

Dessa forma, a alopecia fez com que as mulheres, de alguma forma internalizassem e aceitassem esse evento. Algumas se protegiam com alguns disfarces, enquanto outras os

consideravam artificiais e sofriam com o fato de ter de usá-los para manter o padrão de beleza imposto pela sociedade, ainda que estivessem passando pela experiência do câncer de mama.

Mudança na coloração da pele, unhas e mucosa devido aos tratamentos – alteração da imagem corporal da mulher jovem

A imagem corporal das mulheres deste estudo também foi afetada pelas mudanças na pele e nas mucosas, ocasionadas pela hormonioterapia, quimioterapia e radioterapia, o que lhes causou incômodo ao se olharem no espelho e vergonha ao saírem em público, sentimentos potencializados pelo fato de serem jovens.

Segundo Gouveia e colaboradores (2005), a vergonha é a expressão de uma experiência ou um estado emocional advinda do sentimento de constrangimento. Aquele que sente vergonha julga a si próprio (TAILLE, 2002), como podemos observar neste trecho de DSC:

“Eu comecei a ficar amarela hoje, mais inchada, mais pálida, depois comecei a ficar cinza. Eu me sentia mal (...) (...) a coloração da pele que no final eu fiquei muito inchada e muito cinza (...)” (E 6)

“Tamoxifeno. Ele também deixa as unhas bem frágeis, a pele, (...) a pele fica ressecada, as unhas frágeis (...) me incomoda muito (...)” (E 3)

“(...) as minhas unhas me fizeram ficar com muita vergonha, porque elas ficavam como se estivesse com micose, e às vezes, eu tinha vergonha de ir ao shopping, de ir em algum lugar, em algum restaurante, eu ficava até meio assim, escondia a mão, tinha medo de passar esmalte e piorar a situação (...) a do pé ficou oca e eu fui cortando e fiquei só com metade (...) eu ficava com vergonha das minhas mãos, parecia falta de cuidado, sabe? (...) Eu não queria ficar daquele jeito e depois as minhas unhas caíram todas (...)” (E 6) (E 12)

“O tratamento, ele incomoda inteiro, né? Na verdade, porque a quimioterapia é um porre, porque a radioterapia é um saco, você ter que ficar ali internada (...) eu não andava na minha terceira quimioterapia, eu não conseguia andar e eu tinha medo das próximas, eu falava ‘ai caramba, o que vai acontecer nas próximas quimioterapias?’ Tudo isso incomoda, é um montante, comer e passar mal. A boca fica toda estourada, meu ânus ficava todo estourado (...) Incomoda (...) com 34 anos (incomoda muito).” (E 11)

As alterações de pele, unhas e mucosas incomodaram as mulheres e desencadearam sentimentos de vergonha. Segundo Taille (2002), a vergonha pode aparecer mesmo antes que determinado evento ocorra, ou seja, quando antecede a exposição real, e pode ser desencadeada pelo fato de o indivíduo imaginar ou fantasiar que pode ser humilhado, ridicularizado ou censurado por outros. Sendo assim, pode-se sentir vergonha de si próprio, mesmo estando sozinho (TAILLE, 2002).

Ao analisarmos estes significados atribuídos pelas mulheres, percebemos que o ser humano percebe a si mesmo, e, a partir disso, tem concepções e comunica-se consigo próprio, tornando-se objeto de sua própria ação, conforme reforça Blumer (1969).

b) O fato de ser jovem e a falta da mama: “Não quero ser mutilada. Perder um seio é muito difícil”

O sentimento diante da mudança da imagem corporal da mulher jovem após a perda da mama: “é uma tortura me imaginar sem mama”

A mama da mulher, na sociedade ocidental, é extremamente valorizada tanto social como culturalmente, por isso, segundo Kebbe (2006) “é possível compreender que a realização de cirurgia para retirada total ou parcial deste órgão causa impacto psicológico relevante nas mulheres em decorrência de suas repercussões neste complexo universo de significados.”

Estudos identificaram alterações na imagem corporal de mulheres que passaram por cirurgia para tratamento de câncer de mama, independentemente do tempo transcorrido da cirurgia (DUARTE; ANDRADE, 2003; FERREIRA; FRANCO; QUEIROZ, 2002; FERREIRA; MAMEDE, 2003; KEBBE, 2006).

Cabe salientar que a imagem corporal é um fenômeno dinâmico em constante transformação ao longo da vida do indivíduo, e engloba como este se sente em relação ao seu corpo, o modo como se move, e se relaciona com suas sensações corporais e as mensagens que recebe a respeito de si. Dentro deste fenômeno “imagem corporal” o que existe inicialmente é um *self* somático e uma interação *eu-mundo* que se dá via sensações físicas, além de estar intrinsecamente associado ao conceito que o indivíduo tem de si próprio e à autoestima (COSTA, 2008).

Dessa forma, com relação à perda da mama, muitas mulheres jovens deste presente estudo relataram “quase não ter palavras para descrever o que sentiam”. Manifestaram que não conseguiam se olhar no espelho por acharem feio estar sem a mama, e que vivenciar a perda da mama significava para elas um sentimento de derrota e anormalidade:

“(...) não sei nem te explicar, é ruim, é muito ruim (...) Na verdade eu não gosto nem de olhar no espelho, eu acho que ficou muito feio (...) No espelho eu não olho não (risos). Eu acho muito feio, às vezes, eu nem me olhava no espelho, muito pouco, agora eu já não olho mais. É um sentimento de derrota (...) eu não gosto muito de olhar no espelho, não sei o que falar, não olho, é muito feio, demais (...)” (E4)

“Eu de roupa, eu sou uma pessoa normal, eu me sinto uma pessoa normal, só que todas as vezes que eu vou tomar banho eu lembro, porque, porque está aqui e isso me faz sentir falta.” (E 3)

A remoção cirúrgica da mama pelo câncer, seja total ou parcial, pode desconstruir a imagem corporal da mulher de forma abrupta (FERREIRA; MAMEDE, 2003; KEBBE, 2006) e, ao configurar seu corpo sem a mama, o faz sentindo tristeza, preocupação e estranheza (FERREIRA, 1999).

Além disso, a mudança da imagem corporal após a perda da mama causa um incômodo “estético”, pois o seio é uma das partes mais importantes dos seus corpos, principalmente pelo fato de serem mulheres:

“O que me incomoda mesmo é a perda do seio (...) Ainda mais para a mulher (...) E assim, parece que pesa, incomoda um pouquinho, porque não é seu, né? E incomoda um pouco (...) Perder um seio eu acho que é difícil, muito difícil (...) Não sei, às vezes eu fico me perguntando, porque eu gostava dos meus seios, né? Acho que toda mulher gosta da parte de um corpo, eu gostava do meu seio, então para mim foi um baque perder, porque foi difícil (...)” (E 4)

“(...) me incomoda, e eu fico escondendo o tempo todo (...) Me incomoda esteticamente (...)” (E 7)

A imagem corporal e a autoestima são construídas pelas experiências acumuladas ao longo da vida da pessoa. As mulheres que perdem a mama com a cirurgia precisam de um período para assimilar e incorporar essa nova imagem corporal que de certa forma se distancia do ideal esperado. Fica evidente nos trechos de DSC das mulheres jovens que esta cirurgia mutiladora leva a perdas significativas tanto emocionais como físicas (SILVA; MAMEDE, 1998).

De acordo com Kappaum et al (2008), quando a mulher recebe a notícia da retirada da mama e da possibilidade de mutilação ou amputação deste órgão, ela vivencia um choque, visto que tal fato surge como uma ameaça à sua feminilidade. E, segundo Ferreira e Mamede (2003), a amputação de qualquer parte externa ou interna do corpo é traumática para a mulher, visto que modifica a imagem corporal da mesma, a qual deve ser ajustada a essa nova situação (FERREIRA; MAMEDE, 2003).

As participantes deste estudo sentiram-se mutiladas sem a mama, e apresentaram sentimentos de tristeza e vergonha diante da nova imagem corporal

“Mutilada! A sensação é essa, porque a cirurgia no começo não, mas agora que eu comecei a desinchar, a cicatriz ficou horrível, horrível, a parte do seio me incomoda muito.” (E 12)

“(...) eu me sinto mutilada, eu me sinto que falta um pedaço de mim, você entendeu? É ruim, é muito ruim, é uma sensação muito ruim, não sei te explicar (...) Uma tristeza muito grande.” (E 3) (E 4)

O sentimento de vergonha aparece em quase todos os DSCs relacionados à imagem corporal. Compreendemos que as mudanças ocasionadas pelo tratamento do câncer de mama provocam modificações físicas tão importantes a ponto de desconstruir a imagem que essas mulheres jovens têm de si mesmas e provocar tal sentimento.

Assim, a identificação de um corpo mutilado na relação das mulheres consigo mesmas se dá pela percepção que elas têm do seu corpo atual, que agora manifesta-se alterado e diferente (FERREIRA, 1999). A alteração da imagem corporal resultante de cirurgia por câncer de mama é uma experiência bastante subjetiva para a mulher, pois está relacionada a fatores psicológicos, sociais e culturais, assim como ao tipo de procedimento cirúrgico a que foi submetida (KEBBE, 2006).

Felizmente, há algum tempo, em muitos casos a mastectomia total vem sendo substituída por técnicas mais conservadoras, tais como a quadrantectomia e a nodulectomia, e no caso de pacientes que tenham a necessidade de fazer a remoção total da mama há possibilidade de reconstrução mamária utilizando prótese de silicone, expansores ou tecido abdominal (DUARTE; ANDRADE, 2003; KEBBE, 2006).

Nesse sentido, as mulheres jovens aqui entrevistadas consideraram que a reconstrução mamária poderia lhes trazer mais conforto tanto físico como emocional, e afirmaram ainda que para as mais velhas a perda da mama não tem o mesmo significado que tem para elas:

“Eu acho que quando você é mais velha (...), quando não está tão ativa é ruim, mas a imagem corporal já não faz tanta diferença para você (...) Depois do meu diagnóstico, eu conheci muita gente de várias idades, de várias situações e eu percebo que mulheres depois dos 55, 60 anos não ligam por ter tirado, por ter perdido uma mama e muitas não querem nem, ‘imagina que eu vou fazer cirurgia pra colocar outro peito aqui, pra quê?’ E já com, de uma idade de 45 pra baixo já não vê a hora, não só eu, eu percebo isso, não vê a hora de estar fazendo a cirurgia. (...) Então, se eu tivesse a cirurgia já pronta, eu acho que eu ia lembrar menos. (...) Aí o que vem, vem tudo, você entendeu? Igual eu te falei, eu procuro não ficar olhando muito, tomo meu banho, me troco, não gosto de ficar olhando, não gosto (...)” (E 3) (E 6)

Kappaum e colaboradores (2008) comentam que mulheres que foram submetidas à mastectomia demonstram grande anseio em passar pelo procedimento de reconstrução da mama, na esperança de restaurar o corpo “perfeito”.

Outros estudiosos apontam que o advento de novas técnicas cirúrgicas, assim como a cirurgia plástica e a reconstrução mamária logo a seguir da mastectomia têm reduzido os traumas causados pela remoção da mama. A reconstrução mamária logo após a mastectomia também tem ajudado as mulheres a ajustar a imagem corporal que havia sido modificada (com a perda da

mama) (AL-GHAZAL; FALLOWFIELD; BLAMEY, 2000; FUNG et al., 2001; KEBBE, 2006; McPHAIL, G.; WILSON, 2000).

Além disso, nesta pesquisa, os DSCs construídos a partir das falas das participantes mostraram que a perda da mama significou para elas a necessidade de mudança na forma de se vestir, tendo, por exemplo, de evitar o uso de roupas decotadas, o que afetou sua vaidade, especialmente por serem jovens:

“E enquanto mulher, você gostava de colocar uma roupa, hoje você não pode, é difícil (...) Eu gostava de usar muita blusinha, então meu seio era a parte que eu mais gostava do corpo, porque eu gostava de usar blusinha decotada e agora eu não posso. Agora quando eu vou comprar uma blusa, eu não experimento ela, eu compro, acho que vai servir leve, se não servir eu dou, sabe, eu estou assim, eu não gosto muito de olhar (...)” (E 4)

Os relatos de algumas entrevistadas demonstram claramente que a doença provocou uma série de modificações em suas vidas, interferindo sobremaneira no modo como se sentem em relação a si mesmas.

Em corroboração a esses relatos, em outros estudos com mulheres mastectomizadas, elas também se referiram à vestimenta quando observaram alterações na percepção do próprio corpo, sentindo vergonha de mostrá-lo em roupas decotadas, que denunciavam a perda da mama. Dessa forma, a roupa desempenhou, em alguns casos, um importante papel durante o período pós-cirúrgico, uma vez que é por meio do uso de alguma vestimenta que a mulher procura ocultar a perda da mama. (DUARTE; ANDRADE, 2003).

Segundo Ferreira (1999), as mulheres mastectomizadas têm a preocupação de ocultar sua nova condição corporal por meio do uso de roupas que disfarcem a ausência da mama. Essa preocupação deve-se ao fato de a mulher passar por um processo de ressocialização, ou seja, ela passa a aprender a reinserir-se na sociedade a partir de sua nova identidade corporal e diante do significado de ser mastectomizada:

“E pra mim era uma tortura imaginar sem a mama. Eu via imagens de mulheres sem a mama e aquilo me deixava chateada. Tanto que no Rema, havia uma senhora que tirou a blusa, para fazer as medições e tirou as duas mamas e aquilo me impactou demais, e aí eu comecei a passar mal (...) o que mais pesava para mim era ficar sem a mama. Eu falei para a doutora se eu quisesse ficar sem a mama, eu não tinha colocado prótese, e a doutora falava que a gente podia reconstruir, e eu falava ‘vai ficar sem mamilo, aréola e é uma coisa que parece que colou’ (...) A minha mãe falava ‘o importante é você estar viva’, mas para mim não era importante só isso, eu falava com Deus ‘poxa vida, eu não quero ficar mutilada, como o meu marido e as minhas filhas iriam me olhar?’ (...)” (E 6)

Podemos compreender aqui que cada mulher vivenciou a mudança da imagem corporal de uma maneira, dando maior importância à parte de corpo a qual tinha mais apreço. Algumas sentiram-se mais afetadas pela perda de pelos e cabelos, outras pela perda da mama, ou seja, ao se depararem com a perda do “objeto” mais significativo para si mesmas, interiorizaram o significado que esse objeto tinha em suas vidas, de acordo com o que ele representava para elas.

Mudança da imagem corporal após a retirada da mama causa modificações na autoestima e na vida sexual da mulher jovem

Autores afirmam que a autoimagem e a autoestima estão interligadas, sendo a autoestima resultante do sentimento de valor que acompanha a percepção que temos de nós próprios. Ambas variam de acordo com o gênero, e podem refletir os papéis sociais ocupados pelo indivíduo (GOUVEIA et al., 2005; MOYSÉS, 2007).

A autoimagem, por sua vez pode ser definida como a percepção que a pessoa tem de si, em termos de uma constelação de pensamentos, sentimentos e ações acerca do relacionamento com outras pessoas, bem como acerca do “eu” como uma entidade distinta dos outros, e está sempre em mudança, conforme o indivíduo adquire experiências ao longo da vida (GOUVEIA et al., 2005; MOYSÉS, 2007).

A autoestima é a resposta, no plano afetivo, de um processo originado no plano cognitivo, sendo a avaliação daquilo que sabemos a nosso respeito. Ela se revela como a disposição que temos para nos ver como pessoas merecedoras de respeito e capazes de enfrentar os desafios básicos da vida (MOYSÉS, 2007).

Assim, as alterações físicas e psicossociais causadas pela perda da mama podem prejudicar a autoimagem e a autoestima da mulher e gerar mudanças comportamentais, como por exemplo, a diminuição na frequência de suas relações sexuais (FRIES; REINHARD, 1996; KEBBE, 2006).

É importante ressaltar que as mamas, além de constituírem parte da estética feminina, exercem papel de diferenciação de gênero, denotando aspectos ligados à expressão da feminilidade e ao potencial erógeno (CANTINELLI et al., 2006; KEBBE, 2006).

Neste estudo, muitas participantes relataram que se sentiam “para baixo”, “menos femininas”, “menos mulheres”, “menos atraentes” pelo fato de estarem sem as mamas e não

gostavam de ficar nuas na frente dos companheiros, pois não conseguiam se sentir à vontade, o que dificultou lidar com a própria sexualidade:

“Então, às vezes, eu me sinto meio para baixo, mas a gente vai enrolando e eu ainda falo que o meu marido brinca e me fala: ‘você tem que ter muita coragem porque é feio’ (...)” (E 4)

“No começo, eu não gostava de ficar nua com meu esposo quando a gente ia ter relação, não gostava, sempre com babydol, sempre com a parte de cima e isso aos poucos ele conseguiu que eu me sentisse mais à vontade, eu não falo pra ele, eu tiro, vamos supor, a gente namora, né? Tudo, só que eu não gosto, eu me sinto, eu me sinto menos feminina, menos mulher, isso mexe assim com essa parte, eu me sinto menos mulher, menos feminina, eu não me sinto atraente (...)” (E 3)

“É isso (choro). É (choro), a questão da mama, na hora do banho, na hora de pôr uma roupa, na hora mesmo até de ter uma coisa a mais, era pro lado da relação sexual (...) eu fico mais triste comigo mesma na parte sexual, igual eu acabei de dizer, eu já deixei muito a desejar já (...)” (E 2)

“E eu não quero isso pra minha vida, ficar sem mama, pois como o meu marido ia me olhar (...)” (E 6)

Nesse sentido, autores afirmam que as cirurgias mutiladoras podem afetar a percepção que a mulher tem do próprio corpo, implicando em mudanças na imagem corporal que podem vir a afetar sua sexualidade (CHIOZZA, 1987; DUARTE; ANDRADE, 2003; KOLB, 1980).

As mulheres deste estudo eram jovens e sexualmente ativas, e a maioria declarou ter companheiro também na mesma faixa etária, e que se sentiam mal porque eles as procuravam para as relações sexuais e elas não tinham vontade, ou seja, tinham a libido diminuída, o que estava relacionado tanto à mudança física pela falta da mama, como aos efeitos colaterais dos tratamentos.

Corroborando os achados deste estudo, depoimentos de mulheres mastectomizadas de Cingapura, resultantes de pesquisa sobre seu desempenho sexual, apontaram problemas no relacionamento conjugal, como a diminuição na frequência de relações sexuais, além de vergonha em se despir diante dos parceiros e serem tocadas por eles. A utilização de sutiã por elas e camisa pelos companheiros durante as relações sexuais também foi relatada, sendo tais fatos intensificados de acordo com o aumento da idade da paciente (LIM, 1995).

No que se refere aos comportamentos sexuais dos indivíduos, as práticas, os relacionamentos e os significados estão enraizados no conjunto das experiências que constituem essas pessoas como seres sociais, de acordo com os cenários culturais da sexualidade (BOZON, 2004). Dessa forma, como afirma Kebbe (2006), as mulheres acometidas por câncer de mama apresentam vários temores que vão desde o medo da recidiva da doença até o de serem

abandonadas pelos maridos ou de se tornarem objetos de piedade, devido às modificações que o câncer provocou em suas vidas, inclusive na esfera sexual.

Dessa forma, pudemos compreender nestes fragmentos de DSCs que a mudança da imagem corporal das mulheres com a falta da mama abalou sua autoestima e afetou sua vida sexual, e que além do constrangimento de mostrar-se ao companheiro com esse novo corpo, vivenciaram o medo de serem abandonadas por eles pelo fato de não terem o corpo considerado ideal. Isso não afirma, no entanto, que antes da cirurgia elas tivessem um “corpo perfeito”, como exige a sociedade, mas perceberam-se diferentes e menos atraentes após a doença e os tratamentos.

Essa afirmação se pauta ainda no estudo dos autores Duarte e Andrade (2003), os quais afirmam que a sexualidade está diretamente ligada à percepção e à representação mental que temos do próprio corpo e compõe os aspectos fisiológicos, psicoafetivos, cognitivos e relacionais, e que a imagem que fazemos do nosso corpo é construída e desconstruída ao longo de nossa vivência, a partir de experiências com o mundo exterior.

c) Sentimento da mulher jovem com câncer de mama relacionado ao ganho de peso durante o tratamento: “está me incomodando e fico com a autoestima lá embaixo”

Fato de ser jovem e as mudanças corporais devido ao ganho de peso ocasionado pelos tratamentos: sentimentos gerados e mudança na autoestima

Atualmente a mídia, a família e os amigos condicionam os indivíduos a cuidar de seus corpos, direcionando-os a desejos, hábitos, cuidados e descontentamentos com a aparência visual do corpo. Alguns autores consideram existir forte tendência cultural em considerar a magreza como uma situação ideal de aceitação social para mulheres e ainda encontram-se, também, fortes correlações entre a pressão social de ser magro e a insatisfação corporal em mulheres adultas jovens (BLOWERS et al., 2003; CATTARIN et al., 2000; SMOLAK; LEVINE; SCHERMER, 1999; THOMPSON; COOVERT; STORMER, 1999). Tais insatisfações podem levar as mulheres, especialmente as mais jovens ao sofrimento caso tais ideais de beleza não sejam atingidos e podem provocar inclusive comportamentos autodestrutivos (DELVIN; ZHU, 2001).

É sabido que alguns hábitos de vida, como a má alimentação e o sedentarismo podem causar ganho de peso, mas no caso do câncer de mama esse aumento ponderal geralmente está

relacionado aos tratamentos como a quimioterapia e a hormonioterapia, por exemplo, que afetam o estado nutricional da mulher (DEL GIGLIO; MENDES, 2005; HEIDEMAN et al., 2008; NOGUEIRA, 2009; SILVA et al., 2010).

Dessa forma, muitas dessas mulheres procuram o serviço de nutrição, devido ao aumento do peso após os tratamentos, e também “encontram dificuldades para falar sobre o assunto, demonstrando angústia e sofrimento” (NOGUEIRA, 2009).

Vale salientar, no entanto, que a quimioterapia produz tanto a perda de peso, ocasionada pelas mucosites, náuseas e vômitos, como o ganho de peso, pelo fato de que, para minimizar tais sintomas os pacientes aumentam o consumo alimentar (hiperfagia) que acarreta um aumento ponderal, além de distúrbios psicológicos como ansiedade, estresse e nervosismo (COSTA; VARELLA; DEL GIGLIO, 2002; DEL GIGLIO; MENDES, 2005; MARTINS et al., 2009; TREDAN et al., 2010).

E assim, as mulheres com câncer de mama, especialmente as mais jovens, sofrem muito quando todo o processo do tratamento faz com que elas engordem. Isso atinge de forma negativa sua imagem corporal, já afetada pela perda da mama, e faz com que elas se sintam fora dos padrões estabelecidos pela sociedade, que exige um corpo perfeito, esbelto e escultural, gerando incômodo e sofrimento (NOGUEIRA, 2009).

Segundo as entrevistadas para este estudo, elas tiveram aumento de peso principalmente devido à quimioterapia e isso provocou mudança da sua imagem corporal, gerando ansiedade e mudança na autoestima, ainda mais por serem jovens:

“(...) já era muito ansiosa, e isso piorou, você entendeu? Eu já comecei a ganhar peso na quimioterapia, e é muito corticoide que a gente usa, então, eu já comecei a ganhar peso ali. Me inchou um pouquinho eu achei, está me incomodando, está incomodando sim. No sentido de, a hora que eu tiro a roupa e olho no espelho e vejo um pouquinho da barriga, da gordurinha, né? (risos) Que antes não tinha e agora tem um pouquinho mais, e aí então eu fico meio com a autoestima lá embaixo um pouquinho também, a respeito disso.” (E 3) (E 8)

“A única coisa assim que, que me deixou balançada foi porque eu já sou gordinha e eu engordei mais. Aí, estou retendo mais líquido, eu ando inchando muito, a imagem corporal mesmo que eu dei uma boa, 18 kg a mais eu ganhei durante a quimioterapia (...) eu estou gordinha, precisando emagrecer (...) e de tudo do meu tratamento, da minha vida em si, de todos esses anos, de eu ter tido essa doença com 35 anos (...) o que mais me judiou foi o ganho de peso, em todos os sentidos, desde que eu tive a minha filha até hoje em dia é o ganho de peso (...) Então, de resto, o que mais me magoou mesmo do tratamento, do que eu já tinha, eu já estava meio gordinha mesmo, foi ter ganho mais peso (...)” (E 12)

Nessa direção, pesquisadores apontam que, do ponto de vista da paciente, qualquer alteração anatômica pode influenciar no surgimento de diferentes sentimentos tais como a culpa e a depressão (NOGUEIRA, 2009), uma vez que mesmo que elas controlem a alimentação, em geral engordam, aumentando o índice de gordura corporal depois dos tratamentos, especialmente o quimioterápico (VERDE, 2007).

Assim, as mulheres deste estudo que engordaram devido aos tratamentos para o câncer de mama, sentiam-se culpadas ou culpavam as medicações que muitas ainda estavam fazendo uso, e viam-se angustiadas diante da dificuldade de perder peso e voltar ao corpo que tinham antes do câncer:

“Que nem agora com esse remédio (tamoxifeno), como que eu vou emagrecer? (...) Foi o que eu falei para a psicóloga, agora eu não vou conseguir, gente, essa quimioterapia, meu Deus! (...)” (E 7)

“Depois que eu comecei esse tratamento, eu engordei demais e não consigo voltar, eu estou engordando mais do que tudo (...) Não sei se é o inchaço, não sei se são os medicamentos que eu tomo que são muito fortes, não sei (...) Eu já desinchei bem, eu estava bem mais inchada, e tal, até que eu estou percebendo que venho desinchando, com uma perda de peso (...) como eu te disse, às vezes eu perco cinco quilos, eu volto com dois, perco de novo, estou assim (...)” (E 3) (E 4)

Como esta pesquisa foi realizada com mulheres jovens, é importante citar que estudos incluindo mulheres com câncer de mama que estavam recebendo tratamento adjuvante com tamoxifeno, mostraram mudanças na composição corporal, devido ao ganho de peso, que parece ser mais comum na fase de pré-menopausa do que na pós-menopausa. Estudo realizado em 2004 detectou ganho de peso em 43% das mulheres em tratamento adjuvante com tamoxifeno, sendo os maiores relatos provenientes de mulheres jovens (CAMORIANO et al., 1990; LAGARES et al., 2013).

A distorção da imagem corporal ocasionada pelo aumento ponderal após a mastectomia gera, portanto, incômodo e desconforto para as mulheres, visto que elas se sentem impotentes por não conseguirem reverter essa imagem, que não as satisfaz (NOGUEIRA, 2009).

Dessa forma, a mudança da imagem corporal ocasionada pelo aumento do peso devido aos tratamentos do câncer de mama gerou em algumas mulheres jovens deste estudo sentimentos como desânimo e apatia por não conseguirem o intento de reverter o excesso de peso:

“(...) não consigo voltar, nem que eu faça regime na alimentação, e mesmo assim eu não consigo sair do lugar (...)” (E 3) (E 4)

Há que se acrescentar que mulheres com câncer de mama atribuem o ganho de peso também ao fato de terem que parar de trabalhar devido aos tratamentos (NOGUEIRA, 2009). Além disso, o aumento ponderal também pode ser correlacionado com a redução significativa da prática de atividade física nesse período, com consequente diminuição do metabolismo basal e acúmulo de gordura no tecido subcutâneo sem aumento da massa magra (DEL GIGLIO; MENDES, 2005; DEMARK-WAHNEFRIED et al., 2001). Em uma outra pesquisa realizada com 272 mulheres submetidas à quimioterapia adjuvante constatou-se que 60% delas ganharam cerca de 3,9 kg de peso corporal após um ano de tratamento quimioterápico, e os autores advertiram sobre a importância do acompanhamento nutricional, associado às estratégias de controle do peso e prática de atividade física (TREDAN et al., 2010).

Um DSC relativo aos depoimentos resultantes do presente estudo corrobora algumas dessas informações da literatura:

“Eu parei de trabalhar, parei de fazer exercício. E tenho pensamento em fazer, mas a vontade não vem, sabe? Dormir, dormir, dormir. Preciso melhorar (...) Eu tenho vontade de sair para caminhar, mas eu não consigo (...) eu tenho vontade de fazer uma ginástica, eu acho que ia me ajudar muito entendeu, fazer? Mas aí tá, vai me ajudar, mas eu não consigo ir, eu estou sem atitude (...)” (E 10)

Engordei com o tratamento, mas isso é passageiro

Algumas participantes deste estudo manifestaram, no entanto, estar preparadas para a mudança do corpo, devido ao ganho de peso que os tratamentos pudessem provocar, pois haviam sido orientadas por seus médicos, inclusive de que poderiam reverter esse quadro futuramente. Dessa forma, vivenciar a mudança da imagem corporal devido ao ganho de peso significou para elas, esperança de que seria algo passageiro, e consideravam que neste momento a prioridade era a cura da doença:

“Ganhei peso. Eu nunca fui magrinha, e também fui preparada para isso, os médicos falaram ‘ela incha, geralmente quimioterapia de mama engorda’ (...) eu sei que eu estava me tratando, mas preciso emagrecer 20 quilos.” (E 7)

“Eu sei que tudo vai ser passageiro, depois eu consigo recuperar (...) não me sinto mal, sabe de falar assim ‘nossa que pena’, ‘nossa como eu estou diferente’, é o rosto já está mais cheio e tudo mais, eu falava ‘ah, não tem jeito, é um período que assim, você tem que se conformar’. E antes de eu ter o diagnóstico, eu estava fazendo dieta porque eu queria perder peso, porque eu nunca curti estar fora do peso, eu sempre fui mais magra do que eu estou hoje. Hoje a prioridade é eu sarar, depois eu vou ver o que eu vou fazer (...)” (E 6) (E 9)

Peres e Santos (2007), ao analisarem as reações emocionais de 15 pacientes com câncer de mama, constataram que o estoicismo foi a resposta emocional mais frequente entre as pacientes. O estoicismo é definido como “uma resposta caracterizada pela resignação: a paciente encara o câncer de mama como uma fatalidade diante da qual a única atitude possível seria a aceitação passiva”. Tal reação pode contribuir para a redução temporária do estresse decorrente do tratamento oncológico (PERES; SANTOS, 2007; SCORSOLINI-COMIN; SANTOS, SOUZA, 2009).

Essas afirmações podem explicar a reação de algumas das mulheres da presente pesquisa, e a diversidade de formas de reagir de cada uma delas diante da mudança da imagem corporal pode também estar relacionada às suas diferentes histórias de vida e contextos socioeconômico e familiar em que vivem.

Diante do que foi apresentado ao longo desta temática de vivência do câncer de mama, no que se refere à imagem corporal, pudemos compreender, por meio dos fragmentos de DSCs, o dinamismo dessa imagem corporal que está em constante construção e desconstrução na vida dessas mulheres.

As categorias que compuseram a temática mostraram um processo social que foi internalizado pelas mulheres jovens, visto que elas interagiram consigo mesmas, tomando o objeto “imagem corporal” para si e evidenciaram que a mudança desta imagem em suas vidas abarcou diversos significados.

Assim, por meio destas categorias que englobaram perda de pelos, cabelos e mudança da pele e mucosas; perda da mama e aumento de peso foi possível compreender que as mulheres jovens atribuíram significados para a mudança da imagem corporal como vergonha de si mesmas e necessidade de disfarçar as alterações, o que levou a problemas emocionais e a vários tipos de dificuldades, como o de olhar-se no espelho, por exemplo. No entanto, foram capazes de descobrir estratégias de enfrentamento por meio da aceitação da vivência do câncer e por entender que todas as modificações corporais que estavam vivenciando eram passageiras. Dessa forma, “elas selecionaram, checaram, refletiram, reordenaram, e alteraram os significados de acordo com a situação vivida”, como comenta Sampaio (2013).

Diante dessas transformações e formação de conceitos, as mulheres jovens com câncer de mama identificaram muitos símbolos que moldaram o significado da vivência do câncer de mama com relação à sua imagem corporal.

Na relação com os outros e com o mundo

Além de vivenciar o câncer de mama e as mudanças na imagem corporal, na relação com elas mesmas, as entrevistadas para este estudo apresentaram nos DSCs uma reflexão sobre essas mudanças na relação delas com o mundo e com a sociedade.

Nesse sentido, o IS explica que a interação social é um processo que constantemente está sendo construído pelos atores, ou seja, pelos indivíduos, de modo que estes podem interpretar o mundo que os cerca e com o qual interagem (COULON, 1995; LOPES; JORGE, 2005).

Segundo Blumer (1969), quando o ser humano depara-se com o mundo de objetos que o rodeiam, ele deve interpretá-lo com a finalidade de agir diante destes objetos. A ação do ser humano fundamenta-se em levar em consideração os variados objetos que ele observa, relacionando-os com o significado das ações de outros indivíduos diante de tais objetos e mapeando sua própria linha de conduta, à luz desta interpretação. Assim, o indivíduo arquiteta uma direção para agir, baseada na interpretação que ele mesmo faz diante de tal objeto ao invés de meramente responder aos fatores ambientais que sobre ele atuam.

Deste modo, a partir dos DSCs construídos, pudemos identificar três categorias que vão ao encontro da vivência do câncer de mama no que se refere à imagem corporal na relação dessas mulheres jovens com os outros e com o mundo e como elas agem diante do encontro de si mesmas com os outros e com o mundo:

- a) *“O pessoal jovem sofre demais. Você se olha no espelho e diz: ‘puts, eu não sou igual a todo mundo’”, cuja unidade temática é: A mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama faz com que a mulher jovem se sinta fora da normalidade.*
- b) *A mulher se incomoda com os olhares curiosos pelo fato de ela ser jovem e apresentar mudança corporal causada pelo câncer de mama: “Quero passar despercebida, não quero que sintam pena ‘coitada, tão nova’”, cuja unidade temática é: Isolamento social da mulher jovem e sentimentos gerados a partir de olhares curiosos devido às mudanças corporais ocasionadas pelo câncer de mama.*
- c) *Apoio social é essencial durante a mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama, mas gera preocupação para a mulher jovem, cujas unidades temáticas são: Apoio familiar e dos amigos é essencial no enfrentamento da mudança da imagem corporal e, Preocupadas com a família, as mulheres jovens esforçam-se por se manter fortes diante das mudanças corporais causadas pelo câncer de mama.*

Diversos fatores relacionados ao câncer de mama provocaram alterações no corpo da mulher jovem e, por consequência, causaram mudanças também no cotidiano e na relação dessa mulher com seu meio. Assim sendo, em sua relação com os outros e com o mundo, as mulheres identificaram o estigma relacionado ao câncer e seus tratamentos, e perceberam que se tornaram alvo de comentários e de curiosidade alheia.

Desse modo, a percepção de um objeto de natureza social (a mudança corporal ocasionada pelo câncer de mama) produziu, na relação com outro, a consciência de um processo estigmatizante, e isso fez com que as mulheres jovens se sentissem “fora da normalidade”. Este processo as levou ao isolamento social para que evitassem olhares curiosos. Além disso, elas procuraram manter-se fortes para não levar sofrimento para suas famílias, que não estavam preparadas para enfrentar mais problemas causados pelo câncer de mama de uma mulher tão jovem. Apesar disso, elas identificaram e aceitaram o apoio de instituições como a família e os amigos, que as auxiliaram a vivenciar o câncer de mama no que se refere às alterações de sua imagem corporal.

- a) **“O pessoal jovem sofre demais. Você se olha no espelho e diz: ‘puts eu não sou igual a todo mundo.’”**

A mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama faz com que a mulher jovem se sinta fora da normalidade

Goffman (2004) relata que os gregos criaram o termo *estigma* “para se referirem a sinais corporais com os quais se procurava evidenciar alguma coisa de extraordinário ou mau sobre o *status* moral de quem os apresentava”. Esses sinais eram marcados nos corpos dos indivíduos para que fosse mais fácil identificá-los como “um escravo, um criminoso ou traidor, uma pessoa marcada, ritualmente poluída, que devia ser evitada; especialmente em lugares públicos”. Já na “Era Cristã”, o estigma passou a ser entendido tanto como dádiva divina (quando havia sinais em formas de flores sobre a pele) como por sinais corporais que traduziam algum distúrbio físico e, atualmente, o termo é utilizado mais no sentido parecido ao original.

Goffman foi um grande estudioso sobre o estigma e define o mesmo como um atributo indesejado, marca ou impressão que traz certo descrédito na vida do indivíduo e que, em alguns casos, pode ser definido como “defeito”, “falha” ou desvantagem em relação ao outro. Este autor acredita que quando a pessoa estigmatizada está diante de outro indivíduo que não possui a

mesma “marca”, ela se sente como alguém fora da normalidade e é vista desta mesma maneira pela sociedade (GOFFMAN, 1993).

Ao se depararem com o câncer de mama e com as mudanças corporais que esse acarreta, as mulheres jovens passaram a se comparar com as outras pessoas, e ao fazer isso, elas se perceberam diferentes dos outros, ou seja, dos “normais”, pois já não podiam mais fazer as coisas que faziam antes, como por exemplo, exercícios físicos, e que estavam fora do “padrão estético” imposto pela sociedade, tanto pela mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama, quanto pelo fato de terem tido essa doença ainda muito jovens:

“Eu não queria imaginar, nem ter certeza daquilo, que eu com 34 anos, teria um câncer de mama (...) eu acho que seria pior ter essa doença com mais idade, talvez não teria tanta resistência, sei lá. O fato de você ser nova (...) traz um monte de coisas, traz, você se pergunta o tempo todo ‘porque você, porque isso está acontecendo?’ Você se olha no espelho e fala ‘puts, não sou igual a todo mundo’.” (E 2) (E 7) (E 11)

“Foge da normalidade (...) eu nunca imaginava que isso fosse acontecer comigo, que nem no caso o fato da idade (...) nunca passou pela minha cabeça, jamais (...)” (E 7)

“Outra coisa que incomoda é que não tenho mais a energia que eu tinha, não tenho mais a disposição que eu tinha, então isso me incomoda, eu fui para o quarto, chorei, fiquei p. da vida (...) incomoda você saber que você não tem mais a mesmas coisas que você tinha antes, que você não é mais a mesma pessoa. Você passa um período que a doutora fala ‘você pode fazer exercícios’ eu não podia fazer exercícios, embora ela dissesse que sim, faz uma caminhada leve de 30 minutos, isso pra mim era mesma coisa de falar você não pode fazer nada, eu falava se for pra fazer leve eu não quero, eu quero fazer se for normal igual eu era antes (...) jogar bola por exemplo, eu jogava bola duas, três vezes por semana, hoje eu posso jogar uma e olhe lá e andar de bike muito razoável, coisa que eu adoro fazer (...) porque eu passo mal, isso me incomoda muito, antes eu corria uma e meia, duas horas, hoje eu consigo correr 50 minutos, 60 estourando, termino de correr, eu estou passando mal (...)” (E 6) (E 11)

A visibilidade e presença do estigma (neste caso as mudanças corporais ocasionadas pelo câncer de mama) são consideradas por Goffman (1993) como o “foco de percepção”, e explica que os “normais” possuem concepções que desqualificam o indivíduo que possui a “marca” do estigma e que o torna alvo de curiosidade e comentários alheios.

Ainda segundo este autor, quando nos deparamos com o estranho, passam a surgir evidências de que esse indivíduo tem algum atributo que o torna diferente dos demais, se tornando até “uma espécie menos desejável - num caso extremo, uma pessoa completamente má, perigosa ou fraca” (GOFFMAN, 2004, p. 6). Dessa forma, tal indivíduo é deixado de ser

considerado uma pessoa comum e normal, sendo reduzido a uma pessoa “anormal” e diminuída (GOFFMAN, 2004).

Compreendemos que o fato de as mulheres se perceberem “fora do padrão da normalidade”, “diferentes dos normais” fez com que se sentissem incomodadas e constrangidas. Ao se depararem e se compararem com o outro, identificaram em si mesmas as mudanças que as tornaram “diferentes” dos demais, ou seja, elas interpretaram e interiorizaram tal mudança. O IS explica que o comportamento humano é o resultado de vasto processo interpretativo em que as pessoas, de forma isolada ou coletiva, conduzem a si mesmas pela definição de um objeto, evento ou situações por elas encontradas (BLUMER, 1969).

O sentimento de constrangimento, segundo Gouveia e colaboradores (2005), simboliza determinada experiência ou estado emocional que pode ser definido como uma forma de ansiedade social que tem relação direta com a timidez e vergonha, sendo resultante da perspectiva ou avaliação dos outros em dada situação, seja ela real ou imaginária. Pode ser compreendido como o resultado da preocupação que os indivíduos revelam acerca do seu comportamento observado e o desejo de agir de acordo com as expectativas e os interesses das demais pessoas (GOUVEIA et al., 2005).

Os trechos de DSCs supracitados, das mulheres jovens, revelam que ao refletirem sobre o significado da vivência do câncer de mama com relação à imagem corporal acreditaram que as mudanças físicas ocasionadas pela doença por si só ofereceram informações sobre “ser diferente”. Assim, tiveram de lidar com estereótipos do perfil do que é considerado “normal” pela sociedade e interpretaram que conviver com essas modificações significou conviver com um estigma, como afirma Goffman (1993).

As mulheres jovens deste estudo entendem, portanto, que lidar e conviver com as mudanças físicas advindas do câncer de mama significou tornar-se objeto de tais mudanças, e incorporaram um novo componente ao seu *self*, que é o de ser estigmatizada, de ser “diferente”. Isso fez com que elas se sentissem expostas à sociedade, aos olhares e contato com outras pessoas.

- b) A mulher se incomoda com os olhares curiosos pelo fato de ela ser jovem e apresentar mudança corporal causada pelo câncer de mama: “Quero passar despercebida, não quero que sintam pena ‘coitada, tão nova’”**

Isolamento social da mulher jovem e sentimentos gerados a partir de olhares curiosos devido às mudanças corporais ocasionadas pelo câncer de mama

Pudemos perceber que, do ponto de vista social, o câncer de mama, os seus tratamentos e as mudanças físicas que eles acarretam carregam consigo o estigma da doença, e acabam por desencadear na mulher alterações emocionais, assim como sentimentos de vergonha e constrangimento perante si e perante os outros, e este fator acaba por interferir em seu contexto de vida e em seus relacionamentos interpessoais.

As mulheres jovens deste estudo referiram sentir-se envergonhadas diante dos olhares das outras pessoas, inclusive de seus familiares, pois percebiam que as mudanças corporais ocasionadas pelos tratamentos provocavam comentários e perguntas indiscretas e, apesar de usarem artefatos (próteses externas, lenços, perucas) para esconder tais mudanças (perda da mama, dos pelos e cabelos), não se sentiam confortáveis, e muitas vezes, utilizavam tais artefatos para agradar o marido e filhos e/ou passar despercebida para as outras pessoas. Nesse sentido, Taille (2002) acredita que as pessoas sentem vergonha pelo simples fato de estar sendo observadas e expostas.

Podemos observar isso nos seguintes trechos de DSCs:

“Então, no início, eu tinha vergonha das pessoas estranhas, se eu tinha que ir em algum lugar, parecia que todo mundo estava me olhando.” (E 3)

“(...) então minha vergonha maior era lá em casa, às vezes as meninas falavam ‘nossa mãe, você está gordinha, né?’ A minha aliança não cabia mais no dedo, nada que eu fizesse me fazia sentir bonita, sabe? Mesmo quando eu punha peruca não me sentia bonita, eu punha uma roupa estava feia, inadequada, a unha ruim (...)” (E 6)

“(...) eu coloco um lenço dependendo do lugar que for, é, porque eu fico com vergonha, por que ‘ai, eu tô careca, ah porque agora vão me dar nomes’. Me perguntaram se eu tinha mudado de sexo, quando meu cabelo caiu, respondi a pergunta e continuei tratando.” (E 2)

“Teve até uma que falou, ‘nossa, você cortou o cabelo?’ E eu falei ‘cortei, você nem imagina por que’ e ela falou: ‘nossa, mas porquê? Seu cabelo estava tão lindo’, eu disse: ‘ele começou a cair porque estou com câncer de mama’. Quando eu andava no shopping, parece que todo mundo estava me olhado, e às vezes, eu não queria colocar a peruca, eu queria ir só com um paninho que eu punha na cabeça, e meu marido e as crianças pediam, ‘não, põe a peruca pra sair’ (...)” (E 6)

“Às vezes, quando coloco a prótese no sutiã como eu estou utilizando agora, parece para mim que a pessoa fica me olhando, porque com a prótese fica um maior do que o outro e todo mundo está vendo, então eu me sinto incomodada de usar, eu achava que as pessoas olhavam pra mim e estavam vendo que eu estava enganando, disfarçando alguma coisa, eu não gostava, eu falava ‘eu prefiro sair sem nada’ (...)” (E 4)

O fato de as mulheres estarem expostas aos olhares curiosos e comentários das outras pessoas fez com que ocorressem mudanças comportamentais, especialmente relacionadas aos hábitos e rotinas cotidianas, como o isolamento, influenciando então o seu modo de ver e estar no mundo, em sua relação consigo mesmas e com os outros.

As mudanças corporais ocasionadas pelos tratamentos do câncer de mama denunciavam a doença e chocavam as pessoas, principalmente por elas serem jovens. Então, elas se isolavam para não serem abordadas e questionadas por essas pessoas, e para evitar determinados comentários e situações constrangedoras:

“Chegou em um momento na minha vida que eu não quero que ninguém nem me pergunta, eu quero passar despercebida, mas é inevitável isso, porque as pessoas me veem, me param, me perguntam, não sei se porque eu sou muito nova, e então assim, eu já não quero, eu já falo ‘ai vai vir todas aquelas perguntas, aí então, eu não vou sair de casa’, aí eu fico dentro de casa (...)” (E 10)

“Eu tenho os meus momentos de tristeza, que às vezes, eu me encanto em um quarto ou no banheiro e é onde que eu desabafo, eu choro, eu me sinto muito baixa (...)” (E 2)

“(...) às vezes, sinceramente, eu não tenho nem vontade de sair, assim, ‘vamos a uma festa?’, Ah, eu não vou! (...) Muitas vezes deixei de me relacionar, tipo assim, um evento social, não fui. Porque eu me sinto muito desajeitada (risos), pode se dizer assim, desajeitada no meio de pessoas estranhas, aí eu pego e não vou, acabo querendo ficar ali mesmo (...) Me isolando mais (...)” (E 4)

Esse isolamento do convívio social acontece pelo fato de a mulher se sentir inadequada ou para se preservar dos demais, e esse tipo de atitude pode acarretar prejuízos em suas atividades diárias da vida (KEBBE, 2006; WOLFF, 1996).

Outro fator que deixou as mulheres muito incomodadas e constrangidas foi o fato de que as pessoas poderiam sentir pena delas por elas serem “jovens com câncer de mama”:

“Eu não gostava quando as pessoas olhavam pra mim e sentiam pena, sabe? ‘Ai nossa, coitadinha tão nova’ (...) a pessoa falar ‘nossa, coitadinha tá doente’.” (E 6)

As concepções sobre o câncer foram sendo construídas historicamente pela sociedade que, desde os primeiros diagnósticos, já atribuía à doença o sentido de “incurável”, de “sentença de morte”, e continua sendo vista dessa forma, mesmo diante de bom prognóstico, pois ainda é forte a crença de que câncer e terminalidade são sinônimos (AMBRÓSIO; SANTOS, 2011; SILVA, 2005; SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008).

Devido às inúmeras metáforas ligadas ao diagnóstico de câncer, uma série de reações e emoções são desencadeadas não só no paciente, como em sua família e naqueles que o observam (SILVA; AQUINO; SANTOS, 2008); reações estas como sentimentos de pena pela pessoa acometida. Assim, fontes não familiares, como vizinhos, amigos ou estranhos, podem ser causadores de estresse no paciente oncológico, devido às observações e comentários, muitas vezes, preconceituosos.

c) Apoio social é essencial durante a mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama, mas gera preocupação para a mulher jovem

Apoio familiar e dos amigos é essencial no enfrentamento da mudança da imagem corporal

O fato de ter um familiar com câncer leva a um desequilíbrio emocional de todos os membros dessa família, e acarreta transtornos como ansiedade, desespero, inconformismo, dúvidas, medo, preocupação constante, tristeza, sofrimento, frustração, insegurança, impotência e sentimentos de vulnerabilidade desde o momento do diagnóstico até a reabilitação da pessoa acometida pela doença (BARBOSA, 2007; VISONÁ; PREVEDELLO; SOUZA, 2012).

No entanto, ao relacionar câncer de mama e apoio social e familiar, estudiosos afirmam que as mulheres acometidas necessitam ter assegurado o amor e o apoio emocional daqueles que estão próximos (LUGTON, 1997; SIMPSON et al., 2002).

Neste estudo, as mulheres referiram que o apoio dos familiares, principalmente do companheiro, e dos amigos foi essencial para o enfrentamento da doença e das mudanças da imagem corporal provocadas pelos tratamentos:

“O bom é que a minha família está inteira junto comigo, um brinca, o outro fala (o cabelo) vai cair, mas vai nascer, então a gente fica mais tranquila (...)” (E 2)

“(...) eu pensei assim comigo ‘eu não vou ficar triste por conta do cabelo’, porque eu tive muita ajuda de amigos que falaram ‘a hora que você se olhar no espelho que você se ver mutilada, é triste, mas pense que você está se vendo, você está viva, né? E o cabelo é uma questão de tempo, vai crescer tudo’.” (E 7)

“(...) graças a Deus o meu marido é uma pessoa que nossa! Ele fala ‘tira isso aí, se eu fosse você eu nem colocava essa prótese, ia sem, eu te amo, eu estou com você’ (...) Então, eu sinceramente me sinto normal, assim, é lógico que está feio e esquisito, mas eu me sinto normal por conta da pessoa que está do

meu lado que é meu marido que ele foi muito uma pessoa assim, eu creio que 80% da minha recuperação foi ele, sabe? (...)” (E 7)

Nesse sentido, estudo de Hoffmann, Müller e Rubina (2006) aponta que desde a década de 1980 autores como Northouse (1989) já descreviam “que as principais fontes de apoio para mulheres com câncer de mama são os maridos e os membros da família, além dos médicos e enfermeiras, principalmente no período de uma hospitalização”.

Em outra pesquisa que foi realizada com 113 mulheres mães com câncer de mama, os maridos foram os mais frequentemente citados como fonte de suporte, seguidos por amigos(as) (19%) e filhos(as) (18%), sendo as demais fontes pessoas da família (tios, sogros, avós, entre outros), profissionais especializados (terapeuta, advogado, diretor da escola) e conselheiros religiosos (HOFFMAN; MÜLLER; RUBINA, 2006).

Dessa forma, o diagnóstico e tratamento do câncer de mama não afetam somente o órgão, mas comprometem a mulher nas esferas física, emocional e social, gerando alterações na sua imagem corporal, sendo que sua recuperação depende de como ela percebe seu corpo, do apoio familiar e das ideias construídas sobre a doença (KEBEE, 2006). A percepção de que outras pessoas estão próximas, disponíveis a ajudar e oferecer apoio, pode auxiliar a paciente a enfrentar situações de estresse (HOFFMAN; MÜLLER; RUBINA, 2006).

Para finalizar, cabe mostrar que apesar de poderem contar com o apoio social e familiar, algumas das entrevistadas deixaram claro que algumas vezes elas camuflaram sentimentos para proteger seus familiares do sofrimento “de as verem sofrer”. Os DSCs declaram que apesar de se sentirem angustiadas, incomodadas e tristes, tomaram esta decisão.

Preocupadas com a família, as mulheres jovens esforçam-se por se manterem fortes diante das mudanças corporais causadas pelo câncer de mama

A mulher com câncer de mama, segundo Lago e colaboradores (2014), passa a questionar as difíceis decisões e enfrentamentos de como se posicionar sobre a patologia, e analisa as mais diversas possibilidades buscando sempre uma alternativa viável para amenizar o sofrimento de todos, especialmente de seus familiares.

“(...) eu não quero passar para elas (filhas) que eu estou sofrendo porque eu acho que fica mais fácil eu sofrer calada do que elas sofrerem comigo, porque acho que a família sofre mais do que a gente ainda, né? Então, eu tento passar para elas que eu estou animada, eu venho fazer quimioterapia, eu venho rindo, eu venho brincando. Porque é igual eu te falei, essa fama minha de forte me atrapalha um pouco, porque pra minha família, eu estou reagindo bem (choro)

Então, lá na minha casa eu tenho que fingir que eu estou bem, ainda as pessoas falam: ‘gente, como você está bonita, você está com semblante alegre, mesmo fazendo quimioterapia, parece que você, só parece que você está em tratamento, porque você está sem cabelo’, então eu finjo, só que isso está me custando um pouco, para as pessoas que eu amo, eu falo que eu me sinto a mesma, que eu estou linda e que não mudou muita coisa, né? Mas mudou! Então, por isso que eu estou te falando, e eu estou vivendo uma mentira, pra não fazer as outras pessoas sofrerem, entendeu? Só que aí eu estou me sufocando, porque mudou (...)” (E 10)

Tomando por base o que foi exposto, consideramos que quaisquer alterações que comprometam o corpo, especialmente suas partes mais valorizadas culturalmente, levam o sujeito à necessidade de uma readaptação individual e social, pois como afirma Kebbe (2006), as expectativas nele investidas, quer seja pelo próprio indivíduo, quer seja pelas pessoas com as quais ele convive, devem ser repensadas e reajustadas.

Assim, diante de todas as dificuldades a serem ultrapassadas, as mulheres aceitaram o apoio familiar e social recebido, mas em alguns momentos sentiram a necessidade de fingir sentimentos que pudessem proteger aqueles mais próximos, de sofrerem pelo fato de elas estarem doentes e terem de enfrentar as mudanças impostas pelos tratamentos. Mudanças essas, físicas que levaram, evidentemente, a transtornos e conflitos emocionais que elas enfrentaram na vivência de todo o processo de adoecer e de se tratar do câncer de mama, diante do estigma da doença e de todas as potencialidades do ser humano enquanto mulheres jovens, mães, companheiras, filhas, amigas...Elas, frequentemente, associaram suas emoções ao contexto social em que viviam, buscando compreender a lógica simbólica e construir os significados que contemplaram a fase que estavam vivenciando.

O IS, por sua vez nos permitiu compreender o sentido que os atores sociais (mulheres jovens com câncer de mama) deram aos objetos (imagem corporal), com os quais interagiram e construíram o seu mundo social (BLUMER, 1969; COULON, 1995).

4.5 Mulher jovem com câncer de mama e sua vivência relacionada ao trabalho, à maternidade e à imagem corporal

A sociedade atual em que vivemos exige que as mulheres, especialmente as jovens, tenham sucesso no trabalho, sejam ótimas mães e apresentem um corpo magro, esbelto e saudável. A junção de todos esses predicados é muito difícil e piora quando elas se veem diante de uma doença grave e estigmatizante como o câncer de mama, que impõe cuidados e

tratamentos especiais, os quais levam a sérios transtornos e mudanças físicas e emocionais, evidenciados na relação dessas mulheres consigo mesmas e em sua relação com os outros e com o mundo.

E nessas relações, as participantes do presente estudo apresentaram em seus depoimentos, que quanto à vivência como mulheres jovens com câncer de mama, no que se refere ao trabalho, este significou além de uma fonte de renda, uma atividade que as manteve vivas, ativas e “normais”. O trabalho para elas significou saúde, bem-estar, edificação da alma, satisfação, autonomia, independência financeira, liberdade; significou relacionar-se com outras pessoas, criar laços de amizade, ou seja, uma oportunidade de crescimento pessoal para um futuro e uma vida melhores.

Dessa forma, “parar de trabalhar” devido ao acometimento pelo câncer de mama foi uma situação difícil de vivenciar e aceitar, pois significou impotência, limitação, incapacidade, comprometimento da formação e criação dos filhos pequenos, preocupação com o aporte financeiro das mulheres e de suas famílias e insegurança quanto ao futuro, principalmente pelo fato de serem jovens.

A atividade de trabalho desempenhada antes do adoecimento proporcionava um estado de “normalidade”, mas as restrições físicas para a atividade laboral devido aos efeitos adversos dos tratamentos, muitas vezes as afastou do trabalho. Esse afastamento significou limitação e perda da liberdade, assim como medo com relação ao retorno às atividades laborais. Para muitas mulheres este retorno significou apoio dos colegas e empregadores, assim como estímulo ao autocuidado. O apoio familiar também teve um significado importante, uma vez que as auxiliou a superar a situação de afastamento das atividades laborais, inclusive no que se refere à questão econômica e à contribuição na realização dos afazeres domésticos. Para outras, no entanto, retornar ao trabalho significou dificuldades na readaptação ao ambiente laboral e no relacionamento com os demais trabalhadores. Significou ainda insegurança e constrangimento diante da ausência de solidariedade e compreensão por parte dos colegas, que muitas vezes, também lhes causavam incômodo quando falavam do câncer como sinônimo de finitude e temiam a morte por essa doença.

No que se refere à maternidade, para aquelas que já eram mães, significou seu “tudo”, “um sonho”, “um amor muito grande”; significou “superação” e “uma luz no fim do túnel”, além de “sorte e alívio pelo fato de já terem seus filhos”. Para aquelas que não os tinham, no entanto, o significado ficou entre “o desejo de ser mãe”, e a “internalização para si mesmas do fenômeno ‘câncer de mama’”, quando refletiram sobre a dificuldade de engravidar devido à

doença e aos tratamentos, e até mesmo sobre a possibilidade de virem a faltar para os seus filhos, e então “ser mãe” significou desistir dessa ideia para evitar futuros sofrimentos e frustrações para ambos.

E assim, elas se mesclavam, mas todas temiam, seja pelos filhos que teriam mães que não poderiam cuidar deles adequadamente, devido à doença e seus tratamentos, ou pelos filhos (nascidos ou ainda nem planejados) que não teriam mães, uma vez que elas não estariam presentes para esse cuidado, devido à sua perspectiva de finitude. Elas deixaram clara sua insegurança quanto à capacidade de outras pessoas para desempenharem essa tarefa, principalmente pelo fato de os filhos serem pequenos e sofrerem muito com a sua ausência.

A maternidade significou ainda o medo de não poder continuar amamentando o filho que acabara de nascer, e para aquelas que ainda não tinham vivenciado essa prática, significou o medo de essa possibilidade estar descartada. A amamentação foi simbolizada como o vínculo do binômio mãe-filho e as jovens deste estudo, acometidas pelo câncer de mama, manifestaram, então mais uma faceta de suas angústias e preocupações.

Os filhos significaram fonte de força para lutar contra a doença e acreditar na cura, para poder vê-los crescer e progredir.

As mulheres entrevistadas para esta pesquisa manifestaram-se ainda a respeito das modificações que o câncer de mama e os tratamentos impuseram aos seus corpos, e consequentemente levaram a comprometimentos emocionais. As transformações físicas foram responsáveis por muitas mudanças na organização corporal e no comportamento dessas jovens.

Em sua relação consigo mesmas, assim como em sua relação com os outros e com o mundo, elas tiveram de lidar com alterações na imagem corporal, ou seja, na “figura que se tem do próprio corpo e os sentimentos em relação ao seu tamanho, forma e partes constituintes”, que foi se modificando à medida que elas vivenciaram a experiência do câncer de mama e seus tratamentos.

Entre essas modificações, a perda da mama ou de parte dela, com a cirurgia, significou derrota, tortura e grande incômodo estético, atingiu a vaidade feminina e provocou sentimentos de vergonha e tristeza por ter um corpo “anormal e mutilado”. Significou ter de lidar com alterações na própria sexualidade e identidade feminina, pois se sentiam “menos mulheres”, “menos atraentes”, “com menos libido”, “com dificuldade de ficarem nuas diante dos companheiros”. Deparar-se com a ausência da mama reacendeu à memória todos os traumas que o câncer trouxe para suas vidas.

As entrevistadas denunciaram, em seus depoimentos, que se julgavam ainda mais prejudicadas e incomodadas do que mulheres mais velhas que passassem por essa situação, pois para estas últimas o seio não faria tanta falta (esteticamente, em relação à maternidade e aleitamento materno e em relação à sexualidade). Ressalta-se aqui que esse é um julgamento que pode ser equivocado, tendo em vista que a imagem corporal e a relação com a autoimagem, sexualidade não se desfaz necessariamente com o avançar da idade. Mas, apoiadas nesse pensamento valorizaram a necessidade de reconstruir a mama, o que para elas significou “recuperação”, “conforto físico e emocional”. Enquanto a reconstrução não ocorria, elas tiveram também de lidar com a necessidade de mudar o estilo das roupas, visando ocultar o novo corpo sem a mama ou parte dela.

Considerando, ainda, as alterações na imagem corporal, a maioria delas ficou muito abalada com a perda dos cabelos e pelos do corpo, incluindo cílios e sobrancelhas, evento esse que gerou tristeza, angústia e desânimo, já que feria “a vaidade da mulher”, representada especialmente pelos cabelos. A alopecia significou então “perda da identidade como mulher, como jovem e como ser humano” e “dificuldade em se olhar no espelho e deparar-se com a realidade de estar com câncer, de estar doente”. Sofreram ainda com a mudança de coloração da pele e mucosas, e com o aumento do peso. Para amenizar essa situação, desenvolveram ações de autocuidado e a adaptação diante da mudança corporal.

Tiveram dificuldade para controlar a dieta e realizar atividade física, pois em meio a isso tinham de controlar a doença, fazer quimioterapia, radioterapia e hormonioterapia.

Lançaram mão de acessórios como chapéus, lenços, perucas, cílios postiços, lápis para a sobrancelha. Assim, elas se sentiam mais seguras, e procuravam usá-los especialmente quando estavam fora de sua zona de conforto, ou seja, longe de seus lares, expostas aos olhares dos outros, por estarem “fora do padrão estético”, “fora do padrão de normalidade”, afinal a sociedade (e até elas próprias e seus familiares e amigos) as considerava muito jovens para passar por uma doença tão estigmatizante e que trazia tantas mudanças em seus corpos, em suas mentes, em suas vidas e na vida de seus familiares.

Cabe citar que algumas, no entanto, não se sentiam confortáveis com o uso de acessórios, que significavam “incômodo” e “algo não natural”. Elas se mostraram cansadas com essa “busca da beleza”, que passou a ter outro valor a partir do diagnóstico do câncer e dos tratamentos. Outras encararam essas mudanças corporais como “parte do processo de cura” e se conformaram com a situação, que deveria ser momentânea, passageira.

Enfim, seja relacionado ao trabalho, à maternidade ou à imagem corporal, as mulheres sofreram com a dualidade de “ter de se tratar”, mas também de “ter de passar por todas as adversidades impostas pelos tratamentos”, que provocaram transtornos físicos, emocionais e sociais. Tiveram de lidar com inúmeras dificuldades, às vezes aumentadas, quando necessitaram “camuflar angústias e sofrimentos” para que os filhos/companheiros/familiares e amigos não sofressem “pelas suas dores (das mulheres)”, mas obtiveram “alívio e apoio”, quando conseguiram “compartilhar o câncer de mama” com eles.

Assim, em sua relação consigo mesmas e em sua relação com os outros e com o mundo, as mulheres deste estudo conviveram com a dualidade de valores sociais que influenciaram suas vivências pessoais e precisaram se esforçar para cuidar da saúde, comprometida pelo câncer de mama, afinal eram jovens e deveriam, de alguma forma fortalecer-se, reagir e lutar pela vida. Conviveram com o dever de se manter dentro dos “padrões de beleza”, conciliando a vida doméstica (e aqui, como mães ou com o desejo de ser), a social e o trabalho.

5 Considerações finais

As dores físicas e emocionais das mulheres jovens com câncer de mama são vastas e merecem ser bem estudadas e pesquisadas. Os estudos que tratam dessa temática, especialmente os que abordam os sentimentos e as alterações emocionais e sociais devido à doença e ao fato de as acometidas estarem em idade produtiva e reprodutiva ainda são escassos.

As falas dessas mulheres precisam vir à tona. Os profissionais de saúde devem ficar alertas a todas as questões e situações que envolvem os comprometimentos físicos, emocionais e sociais que a doença e os tratamentos impõem às acometidas. Elas precisam de um cuidado que considere suas especificidades.

A atenção, carinho e apoio de seus companheiros, filhos e outros familiares, além dos amigos são fundamentais no enfrentamento e na recuperação dessas mulheres.

Os colegas de trabalho e empregadores, assim como a sociedade em geral também são atores importantes no cenário em que essas jovens estão inseridas.

O olhar atento para um apoio que lhes proporcione acolhimento diante de sua nova condição a partir da doença pode auxiliar na reabilitação e na aceitação do processo por que se veem obrigadas a passar desde o momento do diagnóstico do câncer de mama.

Referências

ABMA, F. I., VAN DER KLINK, J. J., BÜLTMANN, U. The Work Role Functioning Questionnaire 2.0 (Dutch version): examination of its reliability, validity and responsiveness in the general working population. **Journal of Occupational Rehabilitation**, New York, v. 23, n. 1, p. 135-147, 2013.

ABREU, E.; KOIFMAN, S. Fatores prognósticos no câncer de mama feminina. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 48, n. 1, p. 113-207, 2002.

AEBI, S. Special issues related to the adjuvant therapy in very young women. **Breast**, Oxford, v. 14, n. 6, p. 594-599, 2005.

AL-GHAZAL, S. K.; FALLOWFIELD, L.; BLAMEY, R. W. The psychological impact of immediate rather than delayed breast reconstruction. **European Journal of Surgical Oncology**, v. 26, p. 17-19, 2000.

ALMEIDA, T. R.; GUERRA, M. R.; FILGUEIRAS, M. S. T. Repercussões do câncer de mama na imagem corporal da mulher: uma revisão sistemática. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 3, 2012.

ALMEIDA, J. A. G.; NOVAK, F. R. Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5, p. 119-125, 2004.

ALMEIDA, T. G. et al. Vivência da mulher jovem com câncer de mama e mastectomizada. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 432-438, 2015.

ALVES, Z. M. M. B.; SILVA, M. H. G. F. D. Análise qualitativa de dados de entrevista: uma proposta. **Paidéia**, Ribeirão Preto, n. 2, p. 61-69, 1992.

AMARAL, A. C. S. et al. Imagem corporal e atividade física em mulheres que realizaram cirurgia estética. **HU Revista**, Juiz de Fora, v. 37, n. 1, p. 31-38, 2001.

AMARAL, P. et al. Body fat and poor diet in breast cancer women. **Nutrición Hospitalaria**, Madrid, v. 25, n. 3, p. 456-461, 2010.

AMBRÓSIO, D. C. M. **Mulheres com câncer de mama: a vivência do apoio social e familiar durante o tratamento**. 2010. 185 f. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). 2010.

AMBRÓSIO, D. C. M., SANTOS, M. A. Vivências de familiares de mulheres com câncer de mama: uma compreensão fenomenológica. **Psicologia, Teoria e Pesquisa**, Brasília, v. 27, n. 4, p. 475-484, 2011.

AMIR, Z., NEARY, D., LUKER, K. Cancer survivors' views of work 3 years post diagnosis: a UK perspective. **European Journal of Oncology Nursing**, United Kingdom, v. 12, p. 190-197, 2008. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2008.01.006>. Acesso em: 18 out. 2016.

- AMIRIKIA, K. C. et al. Higher Population-Based Incidence Rates of Triple-Negative Breast Cancer Among Young African American Women: Implications for Breast Cancer Screening Recommendations. **Cancer**, Atlanta, v. 117, n. 12, p. 2747-2753, 2011.
- ANDERS, C. K. et al. Breast cancer before age 40 years. **Seminars in Oncology**, New York, v. 36, n. 3, p. 237-249, 2009.
- AZEVEDO, R. F.; LOPES, R. L. M. Conceção de corpo em Merleau-Ponty e mulheres mastectomizadas. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 6, p. 1067-1070, 2010.
- BATCHELOR, D. Hair and cancer chemotherapy: consequences and nursing care-a literature study. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 10, n. 1, p. 147-163, 2001.
- BARBOSA, A. Câncer, direito e cidadania. São Paulo: ARX; 2007.
- BARBOSA, P. Z.; ROCHA-COUTINHO, M. L. Maternidade: novas possibilidades, antigas visões. **Psicologia Clínica**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 1, p. 163-185, 2009.
- BAPTISTA, S. M. S. **Maternidade e profissão: oportunidades de desenvolvimento**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1995, p. 140.
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2001, p. 223.
- _____. **Análise de conteúdo**. 3. ed. Tradução Luiz Antero Reto; Augusto Pinheiro. Lisboa: Edições 70, 2004, p. 223.
- BARRETO, M. et al. Câncer de mama em mulheres até 40 anos: aspectos radiológicos, clínicos e anatomopatológicos. **Revista da Imagem**, São Paulo, v. 28, n. 1, p. 1-6, 2006.
- BAUCOM, D. H. et al. Psychosocial issues confronting young women with breast cancer. **Breast Disease**, New York, v. 23, p. 103-113, 2005.
- BAZILLI, C. **Interacionismo Simbólico e Teoria dos Papéis: uma aproximação para a psicologia social**. Vivenciando repercussões e transformações de uma gestação. São Paulo: EDUC, 1998, p. 206.
- BENEDETT, A. **A percepção da nutriz sobre os (des)confortos da prática do aleitamento materno**. 2013. 103 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.
- BERVIAN, I. P.; PERLINI, N. M. O. G. A família (con)vivendo com a mulher/mãe após a mastectomia. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 52, n. 2, p. 121-128, 2006. Disponível em: <http://www.inca.gov.br/rbc/n_52/v02/pdf/artigo1.pdf>. Acesso em: 06 abr. 2016.
- BIERI, S. et al. Quality of life and social integration after allogeneic hematopoietic SCT. **Bone Marrow Transplant**, London, v. 42, n. 819e27, 2008.
- BILAC, E. D. **Apresentação**. **Boletim Mulher & Trabalho (13)**. São Paulo, Fundação Seade, 2002, p.3-5.

BLANCO, A. **Cinco tradiciones en la psicología social**. Madrid: Ediciones Morata, 1988, p. 327.

BLOWERS, L. C. et al. The relationship between sociocultural pressure to be thin and body dissatisfaction in preadolescent girls. *Eating Behaviors*, v.4, p. 229-244, 2003.

BLUMER, H. **Symbolic interactionism perspective and method**. Califórnia: Prentice-Hall, 1969, p. 208.

BONNIE, C. Y. Epidemiology of breast cancer in young women. **Breast disease**, New York, v. 23, n. 1, p. 3-8, 2005.

BORSA, J. C.; FEIL, C. F. O papel da mulher no contexto familiar: uma breve reflexão, **Psicologia** [online], São Paulo, p. 1-12, 2008. Disponível em: <<http://www.psicologia.com.pt/artigos/textos/A0419.pdf>>. Acesso em: 28 jan. 2015.

BOZON, M. *Sociologia da sexualidade*. Rio de Janeiro: FGV, 200, p. 172.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da Criança** (internet). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. Disponível em http://portal.saude.gov.br/saude/area.cfm?id_area=1251. Acesso em: 18 out 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer. **Tratamento do Câncer**. Rio de Janeiro: INCA; 2011. Disponível em: <<http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/cancer/site/tratamento>>. Acesso em: 07 jan. 2015.

BRASIL. **Resolução nº 466/12 sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasília: Conselho Nacional de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://conselho.saude.gov.br/resolucoes/2012/Reso466.pdf>>. Acesso em: 08 jun. de 2014.

BRAZELTON, T. B. **As primeiras relações**. São Paulo. Martins Fontes, 1992, p. 14.

BRUSCHINI, M. C. A. Trabalho e gênero no Brasil nos últimos dez anos. **Cadernos de Pesquisa**, São Paulo, v. 37, n. 132, p. 537-572, 2007.

BULGACOV, Y. L. M. et al. Atividade empreendedora da mulher brasileira: trabalho precário ou trabalho decente? **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 28, n. 63, p. 337-349, 2010.

BURWELL, S. R. et al. Sexual Problems in Younger Women After Breast Cancer Surgery. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 24, p. 2815-2821, 2006.

BUTLER, R. J., JOHNSON, W. G., GUBLER, T. Economic burden. In: Feuerstein M, ed. **Work and Cancer Survivors**. 1st edn. New York: Springer, 2009, p. 329.

CALVIO, L. et al. Measures of cognitive function and work in occupationally active breast cancer survivors. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Philadelphia, v. 52, p. 219-227, 2010.

CAMACHO, K. G. et al. Viviendo repercusiones y transformaciones de un embarazo: la perspectiva de embarazadas. **Ciencia y Enfermería**, Concepción, v. xvi, n. 2, p.115-125, 2010.

CAMARGO, M. A. G. F. **Coping e aspectos psicossociais associados ao tratamento cirúrgico da obesidade mórbida em longo prazo**. 2013. 169 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, Universidade de São Paulo, São Paulo. 2013.

CAMORIANO, J. K. et al. Weight change in women treated with adjuvant therapy or observed following mastectomy for node-positive breast cancer. **Journal of Clinical Oncology**, v. 8, n. 8, p. 1327-1334, 1990.

CANADA, A. L.; SCHOVER, L. R. The Psychosocial Impact of Interrupted Childbearing in Longterm Female Cancer Survivors. **Psycho-oncology**, New York, v. 21, n. 2, p. 134-143, 2012.

CANTINELLI, S. F. et al. A oncopsiquiatria no câncer de mama: considerações a respeito de questões do feminino. **Revista de Psiquiatria Clínica**, v. 33, n.3, p. 124-133, 2006.

CARVALHO, L. S. et al. O interacionismo simbólico como fundamentação para pesquisas de enfermagem pediátrica. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 15, n. 1, p. 119-124, 2007.

CATTARIN, J. et al. Body image, mood, and televised images of attractiveness: The role of social comparison. **British Journal of Clinical Psychology**, v. 19, p. 220-239, 2000.

CEOLIN, V. E. S. A família frente ao diagnóstico do câncer. In: C. F. M. Hart (Org.) **Câncer: Uma abordagem psicológica**. Porto Alegre: AGE, 2008, p. 118-128.

CHAN, A. et al. Breast cancer in women < or = 35 years: review of 1002 cases from a single institution. **Annals of Oncology**, Oxford, v. 11, n. 10, p. 1255-1262, 2000.

CHARON, M. **Symbolic interacionism**: an introduction, an interpretation, an integration. Califórnia: Prentice-Hall, 1989, p. 205.

CHIOZZA, L. Por quê adoecemos? A história que se oculta no corpo. Campinas: Papirus (1987), p. 166.

CLOT, Y. **A função psicológica do trabalho**. São Paulo: Vozes, 2007, p. 222.

CONSUELO, H.A.F.; LOPES, M.S.B.J. Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 39, n. 1, p. 103-108, 2005.

CONDE, D. M. et al. Qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 3, p. 195-204, 2006.

COSTA, A. C. Proposta de intervenção Corporal no tratamento de distúrbios de imagem corporal nos transtornos alimentares. In: ENCONTRO PARANAENSE, CONGRESSO

BRASILEIRO, CONVENÇÃO BRASIL/LATINO-AMÉRICA, XIII, VIII, II, 2008. **Anais**. Curitiba: Centro Reichiano, 2008. CD-ROM. [ISBN – 978-85-87691-13-2].

COSTA, P.; LEITE, R. C. B. O. Estratégias de enfrentamento utilizadas pelos pacientes oncológicos submetidos a cirurgias mutiladoras. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 55, n. 4, p. 355-364, 2009.

COSTA, L. J. M., VARELLA, P. C., DEL GIGLIO, A. Weight changes during chemotherapy for breast cancer. *Revista Paulista de Medicina*, v. 120, n. 4, p. 113-117, 2002.

COULON, A. **Etnometodologia e educação**. Petrópolis(RJ): Vozes; 1995, p. 205.

DAMASCENO, V. O. et al. Tipo físico ideal e satisfação com a imagem corporal de praticantes de caminhada. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, São Paulo, v. 11, n. 3, 2005.

DAMASCENO, V. O. et al. Imagem corporal e corpo ideal. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, Brasília, v. 14, n. 1, p. 87-96, 2006.

DEL GIGLIO, A.; MENDES, E. S. R. Ganho de peso durante o tratamento quimioterápico de pacientes com câncer de mama. *Einstein*, v. 4, n. 2, p. 137-138, 2005.

DELVIN, M. J., ZHU, A. J. Body image in the balance (review). *JAMA*, v. 287, p. 2159, 2001.

DEMARK-WAHNEFRIED, W. et al. Changes in weight, body composition, and factors influencing energy balance among premenopausal breast cancer patients receiving adjuvant chemotherapy. *Journal of Clinical Oncology*, v. 19, n. 9, p. 2381-2389, 2001.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. **Handbook of qualitative research**. 2. ed. Thousand Oaks, Califórnia: Sage Publications, 2000, p. 784.

DICIONÁRIO DO AURÉLIO. Dicionário de Português (on line). 2008-2107. Disponível em: <https://dicionariodoaurelio.com/trabalho>. Acesso em: 10 de marc. 2017.

DUARTE, T. P.; ANDRADE, A. N. Enfrentando a mastectomia: análise dos relatos de mulheres mastectomizadas sobre questões ligadas à sexualidade. *Estudos de Psicologia*, Natal, v. 8, n. 1, p. 155-163, 2003. Disponível em: <
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-294X2003000100017&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 18 de out. 2016

ELKUM, N. et al. Being 40 or younger is an independent risk factor for relapse in operable breast cancer patients: the Saudi Arabia experience. **BMC Cancer**, United Kingdom, v. 7, p. 222, 2007.

FACHIN, O. **Fundamentos de metodologia**. 3. ed. São Paulo: Saraiva, 2001, p. 113.

FANGEL, L. M. V. et al. Qualidade de vida e desempenho de atividades cotidianas após tratamento das neoplasias mamárias. **Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 26, n. 1, 2013.

FARINHAS, G. V., WENDLING, M. I. DELLAZZANA-ZANON, L. L. Impacto Psicológico do Diagnóstico de Câncer na Família. **Pensando Famílias**, Porto Alegre, v. 17, n. 2, p. 111-129, 2013.

FEI, C. et al. Fertility drugs and young-onset breast cancer: results from the two sister study. **Journal of National Cancer Institute**, Oxford, v. 104, n. 13, p. 1021-1027, 2012.

FERNANDOPUPPLE, S. M. et al. Breast carcinoma in women 35 years and younger: a pathological study. **Pathology**, Sydney, v. 38, n. 3, p. 219-222, 2006.

FERREIRA, L. F. et al. A história natural do câncer de mama na paciente jovem: revisão de literatura. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 39, n. 11, p. 527-531, 2011.

FERREIRA M. L. S. M. **Vivenciando os primeiros meses pós-mastectomia**: estudos de caso. 1999. 158 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto. 1999.

FERREIRA, M. L. S. M.; FRANCO, C. B.; QUEIROZ, F. C. Construindo o Significado da Mastectomia: Experiência de Mulheres no Pós-operatório. **Revista de Ciências Médicas**, Campinas, v. 11, n. 1, p. 47-54, 2002. Disponível em: <http://www.puc-campinas.edu.br/centros/ccv/revcienciasmedicas/artigos/470.pdf>. Acesso em: 18 de out. 2016

FERREIRA, M. L. S. M.; MAMEDE, M. V. Representação do corpo na relação consigo mesma após mastectomia. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 11, n. 3, p. 299-304, 2003. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v11n3/16538.pdf>>. Acesso em: 18 de out. 2016

FEUERSTEIN, M. et al. Work productivity in brain tumor survivors. **Journal of Cancer Survivorship**, New York, v. 49, p. 803-811, 2007.

FIALHO, R. F. et al. Rastreamento de câncer de mama por imagem. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 36, p. 91-97, 2008.

FONTENOY, A. M. et al. Recent trends in breast cancer incidence rates in the Loire-Atlantique, France: a decline since 2003. **Cancer Epidemiology**, New York, v. 34, p. 238-243, 2010.

FOUCAULT, M. **As palavras e as coisas**: uma arqueologia das Ciências Humanas. São Paulo: Martins Fontes, 1966, p. 331.

FRIES, A.; REINHARD, G. The impact of mastectomy on dimensions of psychological and psychosocial experience and behaviour in affected women. **Rehabilitation**, v. 35, n. 1, p. 54-64, 1996.

FUNG, K. W. et al. The impact of mastectomy, breast-conserving treatment and immediate breast reconstruction on the quality of life of Chinese women. **ANZ Journal of Surgery**, v. 71, p. 202-206, 2001.

- GALLASCH, C. H., ALEXANDRE, N. M. C., ESTEVES, S. C. B. Propriedades psicométricas do Questionário de Avaliação de Desempenho no Trabalho em trabalhadores submetidos à radioterapia. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 6, p. 817-822, 2015.
- GALVÃO, M. T. G., CUNHA, G. H., MACHADO, M. M. T. Dilemas e conflitos de ser mãe na vigência do HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 3, p. 371-376, 2010.
- GEERTZ, C. A. **Interpretação das culturas**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1989, p. 322.
- GILLES, L. **A terceira mulher**: permanência e revolução do feminino. São Paulo: Companhia das letras, 2000, p. 344.
- GODINHO, R. M., GRECO, R. M., GONÇALVES, A. M. C. Enfermagem e Saúde do Trabalhador: análise dos grupos de pesquisa. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n. 4, p. 825-832, 2011.
- GOFFMAN, E. Estigma: la identidad deteriorada. 5. ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores, 1993, 172p.
- _____. Estigma – notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Tradução: Mathias Lambert. Data da Digitalização: 2004. Data Publicação Original: 1891. Grupo Editorial Nacional LTC: São Paulo.
- GONÇALVES, E. “Remar o próprio barco”: a centralidade do trabalho no mundo das mulheres “sós”. **Cadernos pagu**, Campinas, n. 34, p. 235-268, 2010.
- GOUVEIA, V. V. et al. Auto-imagem e sentimento de constrangimento. **Revista Psicologia da Universidade Federal da Paraíba**, Paraíba, v.36, n. 3, p. 231-241, 2005.
- GRACIOTTO, A. **A Maternidade**: A Construção de Um Novo Papel Na Vida da Mulher. 2000. 31f. Especialização em Enfermagem Obstétrica - Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências da Saúde. Curitiba. 2000.
- GRANT, W. H. A maternidade, o trabalho e a mulher. In: **Colóquio do LEPSIIP/FE-USP**, São Paulo, 2001.
- GROENEVELD, I. F., BOER, A. G. E. M., FRINGS-DRESEN, M. H. W. A multidisciplinary intervention to facilitate return to work in cancer patients: intervention protocol and design of a feasibility study. **BMJ Open**, London, v.2, n. e001321, 2012.
- GUDBERGSSON, S. B. et al. A study of work changes due to cancerin tumor-free primary-treated câncer patients. A NOCWO study. **Supportive care in Cancer**, New York, v. 16, n. 10, p. 1163-1171, 2008.
- HAGUETTE, T. M. F. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 3. ed. Petrópolis: Vozes, 1992, p. 224.

_____. **Metodologias qualitativas na sociologia**. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1995, p. 216.

HANSEN, J. A. et al. Breast cancer survivors at work. **Journal of Occupational and Environmental Medicine**, Philadelphia, v. 50, p. 777-784, 2008.

HEIDEMAN, W. H. et al. The frequency, magnitude and timing of post-diagnosis body weight gain in Dutch breast cancer survivors. **European Journal of Cancer**, v. 45, n. 1, p. 119-126, 2008.

HELMAN, C. G. **Cultura, saúde e doença**. Porto Alegre: Artes Médicas; 1994, p. 432.

HIETALA, M.; OLSSON, H.; JERNSTRÖM, H. Prolactin levels, breast-feeding and milk production in a cohort of young healthy women from high-risk breast cancer families: implications for breast cancer risk. **Familial Cancer**, Netherlands, v. 7, n. 3, p. 221-228, 2008.

HOFFMANN, F. S.; MÜLLER, M. C.; RUBINA, R. Mulher com câncer de mama: apoio social e espiritualidade. **Mudanças – psicologia da saúde**, v. 14, n. 2, p. 143-150, 2006.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. Estimativas populacionais dos municípios. 2006. Disponível em: <<http://saladeimprensa.ibge.gov.br/noticias?view=noticia&id=1&busca=1&idnoticia=987>>. Acesso em: 26 jan. 2105.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER. **Atlas da Mortalidade**. 2015a. Disponível em: <<http://mortalidade.inca.gov.br/Mortalidade/>>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. **Estimativas 2012**: incidência de câncer no Brasil. Brasil. Disponível em: <<http://www.inca.gov.br/estimativas/2012/index.asp?ID=1>>. Acesso em: 10 abr 2012.

_____. **Estimativa 2016**. Incidência do Câncer no Brasil. Rio de Janeiro: INCA, 2015b. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/tiposdecancer/site/home+/mama/cancer_mama>. Acesso em: 11 ago. 2016.

_____. **Programa Nacional de Controle de Câncer de Mama** [Internet]. Rio de Janeiro: INCA. 2011, 15 p. Disponível em: <http://www2.inca.gov.br/wps/wcm/connect/fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee/pncc_mama.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=fad72d004eb684b68b379bf11fae00ee>. Acesso em: 22 jan. 2015.

JESUS, L. L. C; LOPES, R. L. M. Considerando o câncer de mama e a quimioterapia na vida da mulher. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v.11, n.1, p. 208-211, 2003.

JOAS, H. Interacionismo simbólico. In: GUIDDENS, A.; TURNER, J. **Teoria social hoje**. São Paulo: Unesp, 1999, p. 609.

JOHNSON, R. H. et al. Incidence of breast cancer with distant involvement among women in the United States, 1976 to 2009. **Journal of the American Medical Association**, Chicago, v. 309, p.800-805, 2013.

KAPPAUN, N. R. C. et al. A Imagem Corporal de Mulheres Mastectomizadas Hospital Universitário. **Revista Juiz de Fora**, Juiz de Fora, v. 34, n. 4, p. 243-248, 2008.

KERGOAT, D. División sexual del trabajo e relaciones sociales entre los sexos. In: HIRATA, Helena et alii. (orgs.) **Diccionario critico del feminismo**. Madrid, Editorial Síntesis, 2002, p.66-75.

KEBBE, L. M. **Desempenho de atividades e imagem corporal: representações sociais de um grupo de mulheres com câncer de mama**. 2006. 158 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). 2006.

KENNEDY, F. et al. Returning to work following cancer: a qualitative exploratory study into the experience of returning to work following cancer. **European Journal of Cancer Care**, Edinburgh, v. 16, p. 17–25. 2007. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2354.2007.00729.x>. Acesso em: 07 fev 2017.

KOLB, L. C. **Psiquiatria Clínica**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980, p. 646.

LABRE, M. P. Adolescent boys and the muscular male body ideal. **Journal of Adolescent and Health**, San Francisco, v. 30, p. 233-242. 2002.

LAGARES, E. B. et al. Excesso de Peso de Mulheres em Uso de Tamoxifeno. **Revista Brasileira de Cancerologia**, v. 59, n. 2, p. 201-210, 2013.

LAGO, E. A. et al. Sentimentos vivenciados por mulheres frente ao câncer de mama. **Revista de Enfermagem da UFPE on line**, v. 8, n. 10, p. 3325-3330, 2014.

LEAL, S. **Por uma vida inteira**. Rio de Janeiro: Record, 2000, p. 286.

LEFRÈVE, A. M. C. et al. A utilização da metodologia do discurso do sujeito coletivo na avaliação qualitativa dos cursos de especialização "Capacitação e Desenvolvimento de Recursos Humanos em Saúde-CADRUH", São Paulo – 2002. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 12, n. 2, p. 68-73, 2002.

LEFRÈVE, F.; LEFRÈVE, A. M. C. **O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos)**. Caxias do Sul (SP): Educs, São Paulo, 2003, p. 256.

_____. **Depoimentos e discursos: uma proposta de análise em pesquisa social**. Brasília: LiberLivro, 2005, p. 97.

_____. O sujeito que fala. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, Botucatu, v. 10, n. 20, p. 517-524, 2006.

LEITE, R. R. Q.; FROTA, A. M. M. C. O Desejo de Ser Mãe e a Barreira da Infertilidade: Uma Compreensão Fenomenológica. **Revista da Abordagem Gestáltica**, Goiania, n. 2, p. 151-160, 2014.

LEWIS, P. E. et al. Psychosocial Concerns of Young African American Breast Cancer Survivors. **Journal of Psychosocial Oncology**, Illinois, v. 30, n. 2, p. 169-184, 2012.

LEYDER, M. et al. Specific congenital malformations after exposure to cyclophosphamide, epirubicin and 5-fluorouracil during the first trimester of pregnancy. **Gynecologic and Obstetric Investigation**, Switzerland, v. 71, p. 141-144, 2011.

LIM, J. Sexuality of woman after mastectomy. *Annals of the Academy of Medicine (Cingapura)*, v. 25, n. 5, p. 660-662, 1995.

LIMA, A. L. P. et al. Rastreamento oportunístico do câncer de mama entre mulheres jovens no Estado do Maranhão, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 27, n. 7, p. 1433-1439, 2011.

LITTLEJOHN, S.W. **Fundamentos teóricos da comunicação humana**. Rio de Janeiro: Zahar, 1992, p. 397.

LOPES, C. H. A. F., JORGE, M. S. B. Interacionismo simbólico e a possibilidade para cuidar interativo em enfermagem. **Revista da Escola de Enfermagem (USP)**, São Paulo, v. 39, n. 1, p.103-108, 2005.

LUGTON, J. The nature of social support as experienced by women treated for breast cancer. **Journal of Advanced Nursing**, v. 25, n. 11, p. 84-91, 1997.

MAINGUENEAU, D. **Termos chave de análise de discurso**. Belo Horizonte: Ed. UFMG, 2000, p. 112.

MARHHOM, E.; COHEN, I. Fertility preservation options for women with malignancies. **Obstetrical & Gynecological Survey**, San Francisco, n. 62, p. 58-72, 2007.

MARTINS, C. A. et al. Evolução da Mortalidade por Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Desafios para uma Política de Atenção Oncológica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v.59, n. 3, p. 341-349, 2013.

MARTINS, L. C. et al. Desempenho profissional ou doméstico das pacientes em quimioterapia para câncer de mama. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 55, n. 2, p. 158-162, 2009.

MARTINS, M. M.; LUCARELLI, A. P. Câncer de mama e gestação. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 40, n. 4, p. 203-207, 2012.

MARZANO-PARISOLI, M. M. **Pensar o corpo**. Petrópolis: Vozes, 2004, p. 239.

McPHAIL, G.; WILSON, S. Women's experience of breast conserving treatment for breast cancer. **European Journal of Cancer Care**, Edinburgh, v. 9, p. 144- 150, 2000.

MEAD, G. H. **On social psychology**. 5.ed. Chicago: The University of Chicago, 1977, p. 358.

MELO, C. M.; OLIVEIRA, D. R. O uso de inibidores de apetite por mulheres: um olhar a partir da perspectiva de gênero. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2523-2532, 2011.

MESQUITA, M. G. R. et al. “Buti’m (became) different”. **Cancer nursing**, Washington, v. 34, n. 2, p. 150-157, 2011.

MILES, M. B.; HUBERMAN, A. M. **Qualitative data analysis**. Thousand Oaks: Sage Publications, Inc. 1994, p. 408.

MINAYO, M. C. S.; SANCHES, O. Quantitative and qualitative methods: opposition or complementarity? **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, p. 239-262, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo-Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1994, p. 269.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 4. ed. São Paulo, 1996, p. 269.

_____. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em Saúde**. São Paulo: Hucitec, 8ª edição, 2004, p. 269.

_____. **Pesquisa social: teoria, método e criatividade**. 19. ed. Petrópolis: Vozes, 2001, p. 80.

MONTEIRO, D. L. M et al. Câncer de mama na gravidez e quimioterapia: revisão sistemática. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v.59, n. 2, p. 174–180, 2013.

MORIN, E. et al. “O trabalho e seus sentidos”. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 19, Edição Especial, n. 1, p. 47-56, 2007.

MORSE, J. M. How different is qualitative health research from qualitative research? Do we have subdiscipline? **Qualitative Health Research**, Salt Lake City, v. 11, n. 20, p. 1459-1468, 2010.

MOURA, S. M. S. R; ARAÚJO, M. F. A Maternidade na História e a História dos Cuidados Maternos. **Psicologia, Ciência e Profissão**, Brasília, v. 24, n. 1, p. 44-55, 2004.

MOW International Research Team. **The Meaning of working**. London: Academic Press. 1987.

MOYSÉS, L. **A auto-estima se constrói passo a passo**. 7ªed. Campinas, SP: Papirus, 2007. p 18-19.

NEVES, C. V.; MARIN, A. H. A impossibilidade de amamentar em diferentes contextos. **Barbaroi**, Cidade de Santa Cruz do Sul, v. 38, p. 198-214, 2013.

NOGUEIRA, D. Câncer de mama, imagem corporal e ganho de peso: estudo de caso. 86f. 2009. Dissertação (mestrado em psicologia). Universidade Católica Dom Bosco. Campo Grande. 2009.

NORTHOUSE, L.L. The impact of breast cancer on patients and husbands. **Cancer Nursing**, v. 12, n. 5, p. 276-284, 1989.

OLIVEIRA, A. F.; PELLOSO, S. M. Paradoxo e conflitos frente ao direito de ser mulher. **Acta Scientiarum**, Maringá, v. 26, n. 2, p. 279-286, 2004.

OLIVEIRA, C. L. et al. Câncer e imagem corporal: perda da identidade feminina. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v.11, p. 53-60, 2010.

OLIVEIRA, C. R.; TRAESEL, E. S. Mulher, trabalho e vida familiar: a conciliação de diferentes papéis na atualidade. **Disciplinarum scientia**. Série: Ciências da Saúde, Santa Maria, v. 9, n. 1, p. 149-163, 2008.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica**. São Paulo: Pioneira. 1999, p. 320.

OLIDI, C. S.; PAREJO, S. P.; PADILLA, M. A. S. ¿Entre Obstáculos Anda el Camino? Trayectoria y Mujer Directiva. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, Brasília, v. 13, n. 1, p. 75-88, 2013.

OREM, D. E. **Nursing: concepts of practice**. 6a. Ed. St. Louis: Mosby, 2001, p. 542.

OSÓRIO, L. C. **Casais e famílias: Uma visão contemporânea**. Porto Alegre. Artmed, 2002, p. 110.

OTANI, M. A. P.; BARROS, N. F.; MARIN, M. J. S. A experiência do câncer de mama: percepções e sentimentos de mulheres. **Revista Baiana de Enfermagem**, Porto Seguro, v. 29, n. 3, p. 229-239, 2015.

PANOBIANCO, M. S. et al. Depressão e fadiga na qualidade de vida de mulheres com câncer de mama. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 12, n.2, p.247-252, 2011.

PANOBIANCO, M. S. et al. Prevalência de depressão e fadiga em um grupo de mulheres com câncer de mama. **Revista Eletrônica de Enfermagem** [Internet], São Paulo, v. 14, n. 3, p. 532-540, 2012. Disponível em: <<http://www.fen.ufg.br/revista/v14/n3/v14n3a09.htm>>. Acesso em: 15 jan. 2015.

PARK, S. K., et al. Intrauterine environments and breast cancer risk: meta-analysis and systematic review. **Breast Cancer Research**, London, v. 10, R8, 2008.

PEPPERCORN, J.; PARTRIDGE, A. H. Breast cancer in young women: a new color or a different shade of pink. **Journal of Clinical Oncology**, Alexandria, v. 26, n. 20, p. 3303-3305, 2008.

PEREIRA, E. F. et al. Percepção da imagem corporal de crianças e adolescentes com diferentes níveis sócio-econômicos na cidade de Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 9, n. 3, p. 253-262, 2009. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S1519-38292009000300004>>. Acesso em: 12 abr. 2012.

PEREIRA, S. G. et al. Vivências de cuidados da mulher mastectomizada: uma pesquisa bibliográfica. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.59 n.6, 2006.

PERES, R. S.; SANTOS, M. A. Breast cancer, poverty and mental health: Emotional response to the disease in women from popular classes. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, 15 (número especial), 786-791, 2007.

PINHEIRO, A. B. et al. Câncer de Mama em Mulheres Jovens: Análise de 12.689 Casos. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 59, n. 3, p. 351-359, 2013.

PIRATI, C. **Imagem corporal e corpo físico**. 2007. 50p. Trabalho de conclusão de curso - Universidade do sul de Santa Catarina. Palhoça. 2007.

POLLÁN, M. et al. Recent changes in breast cancer incidence in Spain, 1980-2004. **Journal of the National Cancer Institute**, Oxford, v. 101, p. 1584-1591, 2009.

POPE, C.; MAYS, N. **Pesquisa qualitativa na atenção à saúde**. Porto Alegre. Artemed, 2009, p. 172.

PRUZINSKY, T.; CASH, T. F. Understanding Body Images: Historical and Contemporary Perspectives. In: Cash TF, Pruzinsky T. **Body Image: A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York, London: The Guilford Press, 2002, p. 3-12.

REA, M. F. Os benefícios da amamentação para a saúde da mulher: A amamentação e a mulher. **Jornal de Pediatria**, Rio de Janeiro, v. 80, n. 5 (Supl), p. 142-146, 2004.

RICCI, M. D. et al. O impacto do câncer de mama sobre a fertilidade e saúde reprodutiva. **Revista Brasileira de Medicina**, São Paulo, v. 64, n. 8, p. 390-392, 2007. Disponível em: <http://www.moreirajr.com.br/revistas.asp?fase=r003&id_materia=3625>. Acesso em: 19 ago. 2016.

RODRIGUEZ, F. T.; CARNEIRO, T. F. Maternidade tardia e ambivalência: algumas reflexões. **Tempo psicanalítico**, Rio de Janeiro, v. 45, n. 1, p. 111-121, 2013.

ROELEN, C. A. et al. Trends in return to work of breast cancer survivors. **Breast Cancer Research and Treatment**, Norwell, v. 128, p. 237-242, 2011.

ROCHA-COUTINHO, M. L., LOSADA, B. L. Redefinindo a atividade profissional feminina. **Psicologia em Estudo**, Maringá, v. 12, n. 3, p. 493-502, 2007.

ROSMAN, S. Cancer and stigma: experience of patients with chemotherapy-induced alopecia. **Patient Education and Counseling**, Norway, v. 52, n. 1, p. 333-339, 2004.

SANTOS, D. B.; VIEIRA, E. M. Imagem corporal de mulheres com câncer de mama: uma revisão sistemática da literatura. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 5, p. 2511-2522, 2011.

SANTOS, S. S. et al. Breast cancer incidence and mortality in women under 50 years of age in Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 29, n. 11, p. 2230-2240, 2013.

SAMPAIO, B. A. L. **Significado da alopecia para mulheres submetidas à quimioterapia para o câncer ginecológico ou mamário**. 2013. 41 f. Dissertação (Mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto (SP). 2013.

SAWADA, N. O. et.al. Avaliação da qualidade de vida de pacientes com câncer submetidos à quimioterapia. **Revista Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 43, n.3, p. 581-587, 2009.

SEIDMAN, I. E. **Interviewing as qualitative research**. A Guide for Researchers in Education and the Social Sciences. Columbia: Teachers College Press, 1991, p. 162.

SCHILDER, P. A imagem do corpo. Tradução de Rosanne Wertman. São Paulo: Martins Fontes, 1981, p. 316.

SCHLINDWEIN, V. L. D. C. Histórias de vida marcadas por humilhação, assédio moral e adoecimento no trabalho. **Psicologia & Sociedade**, Porto Alegre, v. 25, n. 2, p. 430-439, 2013.

SCHMIDT, T. et al. Breast cancer in women under 35 years of age. **The American Journal of Surgery**, Birmingham, v. 162, n. 3, p. 197-201, 1991.

SCORSOLINI-COMIN, F., SOUZA, L. V., SANTOS, M. A. Tornar-se psicólogo: experiência de estágio de Psico-oncologia em equipe multiprofissional de saúde. **Revista Brasileira de Orientação Profissional**, Florianópolis, v. 9, n. 2, p. 113-125, 2008.

SHANNON, C.; SMITH, I. E. Breast cancer in adolescents and young women. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 39, p 2632-2642, 2003.

SHARP, L., TIMMONS, A. Associations between cancer-related financial stress and strain and psychological wellbeing among individuals living with cancer. **Psycho-oncology**, New York, v. 22, n. 4, 745-755, 2013.

SILVA, C. H. D; SOPHIE, F. M. D. Qualidade de vida em mulheres com câncer ginecológico: uma revisão da literatura. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, n 52, v 1, p. 33-47, 2006.

SILVA, L. C. Câncer de mama e sofrimento psicológico: aspectos relacionados ao feminino. **Psicologia em estudo**, Maringá, v. 13 n. 2, 2008.

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

SILVA, R. M.; MAMEDE, M. V. O conviver com a mastectomia. Fortaleza: UFC, 1998, p. 109.

SILVA, S. E. D. et al. Representações Sociais de Mulheres Mastectomizadas e Suas Implicações Para o Autocuidado. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 727-34, 2010.

SILVA, S. S.; AQUINO, T. A.; SANTOS, R. M. S. O paciente com câncer: cognições e emoções a partir do diagnóstico. **Revista Brasileira de Terapias Cognitivas**, Ribeirão Preto, v. 4, n. 2, p. 73-88, 2008.

SILVA, T. R.; SAENGER, G.; PEREIRA, E. F. Fatores associados à imagem corporal em estudantes de educação física. **Motriz**, Rio Claro, v. 17, n. 4, p. 630-639, 2011.

SILVA, V. C. E. O impacto da revelação do diagnóstico de câncer na percepção do paciente. 2005. 218f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

SIQUEIRA, F. P. C. **O significado da amamentação na construção da relação mãe e filho:** um estudo interacionista simbólico. 2012. 147 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo e Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2012.

SIMPSON, J.S.A. et al. Effects of a brief intervention on social support and psychiatric morbidity in breast cancer patients. **Psycho-oncology**, v. 11, p. 282-294, 2002.

SLADE, P. D. Body Image in anorexia nervosa. The British journal of psychiatry. Supplement, United Kingdom, n. 2, p. 20-22, 1988.

SMEHA, L. N.; CALVANO, L. O que completa uma mulher? Um estudo sobre a relação entre não maternidade e vida profissional. **Psicologia Argumento**, Curitiba, v. 27, n. 58, p. 2017-217, 2009.

SMOLAK, L.; LEVINE, M. P.; SCHERMER, F. Parental input and weight concerns among elementary school children. **International Journal of Eating Disorders**, v. 25, p. 263-271, 1999.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MASTOLOGIA. Quimioterapia (qt) definições e orientações gerais. 2001. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/decas/quimio.mansia.htm>>: www.sbmastologia.com.br/>. Acesso em: 25 fev. 2015.

SOUZA, M. G. G., ESPÍRITO SANTO, F. H. E. O olhar que olha o outro... um estudo com familiares de pessoas em quimioterapia antineoplásica. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 54, n 1, p. 31-41, 2008.

SPENCE, R. A. J.; JOHNSTON, P. G. **Os princípios da quimioterapia**. Oncologia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

STRAPASSON, M. R., NEDEL, M. N. B. Puerpério imediato: desvendando o significado da maternidade. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 31, n. 3, p. 521-528, 2010.

SUKEL, M. P. et al. Substantial increase in the use of adjuvant systemic treatment for early stage breast cancer reflects changes in guidelines in the period 1990–2006 in the southeastern Netherlands. **European Journal of Cancer**, Oxford, v. 44, p. 1846–1854, 2008.

TAGHAVI, A. et al. Increased trend of breast cancer mortality in Iran. **Asian Pacific Journal of Cancer Prevention**, Tehran, v. 13, p. 367-370, 2012.

TAMMINGA, S. J. et al. Return-to-work experiences of breast cancer survivors. **Scandinavian Journal of Work, Environment & Health**, Finland, v. 38, n. 2, 2012.

TAVARES, M. C. G.; CUNHA, F. **Imagem corporal**: conceito e desenvolvimento. São Paulo: Manole, 2003, p. 147.

TAILLE, Y. O Sentimento de Vergonha e suas Relações com a Moralidade. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, Porto Alegre, v. 15, n.1, p. 13-25, 2002.

TEVAARWERK, A. J. et al. Employment outcomes among survivors of common cancers: the symptom outcomes and practice patterns (SOAPP) study. **Journal of Cancer Survivorship**, New York, v. 7, p. 191-202, 2013.

THOMPSON, J. K. **Body Image disturbance**: Assessment and treatment. Elmsford, NY: Pergamon Press, 1990, p. 140.

_____. (ed.) **Body image, eating disorders, and obesity**: An integrative guide for assessment and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 1996, p. 505.

THOMPSON, J. K.; COOVERT, M. D.; STORMER, S. Body image, social comparison, and eating disturbance: A covariance structure modeling investigation. **International Journal of Eating Disorders**, Reston, v. 26, p. 43-45, 1999.

THOMPSON, J. K.; SMOLAK, L. (eds) **Body image, eating disorders, and obesity in youth**: Assessment, prevention, and treatment. Washington, DC: American Psychological Association, 2001, p. 389.

TIEDTKE, C. et al. Experiences and concerns about 'returning to work' for women breast cancer survivors: a literature review. **Psycho-oncology**, New York, v. 19, n. 677e83, 2010.

TREDAN, O. et al. Body weight change in women receiving adjuvant chemotherapy for breast cancer: A French prospective study. **Clinical Nutrition**, v. 29, n. 2, p. 187-191, 2010.

TREZZA, M. C. S. F. **Construindo através da doença possibilidades de sua libertação para uma outra forma de viver**: um modelo teórico representativo da experiência de pessoas que tiveram câncer. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ, 2002.

TRUEB, R. M. Chemotherapy-Induced Alopecia. **Seminars in Cutaneous Medicine and Surgery**, New York, v. 28, n 1, p. 11-14, 2009.

TRUFELLI, D. C. et al. Onde está o atraso? Avaliação do tempo necessário para o diagnóstico e tratamento do câncer de mama nos serviços de oncologia da Faculdade de Medicina do ABC. **Revista Brasileira de Mastologia**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 14-18, 2007.

TRUFELLI, D. C. et al. Análise do atraso no diagnóstico e tratamento do câncer de mama em um hospital público. **Revista da Associação Médica Brasileira**, São Paulo, v. 54, n. 1, p. 72-76, 2008.

VASCONCELOS, P. M., NEVES, J. B. Importância do apoio familiar à mulher submetida à cirurgia para tratamento da neoplasia mamária. **Revista Enfermagem Integrada**, Ipatinga, v.3, n.1, 2010.

VENTURI, G., RECAMÁN, M. As mulheres brasileiras no início do século XXI. In: VENTURI, G., RECAMÁN, M., OLIVEIRA, S. **A mulher brasileira nos espaços público e privado**. São Paulo: Fundação Perseu. Abramo, 2004, p. 15-30.

VERDE, S.M.M.L. Impacto do tratamento quimioterápico no estado nutricional e no comportamento alimentar de pacientes com neoplasia mamárias e suas consequências na qualidade de vida. 2007. 138f. Dissertação (mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2007.

VIEIRA, A.; AMARAL, G. A. A arte de ser Beija-Flor na tripla jornada de trabalho da mulher. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v. 22, n. 2, p. 403-414, 2013.

VIEIRA, C. P.; LOPES, M. H. B. M.; SHIMO, A. K. K. Sentimentos e experiências na vida das mulheres com câncer de mama. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v. 41, n. 2, p. 311-316, 2007.

VIEIRA, R. J. S; GOMES, R.; TRAJANO, A. J. B. Câncer de mama e gravidez subsequente. **Revista Brasileira de Cancerologia**, Rio de Janeiro, v. 51, n. 2, p. 101-110, 2005.

VISONÁ, F.; PREVEDELLO, M.; SOUZA, E. N. Câncer na família: percepções de familiares. *Revista de Enfermagem da UFSM*, v. 2, n. 1, p.145-155, 2012.

VOLLBRECHT, B. et al. Fertilidade e sintomas de climatério em pacientes jovens com câncer de mama. **Scientia Medica**, Porto Alegre, v. 19, n. 2, p. 58-63, 2009.

WALBERG, B. et al. The meaning of breast cancer. **Acta Oncologica**, Sweden, v. 42, n. 1, p. 30-35, 2003.

WELLS, M. et al. Time to act: The challenges of working during and after cancer, initiatives in research and practice. **European Journal of Oncology Nursing**, United Kingdom v.18, p.1-2, 2014. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ejon.2014.01.001>. Acesso em: 18 out. 2016.

WHITE, C. A. Body Images in Oncology. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York/London: The Guilford Press, 2002, p. 379-86.

WHITE, C. A.; HODD, C. Body Image Issues in Oncology. In: CASH, T. F.; PRUZINSKY, T. **Body Image: a Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice**. New York/London, 2011, p. 333- 342.

WILHELM, L. A. et al. A vivência da amamentação na ótica de mulheres: contribuições para a enfermagem. **Revista de Enfermagem da UFSM**, Sanr Maria, v.5, n.1, p. 160-168, 2015.

WOLFF, L. R. Rede de suporte social da mulher mastectomizada .1996. 187f, Dissertação (mestrado) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 1996.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. International Agency for Research on Cancer. **Globocan**: cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2008. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 18 out 2016.

_____. International Agency for Research on Cancer. **Globocan**: cancer Incidence and Mortality Worldwide in 2010. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr>. Acesso em: 18 out 2016.

_____. International Agency for Research on Cancer. **Globocan** 2012. Disponível em: <http://globocan.iarc.fr/Default.aspx>. Acesso em: 01 out. 2016.

WU, Q. J. et al. Cancer incidence among adolescents and young adults in urban Shanghai, 1973-2005. **Public Library of Science** (online), San Francisco, v. 7, e42607, 2012.

YARKER, J. et al. The role of communication and support in return to work following cancer-related absence. **Psycho-oncology**, New York, v.19, n. 1078e85, 2010.

YANKASKAS, B. C. Epidemiology of breast cancer in young women. **Breast Disease**, New York, v. 23, p. 3-8, 2005-2006.

ZIMMERMANN, A. et al. Gestação, Parto e Puerpério. In: EIZIRIK, C. L.; KAPCZINSKI, F.; BASSOLS, A. M. S. **O ciclo da vida humana**: Uma perspectiva psicodinâmica. Porto Alegre: Artmed. 2001.Cap.2.

Anexos

ANEXO A

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: O significado do diagnóstico do câncer de mama para mulheres jovens

Pesquisador: Paola Alexandria Pinto de Magalhães

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 22495813.8.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 528.218

Data da Relatoria: 18/12/2013

Apresentação do Projeto:

Item já preenchido.

Objetivo da Pesquisa:

Item já preenchido.

 Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Item já preenchido.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Item já preenchido.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Item já preenchido.

Recomendações:

Foi elaborado um TCLE para os juízes, conforme solicitado, contudo, sua redação ficou confusa. Ele apresenta os itens éticos obrigatórios, porém tem alguns erros de concordância, o que o torna de difícil compreensão. Recomendo que o texto seja reescrito.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Havia dúvida quanto ao número de participantes da pesquisa. A pesquisadora esclareceu no novo projeto tratar-se de 14 participantes. O cronograma do projeto e o cronograma apresentado foram

Endereço: BANDEIRANTES 3600

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (16)3602-3366

E-mail: cep@eerp.usp.br

ESCOLA DE ENFERMAGEM DE
RIBEIRÃO PRETO - USP

Continuação do Parecer: 528.218

reestruturados e corrigidos. As citações quanto à Resolução n. 196/96 foram substituídas pela Resolução n. 466/12. O TCLE dos participantes foi reestruturado e acrescentado aspecto sobre a indenização conforme as leis vigentes no país caso ocorra algum dano decorrente de sua participação na pesquisa. A consulta dos prontuários e do banco de dados não será necessária, pois as participantes que preencherem os critérios de inclusão da pesquisa serão convidadas a participar da mesma nos dias e horários de atendimento tanto do REMA como no Ambulatório de Mastologia da FMRP-USP. Foi elaborado um TCLE para os juízes, conforme solicitado, contudo, sua redação ficou confusa. Quanto ao posicionamento do Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia da FMRP-USP, as solicitações do mesmo para a realização da pesquisa serão atendidas e foram modificadas no projeto. As mulheres que estiverem sendo atendidas no Ambulatório de Mastologia da FMRP-USP e preencherem os critérios de inclusão da pesquisa serão convidadas a participar e concordando será agendado um dia e local de preferência da participante (sua residência ou EERP-USP) para sua realização, as participantes serão ressarcidas com relação ao gasto com condução e alimentação. Tais informações foram acrescentadas nos aspectos éticos da pesquisa e também no TCLE das participantes.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado na 174ª reunião ordinária.

RIBEIRÃO PRETO, 12 de Fevereiro de 2014

Assinador por:
Claudia Benedita dos Santos
(Coordenador)

Endereço: BANDEIRANTES 3900

Bairro: VILA MONTE ALEGRE

CEP: 14.040-902

UF: SP

Município: RIBEIRÃO PRETO

Telefone: (18)3802-3388

E-mail: cep@eerp.usp.br

ANEXO B

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA**Título da Pesquisa:** O significado do diagnóstico do câncer de mama para mulheres jovens**Pesquisador:** Paola Alexandria Pinto de Magalhães**Área Temática:****Versão:** 2**CAAE:** 22495813.8.3001.5440**Instituição Proponente:** Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP**Patrocinador Principal:** Financiamento Próprio**DADOS DO PARECER****Número do Parecer:** 808.822**Data da Relatoria:** 11/02/2014**Apresentação do Projeto:**

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Objetivo da Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

De acordo com o parecer da Instituição Proponente.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou carta de anuência dos responsáveis pelos locais de coleta no HCFMR-USP.

Recomendações:

Não há.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O CEP tomou ciência e concorda com o parecer da Instituição Proponente.

Situação do Parecer:

Aprovado

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO**Bairro:** MONTE ALEGRE**CEP:** 14.048-000**UF:** SP**Município:** RIBEIRÃO PRETO**Telefone:** (16)3633-2228**Fax:** (16)3633-1144**E-mail:** cep@hcrp.usp.br

Continuação do Parecer: 808.822

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

Considerações Finais a critério do CEP:

"O CEP do HC e da FMRP-USP concorda com o parecer ético emitido pelo CEP da Instituição Proponente, que cumpre as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Diante disso, o HCFMRP-USP, como Instituição co-participante do referido projeto de pesquisa, está ciente de suas co-responsabilidades e de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar dos sujeitos desta pesquisa, dispondo de infra-estrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar".

RIBEIRÃO PRETO, 26 de Setembro de 2014

Assinado por:

MARCIA GUIMARÃES VILLANOVA
(Coordenador)

Endereço: CAMPUS UNIVERSITÁRIO
Bairro: MONTE ALEGRE CEP: 14.048-000
UF: SP Município: RIBEIRÃO PRETO
Telefone: (16)3833-2228 Fax: (16)3833-1144 E-mail: cep@hcrp.usp.br

ANEXO C

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO

Ribeirão Preto, 15 de julho de 2013.

Ilma. Sra.

Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco

Prezada Professora,

O projeto intitulado "**O significado do diagnóstico do câncer de mama para mulheres jovens**", protocolado sob nº 61/2013, de sua autoria, foi avaliado pelo Setor de Mastologia do Departamento de Ginecologia e Obstetrícia, conforme parecer abaixo:

"O projeto (O significado do diagnóstico do câncer de mama para mulheres jovens) é metodologicamente bem concebido e poderá trazer informações importantes para a abordagem multidisciplinar da doença. No entanto, do ponto de vista de logística nos ambulatórios de mastologia não há espaço físico disponível para a realização das entrevistas. Outro aspecto relevante é a inadequação de se coletar os dados no mesmo dia do retorno, neste dia a paciente recebe uma série de informações e orientações essenciais para o tratamento e a aplicação de uma entrevista como planejada poderá interferir com a rotina estabelecida de funcionamento do ambulatório. Desta forma sugerimos:

- 1. Que a entrevista para o estudo seja agendada em local e data diferente do ambulatório.*
- 2. Que haja recursos para reembolso de alimentação, viagem e compensação pelo dia não trabalhado da paciente (especificar o valor e a origem do recurso no projeto)."*

Atenciosamente,

Prof. Dr. Antônio Alberto Nogueira
Presidente da Comissão de Pesquisa do Departamento de
Ginecologia e Obstetrícia – FMRP-USP

ANEXO D

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO – CAMPUS
RIBEIRÃO PRETO - TELEFONE: (016) 3602-3448 - FAX (016) 3602-0518
CEP: 14040-902 - RIBEIRÃO PRETO - SP - BRASIL

Ribeirão Preto, 14 de junho de 2013.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP

Informamos que a aluna do curso de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, Paola Alexandria Pinto de Magalhães sob a orientação da Profa. Dra. Marislei Sanches Panobianco, têm a autorização para desenvolver o projeto de mestrado: "Significado do diagnóstico do câncer de mama para mulheres jovens", no REMA - Núcleo de Ensino, pesquisa e assistência à mulheres mastectomizadas.

Profa. Dra. Ana Maria de Almeida
coordenadora

Ilma Sra.

Profa. Dra. Claudia Benedita dos Santos

Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa da EERP

APÊNDICE A**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidada a participar da pesquisa intitulada “*O significado do diagnóstico de câncer de mama para mulheres jovens*”, que tem o objetivo de saber o que você sentiu quando recebeu o diagnóstico do câncer de mama, e quais foram as consequências e quais são as suas expectativas. Caso você concorde em participar, vamos precisar de sua colaboração, realizando uma entrevista, que será gravada, na qual você irá responder a uma pergunta, contando tudo a respeito de como enfrenta essa situação. Essa entrevista, que terá duração de aproximadamente 30 minutos, acontecerá em um dia de atendimento do REMA (para quem frequenta o serviço), ou no ambulatório do Hospital das Clínicas, no dia do retorno. Para a entrevista será providenciado um local reservado. A sua participação não trará riscos, mas poderá ter certo desconforto, pois falaremos de algo que pode ser triste para você, caso isso ocorra, se você desejar, pode interromper a entrevista, estaremos ao seu lado e se for necessário a encaminharemos ao serviço de psicologia do REMA. Todas as informações que você julgar secretas serão mantidas em segredo e os resultados dessa pesquisa serão divulgados apenas em revistas e/ou apresentados em eventos científicos. Seu nome verdadeiro não irá aparecer e você poderá recusar o convite ou deixar de participar da pesquisa no momento que desejar, sem prejuízos ao seu atendimento no REMA ou no Hospital das Clínicas. Não haverá custo para você e também não receberá nenhum auxílio financeiro por participar. Caso apresente algum desconforto emocional ao preencher a escala, estarei pronta para confortá-la ou encaminhá-la ao atendimento necessário. Os resultados desta pesquisa não trarão benefícios diretos para você neste momento, mas sua participação será importante, pois os seus resultados ajudarão no conhecimento do enfrentamento utilizado por muitas mulheres jovens que tiveram câncer, podendo ajudar outras que passarão por essa situação. Você receberá uma via deste documento, assinada pelas pesquisadoras (Paola e Marislei). Obrigada pela sua colaboração.

Eu, _____ concordo em participar da pesquisa realizada por Paola Alexandria P. de Magalhães sob orientação da Prof^a Dr^a Marislei Sanches Panobianco. Endereço e telefone para contato com as pesquisadoras: Av. Bandeirantes, 3900 (Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP) – 3602-3480 ou Cel: 92048622. Em caso de necessidade você poderá entrar em contato com Comitê de Ética – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - Universidade de São Paulo, no endereço: Av. Bandeirantes, 3900 Bairro: Vila Monte Alegre Ribeirão Preto/SP, Telefone: (16)3602-3386. Horário de funcionamento do CEP: segunda à sexta, das 8h às 17h.

Ribeirão Preto, _____ de _____ de _____.

Assinatura da informante _____

Pesquisadoras:

Paola Alexandria P. Magalhães

Marislei Sanches Panobianco

APÊNDICE B

“Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação ao trabalho? O que significa para você o trabalho?”

a) Ideia central síntese A: O afastamento da mulher jovem do trabalho e as relações sociais.

DSC

“A psicóloga me falou, eu sou técnica de enfermagem, então ‘o conhecimento te traz sofrimento’. Caiu o mundo em cima de mim. E o setor que eu trabalho, sinceramente, é uma coisa assim que eu sinto que elas não vão ser companheiras, não vão assim pensar ‘nossa oh’, eu tenho até gravado aqui, me perguntaram ‘tirou tudo ou tem metástase?’. Eu não me sentia à vontade de falar para as minhas colegas de trabalho, quem sabia mais eram pessoas de outros setores, ficaram sabendo mesmo no dia, realmente, quem sabia mesmo era a enfermeira, minha chefe e só. Mas algumas pessoas que estavam à minha volta, meus amigos, minha chefe, que é a diretora geral da UTI, ficou muito chateada quando descobriu. Algumas amigas minhas mesmo ficaram sabendo lá no meu local de trabalho ‘ai, nossa, mas aí a gente vê todo dia um morrer de câncer aqui, ai, espero que não aconteça com a gente’, que pessoas pessimistas, porque acho que morrer todo mundo vai. Então, eu acho que eles não vão ser colaborativos não porque, dentro de uma UTI é corrido, muito, muito, muito corrido, além de não ter como elas me ajudarem, elas não querem me ajudar. No entanto, fui trabalhar algumas vezes no meu serviço, chegava gente em mim: ‘Estou orando por você’. Fiquei feliz, porque eu fico muito feliz por pessoas que estejam orando pela gente, porque eu acredito que quanto mais pessoas estejam orando, eu creio que isso é positividade que está vindo para a minha vida. E eu acredito que o câncer tem cura, é só você acreditar. E todas essas pessoas que vinham me contar essa positividade, me deixava feliz. Quanto ao trabalho, eu ajudava muito no financeiro, mas hoje meu esposo me ajuda, eu sou uma mulher, eu tenho muita sorte por ter o homem, o companheiro, o esposo, o pai que eu tenho do meu lado, é, ele me ajudou muito, muito e me ajuda até hoje, então hoje, é, eu preciso da ajuda dele inclusive em casa, assim, a gente passa dificuldades, sim, só que como eu não posso trabalhar, eu tenho que aceitar, as coisas vão acontecendo e a gente vai sabendo lidar com a situação, vai aceitando e eu procuro fazer, é o melhor possível de tudo no meu tratamento, nas minhas dificuldades, nas minhas tristezas, eu procuro dar o melhor de mim, fazer o melhor de mim. Eu também tive bastante gente que me ajudou, eu tive família que se reuniram, amigos que se reuniram, então não teve problema nenhum. Eu sei que isso aconteceu e eu tenho que ficar até quando der, se me liberar para trabalhar, eu já volto, normal. Posso dizer que estão me dando muito apoio no trabalho, eu

tenho muito apoio da direção, compreensão principalmente, eu pensava ‘nossa, eu vou ficar tanto tempo afastada, eles não vão me querer mais’, mas eu não tenho esse problema porque eles são muito abertos. E em casa, eu continuo ativa, vamos dizer, eu estou longe lá fazendo o meu papel, mas ao mesmo tempo eu consigo continuar fazendo aquilo que eu gosto e isso está me ajudando muito, eu me sinto bem. E eu acho que essa força vem de Deus. Eu sou Evangélica, né? Isso me fazia eu respirar que então assim, é, eu até acredito que no decorrer do tempo eu parei para pensar que Deus me deu uma oportunidade de descanso, Ele falou assim para mim ‘vamos parar um pouquinho, você trabalha demais, e não é bom para a sua saúde’, e aí é onde veio o câncer, ao mesmo tempo eu acho que Deus deu isso para mim é porque Ele acha que eu tenho estrutura psicológica suficiente para enfrentar e fé, eu achei que eu não tinha essa fé que eu tenho, hoje eu vejo que eu tenho muita fé que eu não tinha antes, por isso, a gente tem que ter muita fé, porque a gente sabe que é uma doença que pode voltar, pode acontecer de não voltar nunca mais. Mas eu tenho a cabeça boa para encarar assim. Quando eu não estou legal também, eu assisto um bom filme, eu estou evitando um pouco de usar facebook, porque tem o grupo lá ‘amigas do peito’, então tem lá muitas amigas que faleceram, aí eu vi que isso não estava me deixando legal e também, para enfrentar eu venho pensando tudo na minha filha. Quando eu vou fazer exame, eu penso já nela. Por causa dela, tenho que estar forte”.

- b) Ideia central síntese B: “Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar, às vezes eu me sinto meio inválida, sabe? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco”.**

DSC

“Olha, na verdade foi um susto, né? E o fato de me tirar daquilo que eu mais gosto de fazer que era trabalhar, que é trabalhar, me apavorou um pouco. Então, em relação ao trabalho eu sinto muita dificuldade porque eu gosto de trabalhar. Eu nunca fui de ficar em casa, ainda mais por conta de doença, então isso me faz muita falta por conta disso. Fato de você ser jovem e ter que parar de trabalhar neste momento, principalmente por isso. Então, no começo foi, é, um pouco difícil de aceitar, assim, que eu teria que parar tudo, parar para mim foi difícil. Eu pensava ‘como vai ficar todo mundo nesse período, será que daria pra eu trabalhar?’ Porque o parar significa que você não está bem, você tem que parar porque está doente e é difícil aceitar que você está doente de uma coisa que não te causava dor, que não te causava nada, não estava impedindo de viver, entendeu? Isso me incomoda também. Sabe? Eu amo minha

profissão, agora eu não sei como que vai ficar, vamos ver (suspiro). Porque eu não me vejo parada, eu acho que foi isso o que me atrapalhou mais nesse problema, nessa doença, então é difícil, bloqueou muita coisa na minha vida, entendeu? Ela (o câncer) me tirou assim o meu ser, entendeu? Me prejudicou, porque se eu pudesse sair cedo, trabalhar, voltar (voz embargada), eu encararia como um tratamento normal, mas a partir do momento que me barrou, aí já me veio a questão do bloqueio, já comecei a pensar o porquê que uma pessoa que já trabalha, porque eu trabalho desde os 10 anos, então assim, uma pessoa que sempre trabalhou agora parar tudo assim de uma vez (choro). Minha paixão é levantar cedo e sair para trabalhar e voltar e fazer tudo que tenho pra fazer, cuidar da minha casa, da minha filha, tudo, eu conseguia trabalhar e, de repente parar, aí foi meio difícil (suspiro). Então, eu, às vezes eu me sinto meio 'que vontade de trabalhar, agora não posso mais fazer aquilo', aí eu fico triste, porque sem trabalhar eu me sinto presa. Eu me sinto presa dentro de uma gaiola, de uma redoma, é todo dia a mesma coisa, eu gosto de trabalho, eu gosto de ser independente, e ficar afastada do trabalho foi péssimo, tendo que interromper o meu trabalho, passar por dificuldade financeira porque você já não recebe aquele salário que você está acostumada a receber, você passa a receber um outro bem menor, então é, gera um monte de sentimento. Eu dependia do meu trabalho, eu era autônoma, né?, Eu fiquei sem dinheiro, foi o fundo do meu poço, foi horrível (...) Eu me sinto ruim, fico muito chateada porque eu sou uma pessoa muito esforçada, entendeu? Eu me sinto incapacitada, né? Eu estou afastada, ganho do INSS, não é o tanto que eu ganhava, não dá e quando eu fui no INSS que me deram um ano de afastamento, e a médica foi um pouco indelicada e disse 'você sabe que a doença pode voltar e que, se voltar, a gente pode ver a possibilidade de te aposentar', isso era tudo que eu não queria ouvir, pois assim, eu nem curei a primeira, eles já falavam que iria poder voltar, eu saí de lá chorando e transtornada (...) Era um momento difícil e não sabia como ia ficar as pessoas e a minha vida. Eu realmente não queria parar de trabalhar. É complicado, porque eu tenho um filho novo, eu tenho que trabalhar para ajudar no sustento de casa, na educação do meu filho, e ainda quando me falaram que eu teria que retirar a mama, eu achei que eu já não fosse conseguir fazer mais nada a partir deste momento, além do tratamento de quimioterapia que faz a gente se sentir mal, e eu acho que é até por isso que muitas mulheres, às vezes, cogitam de parar o tratamento, porque a doença até então não me fazia me sentir mal, aí você fala, 'poxa, tem que parar tudo, por quê?' Você não consegue entender, no começo, o porquê disso tudo. Isso me deixou pra baixo, não vou poder voltar tão rápido à ativa, né? Me abalou bastante, tirou um pedaço de mim, né? Então, eu tive uma perda, né? Eu tinha uma renda com meu trabalho, hoje já não

tenho mais e essa renda ajudava no orçamento de casa, e hoje eu não tenho, e devido eu ter entrado na justiça, eu tenho que aguardar a resposta do juiz, do INSS, para eu poder procurar uma outra coisa que eu possa fazer que não use o esforço. Aí tive que ficar em casa, e eu não nasci para isso, eu já não aguento mais ficar em casa e hoje minha rotina é casa, exames e hospital (...) e o trabalho me faz falta, porque a gente trabalhando, a gente esquece dos problemas, a gente procura 'ah, vamos deixar isso para amanhã, para depois de amanhã', o trabalho está me fazendo muita falta (...) Eu sinto muita falta das minhas amizades que eu tinha lá, que eu tinha pessoas assim maravilhosas que acompanham a gente. Mas, a gente não escolhe nada, se eu pudesse escolher, não queria estar doente (...) a gente se sente pior porque a gente pensa 'nossa, eu poderia estar fazendo se eu não tivesse isso (a doença)', mas está acontecendo isso comigo, porque se eu não tivesse a doença, se não tivesse essa cirurgia, o tratamento em si, a dor no braço, eu estava fazendo com tranquilidade as coisas, entendeu? Até na minha casa mesmo, se for pra olhar direitinho, está cheia de problemas, de sujeira, porque eu não consigo manusear certinho, entendeu? E uma coisa importante é que quando eu terminei o tratamento era como se eu tivesse nascido com 34 anos e isso foi muito difícil, porque eu voltei a trabalhar e meu patrão me mandou embora e aí pra eu retomar a vida, para você cair a ficha que você tem que retomar a vida de novo, é complicado, muito complicado (...) Fui mandada embora, aí eu não tinha perspectiva para ir atrás de outro trabalho, você fica 'puts, e agora, pra onde você vai?' Bateu o desespero, porque eu ganhava 11 mil e passei a ganhar 700 (risos), as minhas contas eram de oito mil reais, seis mil reais de cartão de crédito, estou pagando no mínimo cinco, e aí quando eu vi que eu tinha que parar de trabalhar (risos) para ganhar de INSS, e aí foi desespero 'e agora o que eu vou fazer?' Quando eu fui para o INSS, eu comecei a ganhar 700 reais, falei 'ferrou a vida', mas daí eu desliguei da tomada falei 'meu, deixa rolar, o mais importante agora é a minha saúde e não as minhas contas, banco a gente releva', tive até que vender meu carro, paguei a outra parte das minhas dívidas, mas ainda ficou um pouquinho. Eu queria trabalhar, mas eu não podia trabalhar porque meu patrão não podia me aceitar trabalhar por conta do tratamento, tinha dias que eu não estava legal e eu tinha que gerar muito dinheiro e, para o meu patrão não servia que eu trabalhasse um dia, e um dia não, eu tinha que estar na ativa o tempo todo, então ele não quis. O meu marido também foi uma pessoa muito rude, muito, muito maldoso, ele me cobrava o tempo todo do financeiro que eu não podia estar ajudando ele, foi assim um pesadelo muito horrível (...) Então, a priori foi desespero, desespero total! 'E agora?' Porque você está acostumada a trabalhar, e eu trabalhava muito, o trabalho dignifica, né? Então, agora afastada do trabalho,

sei lá, eu me senti um pouco impotente, incapaz. Significa muito para mim trabalhar. Então isso me deixa um pouco preocupada se realmente eu vou conseguir mais pra frente ou não. Eu fico preocupada, ansiosa, ao mesmo tempo que dava ansiedade, eu ficava desanimada, e pelo fato de ter as limitações, eu fico preocupada em amanhã ou depois eu não conseguir fazer o que eu fazia antes, tanto em casa como no trabalho, então eu fico com muito medo, também da questão econômica. Mas assim o dia que eu tô me sentindo bem, eu faço o que eu tenho vontade, eu arrumo dentro de um armário, eu limpo um móvel melhor, então alguma coisa eu faço em casa, mas serviço braçal mesmo, estender uma roupa já é complicado, lavar um banheiro já é bem forçado, panela, ariar, jamais, porque não tem força no braço, não tem e nem estrutura mental porque você tenta fazer e não consegue. Eu sou muito perfeccionista, eu gosto de tudo em ordem, de tudo limpinho e nessa parte, eu sofro muito porque eu não consigo fazer o que eu fazia antes porque eu sinto um cansaço físico, o meu braço ele começa, ele tem um peso, e é como se ele avisasse 'para que não dá mais', então eu sinto um peso, aí ele começa a me incomodar, eu sinto uma dor, um incômodo, aí eu tenho que parar, e aconteceu já da minha mão inchar que eu levei um susto muito grande, mas depois desinchou e isso me deixa um pouco chateada (...) Eu não consigo segurar e não posso, mais que cinco kg, né? Na mão. Eu não consigo pegar os meus sobrinhos, não posso, então assim, isso é um limite que a doença me trouxe, eu tenho um limite hoje, isso me deixa um pouco chateada sim, eu dependo da ajuda do meu esposo, ele por ser homem, né? Não é igual a gente faz, não é igual eu gosto. E eu me esforço, eu me esforço bastante! Mesmo eu me esforçando mentalmente, quando eu vou fazer o trabalho, não tem força, então não é a força porque eu não quero, é porque eu não consigo mesmo. Então é uma coisa que deixa a gente um pouco decepcionada, porque hoje eu não consigo organizar a minha casa sabendo que eu não dou conta de limpar, entendeu? E, igual pra fora, pra fora eu não sei se eu vou conseguir trabalhar mais, só se for algum outro tipo de trabalho, uma coisa bem leve mesmo. Então, às vezes, eu me sinto meio inválida, sabe? Parei de fazer muita coisa (...) então, eu quero que passa logo, para mim cuidar eu mesma da minha casa, do meu jeito, porque a gente se sente um pouco inútil, né? Não poder fazer, né? E o duro que acho que esse braço para mim, está inutilizado, qualquer coisinha dói, não pode pegar, parece que ele está inteirinho machucado por dentro, não tem força, perde a sensibilidade do braço, estacionei essa época por causa disso (suspira fundo). Eu até aprendi uma técnica sem ninguém me ensinar para o braço, eu mesma, eu não procurei fisioterapeuta, eu pensei assim, se quando você tem um hematoma, se você bate e incha, aí, é, você coloca gelo, eu acredito que se eu fizer o mesmo vai desinchar, então, quando minha mão começa a inchar, eu pego, eu

encho um balde e coloco minha mão inteira com água gelada e espero até a mão queimar, aí a mão queima, eu tiro e volto, tiro e volto, ela desincha todinha. E eu faço exercício com a mão também, eu sozinha (...) Agora, eu também só tenho um pouco mais de cuidado com o braço para não ter queimadura, essas coisas, fico em casa, eu fico mexendo aqui, mexendo ali, aí às vezes, o braço dói e eu paro um pouco. E tem muita coisa que eu aprendi, né? A fazer, sabe? Nem eu mesmo sabia que eu gostava de fazer e podia fazer algumas coisas e hoje eu faço, então tem seu lado bom e seu lado ruim, né? Eu até imaginava que eu conseguiria conciliar o meu tratamento com o meu trabalho, né? Mas aí o que eu tive que pôr em primeiro lugar agora é a minha saúde, então, eu tive mesmo que, vamos dizer, não abandonar, mas afastar por um tempo, então, eu tenho que me acostumar com essa situação. Eu acho assim, hoje a prioridade é a minha saúde para que eu possa voltar a fazer o que eu gosto, então eu tive que entender. E, apesar de tudo isso, eu tive ajuda muito da minha mãe, e eu tô sabendo lidar com isso, às vezes eu fico sim revoltada, às vezes eu me questiono, porque foi acontecer comigo, às vezes, têm fases que eu tô bem. É ruim? É, se sente incapaz? Sim, mas é pro meu próprio bem, eu sei que eu estou passando por tratamento e que isso vai passar. Eu sou uma pessoa bem resolvida, sabe? É o que tem pra hoje, então tá,, vamos aceitar, foi difícil engolir, mas se é pra mim, vamos lá! Eu creio que eu preciso me tratar, né? Que eu quero sim voltar a trabalhar, mas curada. Então, agora que eu estou superando, logo logo, eu volto a trabalhar, e eu já compreendo um pouco mais que é só por um tempo, né? Que eu tô incapaz. Eu sinto assim que eu tenho que me tratar para eu voltar bem, no momento eu sei que eu não estou podendo trabalhar, sair, ter o meu dinheiro, de ter o nosso dinheiro, de eu poder ajudar no orçamento da casa, de eu poder sair da rotina de casa, ver pessoas diferentes, mas eu sei que eu quero me curar e voltar bem (...) E, apesar de ficar em casa e não aguentar mais a rotina, penso que foi até muito bom pra mim ficar em casa, porque eu comecei ver as coisas de uma outra forma, até o trabalho você começa a olhar diferente, aprende a olhar pra outra pessoa, com mais compaixão, sabe? Quando você tá deitado na maca, você não tem ninguém mais, você não tem as suas próprias pernas, você tá a mercê do cuidado das outras pessoas, se a pessoa te trata mal, ela está querendo dizer entre aspas que você não é importante, que se você tiver aqui ou não tiver, ela vai continuar vivendo, então, quando a pessoa te trata com o mínimo de carinho, é gratificante (...)"

- c) Ideia central síntese C: A importância do trabalho pelo fato de ser mulher e jovem:**
“O Trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho, e como mulher jovem: Liberdade!”.

DSC

“Ah! O trabalho é tudo, né? Tudo! Você levantar cedo, ir trabalhar, você ter seu dinheiro, você não ter que ficar pedindo para marido, né? Sua independência, né? Hoje em dia a mulher está em toda parte. Eu acho que a partir do momento que você faz aquilo que você gosta, ele é muito importante, né? O trabalho para mim é muito importante, eu tenho prazer em fazer o que eu faço. Eu gostava muito, gostava demais, porque você saía com a sensação de ‘ai, eu fiz alguma coisa’, entendeu? É legal trabalhar porque você conhece pessoas, você é... tem outros relacionamentos. O trabalho é a edificação da alma! Não tem frase melhor que defina trabalho. O trabalho, ele te regenera, então você sai da sua casa, do seu âmbito de harmonia para ir para um lugar de transição que você aprende e você traz essa soma para dentro da sua casa, além do que, você sai porque você precisa gerar dinheiro pra você viver uma vida melhor, digamos assim. Então, eu acho que trabalho é edificação, a gente se edifica todos os dias quando sai de casa e se regenera. Além disso, o ato de trabalhar significa liberdade e como mulher jovem: Liberdade! Quando eu parei de trabalhar, eu senti a mulher mais desamparada da face da Terra, uma mulher jovem (...) de 34 anos (...) Eu me senti bem impotente, aí quando veio ‘ah agora você vai receber o auxílio-doença’, eu não achava que isso ia acontecer, a gente sempre acha que pode acontecer, mas mais pra frente, não na minha idade! Agora eu me sinto assim, muito impotente, muitos sonhos, que está difícil agora, né? (choro). A gente se sente inútil, né? Porque as pessoas quando chegam em uma certa idade param de trabalhar porque já trabalharam a vida toda. Mas com relação a mim, ao meu trabalho, por eu ser jovem, (...) o fato de eu não vir trabalhar, assustava a minha filha mais velha principalmente, ela falava ‘nossa, minha mãe não está indo trabalhar, ela não está legal mesmo’, porque eu nunca faltei do serviço, a única licença que eu tive foi de licença maternidade. Eu pensava ‘eu vou poder cuidar da minha casa? Eu vou poder lavar roupa, passar roupa, eu vou poder fazer tudo?’ Essa era a minha preocupação, do quanto isso ia me limitar, ‘eu vou poder dirigir?’ Eu gosto disso, isso me faz, sei lá, me parecer normal. Mas também eu acho que Deus não dá nada daquilo que a gente não possa suportar. O trabalho me faz falta em muitas, assim, em muitas coisas, principalmente por eu ser uma mulher jovem, de ter uma vida ativa, que eu saio do trabalho, eu saio com os meus companheiros do serviço, a gente marcava um passeio e outro. Então, o trabalho eu acho que para uma mulher é tudo, eu acredito. Eu não consigo ficar sem trabalhar, eu acho que é muito triste uma pessoa que não tem o seu trabalho, não tem o seu ganha-pão, acho que é muito triste uma mulher depender do outro. E eu sendo nova, ainda tenho um futuro pela frente, né?. O trabalho, eu acho importante porque eu fui criada assim,

né? Minha família foi criada assim, a gente tem que trabalhar, a gente tem que exercer, a gente tem que funcionar, né? Alguma coisa na gente tem que funcionar. E, apesar de tudo, por ser jovem eu me sinto muito feliz, porque eu vejo que eu sou capaz de muita coisa ainda, né? A gente é capaz de muita coisa, de enfrentar tudo que passou, de aprender coisas que você não tinha tempo de poder fazer (...)".

APÊNDICE C

“Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação à maternidade? O que significa para você a maternidade?”

a) Ideia central síntese A: Dilema materno: a possível ausência para os filhos.

DSC

“A primeira coisa que a gente pensa é o quê? Que tem um filho pequeno, que a gente tem que criar ele, medo de faltar na vida dele, de deixar o filho pequeno e de sofrer com essa morte, é esse o medo que eu tive. Eu vi a morte tão perto, é uma arma ativada na sua cabeça. Fiquei muito preocupada de faltar pra ele (choro) minha maior preocupação era de faltar para ele neste momento, (choro) porque ele é muito pequenininho e ele não entender a situação, (choro) (...) medo das pessoas não saberem reagir com ele. Exageradamente, eu tenho medo de faltar pra ele (pausa), porque (pausa), (choro), eu o amo demais, e (pausa), ele me completa, entendeu? (choro). Foi tudo muito assustador. Eu recebi o diagnóstico e eu só pensava no meu filho, eu pensava que ia morrer (...) medo de não acompanhar o crescimento do meu filho, (...) e, é filho lindo, educado, estudioso e como eu te disse, meu medo era eu morrer e deixar ele nessa idade (...) deixar ele sozinho, desamparado sem o amor, o cuidado, o zelo de uma mãe. Eu falei ‘gente, como que vai ser, né, esse processo todo?’ Mexe muito comigo, foi um baque, né? É que nem o que os outros falam, ‘câncer maligno é que vai já, não vai ter muito tempo, vai morrer’, então você fica pensando ‘não, eu tenho que sobreviver para cuidar da minha filha’. Então, vinha um sentimento assim, ‘poxa, e se eu morrer quanto tempo da minha vida eu passei com as minhas filhas? Qual a lembrança que elas vão ter de mim?’ Eu fiquei preocupada, me fez acordar um pouco pra olhar para as minhas filhas, porque eu falei ‘se eu não tiver mais aqui amanhã, o que elas vão lembrar de mim?’ Talvez se eu morresse, de ficar naquela situação terminal, eu quero chamar, eu quero conversar com as minhas filhas, vou fazer uma carta e escrever tudo o que eu diria pra elas que vai servir pra uma vida inteira. Eu ficava com um pouco de medo da doença voltar, de não poder cuidar das minhas filhas, eu não posso ficar sem minhas filhas, e elas não podem ficar sem mim, pelo menos não ainda. Vai chegar o momento delas e que elas vão curtir, vão bater asa e vai voar, só que eu tenho que ensinar elas a voar ainda, o que me afetou é isso, o medo de não poder é deixar elas de forma que elas possam se cuidar sozinha. Falei ‘para mim, minha vida acabou’, foi a primeira coisa que veio no momento na minha cabeça, ‘que que vai ser dela se eu faltar na vida dela?’ Então, eu acredito que não é hora dela (morte) na minha vida ainda, né? (...) Eu olhei minha filha

dormindo, aquilo me deu muito medo, aí eu falei ‘eu não posso fazer isso com ela’ (...) então, eu acredito que eu vou me curar por ela, pelo amor que eu tenho nela (choro) (...). Eu morro de medo de faltar e deixar ela (suspiro) abandonada, eu amo minha filha, sabe? Então, o medo em relação à doença, em relação à maternidade é esse, de eu faltar e deixá-la e os outros judiarem, entendeu? Dela passar falta das coisas, passar necessidade, apesar que ela tem o pai dela, ela tem minha sogra, tem minha mãe, mas eu acho que ninguém olha igual a gente. Meu medo maior é esse, entendeu? De eu faltar e ela ficar, não é jogada, porque jogada ela não vai ficar, mas um filho criado sem uma mãe, sempre precisa da gente (...) Não sei te explicar (emocionou), o medo de eu faltar para ela em uma hora que ela precisar de um apoio, uma hora que ela precisar de um conselho, apesar de eu ser muito jovem, eu já vivi uma experiência de vida (...) meu maior medo é, de eu faltar e ela se envolver com drogas, se envolver com bebida (...) entendeu? (...)”.

b) Ideia central síntese B: Dilema materno como mulher jovem: a proteção com os filhos diante do diagnóstico do câncer de mama.

DSC

“Mexeu com tudo, né? Comecei a me preocupar com as minhas filhas, será que eu passei essa genética para elas? Isso mexeu com a minha família toda, mas nunca deixei ninguém, nem esposo, nem filho, nem ninguém da minha família ver que eu estava triste. Eu procuro nas minhas crises, nem esposo e nem filho me ver chorar, nunca viram, mesmo se eu não tô legal, eu procuro mostrar pra eles que eu tô bem, porque eu percebi que a minha doença mexeu com os dois, eu senti que meu esposo ficou perdido e meu filho, ele tem medo que eu morra, porque ele chegou em mim e falou: ‘mãe, você tem câncer, você vai morrer, eu não quero’. Eu fico triste, sabe? Mas também procuro ficar bem, procuro passar pra eles que eu tô bem e que tô lutando e fazendo tudo possível para ter uma vida, sabe, normal, saudável? Poder passar para ele (filho) que eu estou bem e eu ver a felicidade dele, você entendeu? Eu não queria que ele sofresse mais, porque como ele mesmo falou para mim, ‘eu não gosto de ver minha mãe sofrer’. Eu me sentia muito ruim, de certa forma eu estava fazendo meu filho sofrer, não que eu queria aquilo, mas através da minha doença, eu estava fazendo ele sofrer, eu sofria também, mas do que eu estava sofrendo. Me fazia mal (...) Eu me sentia fraca quando eu via que eles estavam sofrendo, eu me sentia muito mais fraca (voz embargada), eu precisava deles ficarem fortes, para eu também seguir. Eu me preocupava mais é deles sofrerem, né? Aí, eu procurava não deixar eles verem, procurava sempre estar bem para eles, pra gente caminhar. Então, eu tive

que passar todo o tratamento sendo forte por mim e pelas minhas filhas, eu não podia me dar o luxo de ficar triste, de ficar na cama (...) todo dia eu tinha que levantar, porque eu tinha as minhas filhas pra cuidar, (...) às vezes, eu chorava dentro do banheiro pra ninguém ver que eu tava triste, porque mesmo doente, eu era o centro da casa, se eu tava bem todo mundo ficava bem, a casa tinha um andamento, e se eu ficasse ruim, já começava a afetar, a menina já não queria ir na escola (...) eu não posso passar o medo que eu tenho, não posso passar nada para ela. Eu tenho que ser forte, isso fica me bloqueando assim em tudo. Sabe assim, quando você fica sem saber o que fazer com relação à sua filha? Eu deixo ela viver isso comigo? Eu evito que ela viva isso? Perguntei para uma psicóloga. Ela me disse que eu tinha que falar, ela falou pra mim 'não esconde nada, porque um dia alguém vai falar o que que é, alguém pode falar ao contrário, alguém pode torcer a história e isso pode piorar a situação psicológica dele, então jogo aberto, como se fosse um adulto. É baque? É, mas é uma realidade' (...) eu contei toda a história 'mamãe tem um carocinho no seio, mamãe vai ter que fazer uma cirurgia', expliquei o que era, expliquei tudo, ele chorou (...) ele chorou bastante, perguntou se eu ia morrer (voz embargada) (...) ele me fez duas perguntas, 'mas você vai voltar pra casa? Você num vai morar mais aqui não, né?' (...) Eu consegui passar pra ele que a gente ia continuar junto, ficou tudo assim meio assustado, mas aí eu falei que ia dar tudo certo, que vai dar tudo certo, sabe? Aí umas épocas eu fiquei sabendo que meu filho na escola chorava, né? E aí fica meio difícil, né? Eu fico meio triste, né? Mas hoje se você conversa com ele, ele entende tudo tudo, graças a Deus ele ficou bem tranquilo (...) eu achei bem melhor pra mim e pra ele eu ter feito esse jogo aberto (...) acho que o meu filho compreendeu mais do que minha mãe, meu pai, meus irmãos, sabe? (...) Foi difícil, mas depois eu me senti aliviada em estar falando, explicando o que estava acontecendo, eu me senti aliviada, porque eu tinha preocupação, eu ficava preocupada em qual seria a reação dela, se ela ia ficar revoltada, é difícil para uma criança a mãe se afastar por uns tempinhos assim, é difícil, mas a palavra-chave não falei, eu só falei pra ela que a mãe estava com um probleminha, que esse tratamento que eu ia fazer o remedinho era forte e podia vir a cair meu cabelo, mas que não ia fazer mal, que ia estar fazendo bem (...) ela ficou meio assim por causa do cabelo. Porque ela falou que não podia cortar meu cabelo, que eu não posso ficar careca, não podia cair, aí ela chorava, sabe? (...) A outra pequenininha (filha), 'mãe, como você está feia', 'nossa mãe, como que ficou feio a sua cirurgia!' Você vê que é da inocência dela, mas pra mim, me magoou, só que eu também nunca falei para ela que me magoou. Eu tinha vontade de chorar, eu entrei no banheiro e olhei no espelho e falei 'é o que tem para os próximos meses', e eu falei 'eu não posso deixar a menina

daquele jeito chorando'. Ruim, né? (se emocionou), porque nós somos grudadas, né? (...) Eu ficava triste, né? Eu não chorava perto dela. Aí, o pessoal da escola me chamou, porque ela caiu um pouco as notas no final do ano, porque ela ficava preocupada, ela não queria ir na escola, pra ela, eu ficar dentro de casa, significava que eu não estava bem. A escola me ligava, porque ela chorava na escola, e o amiguinho dela disse 'ih, sua mãe vai morrer, e não vai demorar', todo mundo tem essa imagem, acha que todo mundo que tem câncer tem que morrer, entendeu? Então, ela pôs na cabeça que eu ia morrer e que eu não tinha contado para ela. As pessoas também ficam perguntando pra ela 'porque que sua mãe está sem cabelo?' Eu fiquei muito chateada. É difícil, né pra gente? E o que mais me preocupa é que ela me poupa disso, ela não me fala, ela sofre calada também, porque ela não quer 'eu não vou dar mais problema para minha mãe', então isso me preocupa que ela pode vir a sentir alguma coisa com isso tudo, entendeu? Pode atrapalhar um pouco ela também. Eu tenho medo talvez de ela não conseguir superar o sofrimento que vai acarretar isso, eu estou com o psicológico tão atacado que eu não estou conseguindo nem ser mãe direito, então de eu prejudicar isso na minha filha, eu mesma causar algo nela (choro) (...) A gente procura ensinar os filhos mas, às vezes, eu me sinto mal porque eu não queria jogar a responsabilidade da casa nela e acaba ficando a responsabilidade da minha casa para ela, entendeu? Mas aí vem a parte mãe também, a parte do meu interior, a força, a vontade que eu tenho de viver (voz embargada). Aí vem a esperança que 'não, pera aí, é só uma fase, eu vou superar tudo isso, eu tenho uma filha para criar'".

- c) Ideia Central síntese C: A maternidade e o fato de ser mulher jovem com câncer de mama: “A maternidade me mostrou um amor grande demais, mas abala (o câncer) porque nessa idade que estou a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu?”**

DSC

“Aí, a questão da maternidade, eu nunca parei para pensar nesse ponto. É importante? Muito! Maternidade (...) (pensando) é um sonho, né? (choro) (pausa) (choro). Ser mãe, você ouvir todo dia 'eu te amo', é maravilhoso, né? São poucas palavras que a gente acha para explicar. A maternidade me mostrou um amor grande demais, eu conheci um amor que ele é infinito, me sinto realizada em ver meu filho, depois dessa doença a gente se aproximou, meu filho é um filho ótimo (risos) é tudo, né? Ser mãe é tudo. Uma maravilha! Em poucas palavras uma criaturinha te ajuda. Então, esse ser mãe para mim é muito importante nessa fase agora. Foi superação (maternidade), foi uma luz no fundo do túnel, né? Me ajudou bastante, bastante

mesmo. Mas trouxe um baque, né? Porque você é nova, né? ‘Nossa, você nova e já com isso, né?’ Como que pode acontecer isso comigo? Foi um susto bem grande. Eu acho que abala mais porque nessa idade que eu estou, a gente tem muitos sonhos ainda, entendeu? Então, assim, aí essa doença vem e tipo ela te desmorona um pouquinho, você está com um monte de planos, aí você tem que parar tudo para viver um outro problema, uma outra situação, ela prejudica mais é na fase da minha idade porque geralmente mulher nessa idade, ela ainda tá tendo muitos sonhos, ela quer muito, igual eu queria arrumar outro filho (...) já era um projeto tipo pra mais um filho, entendeu? Aí de repente, vem tudo isso, então, te rouba um pouco seu sonho. A minha sorte é que eu já tenho as minhas filhas, e aí eu fico pensando assim ‘como deve ser pra uma mulher que ainda não tem filhos, não casou? E tem pacientes que não havia casado ainda, não tinha filho e elas ficavam preocupadas, porque agora com o tratamento também que não acaba quando acaba a quimioterapia, a radioterapia e cirurgia, o tratamento continua por mais cinco anos e agora estão falando de dez anos de tomar o medicamento, assim é ruim. Acredito assim, eu fico dessa forma, mas o fato da idade é que me dá esperança que eu vou conseguir também, pelo fato de ter vindo cedo, eu acredito também que a possibilidade de eu conseguir (cura) é maior por causa da idade, entendeu?’

d) Idéia Central Síntese D: Dilema materno: ter ou não filhos após o câncer de mama?

DSC

“Vontade de ter mais filhos? Tinha muito, eu amo criança, minha maior vontade assim foi ter filhos, mas hoje não, eu não tenho vontade. Por causa do câncer! Claro! Eu faço tratamento com Tamoxifeno e eu não posso engravidar por cinco anos, eu tenho 34 anos, eu vou engravidar com 40 anos? E eu não sei o dia do meu amanhã. Foi depois do diagnóstico. Eu acredito que eu estaria fazendo loucuras, agora, depois do diagnóstico, fica mais complicado pedindo demais a Deus que eu tivesse um filho, então como eu já tenho um, agora eu vou pensar no tratamento, vamos terminar essa fase difícil e complicada, entendeu? E como eu sempre gostei de trabalhar fora, eu optei por não ter mais filhos, principalmente por isso, por conta de trabalhar, porque como que você vai arrumar um filho e deixar para outras pessoas cuidarem? Eu dei essa resposta que eu não queria ter mais filhos devido ao diagnóstico, né? Porque se eu ficasse na esperança de ter outro filho e não poder, não ia me completar. Me abala, falar assim ‘nunca mais vai poder ter outro filho’, mas como eu não vou poder ter mais também, né? É então por isso que eu já falo assim, porque isso veio de dentro lá do hospital, sobre o

diagnóstico e com o diagnóstico. O médico foi categórico ‘duas coisas que eu vou te pedir, por favor, se você gostar da sua vida, você não bebe bebida alcoólica, se você bebe, e não me engravida, porque isso vai custar a sua vida e a vida do seu bebê’. Os médicos dizem que pode também alterar na fertilidade, eles falaram assim que a quimioterapia ia acontecer isso, mas eu continuei menstruando normalmente e eu fiquei feliz, daí falei ‘ah, então acho que não vai atingir na minha fertilidade’, aí a Dra falou que a gente não sabe até que ponto ela não vai atingir. E o médico também (suspiro), já me falou o risco que eu corro, entendeu? (...) Então, eu já tenho as minhas filhas, eu acho que a minha missão já cumpri muito, e assim não tenho interesse. Tanto que eu vou fazer uma consulta com a genética agora, e a doutora falou dependendo de como for o resultado de como for o exame, ela acha interessante tirar o meu ovário. Se eu não tivesse, eu ia ficar muito mais abalada, entendeu? (...) Talvez para uma pessoa que não tenha filhos, talvez seja complicado, mas também já vi casos de mulheres que pós tratamento também já engravidaram, para alguém que não vai poder engravidar, eu acho que talvez seja triste, principalmente porque se o tratamento induzir essa menopausa precoce, fica complicado (...) Eu queria por causa dela (filha) porque ela me pede, ‘ah mãe, eu nunca vou ter um irmão, né? Você não me dá um irmão, meu pai não me dá um irmão’, mas agora não sei, agora eu acho que esse sonho eu já não quero mais, até por medo de arrumar outro (...) Mas tenho medo de não poder ter filhos, traz medo o fato de não poder ser mãe, medo de não poder ter filho por conta do problema, até porque é cinco anos que você tem que esperar, que o tratamento em si mesmo do total, aí eu acho que eu não tenho mais idade para arrumar, né? (risos). Aí eu já vou ser vó da criança, não vou ser mãe. E por conta da doença. Igual, como eu já estou com a doença, eu tenho medo, pra que colocar outra criança? Será que eu vou conseguir criar essa criança? Será que eu vou conseguir ficar perto dessa criança? Como que eu vou arrumar uma criancinha de novo, entendeu? Mas como, assim, eu sempre fui homossexual, depois dos meus 25 anos, eu sempre quis que minha parceira tivesse e não eu. Eu tenho uma parceira hoje que ela tem uma filha de nove anos, ela me chama de mãe, que ela me ama (pausa). A minha namorada, ela fala para mim que ela carregaria um filho meu, que a gente tem aquela inseminação que carrega o meu útero, né? Mas para a criança? Mas assim não é o que me, o que me faz mais ou menos hoje, eu acho que Deus controlou a minha vida do jeito que Ele saberia que eu seria feliz. Eu me sinto bem confortada, porque eu penso assim ‘tem tanta criança aí que pode ser adotada, eu tenho uma pessoa aí que pode gerar um filho meu’, é, e a gente vai suprindo com outras coisas que vão vindo, entendeu? Hoje é o que eu

vivo, eu não tenho uma filha de sangue, mas eu tenho uma enteada que é a coisa mais linda, ela é mais agarrada em mim”.

e) Ideia central síntese F: A amamentação para a mulher jovem com câncer de mama.
DSC

“O doutor pegou o exame ele falou assim ‘a partir de hoje você vai começar a ensinar seu filho a mamar diferente, você vai ter que dar leite para ele’. Aí, foi um, ah! Eu me senti péssima porque eu amava amamentar. Foi tipo um desligamento que eu fui obrigada, foi triste, porque você estava ali, você amamenta, você estava ali com seu filho, uma ligação muito grande, você vem, é lindo amamentar! Eu falava que eu ia amamentar o tanto que ele pudesse. Para algumas mulheres, amamentar é imprescindível, é muito importante. Na primeira (gestação) foi até... eu não queria dar nem o complemento, não queria dar outro leite para ela que não fosse materno, fiquei meio louca com essa questão, mas depois a pediatra me fez ver que o fato dela não mamar em mim, de eu não ter o leite, não diminui o afeto que ela poderia sentir por mim, nem o vínculo que a gente poderia ter, então a segunda filha já foi super mais tranquilo, tanto que eu optei, quando começou a machucar o peito, a tirar o leite, a ordenhar, super na boa, não doía, não acontecia nada. Então, assim talvez para uma mulher que fique sem as mamas, que não vá poder amamentar (...) Eu até chegava a brincar e falar ‘nossa, tanto que eu tenho sonho de amamentar, pode acontecer de um dia eu não ter leite’, eu nunca imaginaria que fosse isso, mas eu sinto assim, meu marido até faz brincadeira que com um só eu vou conseguir amamentar o meu e, se tiver algum faltando, que vai ter (choro), então, a gente procura pensar dessa maneira. Eu pensei ‘se tem o outro peito, então vai dar pra ter o sonho realizado ainda’. Mas aconteceu um fato muito engraçado que eu lembro! Bem antes do meu diagnóstico, a mama que estava doente, ele não queria pegar, ele começou a não pegar aquela mama. E eu achava aquilo estranho. E aquela mama começou a reduzir. Meu leite secou, me deu anemia, só que aí ela ficava fazendo meu peito como chupeta. Toda vez que ela tinha que dormir, ela vinha no meu peito e ficava. Aí que foi duro, porque como eu estou fazendo a quimio, ela não pode, né? Eu falava para ela que eu tô vindo no médico para tomar remédio para sarar o Tetê, ela fala ‘Tetê’ (pedindo), né? Aí ela fica, ela fica assim, triste.”

f) Ideia central síntese H: Para a mulher jovem com câncer de mama a maternidade é o ponto de equilíbrio para o enfrentamento do câncer.
DSC

“Eu acredito que por eu ter tido filho, eu acho que a força veio para mim, pra eu lutar pra eu viver, para eu ter vontade de viver, pra eu criar os meus filhos. Tem momentos que eu penso assim ‘senhor, se eu puder viver até o meu filho estar engrenado na vida, ter uma faculdade ou até mesmo ele poder andar com as próprias pernas, aí o senhor pode me levar que eu não vou ficar triste’. Eu tenho um filho de sete anos, que é maravilhoso, me ajuda muito, a gente conversa bastante, e então eu acho que isso me ajuda muito na autoestima. E minha família inteira também me ajudou, todo mundo fez parte do tratamento, da minha história. Eu estou firme mesmo, e eu acho que a base é a família. Além disso, a força maior que eu encontrei para continuar o tratamento, a partir do momento que eu recebi o diagnóstico é que meu filho falava assim pra mim e sempre fala ‘o mãe, eu estou junto com você, eu te amo’, então, isso me ajudou muito e, em todo meu tratamento, me ajudou então ser mãe. Eu ia ficar muito mais fraca se eu não tivesse já um filho, então, é, (pausa) são, como que eu vou te dizer? São apoios, meu filho me apoia em tudo, em tudo, tudo, eu sou uma mãe muito presente e ele é um filho muito presente. E o que mais me deixa feliz é chegar no fim do dia, ou quando às vezes, chegar em casa, ver o sorriso dele, ele me abraçar, isso é muito importante para mim. Olha, representa tudo e tem me dado muita força pra continuar a fazer tudo que eu estou fazendo e continuar é, passando para ele que eu estou bem, pra poder deixar ele assim melhor. Então, o câncer trouxe muita coisa boa, depois dessa doença a gente conversa bastante e eu vejo que agora não foi só por causa da doença, tinha que acontecer alguma coisa para a gente se aproximar, né? Eu digo que ficar em casa foi muito bom, porque a gente ficou mais perto e a gente ficou mais unido eu acho, eu acho nesse período, eu tinha mais tempo pra elas. Por isso, eu venho pensando tudo na minha filha. Quando eu vou fazer exame, eu penso já nela. Por causa dela, né? A gente tem que estar forte. É uma preocupação de mãe e também pelo câncer, mas aí como eu penso sempre nela, então, eu estou muito forte, estou superando tudo, tem vezes que eu choro, né? Mas aí eu fico firme, eu penso na minha filha, aí eu fico firme. Pensando nela, me dá muita força. Você olha pro seu filho, você fala ‘não, por ele eu vou ter que ficar em pé,’ mesmo não querendo, mesmo o corpo estar pedindo para deitar. Eu fiquei pensando muito, ‘tá, e se eu não tiver aqui amanhã? O quanto minhas filhas tiveram de mim?’ Falei ‘não! Vamos seguir em frente!’ Tem que caminhar, eu não posso desistir, né? Foi isso. Foram meus filhos que me deram força, né? Pelo fato de eu ter elas, foi o que me deu força, elas foi o que me deu forças naquele momento para poder erguer a cabeça e seguir em frente, né? Eu falei ‘não, elas precisam de mim, então vamos lá, vamos seguir em frente’. O que me faz acreditar na minha cura é que eu preciso ficar bem para cuidar dos meus filhos. Então, o foco maior são

eles, a minha fortaleza são meus filhos. Então, ao mesmo tempo para mim é, está servindo como apoio, a maternidade, o ser mãe para mim é uma força e um apoio maior para mim superar, porque aquele dia que, às vezes, eu acordo que eu não estou muito bem, hoje mesmo eu acordei e não estava muito legal, só que eles chegam e parece que aquela sensação, aquele mal-estar que eu estava, passa, então é, o ser mãe para mim é algo maravilhoso, então é uma força que eu tenho nisso (...)".

APÊNDICE D

“Como é para você ser uma mulher jovem que teve o diagnóstico do câncer de mama com relação à sua imagem corporal, como você vê o seu corpo após o câncer de mama? O que você sentiu? Como você se enxerga olhando no espelho?”.

- a) Ideia central síntese C: “O pessoal jovem sofre demais. Você se olha no espelho e diz: ‘puts eu não sou igual a todo mundo’”.**

DSC

“Eu não queria imaginar, nem ter certeza daquilo, que eu com 34 anos teria um câncer de mama (...) Complicado, eu tenho medo de tipo assim, de eu ter sofrido nova, né? Por ser nova, pensei ‘poxa’, mas enfim, se isso estava escrito para mim, que passe rápido, eu acho que seria pior ter essa doença com mais idade, talvez não teria tanta resistência, sei lá. O fato de você ser nova (...) traz um monte de coisas, traz você se perguntar o tempo todo ‘porque você, porque isso está acontecendo?’ Você se olha no espelho e fala ‘puts, não sou igual a todo mundo’. Também foi muito difícil falar para a minha mãe, porque geralmente, é a filha quem traz a mãe, no meu caso é a minha mãe quem me traz (choro), minha mãe quem me acompanha, e pra mim foi muito difícil (choro) falar pra minha mãe, eu achava que eu ia morrer, que isso era o fim do mundo e como que eu ia dizer isso para a minha mãe? Foi difícil falar para as pessoas que eu gostava (choro), amigos assim, sabe? Eu me recuei, eu não queria falar para ninguém, sabe? (choro). Então, estranho foi isso, sempre o filho acompanha a mãe, acho que é aquele fato da idade, tipo assim, a mãe que tem isso e não a filha, e no caso, minha mãe quem me acompanha (...) Uma tristeza muito grande (choro), ali mesmo no ambulatório você sempre vê as filhas acompanhando a mãe, e eu é um caso diferente, né? Minha mãe quem me acompanha (...) Foge da normalidade (...) mas como eu nunca imaginava que isso fosse acontecer comigo, que nem no caso o fato da idade, nunca imagina, nunca passou pela minha cabeça, jamais! (...) E o que normalmente a gente vê por aí, o desespero das pessoas, eu tenho muito contato com as pessoas que têm câncer, lá eu, inclusive, você vê as meninas novas desesperadas, e não aconteceu isso comigo, graças a Deus, eu não me desesperei em nenhum momento, fiquei triste, porque a gente se pergunta porque que acontece com a gente, em alguns momentos me chateei, porque você se vê mutilada, mas (pausa) (...) É complicado, é complicado... porque você, eu vi gente morrendo do meu lado fazendo quimioterapia, eu vi amiga minha da mesma idade que eu (pigarro) (...) o dia que eu vi a menina morrer do meu lado, fazendo quimioterapia, eu entrei em choque! Falei ‘caramba! Essa porcaria aí que a

gente põe no sangue para matar o câncer e ela mata a gente' (...) Pessoal jovem sofre muito mais, em Barretos eu tive muito contato com meninas novas, sabe? E eu acho que a família deveria se fortalecer e ela cai, e aí as meninas sofrem demais. Outra coisa que incomoda é que não tenho mais a energia que eu tinha, não tenho mais a disposição que eu tinha, então isso me incomoda, eu fui para o quarto, chorei, fiquei p. da vida, mas eu não demonstrei para ninguém (...) isso incomoda, incomoda você saber que você não tem mais a mesmas coisas que você tinha antes, que você não é mais a mesma pessoa. Você passa um período que a doutora fala 'você pode fazer exercícios' eu não podia fazer exercícios, embora ela dissesse que sim, faz uma caminhada leve de 30 minutos, isso pra mim era mesma coisa de falar, você não pode fazer nada, eu falava se for pra fazer leve, eu não quero, eu quero fazer se for normal, igual eu era antes (...) jogar bola, por exemplo, eu jogava bola duas, três vezes por semana, hoje eu posso jogar uma e olhe lá, e andar de bike? Muito razoável, coisa que eu adoro fazer, então eu vou uma vez jogar bola a cada 15 dias, porque eu já não posso porque eu passo mal, isso me incomoda muito, antes eu corria uma e meia, duas horas, hoje eu consigo correr 50 minutos, 60 estourando, termino de correr eu estou passando mal. Então, tem períodos que a gente fica meio revoltado com a situação".

- b) Ideia central síntese E:** *A mulher se incomoda com os olhares curiosos pelo fato de ela ser jovem e apresentar mudança corporal causada pelo câncer de mama: "Quero passar despercebida, não quero que sintam pena 'coitada, tão nova'"*

DSC

"Então, no início, eu tinha vergonha das pessoas estranhas, se eu tinha que ir em algum lugar, parecia que todo mundo estava me olhando. Quando o cabelo começou a apontar, eu tirei o lenço e o olhar das pessoas me incomodava um pouco (...) eu coloco um lenço, dependendo do lugar que for, é, porque eu fico com vergonha, por que 'ai eu tô careca, ah porque agora vão me dar nomes'. Me perguntaram se eu tinha mudado de sexo, quando meu cabelo caiu, respondi a pergunta e continuei tratando. As pessoas são maldosas (...) Teve até uma que falou, 'nossa, você cortou o cabelo?' E eu falei 'cortei, você nem imagina porquê' e ela falou: 'nossa, mais por quê? Seu cabelo estava tão lindo', eu disse: 'ele começou a cair porque estou com câncer de mama'. Quando eu andava no shopping, parece que todo mundo estava me olhado, e às vezes, eu não queria colocar a peruca, eu queria ir só com um paninho que eu punha na cabeça, e meu marido e as crianças pediam, 'não, põe a peruca pra sair', eu falava 'não, vocês quer que eu coloque a peruca porque fica feio, né?' E meu marido falava 'não, porque chama a atenção das pessoas, e eu não quero que as pessoas fiquem te olhando a ponto

de te deixar constrangida', mas de qualquer forma eu me sentia constrangida com peruca, sem peruca, pois parecia que estava todo mundo me olhando, mas não me atrapalhou em nada, nada disso me atingiu, eu me relacionava normal. Em casa eu não fico, quando estou sozinha, eu fico normal, fico com eles normal sem a peruca. É, mas para sair mesmo, estar com eles, às vezes, para ele foi melhor? Então, para mim agora eu já acostumei também, eu até brinco, no começo eu demorava até 10, 15 minutos, hoje se eu estou sem, toca a campainha, eu vejo quem é, algumas pessoas me vêem sem, algumas nem sabem que eu uso peruca, ou se sabem, nem fala porque dá pra perceber, eu acredito, mas aí que já vem aquela coisa 'ai, eu vou caminhar, eu tô com lenço, ai, as pessoas vão me olhar'. Eu não gostava quando as pessoas olhavam pra mim e sentia pena, sabe? 'ai nossa, coitadinha, tão nova'. Chegou em um momento na minha vida que eu não quero que ninguém nem me pergunta, eu quero passar despercebida, mas é inevitável isso, porque as pessoas me veem, me param, me perguntam, não sei se porque eu sou muito nova, e então assim, eu já não quero, eu já falo 'ai, vai vir todas aquelas perguntas, aí então, eu não vou sair de casa', aí eu fico dentro de casa (...)Então, eu tenho os meus momentos de tristeza, que às vezes, eu me encanto em um quarto ou no banheiro e é onde que eu desabafo, eu choro. Eu também tinha que me resguardar, eu não podia estar frequentando certos ambientes, comendo certas alimentações, devido à imunidade baixa, poderia adquirir uma infecção, então, eu tinha que ficar em casa. Então, eu me senti excluída, poxa, ficava em casa, família toda se divertia e eu ali (voz embargada). Eu me sinto muito baixa, às vezes, sinceramente, eu não tenho nem vontade de sair, assim, 'vamos a uma festa?' Ah, eu não vou! (...) Muitas vezes deixei de me relacionar, tipo assim, um evento social, não fui. Porque eu me sinto muito desajeitada (risos), pode se dizer assim, desajeitada no meio de pessoas estranhas, aí eu pego e não vou, acabo querendo ficar ali mesmo (...) Me isolando mais (...) Às vezes, quando coloco a prótese no sutiã como eu estou utilizando agora, parece para mim que a pessoa fica me olhando, porque com a prótese fica um maior do que o outro e todo mundo está vendo, então eu me sinto incomodada de usar, eu achava que as pessoas olhavam pra mim e estavam vendo que eu estava enganando, disfarçando alguma coisa, eu não gostava, eu falava 'eu prefiro sair sem nada, a pessoa falar nossa, coitadinha, tá doente', então, eu gosto mais de ficar com o meu topinho, coloco meu paninho, olha quem olhar, quem quer ver, que veja. E algumas pessoas fizeram com que eu me sentisse culpada por ter o câncer. Porque 'também, você é gordinha. É, ah, mas você comia lanche, pizza, é por isso que te deu o câncer'. A minha família também me incomodava um pouco, todo mundo olhava pra mim e falava 'coitada, quanto tempo será que tem de vida?' Que ainda tem muito isso (...) minha filha, e, eu ando,

tendo vergonha de ficar perto dela, às vezes, ela entra no quarto, eu estou trocando, eu ando ficando com vergonha porque eu não queria que ela visse desse jeito, entendeu? Igual já aconteceu, ela falou assim ‘nossa mãe, como que ficou feio a sua cirurgia!’ Você vê que é da inocência dela, mas pra mim, me magoou, só que eu também nunca falei para ela que me magoou, eu evito, eu prefiro evitar do que ouvir que ficou feio, entendeu? Então, eu evito, geralmente eu procuro tomar banho a hora que eles não estão, porque eu sinto vergonha, me sinto constrangida, sabe? Ficou feio, não ficou uma coisa legal mesmo (...) as pessoas fazem a gente enxergar umas coisas que a gente não queria enxergar, a gente põe uma venda nos olhos, aí a gente passa a enxergar, é muito difícil, além disso, quando as pessoas falam, principalmente de mais idade, quando veem a gente mais cheinha, ‘nossa, mas você está gordinha, você está isso, você está aquilo’, tem uma tia mesmo que falou, também. Então, minha vergonha maior era lá em casa, às vezes, as meninas falavam ‘nossa mãe, você está gordinha, né?’ A minha aliança não cabia mais no dedo, nada que eu fizesse, me fazia me sentir bonita, sabe? Mesmo quando eu punha peruca, não me sentia bonita, eu punha uma roupa estava feia, inadequada, a unha ruim (...) mas sabe que até o fato de você emagrecer já deixa os médicos ‘o que está acontecendo, você emagreceu, porque emagreceu?’ A minha própria mãe falou ‘nossa, você está emagrecendo demais, espero que seja só por causa da academia’, então nada hoje é normal. E, numa loja, eu vi uma blusa linda, só que a blusa não era para mim, era para a minha sogra, na hora que eu cheguei na porta da loja, a moça falou assim ‘aqui não tem nada que serve para você’, menina, parece que ela me jogou um balde de água gelada assim! Então assim, foi tudo junto, tudo de uma vez, e isso me chateou muito, porque ela olhou bem na minha cara, olhou bem no meu olho. Que situação! O jeito que ela falou, eu me senti a pior mulher do mundo, sabe? Eu me senti muito mal, eu fui embora chorando, entendeu? Porque eu fiquei muito chateada (...)”.

- c) **Ideia central síntese G: Perda de cabelos, pelos e mudança na coloração da pele e unhas da mulher jovem com câncer de mama: “Me fez sentir feia. Fica sem expressão. Me sinto debilitada como mulher”.**

DSC

“O câncer de mama é uma das piores coisas que pode acontecer, porque as medicações mexem muito com a gente, tem a questão estética, você vai ficando inchada e sem cabelo (...) E eu fiquei pensando ‘será que se eu tivesse procurado antes quando o meu marido falou, será que talvez teria sido melhor?’ E o meu cabelo? Foi difícil pra mim quando caiu o cabelo, porque

eu falei ‘como eu saio na rua?’ Então, me faz muita falta o cabelo, eu acho assim, vai cair o cabelo, mas é porque eu vou sarar, é devido a um processo, mas no primeiro dia quando o meu cabelo caiu, eu chorei muito, a hora que eu fui tomar banho, que eu passava a mão e ia caindo, eu chorei muito, eu sabia que era algo que podia acontecer, mas aí eu chorei muito, sabe? É lógico, eu tinha cabelo longo, né? Cuidava, tinha um luxo com o meu cabelo, e quando eu comecei fazer a quimioterapia, meu cabelo caía tanto que eu resolvi ir e já raspar, porque estava sem condições mesmo, caía muito, muito, e eu tenho muito cabelo, eu fui, raspei (...) Me aliviou (...) Foi muito triste isso, mas eu já esperava, né? Igual eu te falei, é, de início eu olhei, eu fiquei triste, não vou mentir, eu fiquei muito triste, muito triste mesmo. Eu me senti estranha, né? (...) Meu cabelo era grande, era liso, eu fiz tratamento nele, ele era um cabelo bonito, eu perdi. Eu senti mal, né? Assim na hora, o impacto é grande, porque mexe muito, que nem nós, as mulheres é vaidosa por causa dos cabelo, né? Então isso mexe com a gente (...) porque o cabelo é a vaidade da mulher, a gente desanima, né? Você olha no espelho, né? Não tem o seu cabelo. Pra você ter uma ideia, foi cair minha ficha depois de três dias que eu tinha raspado, entendeu? Aí me deu um desespero muito grande, porque, ainda você acha assim que você está sonhando, uns dois, três dias, você acha que é mentira, que não, que aquilo vai passar rápido, aí vai chegando, aí você fala assim ‘não, não vai passar rápido, demora’, aí é onde o seu psicológico vai ficando abalado (...) Péssima! (...) Eu até me fotografei antes de raspar a cabeça, eu falei ‘porque é história’, pra eu voltar e lembrar do que eu passei e reclamar menos e fazer mais, porque hoje a gente reclama estando em pé, conseguindo andar com as próprias pernas, mas quando a gente tá ruim, a gente fica pensando, ‘ai, o que eu poderia ter feito?’ Aí já é tarde, não adianta mais (...) Eu até brincava com a situação do meu cabelo, uma coisa legal de ficar sem cabelo, economiza shampoo, eu não vou mais no cabeleireiro, uma parte boa! Eu tinha um humor negro o pessoal falava. Mas quando realmente me oscilou, foi quando me vi, porque depois caiu a minha sobrancelha, eu fiquei com um aspecto meio amarela, e aquilo de me olhar no espelho, me incomodava, porque eu falava ‘nossa, como eu estou feia!’ Aí eu comecei a me ver feia (...) Eu comecei a ficar amarela, eu me via no espelho careca, eu comecei a ficar sem sobrancelha, sem os cílios, eu comecei a ficar careca mesmo, você via que eu estava careca, via alguns fiozinhos grandes crescendo assim, (...) incomodava (...) hoje está sensível, amanhã está sem sobrancelha, hoje mais inchada, mais pálida, depois comecei a ficar cinza. Eu me sentia mal (...) mesmo as minhas filhas também, a pequena falava ‘nossa, quando o seu cabelo vai crescer?’ E eu sabia que era porque ela estava me achando feia. Minha sobrancelha, ela caiu todinha, a sobrancelha e os cílios, e aí eu fiquei bem feia, eu não sabia

que a sobrancelha e o cílios eram tão importantes no rosto de uma mulher, tanto que depois que começou a nascer, eu ficava no espelho e falava ‘gente, que gracinha, como é legal ver os cílios brotarem de novo, sobrancelha!’ Te dá contorno, mas durante o tratamento o que eu achei mais ruim foi o ganho de peso que eu tive, a coloração da pele que no final eu fiquei muito inchada e muito cinza, e perder o cílio e a sobrancelha pra mim foi mais difícil do que perder o cabelo, porque é diferente você raspar a sua cabeça, eu rasparia agora, por exemplo, e ficaria numa boa, eu andaria sem nada na cabeça, mas quando você faz o tratamento não dá, porque seu rosto fica inchado, você fica esquisita, todo mundo vai olhar pra você e falar ‘nossa, ela está doente’, se você raspar sua cabeça enquanto você está bem, o pessoal fala ‘a louca quis raspar o cabelo até que ficou legal’, não é o caso de quem tem câncer de mama, porque a pessoa fala ‘olha, nossa coitada, está doente’, porque você fica com cara de doente, apesar de não se sentir doente, então, perder a sobrancelha e o cílio pra mim foi pior do que perder o cabelo, porque você fica sem expressão, você olha no espelho e fala ‘meu Deus aonde eu estou?’ Você olha e não se reconhece, porque é como se tivesse te apagado (...) Eu ficava chateada, nessa fase que eu fiquei sem sobrancelha, eu tinha um pouco de vergonha de sair, às vezes, eu tinha que ir ao supermercado, eu ficava com um pouco de vergonha. Eu tentei passar lápis pra fazer uma sobrancelha postiça, e assim é esse sentimento de vergonha mesmo, de não querer que as pessoas me vissem desse jeito, ainda bem que a sobrancelha caiu e em quinze dias começou a nascer tudo de novo, o cabelo já estava nascendo, a sobrancelha caiu, (...) é um sentimento de vergonha, de raiva, não querer estar naquela situação, de você se olhar no espelho e não saber quem você é, é como se eu tivesse dentro de um outro corpo (...) Então, assim eu fui perdendo de me arrumar. Eu sento na frente do espelho, ‘vou pôr mais um cabelo’, porque cabelo mexe muito com a nossa vaidade (...) pra todo mundo não mudou nada, para mim não mudou nada. Aí eu peguei e falei assim, ‘não, não mudou nada, não, não, não’, mas mudou, entendeu? (...) Aí vai na escola, as minhas amigas ‘ai, você ficou linda de lenço’, estão passando uma coisa, mas sentindo outra. Eu me olhava no espelho, eu falava ‘gente, eu estou parecendo um travesti, né?’ (choro) Eu pus um monte de besteira na minha cabeça (...) Aí, como vaidade eu já sinto falta, quando eu vejo um cabelo bonito, que era quase igual ao meu, a hora que eu vou sair, eu me maquio, então aí já é outro procedimento que eu tenho que fazer, já não é mais, sabe? E então, me bloqueou bem, me deixou bem assim, fraca, debilitada como mulher (...) agora até que está aparecendo uns fiozinhos, mas aí a médica me desanimou, falou que cai de novo. A peruca também não foi algo que eu quis usar, (...) eu comprei lenços, eu ia usar lenços tudo mais, mas o dia que contei para o meu filho mais velho que provavelmente eu

ia perder meu cabelo, ele perguntou para mim ‘você vai ficar careca?’ ‘talvez’ ‘mas e aí? Você vai ficar sem cabelo?’, aí eu perguntei para ele ‘e você preferia que eu usasse peruca?’ ele falou assim ‘eu preferia que você usasse peruca’, meu esposo também incentivou o uso da peruca, mas eu colocava e não gostava porque eu sabia que era artificial, eu sei que é mentira, o meu couro cabeludo está esquentando. Eu até ganhei uma peruca só que aí vamos ver como é que eu vou reagir, é complicado! É estranho (...) Eu fico muito esquisita sem o cabelo, ainda os outros falam ‘ah, põe lenço’, mas também não fico bem com lenço (...) tem vezes que eu choro, né? Mas aí eu fico firme, eu penso na minha filha, em tudo, aí eu fico firme (...) Então, logo de início, eu não me adaptei a lenços, eu usava boinas, eu achava que a boina era uma coisa prática e mais rápida, depois, é, eu comecei a gostar dos lenços também, e usei lenço e boina. Tinha lugares que eu ficava careca, porque assim que eu fiz a quimioterapia, que eu fiquei careca, estava muito calor, então, os lugares que eu podia ficar sem, eu ficava, só que eu não consigo tirar a toquinha perto de ninguém. Eu quero sim tirar essa toca logo, mas enquanto meu cabelo não estiver normalzinho, sem as falhinhas, eu não me sinto à vontade (...) E, na hora que eu chego na minha casa, que a realidade vem, até que eu estou com o lenço, eu estou bem, mas aí a hora que eu chego em casa, que eu tiro o lenço, toda vez que eu tiro vem a realidade ‘nossa, eu estou sem cabelo’, porque parece que com o lenço, eu estou protegida, parece que eu estou com o cabelo, aí a hora que eu chego na minha casa, aí já vem aquele bloqueio ‘nossa, eu estou sem cabelo’ (...) Mas, quanto ao lenço, você não se acostuma. É, eu não acostumei (...) meus parentes tudo querem que eu veja peruca, mas sei lá, vamos ver se eu fico bem, se eu me sinto bem, a sua preocupação é essa, tem que se sentir bem (...) Até entrei no site ‘quimioterapia e beleza’, tem cílios postiços e eu falava ‘ah não, né?’ Eu achava cansada demais ficar nessa busca toda, tinha que ter paciência, é um período que a gente tá doente, não dá pra você querer ficar todo dia querendo colocar cílios postiços, fazer sobrancelha, inventar um nó diferente do lenço, não adianta, é tudo mentira pra você se enganar eu acho, não é verdade, você não tá bonita, os cílios não é seu, a sobrancelha não é sua, o cabelo não é seu, então não adianta, eu olho no espelho e falo ‘eu estou doente e pronto, e vai passar’, era isso que eu ficava pensando (...) Eu não gostava, porque eu sou uma pessoa bem verdadeira, eu podia estar enganando as pessoas, mas quem realmente me interessava, sabia como eu realmente estava, então eu falava ‘não adianta, eu não quero pôr peruca, deixa eu sair do jeito que eu tô, é vocês que estão me vendo mesmo’ (...) Outra coisa é o Tamoxifeno. Ele também deixa as unhas bem frágeis, a pele, nada que um bom hidratante não resolva, mas assim, a pele fica ressecada, as unhas frágeis. Eu vim de sete meses de quimioterapia, daí eu

já comecei a tomar o tamoxifeno, quer dizer então, um pouco são os efeitos da quimioterapia, e agora com o tamoxifeno que eu sinto a pele bem ressecada, às vezes sai, não é espinha, sabe umas pelotinhas com pus, me incomoda muito, tem o corrimento também (...) e as minhas unhas me fizeram ficar com muita vergonha, porque elas ficavam como se estivesse com micose, e às vezes, eu tinha vergonha de ir ao shopping, de ir em algum lugar, em algum restaurante, eu ficava até meio assim, escondia a mão, tinha medo de passar esmalte e piorar a situação, porque a unha fica como se estivesse degrau, vai nascendo uma em cima da outra, e a do pé ficou oca e eu fui cortando e fiquei só com metade, aí você já não põe mais sandália, e eu ficava com vergonha das minhas mãos, parecia falta de cuidado, sabe? Eu ficava com vergonha sempre, eu não queria ficar daquele jeito e depois as minhas unhas caíram todas (...) Tive ferida na minha boca quando eu fiz a cirurgia, quando eu tirei o nódulo, aí me apareceu uma herpes. A minha boca em si, dentro dela que machucou. Eu não conseguia comer. Eu ficava preocupada com isso. Incomoda. O tratamento, ele incomoda inteiro, né? Na verdade, porque a quimioterapia é um porre, porque a radioterapia é um saco, você ter que ficar ali internada. Fazer quimioterapia é algo muito chato, o tratamento inteiro, o que mais, mais, mais me deixou incomodada foi a situação de eu não andar na minha terceira quimioterapia, eu não conseguia andar e eu tinha medo das próximas, eu falava ‘ai caramba, o que vai acontecer nas próximas quimioterapias’? Tudo isso incomoda, é um montante, comer e passar mal. A boca fica toda estourada, meu ânus ficava todo estourado (...) Daí tem o momento que cai o cabelo, porque até então você injeta a quimio e esse foi o dia que eu me senti a pessoa mais inútil, mais péssima e que eu me senti muito mal mesmo (...) Eu me olhava e falava ‘nossa estou com câncer!’ Fazia me lembrar sempre que eu estava. Estava sendo tratada e eu me via doente (...) Porque aí, nossa! Essa quimioterapia, olha, até sinto que estão prejudicadas minhas veias (risos) (...) e eu não sei se é pior quimioterapia ou hemodiálise, mas eu vou te falar uma coisa, que coisa ruim! Parece que seu corpo está se acabando, que vai te destruindo aos poucos, se for ver parece que é, porque destrói as células, nossa senhora, mas essa quimioterapia é muito, muito, muito terrível! (...) Então, eu me sentia muito triste, né? Queria que acabasse rápido (...) eu senti muito mal, foi onde eu falei ‘Deus me livre’, o sentimento que eu tive foi esse ‘se eu tiver que passar por isso de novo, eu prefiro morrer’”.

d) Ideia central síntese H: O fato de ser jovem e a falta da mama: “Não quero ser mutilada. Perder um seio é muito difícil”.

DSC

“O que me incomoda mesmo é a perda do seio (...) Ainda mais para a mulher. O que me aflige mais é a perda dos seios, porque o cabelo, a gente fica careca, mas ele cresce, mas o seio, você perder uma parte do corpo é difícil, é muito difícil. Ai sei lá, não sei nem te explicar, é ruim, é muito ruim (...) E assim, parece que pesa, incomoda um pouquinho, porque não é seu, né? E incomoda um pouco (...) Perder um seio eu acho que é difícil, muito difícil (...) Não sei, às vezes, eu fico me perguntando, porque eu gostava dos meus seios, né? Acho que toda mulher gosta da parte de um corpo, eu gostava do meu seio, então, para mim, foi um baque perder, porque foi difícil (...) E pra mim era uma tortura imaginar sem a mama. Eu via imagens de mulheres sem a mama e aquilo me deixava chateada. Tanto que no Rema, havia uma senhora que tirou a blusa para fazer as medições e tirou as duas mamas e aquilo me impactou demais, e aí eu comecei a passar mal (...) o que mais pesava para mim era ficar sem a mama. Eu falei para a doutora se eu quisesse ficar sem a mama, eu não tinha colocado prótese, e a doutora falava que a gente podia reconstruir, e eu falava ‘vai ficar sem mamilo, aréola e é uma coisa que parece que colou’ (...) A minha mãe falava ‘o importante é você estar viva’, mas para mim não era importante só isso, eu falava com Deus ‘poxa vida, eu não quero ficar mutilada, como o meu marido e as minhas filhas iriam me olhar? Que roupa eu vou pôr?’ (...) Eu, de roupa, eu sou uma pessoa normal, eu me sinto uma pessoa normal, só que todas as vezes que eu vou tomar banho, eu lembro porque, porque está aqui e isso me faz sentir falta. Na verdade, eu não gosto nem de olhar no espelho, eu acho que ficou muito feio (...) No espelho eu não olho não (risos). Eu acho muito feio, às vezes, eu nem me olhava no espelho, muito pouco, agora eu já não olho mais. É um sentimento de derrota (...) eu não gosto muito de olhar no espelho, não sei o que falar, não olho, é muito feio, demais (...) E enquanto mulher, você gostava de colocar uma roupa, hoje você não pode, é difícil (...) Eu gostava de usar muita blusinha, então meu seio era a parte que eu mais gostava do corpo, porque eu gostava de usar blusinha decotada e agora eu não posso. Agora, quando eu vou comprar uma blusa, eu não experimento ela, eu compro, acho que vai servir, levo, se não servir, eu dou, sabe? Eu estou assim, eu não gosto muito de olhar (...) E para dormir você tem de colocar alguma coisa, porque esse peito (outro) como é muito grande, incomoda (...) me incomoda, e eu fico escondendo o tempo todo (...) Me incomoda esteticamente (...) Mutilada! A sensação é essa, porque a cirurgia no começo não, mas agora que eu comecei a desinchar, a cicatriz ficou horrível, horrível, a parte do seio me incomoda muito. Então, às vezes, eu me sinto meio para baixo, mas a gente vai enrolando e eu ainda falo que o meu marido brinca e me fala: ‘você tem que ter muita coragem porque é feio’ (...) No começo, eu não gostava de ficar nua com meu esposo quando a gente ia ter relação,

não gostava, sempre com babydol, sempre com a parte de cima e isso, aos poucos, ele conseguiu que eu me sentisse mais à vontade, eu não falo pra ele, eu tiro, vamos supor, a gente namora, né? Tudo, só que eu não gosto, eu me sinto, eu me sinto menos feminina, menos mulher, isso mexe assim com essa parte, eu me sinto menos mulher, menos feminina, eu não me sinto atraente (...) É isso (choro). É (choro), a questão da mama, na hora do banho, na hora de pôr uma roupa, na hora mesmo até de ter uma coisa a mais, era pro lado da relação sexual. Eu penso assim ‘isso aqui aconteceu para poder tirar um mal que tinha’, entendeu? Então, eu não fico revoltada com essa parte, eu fico mais triste comigo mesma na parte sexual, igual eu acabei de dizer, eu já deixei muito a desejar já (...) E eu não quero isso pra minha vida, ficar sem mama, pois como o meu marido ia me olhar? Eu dizia que eu não queria (...) Eu acho que quando você é mais velha, seus filhos estão criados, quando não está tão ativa é ruim, mas a imagem corporal já não faz tanta diferença para você (...) Depois do meu diagnóstico, eu conheci muita gente de várias idades, de várias situações e eu percebo que mulheres depois dos 55, 60 anos não ligam por ter tirado, por ter perdido uma mama e muitas não querem nem, ‘imagina que eu vou fazer cirurgia pra colocar outro peito aqui, pra quê?’ E já com, de uma idade de 45 pra baixo já não vê a hora, não só eu, eu percebo isso, não vê a hora de estar fazendo a cirurgia. (...) Então, se eu tivesse a cirurgia já pronta, eu acho que eu ia lembrar menos. (...) Aí o que vem? Vem tudo, você entendeu? Igual eu te falei, eu procuro não ficar olhando muito, tomo meu banho, me troco, não gosto de ficar olhando, não gosto (...) eu me sinto mutilada, eu me sinto que falta um pedaço de mim, você entendeu? É ruim, é muito ruim, é uma sensação muito ruim, não sei te explicar (...) Uma tristeza muito grande”.

- e) Ideia central síntese K: Sentimento da mulher jovem com câncer de mama relacionado ao ganho de peso durante o tratamento: “está me incomodando e fico com a autoestima lá embaixo”.**

DSC

“Ganhei peso. Eu nunca fui magrinha, e também fui preparada para isso, os médicos falaram ‘ela incha, geralmente, quimioterapia de mama engorda’ (...) eu sei que eu estava me tratando, mas preciso emagrecer 20 quilos, já era muito ansiosa, e isso piorou, você entendeu? Eu já comecei a ganhar peso na quimioterapia, e é muito corticoide que a gente usa, então, eu já comecei a ganhar peso ali. Me inchou um pouquinho eu achei, está me incomodando, está incomodando sim. No sentido de, a hora que eu tiro a roupa e olho no espelho e vejo um pouquinho da barriga, da gordurinha, né? (risos) Que antes não tinha e agora tem um pouquinho mais, e aí então, eu fico meio com a autoestima lá embaixo um pouquinho também,

a respeito disso. Que nem agora com esse remédio, como que eu vou emagrecer? (...) Foi o que eu falei para a psicóloga, agora eu não vou conseguir, gente, essa quimioterapia, meu Deus! (...) Depois que eu comecei esse tratamento, eu engordei demais e não consigo voltar, eu estou engordando mais do que tudo (...) Não sei se é o inchaço, não sei se são os medicamentos que eu tomo que são muito fortes, não sei, não consigo voltar, nem que eu faça regime na alimentação, e mesmo assim eu não consigo sair do lugar. Eu já desinchei bem, eu estava bem mais inchada, e tal, até que eu estou percebendo que venho desinchando, com uma perda de peso, como eu te disse, às vezes, eu perco cinco quilos, eu volto com dois, perco de novo, estou assim. Fiquei mais ansiosa, é que eu não sou de comer muito e depois que eu comecei a fazer a quimio, eu estou comendo muito, demais (...) isso deixa a gente meio chateada, sabe? É igual eu te falei, depois do tratamento, tudo, da “quimio”, tenho muita ansiedade, (...) me deixa para baixo, bem pra baixo (...) Eu sei que tudo vai ser passageiro, depois eu consigo recuperar (...), não me sinto mal, sabe de falar assim ‘nossa que pena’, ‘nossa como eu estou diferente’, e o rosto já está mais cheio e tudo mais, quando as pessoas falam, principalmente de mais idade, quando veem a gente mais cheinha, ‘nossa, mas você está gordinha’, você está isso, você está aquilo, tem uma tia mesmo que falou, também minha vergonha maior era lá em casa, às vezes, as meninas falavam ‘nossa mãe, você está gordinha, né?’ A minha aliança não cabia mais no dedo, nada que eu fizesse, me fazia me sentir bonita, sabe? Mesmo quando eu punha peruca, não me sentia bonita, eu punha uma roupa estava feia, inadequada, a unha ruim, eu falava ‘ah, não tem jeito’, é um período que assim, você tem que se conformar. E antes de eu ter o diagnóstico, eu estava fazendo dieta porque eu queria perder peso, porque eu nunca curti estar fora do peso, eu sempre fui mais magra do que eu estou hoje. Hoje, a prioridade é eu sarar, depois eu vou ver o que eu vou fazer, mas sabe que até o fato de você emagrecer já deixa os médicos ‘o que está acontecendo? Você emagreceu, porque emagreceu?’ A minha própria mãe falou ‘nossa, você está emagrecendo demais, espero que seja só por causa da academia’, então nada hoje é normal (...) Eu parei de trabalhar, parei de fazer exercício. E tenho pensamento em fazer, mas a vontade não vem, sabe? Dormir, dormir, dormir, dormir. Preciso melhorar (...) Eu tenho vontade de sair para caminhar, mas eu não consigo (...) eu tenho vontade de fazer uma ginástica, eu acho que ia me ajudar muito, entendeu? Fazer, mas aí tá, vai me ajudar, mas eu não consigo ir, eu estou sem atitude (...) E eu engordei por causa da quimio, entendeu? Eu engordei, então assim, foram muito rápidas as mudanças, sem cabelo, a gordura, entendeu? A única coisa assim que, que me deixou balançada foi porque eu já sou gordinha e eu engordei mais. Aí, estou retendo mais líquido, eu ando inchando muito, a imagem corporal mesmo que

eu dei uma boa, 18 kg a mais eu ganhei durante a quimioterapia (...) Aí, eu olho as minhas roupas, não servem! (...) Essas gordurinhas laterais, na barriga incomodam, né? Por causa das roupas, né? (...) As gordurinhas que incomodam por causa das roupas, né? Porque as roupas não entram (...) Eu comia uma vez, eu estou comendo duas vezes no almoço, duas vezes na janta e fora as frutas, né? Que eu, às vezes, como (...) e aí eu me sentia gorda, a roupa começou a ficar apertada, mas eu saía normal (...) Numa loja eu vi uma blusa linda, só que a blusa não era para mim, era para a minha sogra, na hora que eu cheguei na porta da loja, a moça falou assim ‘aqui não tem nada que serve para você’, menina, parece que ela me jogou um balde de água gelada assim! Então assim, foi tudo junto, tudo de uma vez, e isso me chateou muito, porque ela olhou bem na minha cara, olhou bem no meu olho. Que situação! O jeito que ela falou, eu me senti a pior mulher do mundo, sabe? Eu me senti muito mal, eu fui embora chorando, entendeu? Porque eu fiquei muito chateada. (...) Então, eu estou gordinha, precisando emagrecer (...) e de tudo do meu tratamento, da minha vida em si, de todos esses anos, de eu ter tido essa doença com 35 anos que eu não tinha 36 ainda, o que mais me judiou foi o ganho de peso, em todos os sentidos, desde que eu tive a minha filha até hoje em dia é o ganho de peso (...) Então, de resto, o que mais me magoou mesmo do tratamento, do que eu já tinha, eu já estava meio gordinha mesmo, foi ter ganho mais peso (...).”

f) Ideia Central L: Apoio social é essencial durante a mudança da imagem corporal ocasionada pelo câncer de mama, mas gera preocupação para a mulher jovem.

DSC

“Eu me abalei muito, me assustou bastante, né? Em relação a, tipo assim ‘eu estou passando por isso, será quê?’ Eu tenho duas sobrinhas, tenho a minha mãe, então me assustou bastante esse fato. Eu fiquei com bastante medo com relação à minha família, porque eu já estou passando, né?, E então, assusta, né? É um baque muito grande, né? Porque na hora, o que eu imaginava de câncer é que mata, né? Eu imaginava eu com dor, eu com uma ferida, cheirando mal, como eu já vi, eu imaginei isso, que eu simplesmente, eu ia morrer, que eu ia tomar remédio para dor, a morfina, que eu ia começar a feder, eu pensei em tudo isso, mas eu fui uma pessoa muito forte também, eu não deixei nada para trás, sempre correndo atrás, sempre me tratando. No começo, senti que a minha família não estava preparada para me amparar. Fiquei mal porque eles fizeram com que eu me sentisse culpada, aí depois que eu comecei a fazer o tratamento, que comecei a procurar saber o porquê do câncer, o que que era o câncer, que eu vi que não era nada daquilo (...) Depois minha família me ajudou muito, né? E então, não fui uma pessoa que fiquei pra baixo, num fiquei depressiva, não fiquei mal, fiz de tudo para lutar

contra essa doença, né? O bom é que a minha família está inteira junto comigo, um brinca, o outro fala, o outro aconselha, vai cair mas vai nascer, então a gente fica mais tranquila (...) eu pensei assim comigo 'eu não vou me sacrificar de ficar triste por conta do cabelo', porque eu tive muita ajuda de amigos que falou 'a hora que você se olhar no espelho, que você se ver mutilada, é triste, mas pense que você está se vendo, você está viva, né? E o cabelo é uma questão de tempo, vai crescer tudo.' Então, eu sinceramente, me sinto normal, assim, é lógico que está feio e esquisito, mas eu me sinto normal por conta da pessoa que está do meu lado que é meu marido, que ele foi muito uma pessoa assim, eu creio que 80% da minha recuperação foi ele, sabe? (...) Graças a Deus, o meu marido é uma pessoa que nossa! Ele fala 'tira isso aí, se eu fosse você eu nem colocava essa prótese, ia sem, eu te amo, eu estou com você' (...) Ele tem muita fé que eu vou me curar, que eu vou sair dessa, então essa fé que ele tem, também, às vezes, não deixa ele participar da minha fragilidade, entendeu? Não estou culpando ele, mas eu também tenho fé, só que eu também tenho minha fragilidade, eu também tenho a minha fraqueza, entendeu? Então, e aí prevalece nele 'você vai melhorar, eu tenho fé que você vai curar, que você vai sair dessa, que a gente vai fazer tudo que a gente quis fazer'. Tá, eu também tenho, só que na hora do medo, ele não me escuta (...). Porque é igual eu te falei, essa fama minha de forte, me atrapalha um pouco, porque pra minha família, eu estou reagindo bem (choro), porque eles também sofreram, entendeu? Elas também estão ainda em um processo de superação e estão sofrendo comigo, então eu não quero passar para elas que eu estou sofrendo, porque eu acho que fica mais fácil eu sofrer calada do que elas sofrerem comigo porque acho que a família sofre mais do que a gente ainda, né? Então, eu tento passar para elas que eu estou animada, eu venho fazer quimioterapia, eu venho rindo, eu venho brincando. A minha casa é o pior lugar que eu tenho para falar, porque eles quase não querem me escutar, porque, às vezes, eu começo a falar e, automaticamente eu choro, então, eu já absorvo que as pessoas querem me ver sorrindo só, eles não querem fazer parte do meu problema, eles querem ver meu lado sorridente, brincalhona, é isso que tem que prevalecer (choro), não importa a dor que eu estou sentindo, o medo, nada, isso é tudo coisa da minha cabeça, é assim que eles veem, 'nossa é tudo coisa da sua cabeça!' (...) Então, lá na minha casa, eu tenho que fingir que eu estou bem, ainda as pessoas falam 'gente, como você está bonita, você está com semblante alegre, mesmo fazendo quimioterapia, parece que você, só parece que você está em tratamento porque você está sem cabelo', então eu finjo, só que isso está me custando um pouco, para as pessoas que eu amo, eu falo que eu me sinto a mesma, que eu estou linda e que não mudou muita coisa, né? Mas mudou! Então, por isso que eu estou te falando, e eu estou vivendo uma

mentira, pra não fazer as outras pessoas sofrerem, entendeu? Só que aí eu estou me sufocando, porque mudou (...). E eu pensei comigo ‘se for pra eu morrer, que Deus conforte a minha família e que eu não sinta dor’. Então eu falei, ‘se for pra eu morrer, eu estava até conformada’ eu falei ‘se for pra eu morrer, que Deus conforte a minha família’”.

APÊNDICE E

FORMULÁRIO PARA CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA

Data: ____/____/____
Entrevista n.: _____
Iniciais do nome: _____
Idade: _____ Data Nascimento: ____/____/____ Naturalidade: _____
Endereço: _____
Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____
Telefone: _____
Registro HCFMRP/USP _____
Ocupação: _____
() ativa () licença saúde () sem remuneração
Estado Civil: () Com companheiro () Sem companheiro
Religião _____ Escolaridade: _____
Há história de câncer de mama/outros tipos de câncer na família: _____
Quando/Como percebeu alteração nas mamas: _____
Quando procurou o serviço de saúde: _____
Quando realizou a mamografia/Ultrassonografia/Biópsia: _____
Data da primeira consulta ao oncologista/mastologista: _____
Data do diagnóstico de câncer mamário: _____
Quais tratamentos já foram realizados:

() cirurgia () radioterapia () quimioterapia () hormonioterapia

Dados obstétricos:

G () P () A ()

Número de filhos vivos:

Amamentação:

Cirurgias anteriores:

() na mama

() outras: _____

Atividade sexual:

() sim () não

Início: